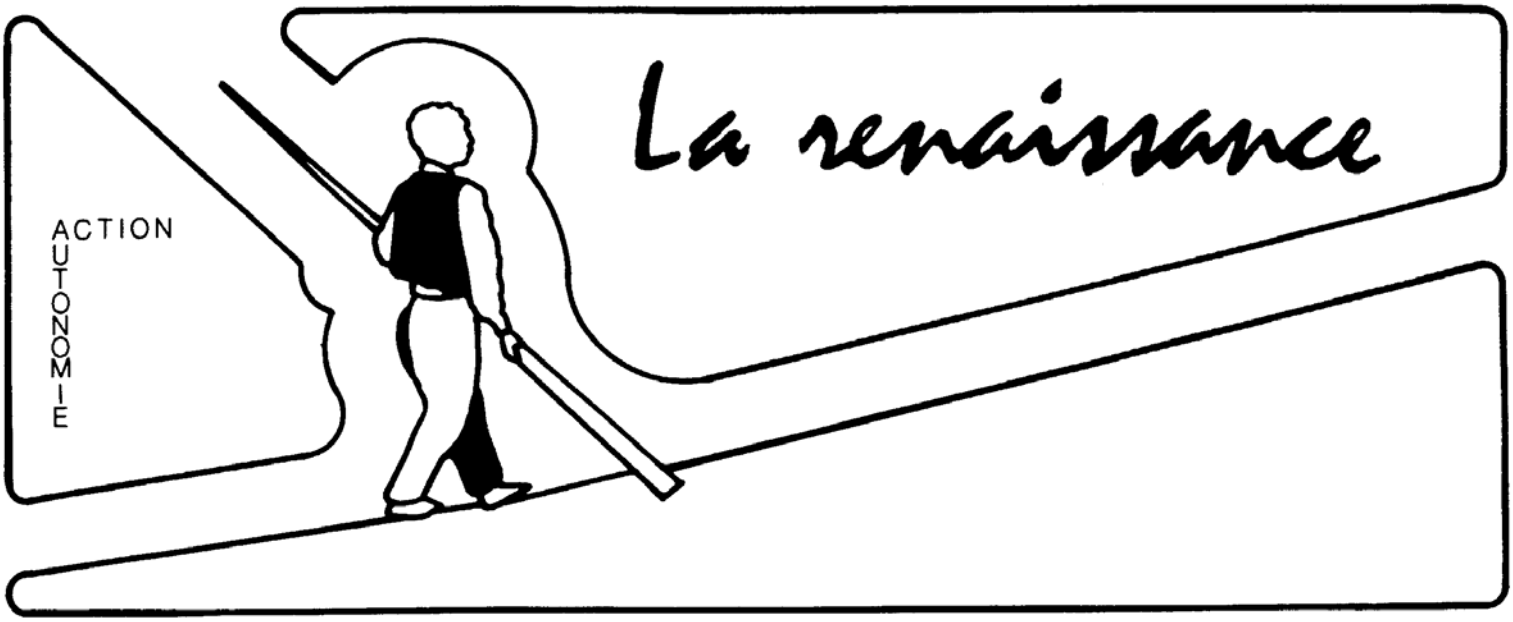


Volume 13 juillet 2006 Numéro 2

La psychiatrisation de l'itinérance
Quand l'absence d'un toit devient une maladie.

Lutte à la pauvreté
Quand travail rime avec pauvreté!

Électrochocs
Je me souviens!

Point de Vue
La folie dans les médias, ou la désinformation au sujet de la maladie mentale

"Soins" psychiatriques
70 heures coincé à l'urgence!

Electrochocs

Le collège des médecins doit reconsidérer sa position

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 *Huguette Doiron*
Wilfrid Essiambre *Ghyslain Ferland*
Ghislain Goulet

Collaborateurs, collaboratrices

Louise Baron *Kevin Boire*
Nicole Cloutier *Claudelle Cyr*
Philippe Jean *Caroline Stewart*
Aline Valade

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

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre 2006

L'équipe d'Action autonomie vous souhaite un bel été!

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: octobre 2006
Date de tombée
pour les articles: septembre 2006

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

La psychiatrisation de l'itinérance
Quand l'absence d'un toit devient une maladie! pages 3 à 5

Témoignage
Lorsqu'une problématique de logement devient une problématique de santé mentale! pages 6-7

Droits et recours
Dettes et agences de recouvrement : Prudence!! pages 7-8
Le droit au retrait des listes nominatives! page 8

Électrochocs
Je me souviens! pages 9-10
Campagne Électrochocs! pages 11-12

Lutte à la pauvreté
Quand travail rime avec pauvreté! pages 13-14

Aide juridique
Hausse des barêmes d'admissibilité à l'aide juridique! page 14

Témoignage
La Maladie des préjugés! pages 15-16

Point de vue
La folie dans les médias, ou la désinformation au sujet de la maladie mentale! pages 16 à 18

Témoignage
Hommage à mon père! pages 18-19

"Soins" psychiatriques
70 heures coincé à l'urgence! page 20

INFOS DROITS
Nouveau mécanisme de plainte depuis le 1er avril 2006 page 21

Nouvelles du conseil d'administration page 3
Poème page 19
Caricatures pages 14-18

vol 13 no 2, juillet 2006

Nouvelles d'Action Autonomie

Nouvelles du conseil d'administration d'Action Autonomie.

Vendredi le 9 juin dernier avait lieu l'assemblée générale annuelle d'Action Autonomie. À cette occasion les membres ont pu prendre connaissance du bilan d'activités pour l'année 2005-2006 et du plan d'action 2006-2007.

Beaucoup de pain sur la planche avec comme dossier prioritaire la garde en établissement et une essentielle évaluation de la Loi qui actuellement protège mal les droits fondamentaux des personnes.

Lors de cette assemblée plusieurs postes au conseil d'administration étaient en élection et des nouvelles personnes se sont jointes au conseil. Cette assemblée fut aussi l'occasion pour souligner le départ de trois membres du conseil qui avaient complété 3 mandats consécutifs comme administrateurs. Il s'agit de Mme Micheline Martel, M. Denis Morneau ainsi que M. Laurent Lachance.

Nous profitons de l'occasion pour dire un grand merci à ces trois personnes qui se sont beaucoup investit à Action Autonomie.

Le nouveau conseil d'administration d'Action Autonomie est composé de Angelina Mendez, Roger Boisvert, Denise Blais, Monique Normandeau, Jean-Claude Judon, Hella Geoffroy, Anne-Marie Chatel, Aline Valade ,Loïse Forest et Rita Tardif.

La psychiatrisation de l'itinérance

Quand l'absence d'un toit devient une maladie.

La psychiatrie comme réponse aux problèmes sociaux

On ne peut parler de la prise en charge institutionnelle des sans abri sans tenir compte de la place qu'a pris la psychiatrie dans l'approche des problèmes sociaux. À cet effet, l'augmentation exponentielle des diagnostics psychiatriques énumérés dans le DSM, diagnostics basés sur une énumération de comportements ou de symptômes pouvant être qualifiés comme étant non conformes à nos normes sociales. Nous sommes passé de 180 catégories pathologiques à 300 en 15 ans (entre 1979 et 1995). Cette augmentation ne peut être attribuable simplement à l'évolution des connaissances scientifiques. Selon Louise Mallette, clinicienne dans un établissement psychiatrique, « Les échelles comportementales, par une quantification pseudo-objective des symptômes, serviront à prouver l'efficacité du médicament. C'est la nouvelle clinique du « symptôme cible » où chaque souffrance humaine trouvera son corollaire, la prescription médicamenteuse (…)»[1]

La prise en charge institutionnelle des sans-abri :

« Tout au long de son itinérance, la personne utilise des stratégies pour défendre son identité sociale contre la stigmatisation associée à celle-ci, car elle refuse de s'identifier aux représentations sociales négatives de sa condition. Elle veut conserver une identité sociale positive et son estime de soi. »[2] L'itinérance répond, bien sûr, à une méthode de vie atypique, en marge. Le sans-abri peut donc aussi développer des stratégies de survie de type névrose ou même psychotique.

Présentement, la société éprouve d'énormes difficultés à voir dans la souffrance autre chose que la souffrance c'est-à-dire la vie dans son ensemble; il est très difficile de ne pas tomber dans la psychiatrisation de la souffrance humaine. Sans vouloir nier la folie, nous sommes rendus à psychiatriser les problèmes sociaux par l'établissement de normes. Pourtant, la réponse à la souffrance ne passe pas nécessairement par la médicalisation, par la rationalisation des émotions.

La rue soit n'est pas une maladie, mais il ap-

paraît que le médical soit la seule réponse connue aux problèmes rencontrés par les gens de la rue. Ainsi, en regard des droits il semble se dégager que l'absence d'un toit puisse être un prétexte pour l'hospitalisation involontaire.

Selon les chartes québécoise et canadienne des droits et libertés, tout individu à droit « à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique »[3]. Cependant, ces chartes contiennent aussi des restrictions à ces droits dans la mesure où ces restrictions respectent les valeurs démocratiques et le bien être général des citoyens et citoyennes. C'est ainsi que la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* permet, selon certaines dispositions, qu'un établissement interne une personne contre son gré, pour une période d'au plus 72 heures, si le médecin évalue que l'état mental présente un danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui. Par la suite, si la personne maintient son refus, l'établissement doit obtenir une ordonnance de la Cour du Québec pour l'obliger à demeurer à l'hôpital pour une période déterminée. Le seul motif pouvant mener à une ordonnance est la dangerosité.

La loi prévoit aussi qu'un policier puisse amener une personne dans un établissement de soins de santé si ce dernier juge que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Comme les itinérants et les itinérantes sont particulièrement interpellés par les policiers, parce qu'ils fragilisent l'ordre public, on peut facilement penser que bon nombre d'entre eux se sont retrouvés, malgré eux, hospitalisés en psychiatrie pour des périodes plus ou moins longues. Les policiers, mais aussi la société en générale, pensent ainsi donner réponse à la souffrance. Cependant, cette loi en est une d'exception en ce sens qu'elle vient brimer les droits fondamentaux à la liberté, nous sommes en droit de nous attendre à ce que son utilisation soit tout aussi exceptionnelle.

Nos expériences terrains nous amènent toutefois à constater qu'en milieu psychiatrique les pratiques tendent souvent vers « le meilleur intérêt » de la personne, définit en fonction d'un système de valeurs propre à chacun et entraînant un niveau de tolérance différent, et ce, au profit des volontés exprimés et quelques fois des droits fondamentaux tel le droit à la liberté de sa personne et le droit au consentement aux soins. Lorsque l'on parle d'itinérance, le meilleur intérêt guide donc très souvent les interventions du réseau vers l'objectif de sortir les individus de la rue. Évidemment, pour beaucoup d'entre nous, l'idée de faire de la rue son projet de vie permanent ne fait pas vraiment sens. C'est ainsi que l'on voit apparaître dans la jurisprudence de plus en plus d'ordonnances de garde en établissement ou la dangerosité est évaluée en regard du fait qu'une personne ne bénéficie pas de ressource d'hébergement ou d'un domicile fixe. Il s'agit là d'un critère arbitraire et d'une mesure de contrôle sociale de l'itinérance, puisque au-delà de l'hébergement où il y a prise en charge, refusée souvent par le sans-abri, avons-nous suffisamment de logements? Il nous faudrait répondre à cette question également si nous voulons véritablement porter un regard objectif sur l'ensemble de la situation.

Toxicomanie et itinérance : quand la réponse aux problèmes de consommation en est une de consommation.

Plusieurs recherches traitent des problèmes de toxicomanie chez les itinérants. Qu'elles partent de l'hypothèse que l'itinérance engendre la toxicomanie ou que la toxicomanie engendre l'itinérance, tous s'entendent pour dire que l'un et l'autre vont souvent de pair; de toute façon prétendre avoir une réponse à cette hypothèse reviendrait à répondre à la question de qui est venu en premier, l'œuf ou la poule? Quand on « ramasse » un toxicomane itinérant dans la rue, on l'amène en psychiatrie. La réponse de la psychiatrie est fortement conditionnée par la médication de type psychotrope. On peut donc se poser la question suivante : ne laissons-nous pas la personne aux prises avec une nouvelle dépendance tout en complexifiant son problème de toxicomanie?

C'est bien connu, suivi en psychiatrie "égale" pharmacothérapie. Pour la psychiatrie, la médication est donc l'élément principal pouvant mener à un processus de rémission ou du moins de stabilisation des comportements perturbateurs. L'approche biomédicale des problèmes de santé mentale vient occulter tous les facteurs sociaux, économiques, culturels, et autres pouvant engendrer la folie. Si l'on parle de l'itinérance, comment peut-on arri-

mer suivi régulier avec un mode de vie pour le moins irrégulier? Pour toute réussite d'un traitement sur une base régulière, le premier postulat est d'assurer une stabilité résidentielle. Or, la réponse psychiatrique de l'itinérance ne répond en rien à cette stabilité. Guidés par « le meilleur intérêt » on assiste à une judiciarisation psychiatrique de l'itinérance. Parce que c'est un fait, plusieurs itinérants sont réfractaires à toute tentative de prise en charge de leur personne. Cependant, comment peut-on prétendre sortir quelqu'un de sa toxicomanie lorsqu'on échange ses drogues illicites pour une pharmacopée tout aussi importante, mais légale, sans pour autant lui fournir la permanence d'une résidence? Avec une telle façon de faire, il n'est pas rare de voir la personne se faire des cocktails assez explosifs une fois retournée à la rue. Parce qu'un jour l'itinérant, même s'il n'a toujours pas de résidence permanente, sort de l'hôpital et du réseau. Il sort, lorsqu'il n'est plus récalcitrant, ou du moins ne démontre plus d'objection au traitement psychiatrique. Soudainement, il n'est plus dangereux, qu'il soit sans logement ne représente plus une condition de dangerosité. On le laisse sortir sans même s'assurer d'un support extérieur avec ses pilules, et plus tard, sa drogue.

En conclusion, l'itinérance et la toxicomanie dans la psychiatrie mériteraient d'être plus documentés et analysés afin que l'on puisse porter un regard plus éclairé pour leur donner une réponse plus efficace sur cette problématique fort complexe. Certains font le choix de la rue par conviction politique, d'autres par décrochage social, certains par obligation parce que sans ressource. Cependant, qu'importe les raisons qui ont mené à ce mode de vie, la majorité des gens qui vivent dans la rue ont un point en commun : ce qui leur à été offert comme conditions et mode de vie ne répond pas à ce qu'ils cherchent. Dans une société normée, où le moindre écart est souvent régulé, reste t-il de la place pour la marge?

Claudelle Cyr, conseillère en défense des droits

FIN

[1] Article de Louise Malette La psychiatrie sous influence parue dans Santé mentale au Québec De « meilleures pratiques » à « pratiques novatrices »Volume 28, numéro 1, Printemps 2003

[2] Extrait d'une conférence « Poser un regard autre sur l'inquiétante étrangeté » donner par Yves Lecomte, clinicien à l'hôpital St-Luc, dans le cadre du colloque *Sortir de la rue*, le 8 juin 2001 organiser par le Collectif de recherche sur l'itinérance

[3] Chartes des droits et libertés de la personne, art. 1

À ne pas manquer

Les psychotropes, une réponse à la souffrance ?

Limites et enjeux pour le renouvellement des pratiques en santé mentale

Forum international sur la gestion autonome de la médication les 24 et 25 octobre 2006 à Montréal

Objectifs du forum:

- Dans le cadre d'un événement international, le forum se propose d'élargir à l'ensemble des acteurs et actrices en santé mentale l'espace de réflexion sur le développement des pratiques entourant la gestion autonome de la médication.

Plus spécifiquement, les objectifs de ce forum sont :

- Élargir l'espace de dialogue en réfléchissant ensemble sur la place de la médication dans la vie des personnes, dans les pratiques en santé mentale et dans la société en général ;
- Réfléchir sur les pratiques d'accompagnement et de soutien mises en place par les divers partenaires impliqués dans les services à la communauté, et ce, dans le but de mieux répondre à la demande des personnes utilisatrices de services en santé mentale ;
- Stimuler la mise en place de différentes conditions et modalités de collaboration entre les acteurs concernés pour le développement des pratiques autour de la gestion autonome de la médication chez les divers partenaires régionaux.

Pour informations contacter le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec: www.rrasmq.com ou 514-523-7919

Lorsqu'une problématique de logement devient une problématique de santé mentale

Je vis actuellement une problématique de logement. En effet, comme suite à un burnout, comme suite à un diagnostique récent du Trouble d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention (THADA) et un diagnostique de dyslexie, étant sur l'assistance sociale, je dois me contenter de me loger dans des maisons de chambres depuis 3 ans.

Or, il s'avère que c'est ma troisième expérience avec un propriétaire véreux. En effet, ce dernier exploitait une maison de chambres sans permis d'occupation et dans le non respect le plus total des normes réglementaires municipales (Code du Logement de la Sécurité et Salubrité). Ainsi, suite à une plainte à l'arrondissement Villeray, le propriétaire a dû se conformer aux normes réglementaires municipales et a dû faire quitter tous les chambreurs. Malheureusement, ils ont tous déménagé sans compensation monétaire de la part du propriétaire et j'estime qu'il n'ont pas été suffisamment informés de la situation qui prévalait malgré mes efforts.

De plus, le propriétaire a réussi avec l'un de ses amis à obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique pour ma personne. Le propriétaire et son ami ont pu consciencieusement élaborer un affidavit afin d'induire en erreur un Juge de la Cour du Québec et ainsi obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique.

Or, il s'avère que je m'estime le maître d'oeuvre d'un plan d'action de rémission du THADA et de ses comorbidités. Mise en oeuvre d'un plan de service personnalisé basé sur une solide recherche de différentes littératures, je suis suivi et j'ai été suivi par plusieurs professionnels (services) qui agissent ou ont agi à différents niveaux du plan de rémission.

Le propriétaire à réussi à obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique en élaborant et produisant des preuves mensongères, ce qui eut les effets suivants: Vendredi après-midi vers 5h00 pm je rentre chez moi. Quelques dizaines de minutes plus tard, les policiers pénètrent chez moi avec des ambulanciers m'ordonnant de les suivre à l'hôpital pour une évaluation psychiatrique. Surpris, sidéré, je vivais une sorte de cauchemar kafkaïen. Je me suis immédiatement mis à la disposition de *l'État* tout en posant une multitudes de questions afin de comprendre la situation qui s'imposait à moi. Pourquoi un Juge désirerait me soumettre à un examen. Dans quel dessein? J'ai ensuite passé 25 heures sous observation à l'hôpital pour un examen psychiatrique de 20-30 minutes. Après 20 heures d'attentes pour le psychiatre, on me donna congé immédiatement, suite à l'examen, et je quittais trois heures plus tard.

Ainsi, sans avoir été informé qu'une telle procédure à mon égard avait été entreprise, sans le moindre avertissement, j'ai été privé de ma liberté afin de subir un examen auquel j'ai dû me soumettre par ordre de la Cour du Québec. Disons que je n'ai pas aimé mon expérience et que j'ai eu très peur de ce qui arrivait, malgré la bienveillance des ambulanciers, des policiers, des infirmières et des docteurs.

Visage au teint havre, j'étais stupéfait, ahuri, effaré, sidéré et excessivement anxieux. Car, si j'avais eu une sévère maladie mentale ou une affliction psychiatrique quelconque qui m'était inconnue, est-ce que cela aurait fait du propriétaire une personne de bonne foi? Heureusement, je suis sain d'esprit sinon j'aurais été dans de beaux draps!!! Ainsi, mon propriétaire semble avoir usé de représailles suite à ma plainte à l'arrondissement Villeray concernant ces activités locatives douteuses.

Mais pour une personne qui vit un problème de santé mentale et qui est dans son bon droit, ce dernier peut faire face à des représailles pernicieuses et perfides de la part de son propriétaire récalcitrant. En effet, les personnes vivant une problématique de santé mentale comme moi se trouvent souvent démunies face à l'impressionnante adresse de certains propriétaires de maisons de chambres à fourvoyer et exploiter les gens et face au rapport de force qui leur est défavorable. En plus de vivre une situation économique précaire, les personnes vivant une problématique de santé mentale n'ont souvent pas la

force psychologique et/ou physique pour faire face à de telles situations.

Ainsi, de par mon expérience personnelle, puisque j'en subis le traitement, j'ai moi même pu constater qu'il est possible de consciencieusement élaborer des preuves pour induire en erreur un Juge de la Cour du Québec. En effet, j'ai obtenu l'affidavit rempli par le propriétaire et j'y constate beaucoup de déclarations mensongères, fausses et carrément ridicules. Ainsi, le Juge a donc pris sa décision en fonction de déclarations mensongères du propriétaire concernant ma santé mentale. À mon sens, il n'y a donc aucun mécanisme pour éviter ce genre de problème.

Le propriétaire, de son propre chef, a juste pu écrire un affidavit avec son ami pour ensuite aller à la Cour du Québec déposer une demande d'ordonnance d'évaluation psychiatrique. Le propriétaire a d'ailleurs pu exiger que je sois absent à l'audience. Si j'avais pu me présenter devant le Juge pour me défendre, ce dernier n'aurait jamais autorisé l'ordonnance d'évaluation psychiatrique. Or, ce ne fut pas possible.

En Résumé

Il convient donc qu'il soit possible pour un propriétaire véreux et récalcitrant d'user de représailles contre un locataire vivant une problématique de santé mentale en forgeant un affidavit pour obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique. Puisque je suis sur l'assistance sociale, puisque je vis une période de solitude et d'isolement liée à une démarche introspective et de rémission du THADA ainsi que de ses comorbidités et de la dyslexie. Étant en période d'un changement fondamental dans ma vie, je n'ai pas d'argent pour me défendre et le litige avec mon propriétaire me semble un sérieux fardeau à mon projet de rémission du THADA. Pour me défendre, je dois donc me fier sur la volonté d'organismes communautaires pour m'appuyer et me supporter dans cette "difficultueuse" épreuve avec mon propriétaire. Enfin, les avocats de l'aide juridique semblent très réticents à prendre ce dossier par les deux cornes.

Philippe Jean

Dettes et agences de recouvrement : Prudence!

Vous recevez un appel d'une agence de recouvrement qui vous dit : " C'est la dernière fois que je te préviens ! Si tu ne paies pas ton compte demain matin, tu vas te retrouver derrière les barreaux ! ".

Vous savez que vous avez une dette qui traîne mais qu'en ce moment, étant sur la sécurité du revenu, votre situation financière ne vous permet pas de la payer. Mais par peur de vous retrouver en prison ou d'avoir une saisie de certains de vos biens, vous leur faites un chèque pour le montant dû et vous vous retrouvez du même coup sans revenus suffisants pour passer le mois!

Il y a une loi qui encadre le recouvrement des dettes par les agences. Ils doivent respecter certaines règles inscrites dans cette loi et ne peuvent faire ce qu'ils veulent, comme ils le veulent.

Premièrement, ils doivent vous écrire une lettre avant de vous appeler. Et quand ils vous appellent, ils doivent s'identifier, et ce à chaque fois. Ils n'ont pas le droit de vous menacer, de vous harceler ni de vous intimider. Ils peuvent vous appeler entre 8H00 et 20H00 du lundi au samedi. Ils ne peuvent vous contacter les jours fériés.

Si vous ne voulez plus qu'ils vous contactent par téléphone, vous pouvez leur écrire une lettre leur demandant de ne communiquer avec vous que par la poste. Cette demande est bonne pour un période de trois mois, après quoi vous pouvez leur en envoyer une autre.

Deuxièmement, les agences n'ont pas le droit de communiquer avec d'autres personnes que vous. Ils ne peuvent communiquer avec vos voisins, votre employeur et votre famille qui n'habite pas la même demeure que vous.

Finalement, ils ne peuvent exiger des sommes autres que celles à recouvrir. Par exemple, si vous prenez une entente de paiement, l'agence de recouvre-

Suite à la page 8

Le marketing direct : quels sont vos droits ?

Le droit au retrait des listes nominatives

Vous avez le droit de faire retrancher vos renseignements personnels des listes nominatives qu'utilisent des entreprises pour vendre des biens et services ou solliciter des dons.

Le marketing direct est une activité de vente ou de sollicitation exercée par des entreprises au moyen de contacts téléphoniques, d'envois postaux, ou de courriels. Appelé aussi télémarketing ou télévente, le marketing direct est pratiqué à partir de listes nominatives qui contiennent des renseignements personnels : nom, adresse ou numéro de téléphone des personnes. Ces listes peuvent être utilisées à des fins commerciales comme la vente de biens et services ou à des fins philanthropiques comme la sollicitation de dons pour des oeuvres de charité.

Toute personne qui exploite une entreprise au Québec est assujettie à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Les articles 24, 25 et 26 de la Loi sont explicites sur la question de l'utilisation des listes nominatives à des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

La personne qui pratique le marketing direct par téléphone, par courrier postal ou par courriel doit s'identifier et informer la personne à qui elle s'adresse de son droit de retrait de la liste nominative. Les renseignements personnels de la personne qui en fait la demande doivent être retranchés avec diligence. Le droit au retrait peut être exercé verbalement ou par écrit.

Le droit de refuser la communication des renseignements personnels

Une entreprise peut communiquer à une autre entreprise une liste nominative à condition de respecter les trois conditions énoncées dans l'article 22 de la Loi :

1. cette communication ne porte pas atteinte à la vie privée ;
2. la liste est cédée en vertu d'un contrat dont une clause en interdit l'utilisation à des fins autres que la prospection commerciale ou la sollicitation pour des oeuvres de charité ;
3. des moyens sont pris pour que les personnes puis sent exercer le droit de refuser la communication de leurs renseignements personnels à des fins de prospection commerciale ou de sollicitation pour des oeuvres de charité.

Une entreprise peut donc communiquer vos renseignements personnels mais doit d'abord vous en aviser et vous permettre d'exercer votre droit de retrait.

Les recours

Si une entreprise persiste dans ses démarches de vente ou de sollicitation après que vous ayez exercé votre droit de retrait, vous pouvez vous adresser à la Commission d'accès à l'information,
575, rue Saint-Amable, bureau 1.10,
Québec (Québec) G1R 2G4,
téléphone : (418) 528-7741,
ligne sans frais : 1 888 528-7741,
télécopieur : (418) 529-3102,
courriel: cai.communications@cai.gouv.qc.ca

FIN

Suite de la page 7

ment ne peut vous demander de payer des frais si elle vous accorde un délai pour payer.

Il est important de noter que si vous recevez des prestations de la sécurité du revenu, les agences de recouvrement ne peuvent recourir à une saisie de vos biens. De plus, avoir des dettes n'est pas criminel, donc on ne vous mettra jamais en prison pour cela. Sachez que de tel propos ne sont que des menaces et de l'intimidation.

De plus, pour vous protéger d'avantage, exigez une copie de la demande de recouvrement par le créancier. Ça vous permettra de savoir qui est le créancier, quelle est la somme à recouvrir et pour quel motif.

Il est aussi suggéré de demander le numéro de permis de l'agence de recouvrement et de vérifier auprès de l'Office de la protection du consommateur (OPC) s'il est conforme et légal, ce qui n'est pas toujours le cas! Vous pouvez aussi contacter l'OPC au (514) 873-4196 si vous croyez que vos droits n'ont pas été respectés.

FIN

vol 13 no 2, juillet 2006

Témoignage

JE ME SOUVIENS!

Ce n'est pas vraiment facile pour moi que d'aborder avec vous la question des électrochocs que j'ai reçus voilà déjà bien longtemps. Mais puisque le débat est lancé et qu'ils ne furent, après tout, que des stigmates parmi d'autres que je porte en moi comme bien d'autres qui ont à subir les diverses formes de répression que notre société sert à ceux qui sont différents des autres, je me jette à l'eau.

J'étais désespéré, suicidaire, je n'avais l'aide de personne et ne voyais aucune ressource susceptible de me guider vers un peu de lumière. Je relevais d'une tentative de suicide aux médicaments. J'avais été hospitalisé quelques heures puis retourné chez moi. À l'époque, je ne prenais aucun médicament et ne faisais aucune confiance à la psychiatrie. On m'avait déjà ligoté pendant des jours entiers dans un institut psychiatrique, administré des chocs insuliniques qui m'avaient plongé chaque fois pendant d'interminables heures dans une sorte de coma extrêmement douloureux où je demeurais conscient mais incapable de bouger. Des médicaments qu'on m'y avait donnés de force avaient provoqué chez moi, pendant des heures, des crampes intolérables au cou, au visage, aux jambes, réduit à bien peu de chose ma capacité de penser. J'avais été privé de ma liberté et traité de la sorte pendant des semaines, je ne voulais pas retourner là-dedans. Mais j'étais jeune et si j'étais complètement désespéré, je ne voulais pas mourir et je ne voyais personne pour me venir en aide qu'une infirmière qui m'avait témoigné, dans cet enfer-là, une réelle sympathie. Alors, au lendemain de ma tentative de suicide, je lui avais téléphoné. J'étais maintenant prêt à tout plutôt que de mourir.

Le psychiatre me parla de douze, quinze, vingt séances qui seraient peut-être nécessaires pour venir à bout de ma détresse. Je vous reparlerai de ses causes un peu plus loin. Des gens, dans l'unité, qui en avaient subi autant ne me semblaient pas aller si bien que ça, j'acceptai donc quatre séances qui allaient être assorties d'un traitement aux antidépresseurs. Chaque fois, on me couchait donc sur une civière, on me ligotait les bras et les jambes pour contrôler les convulsions, on veillait à ce que je ne m'avale pas la langue au cours de la crise d'épilepsie qui se produirait pendant le traitement; deux ou trois infirmiers et l'anesthésiste étaient sur place. On m'administrait du penthotal, je sombrais dans l'inconscience. À mon réveil, de retour dans l'unité, l'infirmière se trouvait près de moi; elle répondait à mes questions. Où étais-je, pourquoi étais-je là, que s'était-il passé, beaucoup de choses s'étaient effacées de ma mémoire qui allaient cependant réapparaître dans les heures, les jours et les semaines qui suivirent. Il demeure que l'insondable détresse qui m'avait habitée fut brisée par le traitement. Mais le plus long restait à faire : réorganiser ma vie, reprendre mes études, faire carrière malgré les marques comme celles faites d'un fer rouge que m'avait laissé sur l'âme comme sur le corps ce que j'avais subi.

J'eus d'autres épisodes dépressifs, moins profonds, et connu ce que les psychiatres appellent des épisodes de « manie », au cours desquels s'exprime, en fait, ma propre vision du monde, laquelle semble aussi intolérable pour mes proches que l'est pour moi la leur propre, conformiste, égoïste, et qui ferme les yeux et le cœur sur bien des violences et des douleurs de ce monde. Bien des années plus tard, les souvenirs que je gardais, dans l'ultime recoin de ma mémoire, de quelques jours et nuits de torture dans un cachot de la Centrale de police de Montréal, assorties d'une agression sexuelle, me remontèrent à la conscience. Je m'en suis ouvert à un psychiatre, qui m'informa que ce que j'avais alors enduré ressemblait à s'y méprendre à des techniques de destruction de la personnalité mises au point au Allan Memorial Hospital de Montréal dans les années '60, au cours d'expériences sur des patients, financées par la CIA. De fait, moi, j'en ai eu pour deux

»

» Urgence d'agir

Comité PARE-CHOCS pour l'abolition des électrochocs

1260 Ste-Catherine Est #208, Montréal, Qc. H2L 2H2
Téléphone : 514-525-5060 Courriel: pare-chocs@hotmail.com
Site Web:www.actionautonomie.qc.ca/parechocs/parec.html

vol 13 no 2, juillet 2006

ans à tenter de me recomposer une vie, une personnalité, au cours des années qui suivirent ces journées-là pendant lesquelles j'avais été traité pire que si j'avais été une bête. Un autre psychiatre, maintenant à la retraite, qui avait déjà visité ces cachots-là me fit part de son horreur propre de ce qu'il y avait vu.

Ceux qui se sont penchés sur mon épais dossier médical, aussi peu confidentiel que l'est la rumeur publique, se doutent bien que les électrochocs que j'ai dû accepter n'auraient sans doute pas été nécessaires si on m'avait traité, là-dedans, non pas avec barbarie mais avec humanité, en respectant ma dignité, mon intégrité physique, mentale et sexuelle telles que le prescrivent les Chartes en vigueur dans ce pays comme le Code criminel. Je n'avais rien fait pour mériter ça, je n'ai jamais obtenu réparation, justice pour les dommages subis. Je ne suis pas le seul dans ce cas, loin de là. À mon expérience personnelle, je donne aussi une interprétation politique qui en vaut certainement bien d'autres : à moi, le Québec m'apparaît depuis longtemps comme un vaste laboratoire où on gèle autant qu'on peut, et notamment par des médicaments qui réduisent bien des gens au désespoir comme à la plus totale impuissance, un peuple qui n'en finit plus d'être colonisé, avec la bénédiction des États qui l'assujettissent, au moyen des propres taxes qu'on prélève sur lui, les politiciens comme les médias n'ayant pas le courage de jamais jeter un regard sur cette réalité là. Mais je comprends qu'il n'y ait guère d'intérêt à témoigner que dans ce pays-ci aussi on étouffe la dissidence.

Pour terminer, on considère volontiers les gens comme moi comme de dangereux malades alors que nous craignons simplement, nous, d'être torturés de nouveau parce que nous réclamons simplement le respect de nos droits, nous qui souvent n'envisageons pas la vie, notre peuple, notre pays, ni l'avenir du monde de la même façon que la majorité. Nous qui tentons d'exprimer un autre discours, d'inventer autre chose. Nous qui avons des craintes et avons raison de les entretenir : on nous discrimine partout où c'est possible, on biffe nos carrières, on nie nos droits à nous approcher de nos enfants, on fouille dans nos vies, ne respectant rien de nos propriétés ou de nos sphères privées, on nous réduit toujours davantage à la misère économique, on teste sur nous des techniques et des médicaments bien plus dangereux que nous le serons jamais et qui conduisent chaque année des centaines de personnes au suicide, avec l'appui de l'État qui subventionne avec nos taxes l'industrie pharmaceutique qui nous empoisonne. Ce n'est pas tant nous qui avons besoin de chocs que la société qui devrait consentir à celui de considérer un instant ce qui se passe véritablement dans ses rues, dans les cachots de ses polices et de ses prisons comme dans les corridors de ses hôpitaux psychiatriques, dans les officines des pharmacies comme dans les laboratoires des pharmaceutiques.

FIN

Action Autonomie, avec la collaboration de militants et de militantes, 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 serons heureux de répondre à vos questions ou de vous accueillir parmi nous.

Pour informations:. tél: 525-5060

SAVIEZ-VOUS QUE:

- Après avoir été à toutes fins bannis, les électrochocs font un retour en force aux États-Unis ainsi qu'au Québec.
- Au Québec, on est passé de 4000 séances d'électrochocs en 1988 à plus de 8000 en 2003, soit une augmentation de 100%.
- Les personnes visées sont principalement des femmes ainsi que des personnes âgées. Au cours des dernières années, 66% des électrochocs ont été administrés à des femmes et 40% à des personnes âgées de 60 ans et plus.
- Certaines personnes meurent à la suite d'électrochocs. Des études mentionnent que le taux de décès serait de 1 sur 100 plutôt que 1 sur 10 000 comme le prétendent les recherches de l'association des psychiatres américains.

vol 13 no 2, juillet 2006

Campagne Électrochocs

Extrait d'une lettre envoyée au Président Directeur général du Collège des Médecins du Québec

Docteur Yves Lamontagne
Président-directeur général

OBJET : Reconsidération de votre position sur les électrochocs

Monsieur le Président-directeur général,

Comme de plus en plus de citoyens et de citoyennes au Québec et de par le monde, notre organisme se positionne contre les électrochocs et milite pour leur abolition définitive. La présente démarche vise à demander instamment au Collège des médecins du Québec de reconsidérer sa position sur cette pratique vivement controversée, tant sur le plan social que scientifique, et qui malgré presque 70 ans d'utilisation demeure une technique expérimentale.

En effet, dans un avis publié en 2002, le dernier à notre connaissance, la position du Collège est claire : l'électroconvulsivothérapie (ECT), en se fondant sur l'évidence de la recherche évaluative, est un traitement très efficace mais sous-utilisé pour différentes formes de dépression grave et ne doit pas être vue comme un dernier recours; pour d'autres situations, l'ECT est également indiquée, sur la base de l'expérience clinique; il existe un consensus scientifique sur l'efficacité et l'innocuité relative de l'ECT; et il faut dissiper tout préjugé injustifié concernant cette technique.

Le rapport intitulé *L'utilisation des électrochocs au Québec*, commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et publié en 2003, affirme pourtant que les incertitudes quant à l'efficacité et aux risques de l'ECT demeurent importantes et qu'il est nécessaire de recueillir plus de données à cet égard. En fait, selon ce rapport, la seule efficacité des électrochocs prouvée scientifiquement consisterait en l'amélioration de l'état de dépression grave pour une période maximale de 4 à 6 semaines, dans 8 à 65% des cas, avec une diminution de ces pourcentages

une semaine seulement après la fin des séances. Toute une efficacité après 70 ans de pratique! Le rapport nous apprend également que plusieurs études sérieuses ont montré une efficacité des électrochocs quasi équivalente aux placebos et à la médication, que les études officielles portant sur l'efficacité ne comparent pas l'action des électrochocs avec celle d'alternatives (les thérapies psychosociales, par exemple) et que cette « efficacité » dont parlent les scientifiques ne concerne que la diminution de certains symptômes de la dépression, sans tenir compte des effets néfastes et sans mesurer s'il y a eu amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie des personnes ou action sur le problème ayant suscité la détresse psychologique. On peut ajouter qu'il existe des alternatives efficaces et sécuritaires aux électrochocs, que cette technique ne présente aucune efficacité dans la prévention du principal cas d'urgence qu'est le risque de suicide associé à la dépression et que l'administration des électrochocs cause des décès. Bref, une incontournable question se pose : combien de temps encore faudra-il pour conclure que les électrochocs ne sont pas un bon traitement et qu'est-ce qui justifie toujours cette pratique?

C'est avec stupeur que beaucoup de gens ont appris, à la lecture d'un article publié en 1997 dans la revue *Québec Science*, que non seulement les électrochocs étaient encore utilisés de nos jours mais qu'entre 1988 et 1995, le Québec était passé de 4 000 séances à 7 200! Il y en aurait eu 8119 en 2003. On apprenait également qu'en 1995, les femmes avaient reçu les deux tiers des électrochocs administrés avec une surreprésentation encore plus

marquée des femmes de plus de 60 ans, et ce, sans que personne ne soit en mesure de dire pourquoi. Des résultats semblables sont cités dans le rapport de l'AETMIS jusqu'en 2001, avec des données en fonction de la population globale, et toujours sans l'ombre d'une explication concernant la surreprésentation des femmes. Cette situation, entre autres, nous apparaît très inquiétante.

Comme on peut le lire dans le document *Les électrochocs : état des lieux*, une importante étude d'Action Autonomie réalisée en 2005, nous sommes partisans d'une médecine humaniste, c'est-à-dire d'une pratique qui met l'être humain au centre de ses préoccupations, qui ne résume pas celui-ci à sa « maladie » ou à son symptôme mais plutôt qui le considère dans sa globalité et comme un être social affecté par son environnement social, culturel, économique et politique. Les électrochocs, de par ce qu'ils sont et ce qu'ils font aux gens sans parler des modalités de leur application, vont totalement à l'encontre de cette philosophie. Comment une telle technique a-t-elle pu se retrouver promue à l'échelle de traitement? En quoi la promotion des électrochocs faite par le Collège des médecins du Québec s'inscrit-elle dans sa mission, à savoir de « promouvoir une médecine de qualité pour protéger le public et contribuer à l'amélioration de la santé des Québécois »?

D'autres arguments militent contre les électrochocs, parmi lesquels : en termes de pratique très inquiétante de la psychiatrie, leur administration inconsidérée à diverses catégories de problèmes en santé mentale; les nombreuses contre-indications à cette technique et ses effets dramatiques sur l'organisme; un nombre important reconnu de pertes de la mémoire durable ainsi que des altérations des autres fonctions cognitives; l'absence d'amélioration, voire l'altération et même la destruction, de la fonctionnalité et de la qualité de vie des personnes à qui les électrochocs sont administrés; et le fait que cette technique soit assimilée à un viol par de nombreuses personnes qui la subissent.

Pour toutes ces raisons, il nous apparaît nécessaire et urgent que votre organisation reconsidère sérieusement sa position sur les électrochocs. Nous apprécierions beaucoup recevoir une réponse écrite à la présente demande, dans un délai raisonnable. En espérant vivement que le Collège des médecins du Québec recevra favorablement notre demande et assumera en ce sens son leadership en matière de protection du public et d'avancement pour une médecine de qualité, veuillez agréer, Monsieur le Président-directeur général, l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Ghislain Goulet, pour
Le Comité PARE-CHOCS

Nous invitons toutes les personnes intéressées à s'inspirer de la présente lettre et d'écrire au Collège des médecins du Québec pour leur demander une reconsidération de leur positions sur les électrochocs.

Docteur Yves Lamontagne
Président-directeur général
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Un dossier complet sur cette question est disponible sur le site du Comité PARE-CHOCS au http://www.actionautonomie.qc.ca/parechocs/parec.html

10 bonnes raisons de dire NON AUX ÉLECTROCHOCS

1. Les électrochocs sont oppressifs, violents et portent atteinte à l'intégrité et à la dignité des personnes.
2. Les recherches passées et actuelles nous montrent l'inefficacité des électrochocs.
3. Les personnes vulnérables sont les cobayes de ce « traitement » expérimental.
4. Les électrochocs causent des décès.
5. Les électrochocs causent des dommages au cerveau.
6. Les électrochocs causent des pertes de mémoire permanentes.
7. Les électrochocs amènent des troubles d'apprentissage et des déficits intellectuels.
8. Les effets indésirables des électrochocs sont nombreux: confusion, maux de tête, faiblesses, insomnie, effets négatifs sur la vie sociale des personnes, etc.
9. Les électrochocs n'améliorent pas la santé des personnes.
10. Les électrochocs sont contestés au sein même de la communauté scientifique

Lutte à la pauvreté

Quand travail rime avec pauvreté!

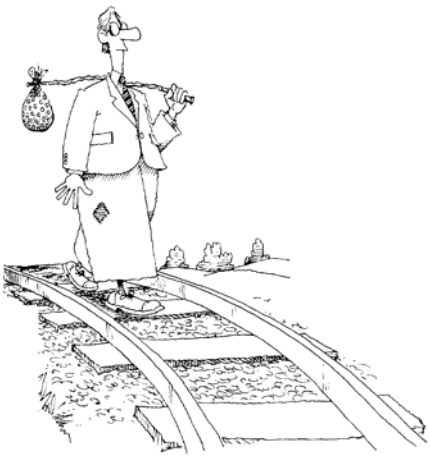
Après le travail qui tue, abrutit ou mène à l'épuisement professionnel, il faudra ajouter une nouvelle métaphore dans le langage courant: le travail qui appauvrit.

Plus de 341 000 travailleurs montréalais gagnaient moins de 20 000 $ par année en 2001, selon une étude divulguée hier par le Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal. Cela revient à dire que 40 % de la population qui travaille ne dispose pas des revenus nécessaires pour subvenir à ses besoins de base.

De 1978 à 1998, le salaire minimum a augmenté de 98 %, alors que le coût de la vie a bondi de 127 %. Conclusion ? «Le travail salarié ne protège plus contre la pauvreté», tranche l'étude du Forum.

L'organisme est venu jeter une douche d'eau froide sur le 1er mai, jour de la fête internationale du Travail. Même l'augmentation de 15 cents, qui a fait passer hier le salaire minimum à 7,75 $, prend les allures d'une sinistre farce. «L'érosion continue. Avec l'augmentation du coût de la vie de 2,42 % cette année, cette augmentation aurait dû être de 18 cents, et non de 15 cents», affirme Martin-Pierre Nombré, coordonnateur du Forum régional sur le développement social. «C'est la fête des Travailleurs, mais ce n'est pas tout le monde qui fête. Il y a des gens qui n'ont même pas les moyens de s'absenter», ajoute-t-il.

Les travailleurs sous-scolarisés, les femmes cheffes de familles monoparentales, les jeunes et les immigrants sont les plus touchés par cet effritement des salaires qui n'épargne aucun pays occidental. La détérioration des conditions de vie des travailleurs au bas de l'échelle est perçue comme l'une des résultantes de la libéralisation des marchés. Dans leur recherche d'une main-d'oeuvre flexible, afin de répondre aux normes de la concurrence mondiale, les entreprises ont engendré une classe d'exclus qui ont pourtant du travail. La recrudescence du travail atypique (à temps partiel ou à contrat) a plus que doublé entre 1976 et 2001, dans l'ensemble de la province, pour représenter maintenant le tiers de tous les emplois. Selon le calcul du Forum, le recours aux emplois atypiques prive entre 313 000 et 376 000 travailleurs(toujours au Québec) de la protection et des avantages auxquels ils auraient droit.



Les résultats de l'étude viennent contredire le dicton populaire selon lequel il faut travailler pour s'enrichir. «L'existence des travailleurs pauvres contredit le discours selon lequel l'emploi est le principal mécanisme de redistribution de la richesse et elle infirme la croyance que la pauvreté ne peut résulter que du non-travail», affirme le document.

L'étude recommande d'ailleurs de revoir de fond en comble les lois sur le travail, notamment en prenant exemple sur certaines villes américaines, qui ont instauré le «living wage» (salaire de vie). En vertu de ce système, les villes et les entreprises au service des gouvernements acceptent de payer plus que le salaire minimum à leurs employés, afin de refléter le coût de la vie dans les grandes villes.

Il faudra aussi renforcer les communautés locales, les doter d'infrastructures adéquates, souligne le document. Dix arrondissements de Montréal abritent trois quarts des quelque 500 000 Montréalais (population active et inactive) vivant sous le seuil de faible revenu. Il s'agit de Ville-Marie, du Sud-Ouest, de Villeray Saint-Michel Parc Extension, de Côte-des-Neiges Notre-Dame-de-Grâce, de Rosemont Petite-Patrie, de Montréal-Nord, de Mercier Hochelaga-Maisonneuve, de Saint-Léonard, de Lachine, et de Rivière-des-Prairies Pointe-aux-Trembles.

Selon M. Nombré, cette situation «alarmante» risque d'engendrer à terme la création de ghettos, surtout dans les quartiers de Saint-Michel, Montréal-Nord et Parc-Extension. «Il va y avoir de plus en plus

de formation de ghettos parce qu'on retrouve les plus pauvres dans les mêmes quartiers. Je ne dis pas qu'on va arriver un jour à la même situation qu'en France, mais il faut y penser. Le climat social pourrait se détériorer à long terme.»

Les chiffres avancés par le Forum, une table de travail sous l'égide de la Conférence régionale des élus de Montréal, sont à prendre avec circonspection. Dans le calcul du nombre de travailleurs vivant sous le seuil de pauvreté, les auteurs ont en effet tenu compte du salaire individuel, et non des salaires des ménages, qui sont plus élevés.

Les données semblent par ailleurs difficiles à concilier avec le Bulletin statistique régional de Montréal, fourni par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ). Le taux de familles à faibles revenus était légèrement supérieur à 15 % en 2001. Le revenu disponible (après impôt) par individu a par ailleurs suivi une tendance à la hausse entre 1995 et 2001, passant de 18 000 à 21 000 $ environ.

L'emploi de méthodes différentes rend les comparaisons difficiles. L'ISQ utilise le revenu familial après impôt pour évaluer la quantité de ménages à faibles revenus. Il considère qu'une famille touche un faible revenu lorsqu'elle gagne la moitié du revenu familial médian au Québec, tout en faisant les ajustements nécessaires compte tenu de la taille et de la composition des familles.

L'étude du Forum utilise le salaire brut des individus dans ses calculs. Il définit les travailleurs à faibles revenus comme étant ceux qui gagnent moins de 10 $ l'heure, ou encore ceux qui occupent des formes d'emplois à bas salaires ne leur donnant pas d'avantages sociaux. Elle assimile donc la pauvreté à la piètre rémunération et au manque d'accès aux droits sociaux.

Il n'en demeure pas moins que les chiffres, de part et d'autre, sont unanimes sur deux grandes réalités. Primo, Montréal est plus pauvre que le reste de la province. Secundo, la proportion des familles à faibles revenus va en augmentant d'une année à l'autre dans la métropole.

Brian Myles 2 mai 2006
Le Devoir

HAUSSE DES BARÈMES D'ADMISSIBILITÉ À L'AIDE JURIDIQUE

Les seuils d'admissibilité à l'aide juridique sont haussés à compter du 26 janvier 2006. Voici donc les nouveaux chiffres pour ce qui est du barème d'aide juridique gratuite:

Personne seule	**9,695.00**
Adulte et un enfant	**13,186.00**
Adulte et deux enfants	**15,403.00**
Conjoints	**13,622.00**
Conjoints et un enfant	**16,057.00**
Conjoints et deux enfants ou plus	**18,274.00**

** Des règles particulières traitent de l'actif possédé, des liquidités et des dépenses déductibles au titre du revenu. Il est important de faire vérifier son admissibilité à l'aide juridique et de ne pas se fier uniquement à ces tableaux.*

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

vol 13 no 2, juillet 2006

La Maladie des préjugés

Le 4 juillet 2005, lors d' une visite au cabinet du médecin, en pleurs, ne pouvant plus dormir, ni manger, ni sortir de chez moi, et ce depuis plusieurs jours, celui-ci prononce son diagnostic, je souffre d' une dépression majeure grave. Malgré tous les symptômes concluants à cette affirmation médicale je n' y crois pas. Mais je dois vite me rendre à l'évidence, je suis effectivement épuisée, à bout de souffle, tellement que je n'ai plus envie de rien, même de vivre. À partir de ce jour j' ai dû combattre une maladie plus forte que la dépression majeure , celle des préjugés entourant cette maladie, c'est-à-dire "la maladie des préjugés".

Par préjugés j'entends, entre autre, celui du droit de guérir de la dépression autrement que par les méthodes conventionnelles dictées par le corps médical, l'employeur et/ou les compagnies d'assurances. Mon droit de guérir sans médication, sans jugements, sans tabous, sans discriminations, sans menaces, de coupure de budget entre autre. C'est-à-dire mon droit à l' autonomie dans la gestion de ma guérison. Le premier préjugé est venu du médecin lui-même, lorsque je lui ai dit que je ne voulais prendre aucun anti-dépresseurs pour guérir. Je préférais opter pour des solutions plus saines et plus garantes de ma guérison à long terme. C'est-à-dire, par des méthodes plus naturelles, revoir mon alimentation, ma forme physique, et mon réseau social, refaire un bilan approfondi de mes habitudes de vie. Car j'étais consciente, et ce sans aucun diplôme, que la dépression dont je souffrais provenait en partie d' une mauvaise qualité de vie que je traînais avec moi depuis plusieurs années et qui était dûe soit par un certain isolement, une certaine pauvreté, un certain réseau social mal géré, et surtout dûe à certains mauvais traitements qui m'avaient étés personnellement infligés pas mon supérieur immédiat au travail.

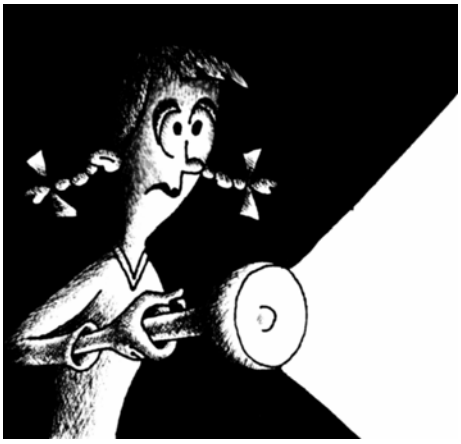
D'ailleurs ces mauvais traitements que j'appelle dans mon dictionnaire à moi, « de l'harcèlement psychologique », ont étés la cause première du déclenchement chez moi de la dépression majeure . Et ce diagnostic que je fais sur ma propre condition de la maladie est très mal accueilli par mon employeur, par

les assurances et par d'autres institutions que je ne nommerais pas ici, mais encore là il est difficile de se faire entendre et respecter. Car je ne suis pas sensée être en mesure de reconnaître ce qui ne va pas dans ma vie, puisque je suis malade et que je manque probablement de jugement.

Donc, je dois faire ce que l' on me dit de faire et comment le faire. Et, si je veux démontrer que je suis vraiment malade et bien je dois prendre des antidépresseurs sinon je perd ma crédibilité en tant que personne souffrant d' une dépression majeure grave et ainsi je risque de ne pas toucher les assurances salaires qui me sont dûes en cas de maladie, que je paye depuis trois ans, et ainsi devoir retourner dans le même lieu de travail, avec le même superviseur qui m' a rendue malade, bien sûr, et ainsi récolter aucun moyen de guérison véritable. Ne pouvant plus vivre avec cette pression et ces menaces je décide de prendre pour la première fois de ma vie de l'Effexor-xr. Ainsi je calme toute cette basse cour autour de moi qui essaie de trouver qui est venu avant, l'oeuf ou la poule et je prend six mois de cette médication qui m'a bien sûr aidée mais qui n'était qu'un "plaster" sur le véritable bobo. Là, il me fallait restructurer ma vie, revoir mes priorités et travailler pour y arriver.

Où aller me faire entendre dans mon véritable besoin d' écoute et de guérison?

Dur de se faire entendre car la folie guette bien des gens. Je me suis tournée vers le communautaire où là j' ai retrouvé une certaine dignité qui m'a



permis de croire en mes perceptions, et qui m'a surtout redonné la confiance que j'avais perdue, et ainsi reprendre ma vie en main. Car j'y ai trouvé non seulement du respect et de l'écoute mais aussi des amis. J'y ai aussi appris à connaître mes droits et ainsi me tenir debout devant certains préjugés qui empêchent souvent les gens souffrants de trouble de santé mentale de prendre la place qui leur est dûe dans la société.

Il y a maintenant trois mois j' ai cessé la médication, j'y étais allergique. J'ai diminué graduellement. Aujourd'hui j'ai ajouté l'exercice physique dans ma vie, la méditation et je mange plus sainement. Je ne suis pas complètement guérie et je ne suis toujours pas retournée au travail. Les assurances continueront-elles de me payer après le mois de mai, puisque je ne prends plus d'anti-dépresseurs, je ne le sais pas. Ce que je sais aujourd'hui c' est qu'un trouble de santé mentale peu frapper tout le monde, mais que la guérison n'est pas sainement acquise, car elle dépend, non seulement de la prise de certains "médicaments", mais encore plus important, de l'attitude de nos élites sociaux qui ont le pouvoir de nous aider ou de nous infantiliser dans le but pernicieux de garder une mainmise sur nous les gens malades.

Le changement de culture et de mentalité ne se fera pas demain matin, mais si tous ensemble nous prenions le temps de comprendre, d'entendre et d' écouter au lieu de juger, nos hôpitaux ne seraient peut être pas si pleins et les compagnies pharmaceutiques si riches.

FIN

Le droit de choisir!

Aline Valade

La folie dans les médias, ou la désinformation au sujet de la maladie mentale

Jusqu'à tout récemment, le fou était enfermé sous ordre policier ou pris en charge par une médecine psychiatrique qui ignorait l'importance du rétablissement social pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Nous en sommes aujourd'hui à une autre étape. Les institutions traditionnelles (asile, hôpital) ne remplissent plus exactement les mêmes fonctions. La réclusion asilaire systématique est devenue, aux yeux du public et des représentants politiques, aussi intolérable que les expérimentations médicales qui bafoueraient la dignité des individus. L'édiction par les pays industrialisés des politiques de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques témoigne de cette situation qui est directement liée au contexte de mondialisation et de décentralisation des anciens pouvoirs étatiques. Depuis les 45 dernières années, nous assistons à une transformation radicale du système de soins en santé mentale qui est passé de l'institution asilaire au traitement dans la communauté. Ces discours de désinstitutionnalisation ouvrent toutefois sur de nouvelles stratégies de normalisation (continuité des soins et ramification des hôpitaux dans la communauté, zonage urbanistique et gestion des territoires, etc.). Le contrôle de la représentation de la folie dans les médias est l'un des avatars de ces techniques normalisatrices.

La presse écrite et les journaux télévisés relatent régulièrement des cas de meurtre associés à la démence. Dernièrement, celui de Daniel Maxheleau retenait l'attention. À la page A8 de l'édition du 14 mars 2005, le quotidien *La Presse* titrait: «Trois membres de la même famille assassinés à Ottawa. La police arrête le fils qui éprouverait des problèmes de santé mentale.» La liaison au conditionnel entre les homicides et l'état mental du suspect ne réduit en rien l'effet négatif qui est produit sur le lecteur. Le 20 janvier dernier, Pascal Monnier était aussi soupçonné d'avoir assassiné ses parents dans un élan de folie. LCN titrait: «Double meurtre à Laval. Le suspect a agi sous le coup de la démence». Le communiqué de

presse émis par le réseau d'information précise: «[Le suspect] est depuis hospitalisé, surveillé par des médecins et sous surveillance policière […] il a été conduit à la Cité de la santé de Laval pour y subir une évaluation psychiatrique.». Le soir de l'incident, au bulletin du réseau national, le journaliste Alexandre Dumas s'empresse de lier le parricide au présumé passé psychiatrique du suspect en ajoutant que cet événement lui rappelle un cas survenu dans des circonstances similaires. Comme si les personnes classées malades mentales représentaient invariablement un danger pour les autres. Le lendemain on apprend que Pascal Monnier n'a ni antécédents médicaux en matière de maladie mentale ni antécédents judiciaires. Des commentaires d'information trop fréquents nous avisent: «un schizophrène a fait une fugue mais il n'a tué personne». Il ne viendrait pourtant pas à l'idée d'un journaliste de présenter un criminel comme une personne normale et saine d'esprit. C'est pourtant dans ces conditions que la quasi totalité des crimes sont commis. Pourquoi alors associer une histoire de meurtre à un état de démence alors qu'il s'agit d'une exception parmi les exceptions?

Bien sûr, les médias ne présentent pas systématiquement le fou comme dangereux. Les documentaires de Raymond Depardon (*San Clemente*, *Urgence*) qui, sans bénéficier d'une large diffusion, remettent bien en question le statut du fou dans nos sociétés. Au cinéma, la schizophrénie a fait l'objet d'une approche positive comme en témoignent deux films d'origine anglo-saxonne: *Shine* (1995) sur le pianiste de concert David Helfgott et *A beautiful mind* (2001) sur la vie de John Nash, mathématicien de génie et récipiendaire du prix Nobel d'économie en 1994. Toutefois, depuis *Le cabinet du docteur Caligari* (1919) de Robert Wiene jusqu'à *Shock Corridor* (1963) de Samuel Fuller et au célèbre *One flew over the cuckhoo's nest* (1975) de Milos Forman, pour ne nommer que ceux-là et indépendamment de leurs qualités cinématographiques, plusieurs films ont eu tendance à figer dans le temps l'image erratique du malade mental vivant dans l'univers asilaire.

Le cinéma, qui a l'avantage de la durée, est capable du meilleur comme du pire. Mais les médias d'information de masse (journaux, télévision, magazines, radio, etc.) posent le plus souvent sur la maladie mentale un regard déformé et sensationnaliste en introduisant un lien non fondé entre folie et dangerosité pour les autres. Cette inférence est statistiquement fausse. On sait que les personnes atteintes de troubles mentaux demeurent plus dangereuses pour elles-mêmes, mais proportionnellement moins dangereuses pour leur entourage et plus vulnérables vis-à-vis des autres. Les épisodes dépressifs et les psychoses favorisent en effet l'émergence de pensées suicidaires. Pourquoi alors les médias de masse s'empressent-ils de lier homicide et maladie mentale? L'ignorance constitue une réponse valable qui n'explique cependant pas tout. Il y a aussi des intérêts financiers qui orientent la rédaction des faits divers. La désinformation que s'autorisent les médias grand public est conditionnée par l'audimat. Ces médias ont tout intérêt à laisser croire que les personnes dangereuses pour les autres sont aussi le plus radicalement différentes de la majorité. Les personnes classées malades mentales, en ne constituant toujours qu'une minorité de la population, se trouvent ainsi toutes désignées pour incarner ce qu'il y a de plus socialement dangereux. Les fous deviennent la proie des médias de masse qui modulent insidieusement la réalité de manière à minimiser le risque d'identification du consommateur au meurtrier. Ce moyen subtil d'affirmer: «le danger est dans l'autre et pas chez toi» obéit à une logique de déresponsabilisation qui a des effets très concrets sur les attitudes et les croyances des populations. Nos études ont montré que les collectivités se disent généralement en faveur du retour des patients psychiatriques dans la communauté, alors qu'une minorité accepterait d'avoir des ex-patients psychiatriques dans son voisinage. Les médias sont en partie responsables de ce syndrome NIMBY («Not In My BackYard»).

Nous nous réjouissons du fait qu'aujourd'hui les troubles psychiques (dépression, *burn-out*, troubles anxieux, etc.) sont régulièrement évoqués dans les médias. Toutefois, une part importante de la façon dont la maladie mentale est médiatisée (aussi bien dans les médias pour enfants que pour adultes) encourage le développement de nouveaux mécanismes d'exclusion et de discrimination. Certaines productions médiatiques contribuent à dissocier le fou du criminel ou du malade incurable. Mais d'autres excellent dans l'art de stigmatiser à notre époque obsédée par le calcul du risque. La «gestion du risque» n'est pas seulement un précepte économique, elle affecte aussi notre rapport à l'«anormalité» et à la déviance sociale. C'est ainsi que les médias de masse attribuent gratuitement des potentiels de dangerosité pour autrui aux personnes fragilisées par la

maladie mentale et vivant dans la communauté. Ces personnes sont alors perçues comme des terroristes en puissance qui risquent de déstabiliser l'ordre établi et contre lesquels il faut mener des «guerres préventives». Certains journalistes se donnent pour mission de conscientiser le public sur la présence d'un danger qui, telle une cellule dormante, est à la fois parmi nous et hors de nous. Les médias de masse (publics et privés) participent ainsi à une entreprise de normalisation qui considère maintenant la «maladie mentale» comme un danger virtuel vis-à-vis duquel la population dite normale, pourtant la plus dangereuse pour autrui, doit exercer une méfiance de tous les instants.

Alain Beaulieu
Département de philosophie, Université McGill
Henri Dorvil
École de travail social, Université du Québec à Montréal
Paul Morin
Département de service social, Université de Sherbrooke

Et psy alors... par R. Boiswert jr. & M. Lauzon

Hommage à mon père

Problématique de santé mentale et capacité parentale

Mon père avait 43 ans lorsque la maladie le frappa. Jusqu'alors, il avait été un travailleur acharné. Il avait été et a toujours su être un bon père.

Il se vit attribuer un mauvais diagnostic, un mauvais pronostic et une médication inadéquate. Il subit même quelques séries d'électrochocs et ce sans aucune amélioration de sa condition. Il revenait de ses « traitements » agité et les gencives ensanglantées.

C'est durant la période des fêtes alors que j'avais 10 ans que mon père fut hospitalisé pour la première fois.

Une tante nous amena passer les fêtes chez elle. Nous savions ma sœur et moi que papa était à l'hôpital mais nous ignorions pourquoi. Personne ne nous donnait d'information concernant sa santé. Je pensais alors qu'il doit sûrement être atteint d'une maladie mortelle. La maladie mentale est tabou, imaginez ce que c'était autrefois.

Quand nous entrâmes enfin à la maison, nos vies basculèrent. Certains membres de notre famille cessèrent de nous fréquenter. Nous étions devenus des pestiférés.

Quant à papa, il était comme toujours plein d'amour envers nous. La maladie n'affecta jamais l'amour qu'il vouait à ses enfants. De plus, peu importe les circonstances, il ne se plaignait jamais.

Nous avons vécu des problèmes de pauvreté, d'absence de soutien et d'isolement. Nous avons tenté de vivre cette situation en « cachette » étant donnée la stigmatisation entourant la maladie mentale, surtout dans les petites villes. Cependant, à son travail tout le monde le savait. Cela devait être très difficile pour un homme qui se dévouait entièrement à tout ce qu'il faisait.

Depuis sa jeunesse papa faisait toujours de « l'overtime » et travaillait 6 jours par semaine. Le

vol 13 no 2, juillet 2006

plus souvent il ne prenait pas un jour de vacance l'été.

Dès que sa période de chômage se termina il retourna « à shop » même s'il n'était pas stabilisé. Il faisait cela afin que sa famille ne manque de rien. Il était comme ça. Puis arriva un jour où il se retrouva dans l'impossibilité de retourner au travail et ce de façon définitive.

Papa donnait tout et ne demandait rien. Il était heureux quand il voyait les siens heureux. Il conserva cette qualité d'âme toute sa vie malgré les problèmes, malgré la maladie.

J'ai eu le meilleur père du monde et la maladie n'y changeait rien. Les souvenirs de nos bons moments sont plus importants que les souffrances causées par la maladie, un mauvais psychiatre et la pauvreté.

Il est trop facile de faire une équation entre les problèmes de santé mentale et les incapacités parentales. Les dernières années de vie de mon père furent funestes. Il entrait et sortait constamment de l'hôpital.

Quant à sa toute dernière année de vie, il la passa entièrement dans un établissement de Montréal. Il était constamment attaché à un fauteuil gériatrique et souvent même la nuit il était sous contention.

Un jour ma sœur en le visitant remarqua qu'un de ses pieds était terriblement enflé. Elle demanda des explications au personnel. On lui répondit « il y a eu un accident en procédant à une contention de nuit, votre père s'est décroché le pied dans son lit ». Ma sœur horrifié demanda pourquoi il n'avait pas plâtré son pied? La réponse fut cinglante: « On ne plâtera pas son pied puisqu'il est maintenant trop enflé ».

Papa portait toujours des jaquettes d'hôpital malgré les pyjamas et les sous vêtements qu'on lui apportait. Pouvait –on lui refuser une minimum de dignité? Et bien Oui!… Une infirmière me dit "si vous pensez qu'on va lui mettre ça… il passe son temps à se salir". Que d'humanisme dans cette réponse. Je lui rendis visite 3 ou 4 jours avant sa mort. Il était en forme physiquement. Nous échangeâmes sur nos souvenir commun avec beaucoup d'affection de part et d'autre.
Un soir, une interne me téléphona mal à l'aise, me demandant si j'étais la fille de Monsieur… Je lui répondis que oui. C'est alors qu'elle m'annonca sa mort et ce sans explication. Je lui posai alors des questions. Est-ce que c'était son cœur qui aurait cédé? Elle me dit que non… Je ne me souviens plus qui de elle ou du psychiatre me parlèrent de pneumonie. L'autre me dit qu'il était mort étouffér en buvant de l'eau.

Quant au personnel ce fut la loi du Silence. Il me reste des questions. Pourquoi, s'il avait une pneumonie, personne ne nous avait avisé. Il était sous une tutelle privée, nous aurait-on volé sa mort, lui a-t-on refusé le droit d'être accompagné par sa famille durant son agonie?

Je ne saurai jamais la vérité et quant bien même je la connaissaitrait, cela ne nous le rendra pas. Tout ce que je sais, c'est qu'il me manque énormément et que personne ne mérite de mourir de cette façon.

P.S. La crainte que nos proches subissent des représailles empêche bien des familles de se plaindre des mauvaises conditions d'hébergements. Malheureusement ces conditions sévissent dans plusieurs établissements.

FIN

Poème

Sérénité

Au lieu d'attendre que la mort vienne,
Toujours me languissant,
Je me veux sereine
M'en allant vieillissant ;
Rejetant la haine
Et tout ce qu'elle a d'avilissant,
Avec à la fin l'espoir non pas d'une géhenne,
Mais d'un Dieu compatissant,
Me consolant de ma peine
Et de tout cœur me bénissant.

Huguette Doyon - 26 octobre 1986

"Soins" psychiatriques

70 heures coincé à l'urgence

Eric-Yvan Lemay
Journal de Montréal le 10 juin 2006

Mieux vaut être patient lorsqu'on se présente à l'hôpital Louis-H. Lafontaine pour des troubles psychiatriques. La durée moyenne de l'attente à l'urgence est d'environ trois jours, de loin la plus longue à Montréal. Une situation qui perdure pourtant depuis des années.

Selon les données exclusives obtenues par le *Journal de Montréal*, le temps d'attente est de 70,9 heures et la moitié des patients doivent passer plus de deux jours sur une civière.

Le Dr Marc Sasseville reconnaît que la situation est préoccupante, mais pas dramatique. «On soigne des patients, pas des statistiques», dit le chef du service de l'urgence. Selon lui, même si certains patients sont alités sur des civières dans le corridor, la plupart trouvent un environnement confortable dans une des unités d'intervention de l'urgence.

Malgré tout, la situation inquiète le ministère. «Il devient donc nécessaire de prendre des mesures rigoureuses pour résoudre ce problème, qui dure depuis trop longtemps», lit-on dans une lettre de la direction générale des affaires médicales et universitaires.

Trop de patients

D'après le Dr Sasseville, la solution demeure la libération des lits qui sont présentement occupés par des patients en attente d'une place en CHSLD ou en appartement supervisé. «J'en ai 37 qui seraient prêts à partir demain matin s'ils avaient le soutien nécessaire», dit-il. C'est précisément ce que vise le plan d'action en santé mentale présenté par le ministère de la Santé plus tôt cette année. Ce plan permettra également de prévenir l'arrivée de patients à l'urgence grâce à de meilleurs services en première ligne. Une autre difficulté est liée au fait que l'hôpital soit situé près des quartiers qui comptent parmi les plus défavorisés de Montréal. «Ça met une pression supplémentaire», dit le Dr Sasseville.

Des centres externes comme l'Appoint et l'Entremise, où l'hôpital envoie des patients, ont été mis en place pour accueillir des patients en crise, mais ils sont insuffisants pour réduire de façon significative le séjour à l'urgence. «Il y a quand même une légère amélioration comparativement à 2004-2005, où le temps d'attente atteignait 78 heures», estime Lauréanne Collin, de l'Agence de la santé de Montréal.

Environ 4 500 patients se présentent chaque année à l'urgence. De ce nombre, environ le quart aura besoin d'une hospitalisation. On prévoit construire de nouvelles cloisons à l'urgence pour qu'aucun patient ne doive plus attendre dans le corridor.

Tout le monde dénonce

Les organismes de défense des droits en santé mentale sont surpris de l'attente interminable à Louis-H. Lafontaine et estiment qu'on doit remédier à la situation rapidement. «Ils ont droit à un minimum de services. Les faire dormir dans le corridor, est inacceptable», dit Ghislain Goulet, du groupe Action-Autonomie.

Corridor

Pas plus tard que lundi, il a discuté avec une dame qui se plaignait d'avoir passé 24 heures dans le corridor de cette urgence en septembre dernier, avant d'être transférée aux soins intensifs. Elle avait été amenée à l'établissement du boulevard Hochelaga par les policiers. Elle n'a été vue par un médecin que trois heures plus tard et hospitalisée le lendemain.

«C'est assez épouvantable, surtout dans un hôpital exclusivement psychiatrique», dit Doris Provencher, coordonnatrice de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec.

FIN

vol 13 no 2, juillet 2006

Nouveau mécanisme de plainte depuis le 1er avril 2006

Le protecteur des usagers, dorénavant fusionné au Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen peut intervenir lorsque les droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux n'ont pas été respectés. Ces droits sont essentiellement reconnus aux usagers par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il s'agit :

- du **droit à l'information** sur les services et les ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que sur les modalités d'accès à ces services et ces ressources;
- du **droit aux services** de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire, et ce, en respect des ressources disponibles;
- du **droit de choisir** le professionnel ou l'établissement qui vous dispensera les services, tout en tenant compte de l'organisation des services de l'établissement et de la disponibilité des ressources dont il dispose;
- du **droit d'être informé sur votre état de santé et de bien-être**, sur les options possibles compte tenu de votre état et sur les risques et les conséquences associés à chacune des options avant de consentir aux soins;
- du **droit de consentir** aux soins ou de les refuser;
- du **droit de participer** à toute décision qui concerne votre situation;
- du **droit de recevoir** des soins appropriés en cas d'urgence;
- du **droit d'être accompagné ou assisté** d'une personne de son choix lorsqu' un usager désire obtenir de l'information sur les services offerts ou au cours d'une démarche de plainte;
- du **droit d'accès** à votre dossier d'usager;
- du **droit à des services en langue anglaise** pour les personnes d'expression anglaise, dans la mesure où le prévoit le programme d'accès à ces services établi pour la région;
- du **droit d'exercer un recours** en raison d'une faute professionnelle ou autre.

D'autres lois sont significatives pour les acteurs du régime d'examen des plaintes, il s'agit notamment de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, du Code civil, de la Loi sur la protection de la jeunesse, de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente des dangers pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le Protecteur du citoyen peut intervenir dans toute situation concernant les soins et services offerts par :

- un établissement public tel qu'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui regroupe habituellement les missions d'un hôpital, d'un CLSC ou d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée;
- un centre jeunesse;
- un centre de réadaptation;
- une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial;
- une résidence pour personnes âgées;
- une résidence privée d'hébergement;
- un organisme communautaire visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- une entreprise de services ambulanciers;
- tout autre organisme, société ou personne auquel un établissement recourt par entente.

Si une situation revêt un caractère d'urgence, le Protecteur du citoyen intervient immédiatement. Dans le cas contraire, les signalements ou les plaintes sont d'abord traités par des personnes provenant du réseau de la santé et des services sociaux, soit les commissaires locaux ou régionaux aux plaintes et à la qualité des services, soit les médecins examinateurs lorsqu'il s'agit de plaintes concernant les médecins.

Bureaux du Protecteur du citoyen pour les plaintes en matière de santé et de services sociaux :

Bureau de Montréal
500, boul. René-Lévesque Ouest
Bureau 6.400
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : (514) 873-3205
Sans frais : 1 877 658-2625
Télécopieur : (514) 873-5665
ATS : (514) 873-0998 / 1 866 410-0901
http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/
Courriel : protecteur@protecteurducitoyen.qc.ca

Le droit à la Confidentialité

La protection des renseignements personnels et la confidentialité dans les organismes communautaires:

C'est peut-être le temps d'y voir!

Les droits des personnes

J'ai le droit:

⇒ de savoir si on ouvrira un dossier personnel sur moi;
⇒ de savoir pourquoi on l'ouvrira;
⇒ de savoir qui aura accès à ce dossier;
⇒ de savoir si des informations personnelles me concernant on déjà été transmises à d'autres;
⇒ de refuser que mon dossier soit transmis à un autre groupe ou à un établissement public;
⇒ de lire ce que contient mon dossier;
⇒ de demander que des informations qui ne sont pas indispensables soient retirées de mon dossier;
⇒ de demander que des informations qui ne sont pas totalement vraies soient retirées de mon dossier ou du moins corrigées;
⇒ de demander que les commentaires personnels des intervenants-es ou des bénévoles soient retirés de mon dossier;
⇒ que mon dossier soit conservé en toute sécurité;
⇒ de savoir si ce dossier sera détruit et quand il le sera;
⇒ de savoir quels sont mes recours si la confidentialité de mon dossier n'était pas respectée.

Les obligations de l'organisme

L'organisme doit:

⇒ informer la personne s'il détient un dossier sur elle;
⇒ informer la personne sur les raisons qui l'incitent à ouvrir un tel dossier;
⇒ informer la personne qu'il n'a pas l'obligation de tenir un tel dossier;
⇒ informer la personne sur qui aura accès à son dossier dans l'organisme;
⇒ informer la personne des ententes contractuelles qu'il a signé et qui impliquent que les informations personnelles soient transmises à d'autres;
⇒ obtenir le consentement de la personne avant de divulguer une ou des informations personnelles la concernant;
⇒ retirer du dossier, à la demande de la personne concernée, des informations qui ne seraient pas indispensables, vraies ou qui représenteraient un jugement des intervenant-e-s;
⇒ conserver le dossier dans un endroit sécuritaire à l'abri des regards indiscrets;
⇒ informer la personne de sa politique quant à la conservation des dossiers.

Source: RIOCM, guide d'animation et d'appropriation de la démarche En toute confidence à l'intention des organismes communautaires

les recours possibles

Si la confidentialité de mon dossier n'est pas respectée, je peux faire valoir mes droits en:

⇒ m'adressant à la personne qui assume la coordination de l'organisme;
⇒ m'adressant au conseil d'administration de l'organisme;
⇒ demandant de l'aide à la Commission d'accès à l'information qui peut, entre autres, agir comme un médiateur dans le dossier pour résoudre le différend qui m'oppose au groupe et obtenir l'accès à mon dossier et la rectification d'une information personnelle;
⇒ demandant de l'aide à la Commission d'accès à l'information pour qu'elle fasse enquête sur le manquement à la loi en matière de protection des renseignements personnels et ordonne les mesures correctrices qu'elle juge à propos;
⇒ m'adressant à la Cour des petites créances, à la Cour du Québec ou à la Cour supérieure si je veux obtenir des dom- mages-intérêts en compensation des préjudices subits;
⇒ portant plainte au Procureur du Québec dans les cas d'atteinte à mes droits fondamentaux.

vol 13 no 2, juillet 2006

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