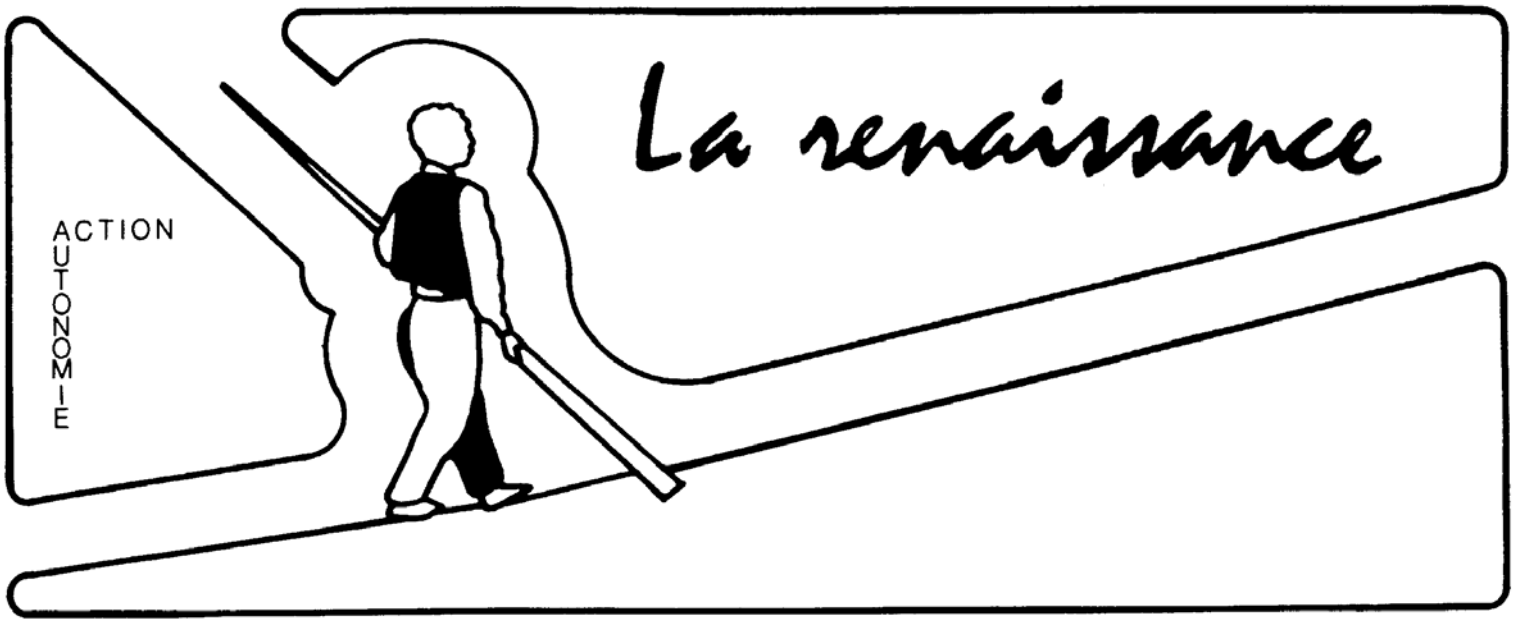
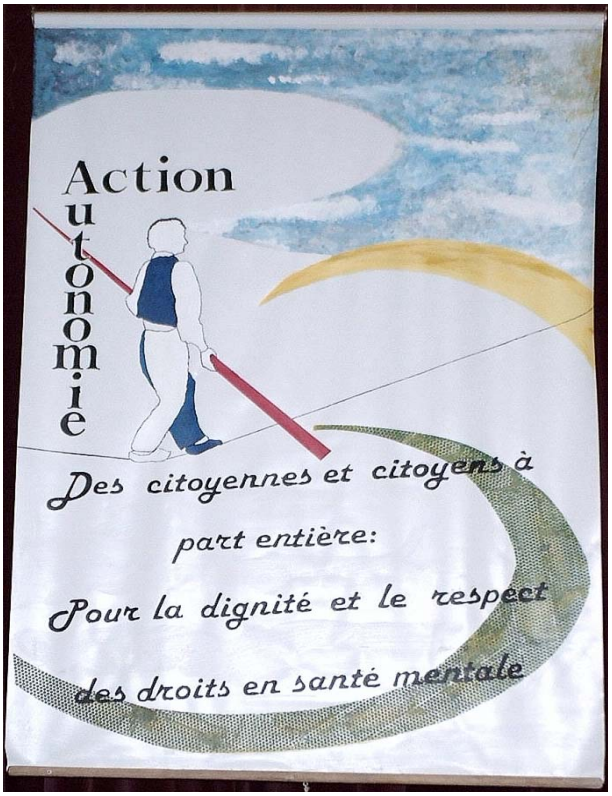


Volume 14 juillet 2007 Numéro 2



L'informatisation des dossiers médicaux
Il faut s'en inquiéter

Sectorisation
Nouvelle étude sur la pratique de la sectorisation

Respects des droits dans les hôpitaux!
Le Protecteur du citoyen sonne l'alarme!

Électrochocs
Premier rassemblement à Montréal pour en demander l'abolition

Garde en établissement
Forum du 23 mai, un succès!

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 Doyon
Ghislain Goulet
Aline Valade
Martin Perrier
Wilfrid Essiambre
Laurent Lachance

Collaborateurs, collaboratrices

Louise Baron
Roger Boisvert
Claudelle Cyr
Bernard Doré
Martin Lauzon
Caroline Stewart
Kevin Boire
Nicole Cloutier
Céline Cyr
Hélène Grandbois
Manon Rioux

Production

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

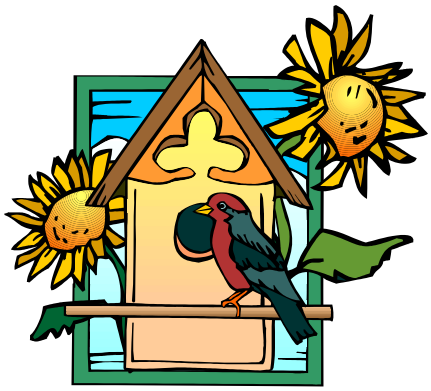
Pour plus d'informations communiquer avec:

Action Autonomie
"La Renaissance"
1260 Sainte-Catherine Est #208
Montréal, Qc H2L 2H2

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre 2007

Bon été!

L'Équipe d'Action Autonomie



Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: octobre 2007
Date de tombée
pour les articles: septembre 2007

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

L'informatisation
L'informatisation du dossier patient suscite des inquiétudes pages 3-4

Électrochocs
Un premier rassemblement à Montréal pour l'abolition des électrochocs page 5

Sectorisation
Étude sur la sectorisation des services psychiatriques non-urgents pages 6-7-8

Rapport annuel du Protecteur du citoyen
Le Protecteur du citoyen sonne l'alarme! page 9

Garde en établissement
Forum sur la garde en établissement… pour faire avancer les choses pages 10-11-12

Plan d'action en santé mentale
Réorganisation en santé mentale: «chaos» à Montréal page 13

Billet d'opinion
Plan d'Action du MSSS: Soyons vigilants pages 14-

Lettre d'opinion
Un voyage dans l' univers de nos services… pages 16 et 17
L'espace de parole pour les utilisateurs de service en santé mentale pages 21-22

Infos Droits
Les paiements pré autorisés… sont-ils automatiquement respectés? page 17

Dossier DPJ
Les doubles ou triples stigmats = jeune + mère + ayant eu un diagnostic en santé mentale pages 19 et 22

Dossier Bell
Encore une hausse de prix sauvage qui isole davantage la personne pauvre et fragilisée page 20

Pratique médicale
Dépression: le quart des diagnostics sont erronés pages 20-21

Courrier
Pensées page 20
Témoignage page 22
Poème page 22

vol 14 no 2, juillet 2007

L'informatisation du dossier patient suscite des inquiétudes

Par Claudelle Cyr

Le 25 avril dernier, notre ministre de la santé Philipe Couillard lançait son plan d'informatisation du dossier dans le secteur de la santé et des services sociaux. Selon l'interprétation du ministère, l'objectif est « d'améliorer la qualité et l'accessibilité des soins de santé offerts à la population du Québec ».

Rappelons que le projet d'informatisation des dossiers de santé n'est pas une nouveauté dans l'organisation des soins au Québec. Souvenons-nous du projet « carte à puce » ou « carte accès santé » qui avait soulevé bien des inquiétudes parmi les citoyens et citoyennes et les groupes communautaires. Les pressions, les revendications, les indignations ont eut raison du projet du gouvernement à cette époque et on avait « tabletté » l'idée d'informatiser de façon large quelconque information sur le dossier patient. C'est donc sans trop de surprises, mais toujours avec les mêmes inquiétudes, que nous avons reçu l'annonce d'informatiser les dossiers patients, via des dispositions dans la nouvelle Loi sur les services de santé et services sociaux (ci-après nommé LSSS) en vigueur depuis le 1er janvier 2006.

L'informatisation, de quoi ?

Avec la réforme de la LSSS, le ministère propose une toute nouvelle façon de faire quant aux règles assurant la confidentialité et la circulation des informations contenues au dossier médical et social. Ainsi, on a vu apparaître une nouvelle disposition qui prévoit que certaines informations médicales se retrouveront dans un dossier unique et centralisé au niveau régional. À première vue tout cela semble bien complexe mais tentons de démystifier un peu les concepts.

Dans un premier temps, le ministère est venu implanter les Agences de développement des réseaux locaux, organisations qui viennent remplacer ce que l'on appelait les Régies Régionales. Ces Agences avaient pour mandat de mettre sur pied les réseaux locaux via la création de Centre de Santé et de Services Sociaux (ci-après nommés CSSS). Ces CSSS sont le résultat de la fusion administrative des CLSC, CHSLD et des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Pour la région de Montréal toutefois, peu de centres hospitaliers ont été fusionnés. Par contre on peut prendre l'exemple de l'hôpital Jean-Talon qui est devenu le CSSS du Cœur de l'Ile. Pour le citoyen, physiquement on ne voit pas de changement. L'hôpital demeure physiquement l'hôpital. Par contre, c'est au niveau administratif que l'on constate combien ces fusions ont apporté des réformes importantes. Ainsi, lorsque vous consultez dans un établissement fusionné à un CSSS cela veut dire que votre dossier au sein de l'établissement, devient un dossier unique CSSS. Donc votre dossier au CLSC de votre quartier, appartient au CSSS et non plus uniquement au CLSC. Cela veut donc dire que le dossier est déjà un dossier unique au niveau local.

Ce que propose le ministre Couillard avec l'informatisation des dossiers est donc de créer un dossier unique qui sera géré régionalement dans la grande majorité des cas par l'Agence. Dans ce dossier on y retrouvera : l'identification de l'usager, les allergies et intolérances, les données d'urgences, les données immunologiques (vaccins), les contacts professionnels (médecin traitant et autres professionnels de la santé qui assurent un suivi de votre état de santé), les résultats d'examens d'imagerie diagnostique (résonance magnétique, tomodensimétrie, etc) et de laboratoire (prise de sang, test d'urine, etc) ainsi que les médicaments.

Les personnes qui pourront avoir accès à ces informations sont toutes des intervenants dit habilités (on en dresse une liste dans la LSSS) travaillant dans le réseaux de la santé. Ainsi, les ambulanciers, les médecins, les infirmières, et autres pourraient avoir accès à ces informations lorsqu'ils sont appelés à intervenir auprès d'une personne. On sait que par le type de médicament qu'une personne prend, on peut rapidement identifier les motifs pour lesquels cette dernière a cette médication. C'est donc dire qu'une personne ayant de la médication psychiatrique sera automatiquement perçue comme une personne ayant des problèmes reliés à son état psychologique et mental.

Et le consentement ?

Un des nerfs de la guerre relève du consen-

tement ou non de la personne à ce que les informations se retrouvent dans le dossier régional. Selon les dispositions actuelles, pour que l'on conserve au niveau régional un dossier patient, il faut le consentement écrit de la personne. Ce consentement est valide pour une période de 5 ans et révocable en tout temps. Cependant, il est peu probable qu'une personne se souvienne 3 ans après avoir déjà donné un consentement qu'elle l'a donné et qu'elle peut le révoquer. De plus, il est important de mentionner qu'une fois le consentement donné, cela veut dire aussi que vous consentez à ce que tout intervenant habilité puisse consulter votre dossier, et ce, sans qu'aucune disposition ne soit prévue pour vous demander à nouveau votre consentement. Donc vous consentez à l'informatisation de vos données, mais n'avez plus à consentir à la circulation de ces données. À notre avis, les enjeux d'un dossier régional sont majeurs et il importe d'avoir toutes les informations nécessaires avant de donner ou non un consentement à l'informatisation des données.

Il faut savoir que lorsque l'on consent à ce que l'on collige nos informations, ces informations seront aussi accessibles à travers l'ensemble du Québec. Donc même si l'on parle de conservation régionale, l'accès lui n'est pas limité aux régions. Par exemple, vous allez rendre visite à votre tante qui habite Gatineau et par malheur vous vous retrouvez à l'hôpital. Celui-ci pourrait avoir accès au dossier informatisé vous concernant via le réseau qui sera mis en place.

Action Autonomie avait milité contre ces dispositions lors de la présentation de son mémoire devant la Commission des affaires sociales lors des consultations publiques sur le projet de Loi sur les services de santé et les services sociaux. Nous pensons qu'il y a des risques à ce que des informations se retrouvent dans un dossier unique. Ces façons de faire serviront beaucoup plus le système que les personnes elles-mêmes. Imaginez, vous appelez les ambulanciers parce que vous croyez faire une crise d'asthme importante et lorsqu'ils arrivent sur les lieux, ils voient en consultant votre dossier unique, que vous prenez des anxiolytiques. Est-il permis de penser que peut-être votre crise d'asthme ne sera pas prise en considération dès le départ et qu'on pourrait alors mettre vos troubles respiratoires sur le dos d'une crise de panique ?

Cette année sera l'année de la sensibilisation auprès de la population sur l'implantation du réseau informatique et de projets pilotes. Action Autonomie restera à l'affût des travaux et continuera à militer en faveur du respect de la confidentialité et des limites qui doivent être maintenues concernant la libre circulation d'informations. Il faut savoir que la Coalition Solidarité Santé et le RIOC-M sont aussi à faire des travaux de réflexions et de revendications sur le sujet, nous continuerons de nous alimenter via ces organisations. Nous vous tiendrons au courant des développements tout au cours de l'année.

FIN

Un premier rassemblement à Montréal pour l'abolition des électrochocs

Par Hélène Grandbois

Dimanche 13 mai 2007, jour de la fête des mères, a eu lieu à Montréal le premier rassemblement pour l'abolition des électrochocs. Cet événement est l'initiative du Comité Pare-choc parrainé par Action Autonomie. Au même moment des rassemblements semblables ont eu lieu à Toronto et à Cork en Irlande. En cette belle journée ensoleillée, l'enthousiasme était au rendez-vous. Environ 40 personnes se sont réunies pour dire non aux électrochocs. Notamment les électrochocs donnés à nos mères et à nos grands-mères. Des dépliants ont été distribués aux passants et notre pétition a été signée par de nombreuses personnes.

Céline Cyr, militante du Comité Pare-chocs d'Action Autonomie a animé le rassemblement dénonçant le fait que les femmes étaient, dans une proportion de deux à trois fois plus souvent que les hommes, la cible des électrochocs. Elle a notamment souligné le fait qu'un pourcentage important de ceux-ci était donné à des femmes âgées. Hélène Grandbois, militante de longue date pour l'abolition des électrochocs a fait une allocution pour sensibiliser les gens présents à cette question, dénoncer les électrochocs et faire état des revendications du Comité Pare-choc. Puis Fernande Ménard, une féministe de longue date nous a parlé de la violence faite aux femmes et de cette violence ultime que peut-être l'électrochoc pour une femme. Elle a aussi pu témoigner du fait d'avoir été en contact avec de nombreuses femmes qui avaient subi ce soit-disant traitement.

La chorale des Choquées s'est exécutée deux fois plutôt qu'une et des slogans ont été lancés par les participants.

On peut trouver des photos de cette importante première sur le site web d'Action Autonomie, celui de CAPA et de Mindfreedom ainsi que des rapports et des photos des rassemblements Torontois et Irlandais.

http://www.mindfreedom.org/as/act/inter/mfire/mf-ireland-electroshock
http://www.actionautonomie.qc.ca/

FIN

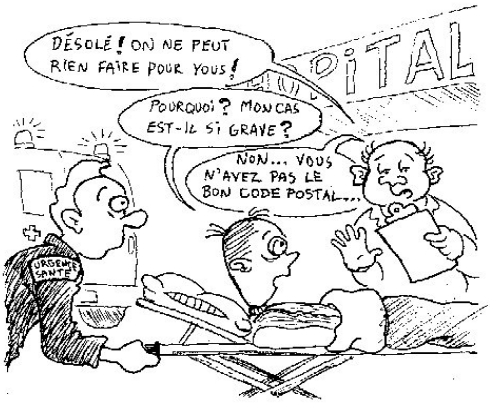
» Urgence d'agir

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

Étude sur la sectorisation des services psychiatriques non-urgents

Le Comité d'action sur la sectorisation milite depuis plus de dix ans pour le respect du droit des personne de choisir l'établissement ou le professionnel duquel ils désirent recevoir des services. Des centaines d'actions ont été menées afin de contrer la discrimination que vivent les personnes ayant un problème de santé mentale, dont plusieurs enquêtes visant à vérifier la situation de la sectorisation dans les établissements de Montréal.



Suite à une lettre envoyée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) aux directeurs des Centre de santé et de services sociaux(CSSS) leur demandant une confirmation qu'aucune sectorisation n'entravait l'accès au services en santé mentale, l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal écrivait aux établissements les priant de respecter le droit des personnes de choisir l'établissement duquel elles désirent des services.

Voici le résultat de notre étude qui fut réalisée dans le but de vérifier l'impact de lettre envoyée par l'Agence auprès des établissements.

Résumé des résultats

Méthodologie

Les onze (11) départements de psychiatrie (*Albert-Prévost, Royal-Victoria, Montréal général, Fleury, Général juif, Jean-Talon, Lakeshore, Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame, St-Luc et Ste-Mary's*) et les deux (2) hôpitaux psychiatriques (*Louis-H. Lafontaine et Douglas)* de Montréal ont été contactés pour une demande de rendez-vous. L'étude a donc été menée auprès des treize (13) établissements offrant des soins de santé mentale à Montréal. Dans une série d'appels, on demandait un premier rendez-vous alors que dans 'une autre série d'appels, on demandait un changement d'établissement (la personne devait donc affirmer avoir un suivi psychiatrique dans un autre établissement mais vouloir changer d'établissement). Lorsque l'on lui demandait la raison pour laquelle elle voulait changer d'établissement, la personne devait répondre qu'elle n'était pas satisfaite de sa relation avec son psychiatre traitant. Les personnes affirmaient avoir une référence d'un médecin généraliste lors des appels pour une première demande. Lorsque le code postal ou le secteur de résidence était demandé, dans tous les cas, les personnes donnaient un code postal autre que celui du secteur de l'établissement duquel elles désiraient recevoir des services.

Réponses générales pour une demande de changement d'établissement

Une référence d'un médecin est nécessaire dans douze (12) cas sur treize (13), deux (2) établissements demandent de se présenter à l'urgence pour une évaluation et ensuite un suivi sera accordé si nécessaire. Trois (3) établissements demandent de régler notre problème avec notre psychiatre traitant, un (1) suggère de demander un changement de psychiatre à l'intérieur du même établissement, un (1) précise qu'il est possible de porter plainte au CLPQS, deux (2) proposent de demander à un médecin généraliste une référence pour l'établissement en question. Deux (2) établissements exigent une note du psychiatre pour aller chercher l'historique de santé et pouvoir donner un rendez-vous. Un (1) établissement exige une note de transfert du psychiatre traitant et d'envoyer une copie de notre dossier au chef du département de psychiatrie. Un (1) établissement exige l'autorisation du psychiatre traitant pour accorder un rendez-vous. Un (1) établissement sectorise. Deux (2) établissements demandent que le psychiatre traitant remplisse un formulaire pour l'ouverture de la demande. Ces mêmes établissements demandent aussi que la personne signe une autorisation écrite pour avoir accès à son dossier. Une pré-évaluation téléphonique suivra et finalement un psychiatre décidera si nous aurons un suivi ou non. Un (1) établissement applique la même procédure que pour une première demande, c'est-à-dire, que le médecin généraliste doit remplir un formulaire

et le faire parvenir à l'établissement. Deux (2) établissements suggèrent que nous consultions dans notre secteur. Un (1) établissement spécifie qu'il s'agit du droit de la personne de demander un changement d'établissement. Un (1) autre précise qu'il est possible pour la personne d'avoir un deuxième avis.

Réponses générales pour une première demande

Une référence de médecin est nécessaire dans douze (12) cas sur treize (13), un établissement ne présente pas cette requête sur la boîte vocale qui demande seulement de laisser son nom et son numéro de téléphone. Aucun rendez-vous n'a été obtenu, mais dans quatre (4) cas l'ouverture d'un dossier a été interrompu parce que la personne refusait de donner certains renseignements comme son numéro d'assurance maladie par exemple. Un (1) établissement aurait rappelé dans la même journée si la personne avait donné un numéro de téléphone pour effectuer une évaluation. Un (1) établissement affirme qu'il n'a pas les ressources pour servir tout le monde, ce même établissement exige qu'une demande de service soit faite auprès du chef du département de psychiatrie. Un (1) établissement ne prend plus de nouveaux patients car il manque d'effectifs, cependant cet établissement spécifie qu'il ne s'agit pas de sectorisation mais réellement d'un manque d'effectifs causé par le départ de quelques psychiatres. Un (1) établissement spécifie que « ce n'est pas grave que la personne soit hors secteur puisqu'il n'y a plus de secteur en psychiatrie » Cinq (5) établissements évoquent que la personne est hors secteur, deux (2) questionnent la personne sur ses raisons de vouloir consulter à l'extérieur de son secteur mais ajoutent que c'est son droit de choisir. Un (1) établissement applique la sectorisation sous prétexte qu'il y a une réorganisation en cours et que la psychiatrie fonctionnera par secteur « aussi longtemps que la réorganisation ne sera pas finie. » Un (1) établissement emploie un répondeur demandant de faire parvenir (par fax ou en main propre à l'agent de sécurité dans une enveloppe scellée) la référence du médecin et des informations (nom, adresse, code postal, date de naissance, numéro d'assurance maladie + date d'expiration, nom du médecin, son numéro de fax) un intervenant devrait rappeler pour prendre un rendez-vous. Cinq (5) établissements disent devoir entrer en contact avec le médecin de référence avant de donner un rendez-vous. De ces cinq, trois (3) exigent que le médecin de référence remplissent un formulaire. Un (1) établissement explique qu'un psychiatre et une infirmière décideront si la personne peut obtenir des soins dans l'établissement sur la base du formulaire remplit par le médecin généraliste de référence. Deux (2) établissements effectuent des pré-évaluations téléphonique avant de donner un rendez-vous. Trois (3) établissements exigent de leur faire parvenir la référence du médecin avant de donner un rendez-vous.

Le délai d'attente le plus court qui fut mentionné est de 2 mois et le plus long est de 12 à 18 mois (cet établissement ne prend plus de nouvelles demandes).

Conclusions générales

- Certains établissements ont apporté des changements dans leurs procédures d'accès entre décembre 2006 et mars 2007 (voir les détails des études menées en décembre 2006 et en mars 2007)

- Pratiquement tous les établissements demandent maintenant une référence d'un médecin généraliste. Cette pratique est conforme aux procédures pour des demandes en santé physique.

- Le secteur de résidence d'une personne constitue un motif de refus catégorique dans un (1) cas. Ce qui contrevient à l'article 6 de *la Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

Pratiques constituant une entrave à l'accès aux services de santé mentale.

- Dans quatre (4) autres cas, l'établissement suggère de consulter dans son secteur et/ou questionne la personne sur les raisons pour lesquelles elles désirent consulter dans un autre établissement. **Cette argumentation constitue souvent une tentative pour dissuader la personne d'exercer sont droit de choisir l'établissement et/ou le professionnel duquel elle désire recevoir des services.**

- L'autorisation ou une note de transfert du psychiatre traitant est, dans certains établissements, une condition pour avoir accès aux services d'un autre établissement. **Il est déplorable selon nous qu'une personne qui désire changer d'établissement, et donc de psychiatre, doivent obtenir l'accord (sous forme d'autorisation ou de note de transfert) de ce dernier. Une fois encore il**

s'agit d'une pratique discriminatoire puisqu'elle ne s'applique qu'en santé mentale.

- L'accès au dossier préalable à l'octroi d'un rendez-vous est aussi une procédure utilisée par certains établissements qui se basent sur les informations contenues dans le dossier pour accorder ou non un suivi à la personne **ce qui contrevient aux consignes données par l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal dans leur lettre aux DG des établissements de santé du 20 février 2007**. En effet, dans la lettre il est clairement indiqué que « *l'octroi d'un rendez-vous ne pourra être conditionnel à l'autorisation d'accès au dossier et aucun refus ne pourra être justifié par la seule analyse du dossier.* »

- Dans les cas de premières demandes plusieurs établissements exigent que le médecin généraliste remplisse un questionnaire, nous ignorons toutefois si l'octroi d'un rendez-vous est basé sur les réponses du médecin généraliste, mais **cette démarche est conditionnelle à l'ouverture d'une demande**.

- Il ne nous a pas semblé y avoir de lignes directrices entre les procédures d'accès aux services des établissements. **Chaque établissement possède sa propre façon de traiter les demandes**.

- Les procédures d'accès varient selon qu'il s'agit d'une première demande ou d'une demande pour changer d'établissement. Dans ce dernier cas **les procédures (décision prise en fonction du dossier de la personne sans l'avoir rencontré, exigence d'avoir l'autorisation ou une note de transfert du psychiatre traitant, etc.) sont discriminatoires parce que les personnes qui désirent obtenir des soins de santé physique ne sont pas soumisesà ce type de procédure.**

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'ACTION SUR LA SECTORISATION

Nous croyons qu'il **ne devrait pas y avoir de différence entre une première demande et une demande de changement d'établissement en ce qui concerne l'obtention d'un premier rendez-vous**. Ainsi, la référence d'un médecin devrait suffire pour obtenir un premier rendez-vous.

Les personnes ne devraient pas avoir à demander l'autorisation de leur psychiatre traitant pour changer de médecin.

Les pratiques détournées visant à influencer la décision d'une personne qui désire changer de psychiatre ne devraient jamais avoir lieu.

La décision d'octroyer un suivi ou non ne devrait pas être prise en fonction de la lecture du dossier de la personne ou des réponses de son médecin au questionnaire exigé par l'établissement et donc **sans avoir rencontré la personne elle-même au préalable.**

Les personnes qui consultent en santé mentale devraient rencontrer les mêmes procédures que les personnes qui consultent en santé physiques.

Source: Comité d'action sur la sectorisation

FIN

Le Protecteur du citoyen sonne l'alarme!

AU SEIN DES HÔPITAUX EN PARTICULIER, LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE DOIT ÊTRE MIEUX ASSURÉ

Québec, le 7 juin 2007 - L'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* requiert un formalisme pour mieux protéger à la fois la personne et son entourage. Les citoyens ayant des problèmes de santé mentale ont des droits reconnus. Cette reconnaissance de leurs droits comme usagers sera sans effet s'il ne s'opère, dans chaque établissement, un changement de culture propice à leur respect.

C'est le constat général de la Protectrice du citoyen, madame Raymonde Saint-Germain, à la suite de l'examen des plaintes et des signalements portés à son attention par des personnes ayant des problèmes de santé mentale et mise sous garde préventive lors de leur arrivée à l'hôpital, ou par leurs proches.

La Protectrice du citoyen constate en effet que certains intervenants des milieux hospitaliers éprouvent des difficultés à assurer l'application des dispositions de la loi. Selon elle, pour les établissements, c'est un défi quotidien qui interpelle les pratiques, les attitudes et la culture de service.

La garde préventive

Lorsqu'une personne se présente ou est amenée à l'urgence en raison de son état mental, un médecin doit la voir le plus rapidement possible. Il doit évaluer si son état présente un danger grave et immédiat. Le cas échéant, elle peut être gardée contre son gré et sans autorisation de la Cour durant un maximum de 72 heures. Or, dans les faits, le Protecteur du citoyen observe que des usagers sont trop souvent gardés sans leur consentement et placés en isolement. Ils sont surveillés et ne peuvent quitter l'établissement durant une période déterminée par le médecin, et cela, bien qu'ils ne soient pas formellement mis en garde préventive.

Pour la Protectrice du citoyen, ces façons de faire sont inquiétantes et non propices à l'atteinte des objectifs de la loi. « Outre l'ambiguïté de la situation quant à leur statut véritable, ces usagers ne sont pas informés du fait qu'ils sont mis sous garde, du motif de cette garde et de leur droit de communiquer avec leurs proches ou un avocat. Ce droit à l'information leur est pourtant reconnu par la loi », précise madame Saint-Germain.

Le consentement aux soins

Le Protecteur du citoyen relève aussi des situations où des soins sont donnés à des personnes ayant des problèmes de santé mentale sans leur consentement ou celui de leur représentant alors qu'il n'y a pas de situation d'urgence. Garder une personne contre son gré sur la base d'une évaluation médicale ou d'une décision du tribunal n'autorise pas le personnel à procéder à un prélèvement sanguin ou à une évaluation psychiatrique sans consentement. La confusion à cet égard inquiète la Protectrice du citoyen. « Cette situation témoigne d'une méconnaissance des droits des usagers ou, plus encore, de la nécessité d'apporter des changements en profondeur dans les établissements pour que les pratiques cliniques ainsi que l'organisation des lieux et des services permettent au personnel de traiter les personnes ayant des problèmes de santé mentale avec respect », conclut la Protectrice du citoyen.

« Les plaintes traitées par le Protecteur du citoyen dans le domaine de la santé mentale démontrent qu'il ne suffit pas d'affirmer des droits pour qu'ils soient respectés. Leur respect exige une vigilance quotidienne du personnel et des gestionnaires pour identifier les situations, les causes et les moyens d'y remédier. C'est un travail continu », conclut la Protectrice du citoyen.

FIN

Source: Protecteur du citoyen

vol 14 no 2, juillet 2007

Forum sur la garde en établissement… pour faire avancer les choses

Par Caroline Stewart et Claudelle Cyr

C'était le 23 mai dernier à l'Université du Québec à Montréal (UQÀM). Nous étions près de 140 personnes provenant de différentes régions du Québec, soit Montréal, Québec et les Laurentides, tous réunis, le temps d'une journée et portant le même chapeau, celui « d' ÉvaluateurE de la Loi sur la garde en établissement, la loi P-38. Il était organisé par Action Autonomie, en collaboration avec le service aux collectivités de l'UQÀM et les groupes de défense de droits Auto-Psy Québec et Droits et recours Laurentides.

Des personnes ayant utilisé des services en santé mentale de façon volontaire ou non étaient en majorité, des groupes communautaires, représentantEs du domaine juridique, représentant de la police, de l'Association des parents et amis, un regroupement en itinérance, des groupes « Par et Pour », mais aussi des gens du réseau de la santé, du Protecteur du citoyen et du Ministère de la santé et des services sociaux sont venus entendre des constats et participer à des réflexions et des pistes de solutions explorées en ateliers.

Des présentations très appréciées

Des conférences visaient à dresser un portrait des principales lacunes de la Loi sur la garde. Action Autonomie, en ouverture, dressait un portrait exhaustif issu de notre tournée de consultation qui a rencontré plus de 200 personnes de la région montréalaise, des Laurentides et de la capitale nationale, mettant en lumière des problèmes concernant la garde préventive, toujours non-comptabilisée de la part des hôpitaux. Des flous entourant le consentement de la garde provisoire (examen psychiatrique) et des constats de sur-utilisation d'une loi d'exception qu'est la loi P-38.

On a aussi parlé des évaluations psychiatriques qui ne parlent pas de dangerosité, pourtant le seul élément qui permet de garder une personne contre son gré. Par la suite, la conférence de Marcelo Otero, chercheur en sociologie de l'UQÀM, visait à illustrer, appuyé par des chiffres, que des populations seraient plus ciblées par la garde en établissement que d'autres : les jeunes de moins de 30 ans et les femmes âgées…des réflexions à poursuivre et à mettre en lien avec d'autres pratiques psychiatriques, les électrochocs par exemple où on retrouve une surreprésentation des femmes âgées aussi.

Le point de vue juridique, présenté d'une main de « maître », par Me. Jean-Pierre Ménard allait dans le même sens. Le manque d'informations données aux personnes, la garde préventive, qui permet à un médecin de garder une personne, sans ordonnance de la Cour pour une durée de 72 heures, la dangerosité, l'accès pour les personnes à une représentation par avocats, tous des éléments problématiques qui doivent être revus et mieux circonscrits. D'entrée de jeu, Me. Ménard soulignait qu'avant de revendiquer de nouvelles dispositions dans la Loi, il fallait

vol 14 no 2, juillet 2007

savoir que plusieurs aspects ne fonctionnent déjà pas et ne sont pas respectés de la part des centres hospitaliers et qu'il faut commencer par exiger le respect de tous les aspects inclus dans la Loi P-38 et des droits des personnes qui y sont soumises.

Et que dire de l'entrevue enregistrée avec Michael Arruda qui soulignait que peu de policiers sont formés et connaissent suffisamment la Loi qu'ils se doivent pourtant d'appliquer. À ce titre, la demande que M. Arruda adresse au Ministère concernant de la formation à tous les policiers est claire et répétée. M. Arruda mettait aussi en lumière la complexité de collaboration entre les services d'intervenants de crise (UPS-Justice pour Montréal) et les policiers. L'entrevue faisait aussi ressortir la stigmatisation que vivent les personnes en santé mentale et qui peut être alimentée par le fait que les policiers se doivent d'appliquer leurs mesures de sécurité (menottes et ceinture) lorsqu'ils amènent quelqu'un à l'hôpital. M. Arruda disait : « Si c'était ma mère qui était amenée à l'hôpital, je ne voudrais pas qu'elle soit menottée ». D'une grande générosité, M. Arruda ajoutait : « Dans un monde idéal, les policiers n'interviendraient jamais, des intervenants seraient disponibles pour discuter avec la personne, faire descendre la crise ou la détresse et amener la personne, par la main s'il le faut, dans le lieu de son choix » .

Au département de psychiatrie c'est : froid; on ne me parle pas; on est infantilisé; ils ont des contentions; on a pas le temps de comprendre ce qui se passe; il n'y a pas d'effectifs; on ne peut pas crier; c'est régimenté, dépersonnalisé; c'est une approche condescendante, une prise en charge; on ne respecte pas l'intimité; on court le risque d'une agression et on n'est pas capable de te protéger; si t'as été violent en 92, ça te suit pour toujours.

Propos recueillis lors de la tournée de consultation

Un des moments forts fut la présentation de la parole citoyenne, où l'on reprenait l'essentiel des propos entendus lors de notre tournée de consultation. Sous forme de théâtre, deux citoyennes, dont l'une bien connue pour être la présidente d'Action Autonomie, Denise M. Blais et Lucie Fortin du Collectif des Laurentides, sont venues jouer deux réalités entourant les pratiques hospitalières et l'internement involontaire. En soutien, on pouvait entendre des « phrases punchs » lancées lors de la tournée et qui avaient été enregistrées. Les deux mises en situation représentaient le paradoxe souvent souligné dans la tournée : « Si tu veux des services, ils te disent que ta situation n'est pas assez grave, et quand tu n'en veux pas, ils

te gardent… » C'est sous l'analogie d'être un usager du métro de la STM que le tout s'est déroulé. Vous serez invités à venir visionner cette magnifique prestation au cours de l'année.

Vers la fin de l'avant-midi, Benoit Côté de l'organisme PECH de Québec, est venu nous parler d'une approche axée sur les forces et qui contribue à diminuer le recours à la loi P-38 en proposant une intervention dite alternative en situation de crise. Après des conférences fortes en analyses et critiques politiques, l'après-midi était consacré à penser l'ailleurs et l'autrement par le biais d'ateliers ayant comme thématiques L'accueil (ou le non accueil) et l'équilibre (ou le déséquilibre) du pouvoir. Lors de ces ateliers, autant les directeurs des services professionnels, des psychiatres, des intervenants des établissements, les utilisateurs des services de santé mentale, les intervenants du milieu communautaire, les délégués du Protecteur du citoyen et autres, se sont penchés sur comment établir un meilleur équilibre du pouvoir entre la personne qui est en demande d'aide (ou pas du tout, mais qui est prise dans les girons de la loi P. 38) et les personnes ayant comme fonction de les aider et accompagner (psychiatre, infirmière, intervenant communautaire, etc). En plénière, à la fin de la journée, le tout a été admirablement résumé en synthèse et en questionnements par Claudine Laurin. Entre autres, Madame Laurin soulignait que dans l'atelier qui visait à établir un équilibre du pouvoir, plus la personne était au cœur des interventions plus on tendait vers l'équilibre

et moins on la consultait, plus on avait du pouvoir sur elle et on était dans un déséquilibre. D'autre part, elle questionnait la place que le réseau de la santé donne ou veut donner aux familles et les conséquences qui y sont reliées. Un texte à lire dans les actes du colloque…

> En quoi, cette loi là, aide à amener les personnes à être autonomes?

La journée s'est terminée avec le lancement de la recherche : La loi P 38.001, Protection ou Coercition : point de vue des personnes concernées. L'événement était co-animé par les principaux acteurs qui ont travaillé en collaboration à la réalisation de cette recherche, soit Carmen Fontaine du Service aux Collectivités de l'UQAM, Marcelo Otero et Laurie Kirouac de l'UQAM et des représentantes d'Action Autonomie. La recherche est disponible pour consultation et les Actes du forum seront sous peu terminés.

5 à 7, lancement de la recherche

> La dangerosité, c'est comme la joie. Comment tu mesures ça?

Merci à tous ceux et celles qui ont pris part à cette journée et pour les suites du forum, nous souhaitons porter cette parole au MSSS et espérons que la mobilisation créée autour de la garde, amorcée par la tournée de consultation, reste active afin de porter des revendications que nous souhaitons communes.

FIN

J'ai des droits

Mes droits…

La garde en établissement prive l'individu de sa liberté. La personne conserve cependant tous ses autres droits.

- Droit au transfert d'établissement.
- Droit de refuser tout traitement et tout examen autre que l'évaluation psychiatrique autorisée par le tribunal.
- Droit d'exiger que l'on mette fin à ma garde dans le cas du non-respect de la loi.
- Droit d'être traité avec respect et dignité.
- Droit au respect du secret professionnel et à la confidentialité.
- Droit à la révision d'une décision.
- Droit d'être accompagné dans mes démarches par la personne de mon choix.

On ne respecte pas mes droits… que puis-je faire?

- Je peux en parler au responsable des plaintes et éventuellement porter plainte à l'établissement.
- Je peux contacter le comité des usagers.
- Je peux aussi en parler avec mon avocat, mon groupe de défense des droits et mon groupe d'entraide.

vol 14 no 2, juillet 2007

vol 14 no 2, juillet 2007

Réorganisation en santé mentale: «chaos» à Montréal

Ariane Lacoursière
La Presse, samedi le 2 juin 2007

La réorganisation des services en santé mentale se déroule dans le chaos à Montréal, affirment les syndicats de ce secteur. Selon eux, les hôpitaux gèrent chacun à leur façon le transfert de services vers les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) locaux - certains ferment des lits, d'autres ne font rien. Les intervenants en santé mentale craignent que les 143 000 patients qu'ils traitent chaque année ne souffrent de ce laisser-aller.

En juin 2005, le gouvernement du Québec a adopté un plan de réorganisation en santé mentale. D'ici à 2010, les soins de première et de deuxième lignes ne seront plus offerts dans les hôpitaux, mais bien dans les CSSS. Cela permettra d'importantes économies, en plus de rapprocher les patients de leur lieu de traitement.

Plusieurs professionnels, dont des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux, devront être réaffectés dans les CSSS. «On sait qu'on devra bientôt changer d'équipe et de lieu de travail et qu'on perdra nos patients. Mais on ne sait rien de plus. C'est angoissant», explique Pierre Turgeon, président du syndicat des travailleurs de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine. «Les transferts de soins sont improvisés. Personne ne nous informe sur les marches à suivre», ajoute Maria Piazza, de l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS).

Mme Piazza craint que ce flou ne nuise aux patients. «Des patients seront bientôt transférés dans les CSSS. Les gens vont-ils être placés sur une liste d'attente en attendant notre arrivée? Ça manque de coordination», estime-t-elle. Mme Piazza cite l'exemple de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine, qui fermera un peu plus de 200 lits dès le mois d'août. «Louis-H. fait ça pour respecter la réorganisation, mais l'hôpital n'a toujours pas transféré son personnel dans les CSSS locaux. Que fera-t-on des patients?» demande-t-elle.

Daniel Gilbert, de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, craint quant à lui la pénurie de personnel. Selon lui, Montréal compte 161 professionnels spécialisés en santé mentale. «Le plan de réorganisation en exige 582. Il manque donc 421 employés spécialisés pour que tout se déroule harmonieusement. Des CSSS risquent de se retrouver avec des travailleurs peu qualifiés en santé mentale, ce qui est moins bon pour les patients», signale-t-il.

D'une même voix, les syndicats demandent à l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal d'adopter un plan de transition harmonieux et concret. «Nous ne sommes pas contre la réorganisation des services de santé mentale, mais elle doit être bien faite», affirme M. Gilbert.

Une tempête dans un verre d'eau

Le président de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, David Levine, estime que les syndicats s'inquiètent pour rien. «Le processus de réorganisation a commencé il y a deux ans et se poursuit tranquillement, insiste-t-il. On prend notre temps. Chose certaine, tant que tout ne sera pas parfaitement prêt, on ne bougera aucun patient vers les CSSS.»

Le plan de transition «harmonieux et concret» demandé par les syndicats est déjà en cours, affirme M. Levine. «On tente d'informer les travailleurs, mais ils ne semblent pas nous écouter, dit-il. Ils font beaucoup de bruit pour rien. La réorganisation va bien.»

M. Levine reconnaît toutefois qu'il y aura bel et bien pénurie de main-d'oeuvre spécialisée. «Mais que voulez-vous faire? Réorganisation ou non, il manque de personnel qualifié en santé mentale», affirme-t-il.

FIN

Plan d'Action du MSSS: Soyons vigilants.

Par Anne-Marie Chatel

En mai dernier nous avons eu droit à de nombreux colloques et Forum concernant divers aspects de la santé mentale.

Dans cet article, je vous ferai part de ce que j'ai retenu le 9 mai à l'occasion de la journée sur le rétablissement ainsi que ce que j'ai retenu à l'atelier sur le rétablissement tenue dans le cadre des journées biannuelles du MSSS. Je joindrai des interrogations et quelques commentaires ainsi que quelques craintes que m'ont laissée ces rencontres.

Bonne lecture.

Journée d'enseignement sur la notion de rétablissement

Une des conférencières était Mme Mira Piat docteure en sociologie. Celle-ci nous a dressé plusieurs définitions du rétablissement. Elle était particulièrement abstraite et théorique. Il est à noter que la conférencière n'a pas traité des conditions sociales et économiques pouvant affecter le rétablissement. Cet aspect est pourtant le plus concret, le plus réel qui soit. En effet, comment une personne vivant dans l'indigence et l'isolement peut être dans des circonstances favorable à un mieux-être? Un peu d'aspects pratiques s'il vous plaît……

Un 2e conférencier, le psychiatre Olivier Farmer, était aussi au rendez-vous. Le titre de son exposé laissait songeur: « *Le rétablissement une expérience américaine* ». Dans son exposé le Dr Farmer répétait constamment le mot travail en relation avec le rétablissement. Cependant, il n'y a pas que le travail régulier qui aide au rétablissement. La participation citoyenne par le bénévolat, le militantisme, la création artistique, etc… mérite aussi ce respect.

De toute façon le retour au travail régulier que le MSSS veut utiliser comme une panacée universelle pour les gens qui ont des problèmes de santé mentale laisse pour le moins songeur…. Dans une société où le travail rend de plus en plus de gens malades,

on est en droit de se poser des questions. De toutes façons, il est illusoire que toutes les personnes qui ont des problèmes de santé mentale puissent retourner au travail.

Le MSSS fait de la santé mentale sa priorité.

Dans un document que nous avons reçu, il est indiqué qu'il y a une dichotomie entre l'emploi et la santé. En effet, pour le MSSS, santé = emploi. Pour le MESSS, la réadaptation sans l'emploi = la santé. Enfin, toujours pour le MESSS, réadaptation sociale = santé. On y ajoute que pour arrimer ces différentes conceptions il faudrait la création d'un comité intersectoriel avec entre autres le MSSS, le MESS….

Pourrait-on aussi traiter des nombreux cas ou les tentatives de retour au travail se sont terminées par des rechutes ou des échecs fragilisant toujours un peu plus la personne. Un peu d'humanité SVP.

Je ne fais pas l'apologie de la danse sur place. En effet, qui à l'âge de 20 ans aurait pour plan de carrière de vivre des échecs professionnels et de survivre de l'aide sociale.

Pair aidant

Mme Piat ainsi que le plan d'action du MSSS parle de l'arrivée de pairs aidants dans le milieu de la santé mentale. C'est bien, encore faudrait-il s'assurer de leur indépendance afin qu'ils ne se fassent pas récupérer par le système. Nous devrons exiger que les pairs aidants reçoivent une formation sur les droits et recours en santé mentale, car aider c'est aussi informer.

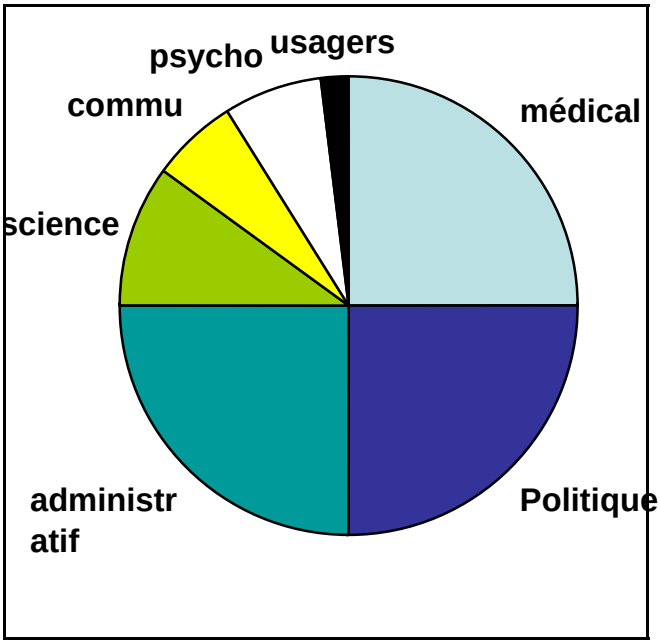
vol 14 no 2, juillet 2007

Les médecins de famille

Le plan d'action du MSSS prévoit que les utilisateurs de services de santé mentale recevront des services de médecins de famille. Pourquoi? Le MSSS a décidé que ceux-ci recevraient une formation de 29 jours en psychiatrie donnée par des psychiatres formateurs. À mon humble avis, ce n'est pas pour vous trouver un bon vieux médecin compatissant à la Marcus Welby, c'est une simple question mathématique…… Les médecins de famille coûtent moins cher à l'État que les psychiatres!

Pour en revenir aux questions d'argent, la notion de retour au « travail régulier » , expression utilisée par le MSSS, pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, à l'exclusion de toute autre forme de participation citoyenne (on peut bien l'imaginer) sauveraient de l'argent au MESS.

On nous a tellement dit que rétablissement n'égale pas guérison que j'ai imaginé un petit scénario.



J'imagine 2 gestionnaires assis avec un usager lui disant « nous avons une bonne et une mauvaise nouvelle pour vous. La bonne nouvelle c'est que votre médecin nous informe que bien que n'étant pas guéri, vous êtes rétabli. La mauvaise, en conséquence vous n'avez plus de contraintes sévères à l'emploi et vos prestations d'aide sociale seront en partie coupées…. ».

Les équipes multidisciplinaires

Que dire des équipes multidisciplinaires que le MSSS veut étendre à tout le Québec. Ces fabuleuses équipes comprendraient un médecin de famille et si j'ai compris des professionnels en employabilité, des gens du communautaire, etc…

Le Docteur Luce Quintal nous a dit à la clôture des journées bi-annuelles du MSSS « le travail en silo est chose du passé ». Elle nous a fait un joli diagramme sur le partage du pouvoir qui ressemblait plus ou moins à ceci :

L'usager ayant le plus petit espace! Mais quel beau vase communicant… Personnellement, j'y vois une atteinte à la vie privée, qui je le rappelle est garantie par la charte des droits et liberté de la personne. Deuxièmement, j'y vois un bris à la confidentialité. Les médecins ne sont-ils pas tenus à la confidentialité… Certains organismes communautaires ont déjà perdu leur indépendance selon une source sûre.

De plus qu'arrivera-t-il de l'indépendance des milieux communautaires. C'est une question de première importance. Leur financement sera-t-il dépendant de leur collaboration avec le MSSS?

Que dire de la migration des gens du communautaire vers les CSSS, cette formule n'est pas aussi gagnante qu'on ne pourrait le croire… Des anciens du communautaires sont arrivés dans leur nouvelles fonctions plein d'espoir, ils croyaient que leur expérience du communautaire aiderait à faire changer les mentalités. Plusieurs ont déchanté. Ils se retrouvent trop souvent frustrés dans leur nouveau travail mais ils se sentent surtout impuissants, pris dans un système bureaucratique qui ne leur laisse pas assez de temps pour établir une relation d'aide de qualité avec leur clientèle. En effet, selon une source sûre, certains passent de 2 à 3 jours à remplir des formulaires… Beaucoup voient leur travail saboté par leur supérieur gestionnaire.

Pour conclure, il faudra que nous soyons tous et toutes très vigilants et vigilantes quant à l'application du plan d'action du MSSS.

Le seul point positif qu'on perçoit grâce à ce plan: plus de place de consultation auprès des personnes usagères. Prenons notre droit de parole cher et chère militant et militante.

Bon été quand même!

Lettre d'opinion

Un voyage dans l' univers de nos services…

Par Aline Valade

À partir de la révolution tranquille et des inoubliables années 60, notre société Québécoise s' est dotée, en toute bonne conscience sociale, d'institutions gouvernementales dans le but de fournir à ses citoyennes et citoyens un ensemble de services essentiels afin que ceux-ci puissent en toute sécurité et tranquillité d'esprit vivre au sein d'une société juste, sans discrimination aucune, permettant ainsi d'utiliser ces services avec égalité de droits malgré les différences économiques et culturelles. Prenons par exemple notre système de santé. Qu' en est-il aujourd'hui de ce système, via la santé mentale, et via les valeurs hippies d' antan, voulant faire de nous tous des sœurs et des frères égaux dans la paix et l' amour universel. Pour ce faire, imaginez vous un beau matin, à votre réveil, souffrant d' un quelconque malaise mental, soit la dépression. Poussons davantage nos propos, osons parler de dépression majeure suite à du harcèlement psychologique au travail, harcèlement provenant d'un supérieur immédiat jaloux, qui vous fait subtilement la guerre au travail, prétextant son droit de gérance (qui d'ailleurs, rappelons nous le, n'est défini par aucune institution gouvernementale, donnant ainsi l'absolu pouvoir de gérance à nos indispensables entreprises et ses chefs sur leurs employés, remplaçant ainsi nos curés du villages qui osaient venir dans nos cuisines nous dirent quoi faire de nos vies au nom de Dieu et que nous avons délibérément mis dehors de nos institutions, faut-il se le rappeler). Comment sera accueilli notre « payeur de taxes » dans ce beau grand parc d'amusement que sont devenus nos grandes et fières institutions, puisque ce parc semble faire le bonheur et l'absolue réalité d'un grand nombre de nos dirigeants actuels.

Malheureusement notre « payeur de taxes » ne devra pas s' attendre à un miracle. Loin de lui le déroulement du tapis rouge. L'écoute et l'ouverture d'esprit qu'il aura besoin face à son mal à l'âme sont des denrées rares dans nos services de santé public actuel. On le questionnera sur sa vie, enquête digne d' un roman policier à l' Agatha Christie, cherchant en lui la faille, le coupable, le responsable de son mal être. On doutera de ses propos et on essayera de le convaincre de ses erreurs de jugements prétextant qu'il n' a besoin que d' un simple repos et de quelques médicaments, sans bien sur l' informer de leur effets secondaires sur son système de santé physique, allant jusqu'à les banaliser et surtout en l'obligeant à en prendre et à retourner travailler le plus tôt possible, car son mal à l'âme est dans sa tête. On lui dira qu'une dépression se soigne entre 4 et 6 semaines, si ce n'est en trente jours, lui dissimulant l'autre réalité de la dépression, c'est à dire qu'elle peu durer plus de deux ans, quelque fois plus, si ce n'est toute une vie, et que les chances de récidive sont de 50 pour cent suite à une première dépression. Constat alarmant pour la personne qui en souffre, d'autant plus alarmant pour les chefs d' entreprise qui n'ont pas de temps à perdre avec un tel employé (enfin, si peu se responsabilisent face à ce mal du siècle), si dramatique pour le portefeuille des compagnies d'assurances et combien profitable pour nos chères entreprises pharmacologiques. Notons que ces différents acteurs seront indispensables pour la guérison rapide et efficace de notre « payeur de taxes » souffrant d'un problème de santé mentale. Qu'il se réjouisse de tant d'assistance car ce dernier ne sera plus seul à se préoccuper de sa santé, puisque ses bons amis docteur, assureur, employeur seront là pour le remettre le plus tôt possible sur le droit chemin de la vie sociétale, que cela lui en déplaise, puisqu'un bon citoyen est une personne qui produit, consomme, s'active constamment et ne se remet jamais en question. Car redisons le, le mal à l'âme c'est dans la tête.

Notre « payeur de taxes » travaillant dans une entreprise non syndiquée, comment va-t-il faire entendre ses droits suite au harcèlement subit au travail. Il aura le choix entre prendre sa pilule, se taire et retourner au travail, ou entreprendre des recours contre son employeur à la CSST et/ou à la Commission des Norme du travail. Mais comme le harcèlement psychologique au travail vient à peine d'être reconnu par la loi il faudra que « notre payeur de taxes » en paye encore le prix. Comme ce n' est pas une blessure physique, cela demeure difficile à défendre, malgré les signes de la dépression dont souffre notre travailleur.

Il devra encore être très patient et très fort dans la poursuite de sa démarche pour faire entendre ses droits. Tous lui diront que ce n' est pas du harcèlement , que c'est du droit de gérance et que ses poursuites ne servent à rien. Ces deux institutions

qui se réclament de défendre les travailleurs feront tout en leur pouvoir pour défendre l'employeur allant jusqu'à convaincre notre « payeur de taxes » qu'il ferait mieux de prendre une entente hors cours. Sans avocat pour se défendre il sera plus difficile de se faire entendre.(Encore là il faut savoir à quelle porte aller cogner et bien sur avoir un bon portefeuille.)

Au travers de ce cheminement spirituel dans notre beau parc d'amusement, notre « payeur de taxes » doit défendre ses droits à des soins appropriés devant son médecin de famille, si il en a un, et son psychiatre référé. Se défendre aussi devant la compagnie d'assurance ou devant l' assurance chômage, car prouver un malaise de l' âme demeure encore bien difficile à plaider. Celui-ci sera vu comme un inquisiteur, pour ne pas dire un abuseur, paresseux qui veux profiter du système sans avoir à y travailler.

Dans le cas d'une dépression qui dure trop longtemps, le psychiatre sentira sa réputation menacée et il se préoccupera beaucoup plus de cet impact sur votre employeur et votre compagnie d' assurance que l'impact de la dépression sur votre santé et votre qualité de vie. Les risques de subir des électrochocs, suite à une trop longue dépression, seront aussi à envisager, prétextant le bien fondé de ceux-ci.

Résumons la situation. Notre « payeur de taxes » dépressif aura à se battre contre les « NON » au même titre que Don Quichotte contre les moulins à vent. Il risque de se retrouver, après deux ans de lutte contre la maladie et contre les préjugés entourant l'esprit institutionnel: sans emploi, sans revenu, isolé, et vue comme un dérangeur public, un faiseur de trouble parce qu'il aura voulu faire valoir ses droits à une meilleur qualité de vie autant dans son milieu de vie, que dans son milieu de travail.

Pendant que nous nous indignons contre le mystère de la femme voilée, ne pourrions nous pas revenir chez nous et s'indigner contre le voile qui existe, malgré son invisibilité, entre nos institutions gouvernementales et nous les « payeurs de taxes ». Pourquoi payons nous des taxes? Ne serait-ce pas à nous de dénoncer ce gouffre de plus en plus profond entre les utilisateurs de services, leur vrais besoins, et les institutions gouvernementales et leur indifférence bureaucratique voulant anéantir tout espoir humain vers un monde plus juste et plus intelligent.

FIN

Les paiements pré autorisés… sont-ils automatiquement respectés?

Il est possible de s'entendre, entre autres, avec une compagnie de téléphone, d'internet et de câble pour que nos paiements mensuels soient retirés directement de notre compte de banque ou de caisse à une date fixe et à un montant fixe aussi. On appelle cette forme de transaction un « Débit pré autorisé » (DPA).

Par exemple, vous décidez de vous abonner à un forfait trio (téléphone, câble et internet) pour un montant fixe de 75$ par mois. On vous propose un DPA chaque 1er du mois. Vous acceptez en vous disant que c'est plus facile de le gérer étant donné que ça sera toujours le même montant débité à une date facile à retenir.

Mais attention! L'Union des Consommateurs a fait une recherche qui relève un nombre inquiétant d'erreurs lors des transactions de DPA. Par exemple, des montants incorrects qui sont prélevés du compte, des erreurs sur la date du prélèvement, causant des problèmes quand le retrait est fait avant la date prévue, et un double retrait, c'est-à-dire qu'un montant a été prélevé deux fois dans le même mois.

En ce moment, il n'y a pas de réglementation pour protéger les personnes contre ces genres d'erreurs, mais l'Union des Consommateurs a déposé une demande pour intenter un recours collectif contre les banques et la Caisse Desjardins concernant ce problème.

En attendant, si vous avez une entente DPA, il est suggéré de bien vérifier vos comptes. De plus, si vous avez, ou avez eu des problèmes concernant les DPA vous pouvez contacter l'Union des Consommateurs pour du soutien et pour vous inscrire au recours collectif.

Kevin Boire

Pour plus d'infos:
Union des Consommateurs
(514) 521-6820

FIN

Les doubles ou triples stigmats = jeune + mère + ayant eu un diagnostic en santé mentale

(Atelier présenté en juin dernier dans le cadre des journées professionnelles du Centre Jeunesse de Montréal)

Par Louise Baron, Caroline Stewart et Manon Rioux

Dans le cadre de leurs journées de formations annuelles, le Centre Jeunesse nous invitait à présenter un atelier sur les droits des parents face au système de protection de la jeunesse. Avec le Bureau Consultation Jeunesse (organisme communautaire travaillant avec les jeunes-mères, entre autres), nous avons présenté un atelier dans le but de sensibiliser les intervenantEs aux différentes stigmatisations que vivent les mères avec lesquelles les deux organismes travaillent.

Qu'ont en commun les jeunes-mères et les mères qui ont eu un diagnostic en santé mentale en lien avec les services de la DPJ ? Nous avons décidé de réaliser des entrevues avec des mères des 2 groupes afin de vérifier si notre hypothèse était fondée : Les éléments qui constituent leur portrait jouent en leur défaveur et contribue à les stigmatiser davantage. Effectivement, leurs conditions de vie peuvent se ressembler, mais surtout l'interprétation des conditions de vie ou du portrait des mères par la DPJ constitue une addition de facteurs de risque. À titre d'exemple : Avoir un enfant en bas âge (moins de 20 ans) constitue un facteur de risque. Avoir un diagnostic en santé mentale en constitue un autre. Ajoutez à cela la monoparentalité, un déménagement dans l'année…et vous êtes une clientèle à haut risque !

Le défi

Le défi lors de cet atelier était de faire prendre conscience aux intervenantEs de la DPJ qu'ils doivent prendre en considération le pouvoir associé à leur rôle, qui fait que les droits des mères doivent être mis en contexte où la DPJ est impliquée et où les choix ne se font pas de façon vraiment libre, c'est-à-dire que les mères ne sentent pas qu'elles ont le choix de dire ou de penser autrement que comme l'intervenantE. Il nous a aussi été possible d'aborder avec eux l'importance de l'écoute des besoins et de l'ouverture aux perceptions des mères et des intervenantEs. Finalement, les droits des parents dans le système de la protection de la jeunesse ont été rappelés, en voici la liste.

Droits du parent au niveau de la Loi sur la protection de la jeunesse

Services

- Droit de recevoir des services du centre jeunesse.
- Droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats de façon personnalisée, avec continuité et adaptés aux besoins de votre enfant et à votre situation familiale.
- Droit d'être considéré avec dignité et respect.Droit d'accepter ou de refuser une mesure volontaire.
- Droit de mettre fin à une mesure volontaire en tout temps durant l'intervention.
- Droit d'être aidé par un intervenant du centre jeunesse.
- Droit de participer à l'élaboration, l'application et la révision du plan d'intervention.
- Droit de révision du plan d'intervention aux 3 mois.
- Droit d'être accompagné et assisté dans les différentes démarches.

Information

- Droit à la confidentialité des informations qui le concerne.
- Droit d'être informé de la description des moyens de protection et de la réadaptation ainsi qu'une description des étapes pour mettre fin à l'intervention.
- Droit de connaître le contenu des rapports de l'intervenant désigné par la D.P.J. avant la comparution au tribunal de la jeunesse.
- Droit d'avoir généralement accès au dossier de l'enfant.
- Droit d'avoir accès à son dossier.
- Droit de révision à la Commission d'accès à l'information.

Recours

- Droit de consulter un avocat et d'être assisté et représenté par lui au tribunal.
- Droit d'appeler d'un décision du tribunal de la jeu-

Suite à la page 22… DPJ

Dépression: le quart des diagnostics sont erronés

Marie Caouette
Le Soleil
Le vendredi 13 avril 2007

Vingt-cinq pour cent des diagnostics de dépression seraient erronés, selon une étude publiée ce mois-ci dans les *Archives de psychiatrie générale*. Depuis des années, on confond une réaction humaine normale de tristesse, à la suite d'une épreuve ou d'un évènement malheureux, avec la dépression.

Depuis des années, on confond une réaction humaine normale de tristesse, à la suite d'une épreuve ou d'un évènement malheureux, avec la dépression, selon une étude publiée ce mois-ci. *Photo archives La Presse*

Ces faux diagnostics sont posés sur des personnes qui manifestent au moins cinq symptômes de dépression (tristesse, fatigue, insomnie, pensées suicidaires, etc.) pendant plus de deux mois après le décès d'une personne proche. Deux mois, c'est le temps normal de deuil, selon les psychiatres.

Dans cette foulée, la bible des psychiatres, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, n'accorde que deux semaines pour se remettre d'une rupture amoureuse, d'une perte d'emploi ou d'une chute de leurs actions en Bourse. Une tristesse qui perdure au-delà de cette période est aussi signe de dépression.

Un des auteurs de l'étude qui remet en cause le quart des diagnostics de dépression, le professeur Michael B. First, de l'Université Columbia de New York, est paradoxalement un des « pères » du DSM.

On estimait jusqu'ici qu'un Américain sur six ferait une dépression au cours de sa vie. Cette statistique pourrait être réduite de 25 % à la suite de cette étude, qui a consisté en une révision du dossier de plus de 8000 personnes chez qui des médecins avaient diagnostiqué une dépression. Les chercheurs ont découvert que ceux qui avaient vécu des évènements stressants avaient rapporté plusieurs symptômes de type dépressif durant une période prolongée, mais qu'un petit nombre seulement avaient des symptômes assez graves pour être vraiment classés comme dépressifs.

Traitement inapproprié

Une autre de leurs conclusions est que les traitements pharmaceutiques sont donc souvent inappropriés pour ces personnes qui auraient plutôt besoin d'une thérapie.

Cette approche existe déjà chez les psychiatres anglais, signale Charles Rice, directeur d'AGIR, un regroupement de 35 organismes actifs en santé mentale dans la région de Québec. « De concert avec les organismes du milieu, ils cherchent à élargir l'accès à d'autres formes d'aide, comme les psychothérapies, pour les troubles de l'humeur. » À Québec, on vit aussi cette mutation.

Selon Rice, les faux diagnostics de dépression peuvent être attribués à un manque de sensibilité de certains médecins au contexte de vie de leurs patients. « Il y a un côté subjectif, arbitraire dans un diagnostic de dépression. Ce n'est pas comme un test physique objectif.

En santé mentale, la frontière est difficile à établir entre ce qui est normal et ce qui est pathologique. Les causes de la dépression sont encore inconnues. Qu'est-ce qui fait qu'un individu vit soudain un World Trade Center intérieur, pourquoi s'effondre-t-il ? »

La pression de l'industrie pharmaceutique aurait aussi joué un rôle dans la dérive des diagnostics de dépression. Le marché des antidépresseurs représente 12 milliards de dollars par an, aux États-Unis

seulement.

La bible des troubles mentaux est constituée à partir de consensus entre les psychiatres américains sur divers critères de diagnostic. Une cinquième version sera disponible en 2010 ou 2011.

Le concept du « rétablissement »

Le « rétablissement » est le concept-clé dans le milieu de la psychiatrie depuis une vingtaine d'années. Les anglophones utilisent le terme *recovery*.

Ce mouvement s'appuie sur le vécu d'ex-psychiatrisés américains. Des chercheurs ont constaté que 60 % des ex-patients schizophrènes des hôpitaux psychiatriques du Vermont et du Maine sont suffisamment rétablis pour mener une vie normale. Ils travaillent, n'ont plus de symptômes ou de comportemens bizarres et certains ne prennent plus de médicaments. Ils ne seraient plus identifiables comme d'ex-psychiatrisés, à première vue.

Le Vermont a un taux de rétablissement supérieur à la moyenne, en raison de pratiques différentes en santé mentale. Depuis les années 50, les malades s'y voient offrir des programmes de réhabilitation et d'intégration communautaire alors que dans le Maine, on misait sur la réduction des symptômes.

Ces constatations ont été faites à la suite de cinq études de suivi à long terme de cette clientèle, expulsée dans la vague de désinstitutionnalisation.

« Même de graves problèmes de santé mentale n'empêchent pas de s'en sortir », conclut Charles Rice, du regroupement AGIR (Alliance des groupes d'intervention en rétablissement).

Porté par les usagers américains, ce mouvement est aussi une critique du modèle biomédical en psychiatrie. « Il défait l'idée reçue de pathologie à vie accolée aux troubles mentaux. » Qu'est-ce qui amène ce rétablissement ? « Plusieurs choses périphériques aux soins de santé eux-mêmes, dont souvent une personne qui leur a fait confiance », affirme Rice**.**
(…)

FIN

Dossier Bell

Encore une hausse de prix sauvage qui isole davantage la personne pauvre et fragilisée.

Par Aline Valade

J'accuse le geste de la compagnie Bell Canada, concernant la hausse des tarifs de leurs téléphones publics à 50 sous, de discriminatoire envers les personnes à faible revenu et plus encore envers les personnes vivant une problématique de santé mentale puisque ces personnes sont déjà grandement fragilisé par leur condition psychologique, et du même coup leur condition sociale, et leur condition économique. Ce sont eux qui demeurent les plus touchées par cette mesure inhumaine et sauvagement capitaliste.

Cette hausse de vingt-cinq sous, s'ajoutant à la hausse récente du prix du billet du transport en commun, de la hausse du prix de l'électricité, de la hausse des loyers, fait en sorte que ces mesures sauvages augmentent l'isolement de la personne qui n'a pas les ressources financières pour soutenir un tel marché économique, compte tenu de sa pauvreté toujours grandissante, augmentant ainsi son insécurité et effritant davantage son tissu social déjà très mince. Elle ne fait que punir ceux qui déjà ne peuvent plus se payer le téléphone résidentiel et qui utilisent le téléphone public pour rejoindre un ami, un médecin ou une ligne d'écoute lorsqu'ils sont en proie à une angoisse de vivre.

Cette compagnie avait elle vraiment besoin d'agir ainsi? Soyons vigilants, car bientôt ce ne sera plus 50 sous mais un dollars qu'elle nous imposera.

Que devrions-nous faire? À vous d'y penser, mais aussi d'agir. Pétitions, lettres et dénonciations médiatiques ne seraient pas à dédaigner. Qu'en pensez-vous?

FIN

PENSÉES DE BERNARD

Il faut se surpasser soi-même pour être libre!

Le plus important et le plus difficile, c'est de commencer!

Quoi que tu veuilles faire, fais-le rapidement. Ne remet pas à demain ce que tu peux faire aujourd'hui. *(Extrait de « c'est à toi que je confie »)*

vol 14 no 2, juillet 2007

Lettre d'opinion

L'espace de parole pour les utilisateurs de service en santé mentale

Par Aline Valade

Lorsque celui que l'on qualifie de fou s'indigne contre notre système de santé; Lorsqu'il s'indigne contre la société de consommation qui privilégie les valeurs économiques au détriment des valeurs humaines de partage, de fraternité et de liberté; Lorsque ce même fou s'indigne contre les préjugés qui sévissent à son égard, pour cause de sa vulnérabilité psychique; Lorsque celui-ci s'indigne de ne pas être écouté, de ne pas être respecté dans son droit à vouloir se réapproprier son pouvoir sur sa vie et sa dignité humaine; Lorsque celui-ci dénonce les injustices de notre système de santé à l'égard de ses droits; Lorsqu'il ose, avec courage, avec force et dignité, disons-le, dénoncer l'écart flagrant des valeurs humaines qui existent entre les utilisateurs de services en santé mentale et ceux qui se disent soignants, doit-on le craindre ce soi-disant fou. Ne doit-on pas craindre l'idée qu'au fond de lui même il peut être plus clairvoyant que tout autre citoyen, plus sensible à la cause, compte tenu de sa soi-disant folie, compte tenu de sa marginalisation forcée par sa propre condition mentale, diagnostiqué malade. Malade selon quelle morale? Selon quelle éthique? Selon quel système social? Selon quelles valeurs? Qui définit les valeurs d'une société? Est-ce la culture? Est-ce l'économie? Est-ce la santé? Qui définit celui qui à raison de celui qui à tort? De quoi et de qui tentons-nous de nous protéger tous et chacun? Qui protégeons-nous? Qui tentons-nous de protéger? La personne dite vulnérable ou le système économique? Ne sommes-nous qu'un produit de consommation, un numéro, une valeur marchande? Qu'en est-il de la vie,?De l'humain? De la force de vivre? De la liberté? De la dignité humaine? Quel est son vrai visage?

Ma présence lors des différents colloques et forums qui se sont déroulés à Montréal en mai dernier concernant entre autres choses « La force des liens », le plan d'action en santé mentale, et le colloque sur la Gam (gestion autonome de la médication) me pousse à me poser la question de la place réelle qu'occupe l'espace de parole de l'utilisateur de service en santé mentale lors de ces brefs, mais intenses forums et colloques sur la santé mentale. Existe t'il une réelle volonté d'écouter, voir de se positionner de façon honnête et sincère sur la vision que l' usager a de sa propre condition. À savoir ce qu' il ressent face à l' indifférence, à la banalisation de sa condition, à la marginalisation de sa crédibilité, devant un si grand nombre de fuyants. Est-ce que derrière cette soi-disant volonté d'échange ne cacherait-on pas la vérité que l'utilisateur de service n'a pas de place réelle au sein d'un plan d'action qui le met en première place. En étourdissant les participants derrière des panélistes, tous bien intentionnés, des ateliers hors sujet, une course à la montre contre le temps, une surenchère de théories, d'études scientifiques, de rapports de recherches, de gestionnaires à l'égo bien mesuré, d'administrateurs en mal d'imagination, ne pourrait-on pas se demander si la volonté à vouloir entendre la vérité, soit les besoins urgents de reconnaissance que les utilisateurs de services en santé mentale ont besoin, est vraiment présente dans l'esprit de ceux et celles qui s'y disent sensibles et qui ont reçus par la grâce de la vie une place privilégiée à pouvoir changer les choses et à prendre des décisions vraiment efficaces. Si enfin, ils nous donnaient la main, à nous les utilisateurs de services.

Pourquoi cette poignée de main se fait si longuement attendre? Pourquoi est-elle si hésitante? Certains diront que les progrès en reconnaissance des droits des personnes utilisatrices de services en santé mentale se sont beaucoup améliorés? Mais est-ce une raison pour ralentir l'ouverture, de cacher la réalité? L'espace de parole est encore à gagner, elle est encore fragile, dilettante. Est-ce que l'appropriation du pouvoir sur sa vie n'est pas un mal de l'être beaucoup plus large que le mal de l'âme dont souffre nos soi-disant fous? Ces derniers, que l'on médicalise, infantilise, banalise et que l'on enferme encore dans des prisons psychologiques, des prisons idéologiques, des prisons de jeux de pouvoir pour servir l'égo de nos dirigeants, de nos fonctionnaires, de nos gestionnaires à l'intention bien questionnable. Est-ce que parce que l'on est fou nous

avons la tête dans le sable, que nous ne voyons pas les enjeux qui se dessinent au travers de cette idéologie de nous vouloir revenir vivre au sein de la société citoyenne et qu'au fond nous ne voulons que protéger l'économie, que tout n'est qu'une question d'argent encore et toujours. Aurons-nous l'audace, comme société, de redonner à l'humain plus fragile, plus vulnérable, une place digne de sa personne, au sein de notre société qui se veut bien pensante, bien intentionné. Ne veut-elle pas au fond éliminer le plus faible, le plus pauvre, le plus malade, croyant ainsi qu'entre bien portants nous aurions une société plus juste, plus humaine, plus égalitaire. Ne sommes-nous pas, au fond de nos esprits soi-disant bien portant en train de créer un monde où la tolérance à la différence ne sera plus tolérable. N'est-ce pas cela la vrai folie? À nous d'y réfléchir.

FIN

Témoignage

L'autorité Abusive

L'autorité m'a contrôlé jusqu'à ce que je perdre ma trajectoire.

Je me suis sentie contrôlée à l'extrême dans ma relation avec un intervenant de la résidence.

Leur pouvoir et leur prestige m'ont complètement mis en milles morceaux dans ma relation avec un intervenant de la résidence.

Le pouvoir est une domination.
L'autorité est le contrôle et le pouvoir.

Aujourd'hui, je suis seule avec cela,
j'ai perdu ma confiance et mon image.

L'autorité du pouvoir et du contrôle
a pris toutes les décisions à ma place,
je me suis retrouvé complètement en débris.

Aujourd'hui j'ai 38 ans et
je ne sais toujours pas faire confiance en la vie.

Les chaînes du pouvoir
ne sont que des regards sur L'injustice
ou le Silence règne.

Manon

Poème

À un intervenant

Quand finiras-tu ton silence
Ta communication absente
Bornée d'insouciance?

Quand finirai-je d'être ignorée
Par le mensonge
Dans la vérité de mon langage?

Pas mal seule,
J'ai du éclater en Sanglots,
Face à tant d'indifférence.

J'aimerais tant vous oublier,
En contemplant les jolies teinte
D'azur, dans le ciel de l'Amazonie.

Et retrouver ma confiance
Sous le Soleil de la terre.

Moi qui est un peu trop solitaire.

Manon,
dans son île

Suite de la page 18 … DPJ

nesse à la cour supérieure du Québec.

- Droit de réviser une décision de la chambre de la jeunesse qui le concerne si des faits nouveaux sont survenus depuis que la décision a été rendue ou que le juge a fait erreur dans l'application de la loi ou qu'il y a erreur dans l'appréciation des faits qui lui ont été présentés.
- Droit de demander au tribunal de prolonger une ordonnance si la situation de l'enfant l'exige.
- Droit de révision à la Commission de l'accès à l'information.
- Droit de porter plainte pour insatisfaction des services reçus, au commissaire aux plaintes et à la qualité des services du centre de jeunesse.
- Droit de porter plainte à la commission des droits de la personne.

FIN

vol 14 no 2, juillet 2007

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