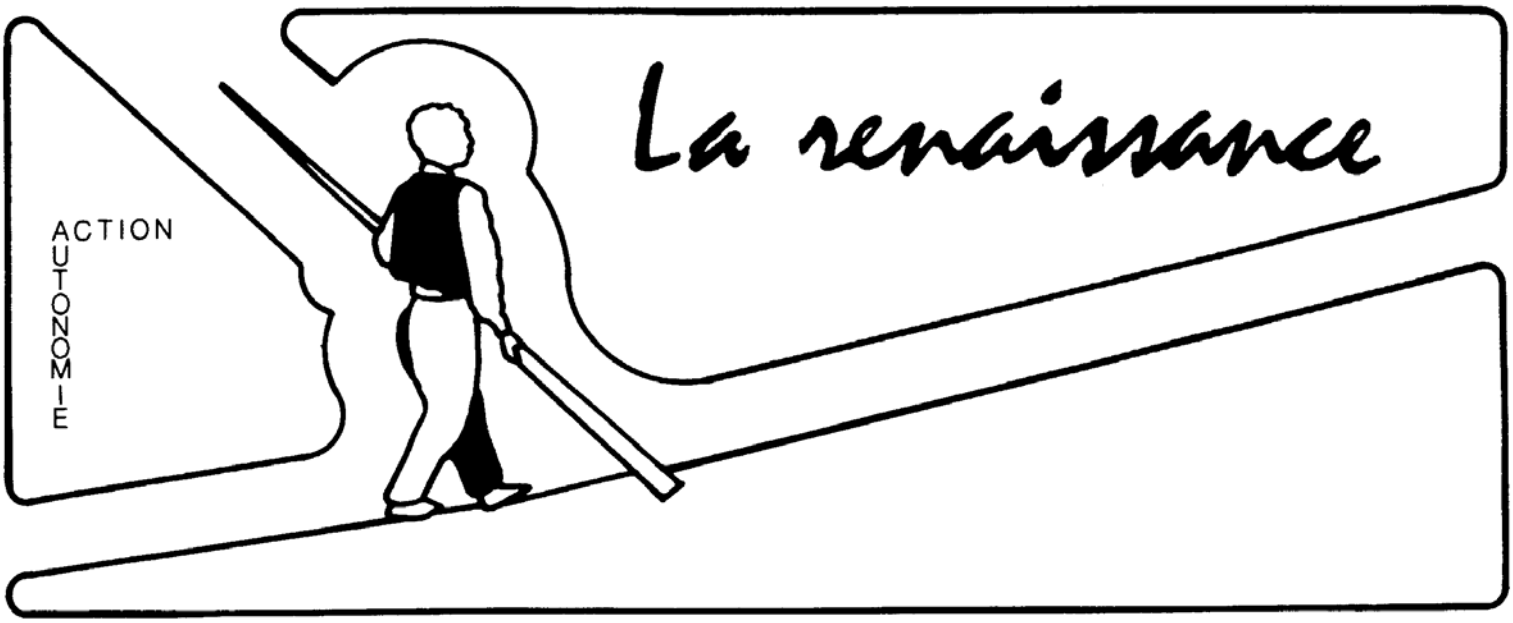


Volume 15 décembre 2008 Numéro 3

Début du projet régional de représentation des personnes utilisatrices des services en santé mentale pour Montréal

Coalition pour l'accès à l'aide juridique

77% des Québécois en faveur de l'augmentation du seuil d'admissibilité à l'aide juridique

Les électrochocs

Les effets psychologiques négatif des ETC

Fondation d'une nouvelle association

L'Alliance communautaire autonome pour la promotion et la défense collective des droits en santé mentale du Québec

Atteinte aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie

La protectrice du citoyen ouvre une enquête!

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

Nathalie Brière
Huguette Doyon
Ghislain Goulet
Jean-Claude Judon
Geneviève Leduc
Anne-Marie Chatel
Ghyslain Ferland
Éric Harris
Laurent Lachance
Martin Perrier

Collaborateurs, collaboratrices

Louise Baron
Kevin Boire
Martin Lauzon
André Trépanier
Roger Boisvert
Nicole Cloutier
Sylvie Morneau

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, troisième trimestre 2008

Meilleur voeux!
L'Équipe du comité journal

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: mars 2009
Date de tombée pour les articles: mi-février 2009

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

Début du projet régional de représentation des personnes utilisatrices des services en santé mentale pour Montréal pages 3 et 4

Pour une politique en itinérance page 4

La privatisation des soins de santé
Un peu beaucoup à mort… page 5

"Les sociétés pharmaceutiques contre l'État" pages 6 et 7

Atteinte aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie
La protectrice du citoyen ouvre une enquête page 8

Fondation d'une nouvelle association page 9

Électrochocs
Les effets psychologiques négatif des ETC! pages 10 à 12

Coalition pour l'accès à l'aide juridique
77% des Québécois en faveur de l'augmentation du seuil d'admissibilité à l'aide juridique pages 15 et 16

Pauvreté et santé mentale
Les pauvres hospitalisés plus souvent que les riches page 17

Infos Secto page 18

Chroniques:
Chronique de la folie ordinaire: **2- Personnalité multiple** pages 14 et 15
COURRIER:
Le libidineux Dr FolAmour page 13
Incroyable mais vrai page 12
Le rétablissement page 19
Scandale au cabinet du Dr. House pages 20 et 21
Rigolons: MENU TÉLÉPHONIQUE EN PSYCHIATRIE… page 21
La prévention de la pauvreté page 22

Plan d'action en santé mentale et participation citoyenne

Début du projet régional de représentation des personnes utilisatrices des services en santé mentale pour Montréal

Action Autonomie a reçu récemment une subvention de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour amorcer le développement d'un projet régional permanent de représentation des personnes utilisatrices en santé mentale.

Durant la première année de fonctionnement, les travaux consisteront à élaborer un modèle de représentation Montréalais. Par la suite ils seront consacrés à la mise en place et au développement du modèle de représentation retenu.

Cette subvention récurrente vient appuyer les travaux conjoints entrepris durant la dernière année par Action Autonomie, le RACOR et des personnes utilisatrices des services en santé mentale.

En effet, devant la réalité complexe de notre région, nous voulions développer un modèle régional particulier, souple et dynamique, qui soit réellement représentatif des besoins des usagers et du portrait de la réalité montréalaise en santé mentale avec chacun des douze réseaux locaux de santé et services sociaux.

Le principal objectif que nous poursuivions par ce projet était que le principe de la participation pleine et entière des personnes utilisatrices à la planification, l'organisation et l'évaluation des services, deviennent une réalité opérationnelle qui soit intégrée à la culture organisationnelle et aux façons de travailler dans le réseau de santé et services sociaux montréalais, comme prévu au plan d'action en santé mentale.

Naturellement, pour réussir cet ambitieux projet, l'implication d'organismes oeuvrant en santé mentale, qui déjà, regroupent des personnes et les supportent, l'appui de différents organismes montréalais, la participation de personnes utilisatrices et une volonté ainsi qu'un soutien tangible de la part de l'Agence et des instances locales, étaient incontournables.

Buts du projet

Assurer une participation optimale et durable des personnes utilisatrices des services à la prise de décision en matière de planification, d'organisation, de mise en œuvre et d'évaluation des services de santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal tel que prévu dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010.

Un projet citoyen qui s'articule autour des objectifs suivants

Organiser

- Développer un modèle souple et dynamique de participation des personnes bénéficiant de services, qui soit intégré dans le réseau montréalais (Agence et CSSS) assurant des espaces pour la prise de parole et la participation active d'un bon nombre d'entre elles.
- Mettre en place une structure d'encadrement qui permette d'animer et de donner vie à ce modèle

Mobiliser

- Impliquer, mobiliser et consulter les personnes utilisatrices en regard de l'organisation des services de santé mentale.

Former

- Outiller les personnes pour favoriser une participation active
- Développer leur pouvoir individuel et collectif
- Faire reconnaître leur expertise

Soutenir

- Supporter les personnes dans l'exercice de leur citoyenneté
- Offrir la formation et le support requis pour assurer une pleine représentation des personnes.

Concerter

- Favoriser la concertation des personnes, le développement de points

de vue communs et de revendications communes.

Moyen retenu :

Le développement d'un *Projet* de représentation permanent, qui soit voué à la création et à l'harmonisation de modalités de participation des personnes utilisatrices dans le cadre de prises de décisions citoyennes entourant l'organisation des services de santé mentale.

Au cours des prochaines semaines, des travaux seront entrepris pour actualiser le projet régional de représentation. Des rencontres sont aussi prévues pour informer et mobiliser les personnes et les groupes concernés par le projet de représentation régional.

FIN

Pour plus d'informations n'hésitez pas à me contacter :
Ghislain Goulet
Action Autonomie 514-525-5060

Caricatures

Pour une politique en itinérance

Recommandations du groupe Action Autonomie à la commission des affaires sociales dans le cadre de la commission parlementaire concernant le phénomène de l'itinérance au Québec

Nous recommandons vivement qu'une politique en itinérance soit adoptée et mise en œuvre rapidement.

Nous pensons qu'elle devra s'actualiser :

-Par le développement d'une stratégie nationale du logement qui éviterait que l'itinérance soit le résultat d'un manque de logements abordables avec des conditions d'inclusion des groupes marginalisés;

-Par l'inscription d'une réfléxion sociale et d'actions cohérentes de lutte à la pauvreté et aux exclusions;

- Par une concertation avec les groupes qui travaillent sur le terrain concernant la problématique de la judiciarisation , ainsi que l'évaluation de ce qui est sensé être un projet pilote : le tribunal en santé mentale;

-Par un financement adéquat des groupes communautaires oeuvrant aux problématiques de l'itinérance et de la santé mentale;

-Et finalement, notre cheval de bataille : par une évaluation sérieuse et objective du fonctionnement des services de santé, au cours de laquelle on prendra avis auprès des groupes qui travaillent dans ce secteur, auprès des personnes utilisatrices de services, en vue du développement de correctifs qui protègent et permettent que les droits des personnes soient assurés.

Il est impératif de permettre l'organisation et l'accès à des services de santé et de services sociaux de qualité, diversifiés et développés avec la participation des personnes utilisatrices afin qu'on réponde réellement à leurs besoins, sans abus de droit ou de pouvoir.

Le mémoire est disponible sur notre site internet : www.actionautonomie.qc.ca/

FIN

vol 15 no 3, décembre 2008

Un peu beaucoup à mort…

En faisant la lecture de la Presse édition du samedi 18 octobre, j'ai mis la main sur quelques statistiques. On y explique quelle est la situation du système de santé aux États-Unis.

- 47 millions d'Américains ne possèdent aucune assurance médicale, 50% d'entre eux sont des travailleurs
- 25 millions d'Américains sont mal assurés. Des gens qui doivent payer des primes d'assurances de plus en plus chères et des franchises de plus en plus élevées.

Selon le "Institute of Medecine", plus de 18,000 personnes meurent chaque année aux États-Unis faute de soins.

Les États-Unis dépensent plus que tous les autres pays industrialisés pour la santé avec des résultats inférieurs.

Ce qui se passe au Québec

On voit de plus en plus de cliniques privées. De nombreux médecins se désaffilient de la Régie de l'assurance maladie.

Quant aux tests diagnostiques, ces cliniques offrent des tests de dépistage, prise de sang, lavement baryté, etc. Lorsque l'on paie, il est facile d'obtenir des rendez-vous plus rapidement que dans le réseau public. Les traitements sont alors plus rapides ainsi que les chances de survie. (Dans le cas de certaines maladies comme le cancer)

La médecine à deux vitesses est une réalité inacceptable. N'a-t-on rien appris du passé? Avant l'arrivée de la carte d'assurance maladie, de nombreuses personnes s'endettaient ou perdaient tout pour faire soigner un membre de leur famille. Veut-on vraiment de ce type de société?

Peut-on choisir, dans une société dite évoluée, qui a le droit de vivre ou de mourir? Les biens nantis seraient ceux qui gagneraient à ce jeu.

Les gens de la droite pourraient même dire qu'il ne s'agirait là que de sélection naturelle…. Il faut dire à nos politiciens qu'il y a des domaines où les compromissions ne sont pas acceptables.

La droite dit sans cesse que l'État n'a plus les moyens financiers pour maintenir ce qu'on appelait avant l'état providence qui devient de plus en plus *"l'état Provigo".* La gauche a toujours été porteuse d'innovation et d'avancement. Où est-elle passée?

Anne-Marie

FIN

Le privé contribuerait aux inégalités sociales

Les directeurs de santé publique estiment que l'efficience du financement privé reste à démontrer et que l'augmentation du recours au privé risque d'accentuer les inégalités de santé, d'entraîner des coûts administratifs plus élevés, de causer un important problème de coordination et d'avoir un effet de déstabilisation de l'ensemble du système. C'est ainsi que le recours au privé ne solutionne pas les problèmes actuels mais qu'il est, en outre, susceptible d'en amener de nouveaux.

Les directeurs de santé publiques font le point, février 2008
Recherche : M.P.

Les sociétés pharmaceutiques contre l'État

par Sylvie Morneau.

Voici un compte rendu qui, je l'espère, sera le plus fidèle possible de la conférence de Marc-André Gagnon "Les sociétés pharmaceutiques contre l'État ou l'économie globale de Big Pharma."

Il s'agit de la thèse de doctorat en science politique de l'auteur à l'Université de York, présentée à l'UQAM le 6 octobre 2008. L'auteur est également chercheur au Collectif d'Analyse sur la Financiarisation dans le Capitalisme Avancé (CAFCA) de l'UQAM, chargé de cours en économie à Université de Montréal, chargé de cours en sociologie et économie à l'UQAM et post-doctorat au Centre sur les Politiques de Propriété Intellectuelle de MCGill.

Voici un résumé succinct des quatre grands thèmes de son argumentaire.

1- *Approche générale de l'analyse du secteur pharmaceutique.*

Cette économie des Big Pharma représente 602 milliards de dollars, 1.4% du produit intérieur brut mondial, 4.4% de la production mondiale. Nous sommes touchés par ce problème au Québec de la manière suivante : entre 1985 et 2006 le coût des médicaments est passé de 8,3% des coûts de la santé à 20.3% en 2006.

2- *Qu'est-ce que Big Pharma?*

Il s'agit des 17 firmes pharmaceutiques les plus importantes au monde. Pour en nommer quelques-unes, les 5 plus importantes sont : Johnson et Johnson, Novartis, Roche, Fizer, Glasco, Smith et Kleene.

Leurs profits augmentent de manière exponentielle par rapport à celui des entreprises qui font partie des 500 meilleures entreprises, appelées les "Fortune 500". *(Voir graphique à la fin de l'article)*

Selon la revue Prescrire (revue française de pharmacologie), l'avance thérapeutique i.e. le bien-être que procurent les nouveaux médicaments diminue avec les années.

Sur la production annuelle de nouveaux médicaments en 2005 en France, 10 ne représentaient pas d'avancées thérapeutiques, 469 n'apportaient rien de nouveau, 17 seraient un danger réel pour la santé publique.

De plus, les compagnies pharmaceutiques ne représentent pas un cartel officiel, mais des ententes sont prises entre ces firmes pour les parts de marché, ce qui éliminerait la venue de nouveaux joueurs sur le marché.

3- *Les entreprises pharmaceutiques contre l'État?*

Le prix des médicaments aux États-Unis est 2 fois plus élevé qu'ailleurs. Ce qui génère un chiffre d'affaire par exemple, pour la Cie Lilly de 53,4 milliards de dollars de profits aux USA. Elles payent seulement 3.79 milliards en impôt dont 34 millions seulement aux USA. Ce n'est donc pas un plus pour l'économie américaine. Le contournement de l'impôt serait une stratégie normale.

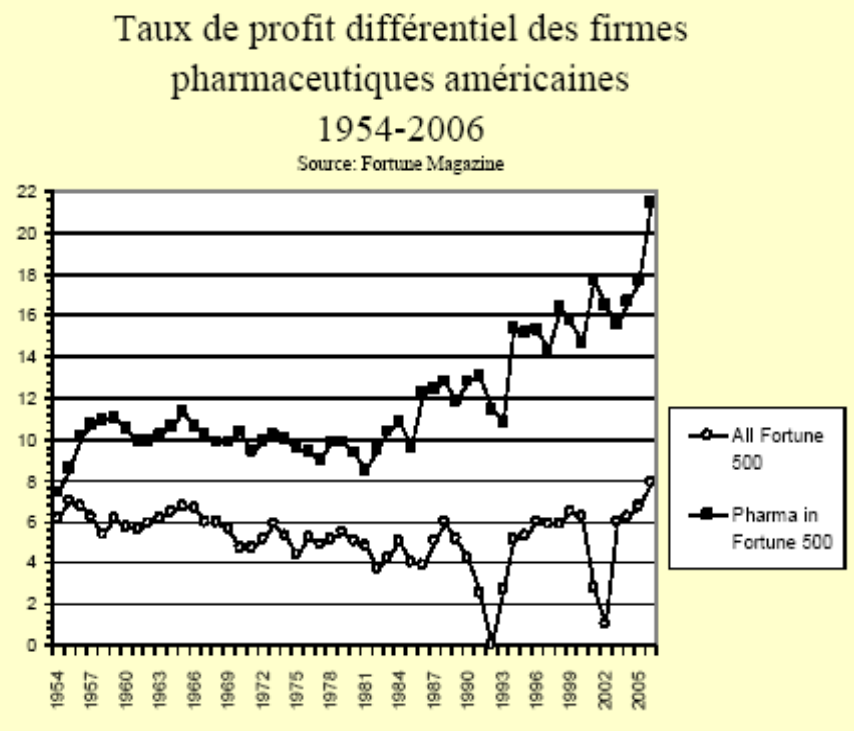
4- *Repenser le pouvoir.*

Selon Michel Foucault, le pouvoir n'a pas de centre mais serait une multiplicité de rapport de force, une espèce de magma en fusion. Pour Thorstein Veblen (1857-1929) : les grandes organisations sont capables de dominer un secteur de marché, opérer un clivage, mettre en place un discours pour servir leurs intérêts. En reprenant notre exemple, sur les 239.8 US$ milliards de ventes, 29,6$ milliards sont dépensés en recherche et développement, 57.5$ milliards en promotion de produits : (échantillons chez le médecin, publicité et autres formes de représentations auprès des médecins, ce qui représente $61,000. /médecin dont 1 représentant pour 6 médecins qui développent donc un sentiment d'appartenance à la compagnie et prescrivent leurs produits. Une microphysique de la promotion auprès des médecins : pour des produits comme le Zoloft et les antidépresseurs, il y aurait eu camouflages d'études défavorables et productions d'études favorables. Pour les anti-hypertenseurs et anti-psychotiques: les nouvelles générations de médicaments seraient moins bénéfiques thérapeutiquement même si vendues 10 fois plus cher. Le modèle

vol 15 no 3, décembre 2008

d'affaire est basé sur les Me-TOO drugs. C'est ainsi que les grandes compagnies pharmaceutiques font avancer leur agenda en faisant avancer leurs intérêts.

L'état est agent des jeux de pouvoir qui le constitue par les lois dont il se dote. Par exemple, sous Reagan, n'importe quel type de collaboration a été permis entre les entreprises et une forte extension des droits de propriété industrielle a vu le jour. À l'échelle mondiale, un comité tripartite, formé de l'Europe du Japon et des États-Unis, aurait mis au point une mécanique selon laquelle des sanctions unilatérales contre les pays en voie de développement via un agenda de propriété intellectuelle peu importe la conséquence sur la population.



L'auteur conclue que ce n'est plus tant le pouvoir économique qui est visé mais un pouvoir social et politique sur la collectivité. Les acteurs cherchent à transformer les structures sociales et les habitudes de pensée. Une résistance est de plus en plus nécessaire par une présence sur les différents forums. Un exemple vient confirmer cette nécessité: les USA ont lutté contre le droit en cas d'urgence nationale de ne pas respecter les brevets.

FIN

Source: "A Ladder of Citizen Participation," JAIP, Vol. 35, No. 4, July 1969

Caricatures

Lorsque je suis hospitalisé pour des problèmes en santé mentale

J'ai des droits

Quels sont mes droits?

Qui peut m'aider?

Que puis-je faire?

Action Autonomie

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

525-5060

Une enquête attendue!

Atteinte aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie

La protectrice du citoyen ouvre une enquête

Par Ghislain Goulet

Raymonde Saint-Germain, la protectrice du citoyen veut examiner en profondeur l'accès aux soins de santé mentale et les atteintes aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie.

La protectrice du citoyen a ouvert une enquête sur le traitement réservé par le réseau de la santé aux personnes éprouvant des troubles mentaux ou psychologiques.

Ayant constaté et dénoncé plusieurs atteintes à leurs droits à la liberté et à l'intégrité, la Protectrice estime que l'examen « cas par cas ne suffit plus et qu'il faut maintenant ouvrir un dossier systémique ». Il y a quelques semaines, la protectrice du citoyen donnait raison à deux patientes hospitalisées en psychiatrie. Elles alléguaient avoir fait l'objet de contention forcée, d'isolement et avoir été soumises à des traitements sans leur consentement.

Cette enquête s'ajoute aux 18 dossiers traités en 2007 par son bureau à la suite de plaintes et de signalements autour de problèmes similaires. En 2006 Mme Saint-Germain avait également mis en lumière plusieurs pratiques pour le moins discutables – et dans certains cas illégales – en vigueur dans certains établissements dispersés un peu partout sur le territoire québécois.

Dans son rapport 2007, la protectrice soulignait que les personnes concernées n'ont souvent ni l'énergie ni la capacité de faire valoir leur point de vue et de s'adresser à des instances de recours.

Parmi les situations examinées depuis deux ans, la protectrice s'est particulièrement inquiétée de l'application des dispositions de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P.38). Cette loi est dite d'exception parce qu'elle permet de priver quelqu'un de son droit fondamental à la liberté.

Déjà en décembre 2005, Action Autonomie avait demandé l'intervention du Protecteur des usagers en regard des abus commis dans le cadre de l'application de la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

À partir d'une étude des jugements de garde en établissement rendus à la Cour du Québec, nous avions alors soulevé les faits suivants : utilisation évidente de la garde préventive pour faire subir des examens sans autorisation à des personnes; principe du consentement libre et éclairé régulièrement bafoué; décisions judiciaires souvent prises en l'absence de la personne et sur la foi de témoignages vagues ou de notes d'examens; d'après plusieurs témoignages recueillis : pouvoir arbitraire des médecins, impossibilité de communiquer avec l'extérieur, internements ordonnés pour forcer un traitement plutôt que pour protéger la personne en raison de la dangerosité de son état mental et nombreuses atteintes au respect et à la dignité. L'étude est disponible à l'adresse www.actionautonomie.qc.ca (quoi de neuf, garde en établissement).

À cette occasion, Action Autonomie avait déposé une plainte formelle contre le Centre Universitaire de santé McGill concernant le respect des droits des personnes mises sous garde en établissement. Le rapport d'intervention du Protecteur du citoyen est disponible sur le site internet d'Action Autonomie.

Intervenant quotidiennement en défense des droits en santé mentale avec les personnes directement concernées, Action Autonomie est à même de constater les importantes lacunes du système psychiatrique. L'organisme entend collaborer activement à la réalisation de cette importante et nécessaire enquête, à tous points de vue. FIN

(Source, Jacinthe Tremblay, Le devoir 27 octobre 2008)

Alliance communautaire autonome pour la promotion et la défense collective des droits en santé mentale du Québec

Fondation officielle

Par André Trépanier

Le 26 novembre dernier, l'*Alliance communautaire autonome pour la promotion et la défense collective des droits en santé mentale du Québec* tenait son assemblée générale de fondation, officialisatsant ainsi son existence.

De façon encore plus concertée, les trois groupes fondateurs, *Auto-Psy (Région de Québec)*, *Droits et Recours Laurentides* et *Action Autonomie,* porteront à l'échelle du Québec les intérêts des groupes et des citoyenNEs utilisateursTRICES de services.

Après quatre ans de travail aboutissant à la mise sur pied de l'*Alliance communautaire autonome*, félicitations à tousTES les militantEs qui ont su donner vie à ce projet collectif.

Des actions avec l'*Alliance communautaire autonome*

Un des premiers gestes « officiels » de l'*Alliance communautaire autonome* aura été d'interpeller le ministère de la Santé et des services sociaux quant à l'application de la *Loi P-38.001*. Ce travail avait été précédé par l'organisation d'un forum national sur la garde en établissement, tenu en 2007 à l'initiative d' *Action Autonomie* avec l'appui d'*Auto-Psy (Région de Québec)* et de *Droits et Recours Laurentides.*

Les nombreuses démarches nécessaires à sa fondation étant complétées, ce nouveau regroupement national pourra maintenant défendre activement l'identité et l'autonomie de notre mouvement. Des dossiers majeurs l'attendent aussi, tels :

- Les pratiques psychiatriques;
- la garde en établissement;
- la transformation du réseau de la santé;
- l'informatisation du dossier de santé et de services sociaux;
- et l'usage du *Taser* par les forces policières.

Les personnes présentes ont pu profiter de la beauté de Pointe-du-Lac (Trois-Rivières) et du Lac Saint-Pierre

Le conseil d'administration élu le 26 novembre dernier. De gauche à droite: Richard (Québec), Denise (Laurentides) Anne-Marie (Montréal), Richard (Laurentides), Pierre (Laurentides), Francine (Québec), Denise (Québec), France (Québec) et Nicole (Montréal).

SYNTHÈSE DE L'ARTICLE DE LUCY JOHNSTONE

LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES NÉGATIFS DES ECT!

Traduction: Comité pare-chocs

Les participants

Cette étude porte sur des patients âgés de 27 à 63 ans, 12 femmes et 8 hommes, qui ont eu une réaction négative aux ECT. L'auteure souligne l'information suivante: Les participants n'étaient pas toujours capables de préciser les détails de leur traitement.

À la question dans quelle circonstance avez-vous eu des ECT? Les réponses sont:

- *J'avais eu un diagnostique de dépression bipolaire et dans ces années, je souffrais davantage de dépression que de manie, je suppose que je suis devenue si dépressive qu'ils ont pensé que les ECT pouvaient me sortir de là…*

- *J'étais réellement dépressive et ne semblait pas répondre à la médication et ils ont dit que je devrais avoir une série d'ECT...*

- *J'étais une personne en détresse et mon meilleur ami a été tué 6 semaines après mon mariage et mon monde s'est écroulé...*

- *J'essayais de performer partout, divorcée, deux enfants, enceinte de 3 mois, 3 emplois, j'étais absolument épuisée...*

Quelles informations vous ont été données à propos des ECT?
Presque tous ont senti les explications comme ayant été complètement inadéquates et ont eu peu d'opportunités pour en discuter.

- Elle a dit que les Valiums ne faisaient rien et qu'elle me mettrait sur les ECT...

Pourquoi avez-vous reçu des ECT ?

- *Si vous êtes droguée jusqu'aux yeux, vous ne vous posez pas de questions, vous ne pensez pas correctement de toute façon...*

- *J'étais jeune et j'avais peur de tout le monde, je ne me prononçais pas contre les médecins, je faisais ce qu'ils me disaient...*

La croyance que le médecin a le pouvoir et la réponse à son état de santé sont les raisons que les patients donnent pour justifier qu'ils s'accrochent aux traitements.

Quelle est leur expérience de l'ECT ?
Les participants ont décrit un haut niveau de peur et une insuffisance d'information. L'aspect qui faisait le plus peur était un sentiment de n'avoir aucun pouvoir et d'être sans contrôle et inquiet au sujet des dommages à long terme.

- *Je me souviens de m'être senti très désorienté et d'avoir un sentiment d'avoir été endommagé pour la vie...*

Les autres effets psychologiques ou émotionnels:

Les participants décrivent un spectre de réactions tels que: un sentiment d'humiliation, une augmentation de leur accommodation ou obéissance, un sentiment de perte, un retrait de la vie, une perte du sentiment de valeur personnelle, perte de confiance en soi, dégradation, sentiment d'avoir été abusé et assailli.

- J'étais comme un chou, tout ce que je pouvais faire c'est demeurer assis toute la journée…

- J'étais comme une non personne et tout ce que les autres pouvaient me faire n'avait aucune importance…

Les ECT ont été ressentis par plusieurs parti-

cipants pas seulement comme un signe de méchanceté mais aussi comme une punition et comme une confirmation de cette méchanceté. Le sentiment que l'ECT est un traitement réservé pour une méchanceté extrême qui produit un sentiment de honte et de stigmatisation.

- *J'étais convaincue d'être punie pour quelque chose que je devais avoir fait, quelque chose de mauvais pour être traitée de cette manière...*

- *J'avais été abusé physiquement, sexuellement et mentalement comme enfant. J'ai eu des ECT, je me suis plus ou moins fait dire que je devais en avoir. Je suis en colère contre ces gens, je ne peux retourner cette colère contre eux, alors je la retourne contre moi et je me fais mal...*

Presque tout les participants ont rapporté spontanément quelques degrés de perte de mémoire. Les plaintes les plus fréquentes sont une inhabilité à suivre un film, un livre, un programme de télé et des problèmes à reconnaître les visages.

Avez-vous dit à quelqu'un comment vous vous sentiez après les ECT ?

Ils se sont sentis incapables de dire au psychiatre ou aux autres professionnels comment ils se sentaient à propos des ECT pour la même raison qui les a empêchés de refuser ce traitement en premier lieu. Le peu qui ont essayé ont reçu peu de réponses. Plusieurs étaient aussi très peu satisfaits des autres aspects de leur traitement exemple, l'utilisation de la médication:

- *Ils font paraître tout beau, vous parlent personnellement mais la seule chose qu'ils veulent c'est vous envoyer quelques joules…*

- *Si je parle ou lis à propos des ECT, ça ramène tous ces symptômes, maux de tête, nausées et autres, 23 ans plus tard...*

Quelle est votre vision des ECT?

Tous sauf une personne refuseraient ce traitement s'il leur était offert à nouveau.

- *Ce n'est pas justifiable de donner à quelqu'un quelque chose qui endommage son cerveau et donne une réaction épileptique. Ce n'est pas à mon point de vue un procédé éthique...*

- *Je pense que c'est barbare de donner cela aux gens et je n'ai jamais rencontré quelqu'un qui a dit que ça lui avait fait quelque bien que ce soit...*

Discussion:

Pour une certaine proportion des patients l'ECT est profondément et durablement une expérience traumatique.

Peu de participants doutent des bonnes intentions des professionnels. Ils pensent qu'ils agissent dans le meilleur intérêt des patients. Les cas les plus inquiétants sont ces deux femmes survivantes d'abus sexuels qui ont fait l'expérience de l'ECT comme une répétition de l'abus. Selon un estimé 50% des femmes en hôpital psychiatrique seraient des femmes abusées sexuellement ou physiquement dans l'enfance (Williams et Watson 1994). Ceci augmente la possibilité qu'un nombre de patients soient en effet "ré-abusés" au nom d'un traitement.

Perte de pouvoir, pressions contrôlantes au conformisme, sont des thèmes récurrents dans les réponses des participants. La perte de pouvoir et de contrôle les a laissés encore moins capables de protester et de s'affirmer qu'auparavant. Les résultats les plus optimistes se trouvaient chez ceux qui étaient capable de diriger leur colère vers l'extérieur, renverser leur pattern antérieur d'obéissance- accommodation et de reprendre le contrôle sur leur vie. Ils ont été capables de faire cela en dépit et non à cause de ce traitement.

Quelle leçon avez-vous apprise de l'étude faite sur les ECT?

Pour les participants, avoir de l'électricité passée au travers de la tête était inacceptable, pas seulement parce que cette image transporte un pouvoir symbolique mais aussi parce que cela est irrespectueux et dommageable.

Ce modèle présente un traitement médical avec une explication biomédicale alors que les patients en préfèrent une psychosociale (Rogers 1993).

Les participantEs aux ECT demandent plus d'information sur les effets positifs et négatifs.

Le résultat de ce qui compte comme information est que l'ECT est encore controversé cependant que les participants sont en ligne avec leurs critiques et croyances que ce traitement cause des dommages à long terme au cerveau.

L'expérience décrite par ceux qui disent de l'ECT que c'est un traitement aidant et pas particulièrement apeurant est profondément fausse. FIN

Communiqué:

Deux électrochocs sur trois sont donnés à des femmes et un électrochoc sur trois est donné à une personne âgée de 65 ans et plus.

C'est ce qui ressort des statistiques obtenues par le Comité Pare-Chocs de la Régie de l'Assurance maladie du Québec pour les années 2003 et 2006.

Pourtant, selon une étude récente, les électrochocs causent plus de dommages chez les femmes que chez les hommes. Ils causent aussi plus de dommages chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.

Cette réalité est très questionnante et le comité Pare-chocs presse le ministre de la Santé et des services sociaux d'intervenir dans le dossier des électrochocs.

PARE-CHOCS
URGENCE D'AGIR
Comité pour l'abolition des **électrochocs**

1260 Sainte-Catherine Est, Bureau 208
Montréal, Qc. H2L 2H2
(514) 525-5060

INCROYABLE MAIS VRAI

Dernièrement, nous avons su qu'une personne a eu de nombreuses difficultés avec le centre hospitalier Jean-Talon. Celle-ci s'est rendue à son rendez-vous afin d'avoir (ou de subir) son injection, car elle a une ordonnance de soins. Elle attend son tour patiemment. Après quelques heures d'attente, elle va voir l'infirmière pour demander si elle peut revenir un autre jour parce qu'elle sera en retard à son travail. L'infimière acquiesce. Le lendemain, le personnel de Jean-Talon s'aperçoit que la patiente a une ordonnance de soins et qu'elle n'a pas eu son injection. Le 911 est immédiatement appelé et la personne fût amenée de force à l'hôpital. Elle quitte l'établissement après avoir reçu son injection. L'histoire devrait se terminer là, mais non! Environ 48 heures plus tard, la police sonne à sa porte pour l'amener de nouveau à l'hôpital car, selon les informations qu'elle possède, le dossier n'a pas été complété. La personne se retrouva de nouveau à l'urgence psychiatrique. Cet évènement nous interpelle. Comment peut-on priver de façon aussi arbitraire la liberté d'une personne. Les droits fondamentaux de cette personne n'ont pas été respectés. Pourquoi utiliser des moyens coercitifs pour simplement un manque de communication entre différentes instances et une mauvaise organisation des services. FIN

Louise Baron

vol 15 no 3, décembre 2008

LE LIBIDINEUX DR FOLAMOUR

Il était une fois un médecin de famille qui faisait de la psychothérapie surtout auprès des épouses malheureuses.

Un jour, il charma une de ses patientes. La dame en question et le Dr FolAmour eurent une liaison d'environ 1 an.

Pour faire une histoire courte, « la victime » se rendit compte que ce genre de relation n'était pas très saine. Elle déposa une plainte au Collège des médecins et voilà que notre Dr FolAmour se vit radié de son ordre professionnel de façon temporaire.

On pourrait souhaiter dans ce genre d'affaire que les médecins puissent être radiés à vie.

Morale de cette histoire

Même si une victime est consentante, le code de déontologie du Collège des médecins interdit tout contact sexuel avec un patient.

Le collège des médecins affirme dans ce cas-ci « La gravité des gestes posés est d'autant plus grande qu'il s'agissait d'une patiente troublée, qui vivait des difficultés dans sa vie de couple ».

Deux problèmes au lieu d'un

Si une personne est victime de ce genre « d'événement » elle ne se retrouve plus avec un problème, mais avec deux. En effet, le problème qui amène la personne à consulter en psychothérapie demeure et s'y ajoute la douleur d'avoir été berné par quelqu'un qui a abusé de son état de fragilité émotive pour se payer du bon temps à ses dépens.

De plus, les psychothérapeutes connaissent bien les risques qu'un ou une patiente s'attache à lui. Une personne qui soudain se sent écoutée et intéressante peut tomber en amour avec son « bienfaiteur ». Cela s'appelle « un transfert ».

Qui est responsable?

Même si un ou une patiente est consentante, le professionnel médecin ou psychologue sait quelles sont les limites à ne pas franchir.

Seules bonnes conclusions dans le cas de la cliente du Dr FolAmour.

Le jour où cette femme a dénoncé son médecin ainsi que toutes les étapes qu'elle a dû franchir pour « gagner sa cause » on fait d'elle une personne en voie de rétablissement. Ella a fait preuve « d'Empowerment » et a cessé d'être une victime.

Nous ne pouvons que saluer le courage et la détermination qu'il lui a fallu pour en arriver là.

Finalement, tous et toutes devraient être conscients que le Dr FolAmour n'est pas seul au monde. Les gens qui consultent devraient toujours avoir à l'esprit que l'abus, bien que rare, n'est pas impossible.

FIN

Anne-Marie

vol 15 no 3, décembre 2008

Chronique de la folie Ordinaire

2- Personnalité multiple

Bien des gens passeront leur vie dans l'anonymat le plus terne en quête d'une spécificité quelconque. Moi, je ne suis pas n'importe qui et j'en suis fier!

Je suis le partenaire de mon psychiatre, le collaborateur de mon travailleur social, le client de tous ceux qui veulent mon bien. Cela dépend de l'instant, du climat de la rencontre, de l'humeur du jour, de ce qu'ils ont mangé - bien ou mal digéré- des tracas administratifs, de la précarité de leur emploi, de la mouvance qui les menace, de leur capacité d'adaptation aux changements imposés. Je suis un concept, une idée, une abstraction, une statistique qui dérange. Je m'incarne et me désincarne au gré des directives ministérielles. Je suis un animal à domestiquer. Un cerf dont le seul panache se mesure à l'envergure de son diagnostic, un bœuf, un lama, une autruche ou un gnou. Enfin, une de ces bêtes qui vivent en troupeau et dont l'utilité est de servir de matières premières à toutes sortes de transformations. Mon habitat naturel est un parc de services sillonné de corridors, un labyrinthe sans fin percé de portes aveugles derrières lesquelles se transigent des promesses de services. De portes en portes, je me heurte et ricoche, m'essouffle et m'épuise à comprendre une réalité virtuelle sans commune mesure avec ma propre réalité. Car peu importe la manière dont il est conçu et aménagé, peu importe son étendue, l'illusion de son confort, un parc est un endroit clos où l'on y enferme qui l'on veut bien y contrôler.

En noir et blanc, ponctué de courbes graphiques et d'histogrammes en couleurs, ma vie réinventée, par les adeptes du recyclage, de la réintégration, du rétablissement obligé. Un futur sans surprise, à la merci d'un discours politique séduisant et racoleur, pressé de récupérer et de se nourrir des discours dissonants pour mieux les circonvenir. Résilience, pairs aidants, appropriation du pouvoir… autant d'expressions-valises dont je souhaite les serrures grippées par crainte des détournements de sens que leurs utilisations inappropriées et toxiques libéreraient. Je suis le premier concerné. La personne la plus importante. Il en a été décidé ainsi. J'ai du pouvoir. C'est-à-dire que l'on m'octroie la permission d'en avoir. Et, l'on m'accorde aussi un droit de parole. Je doit dire, extérioriser, ressentir, aviser, consentir, cautionner ce qui est déjà déterminé et fait force de loi … Je suis le signifié public bordé de garde-fou. Et, peu importe, ce que j'exprime, l'écho en sera réfléchi, reformulé et rendu conforme au modèle de réinsertion en vogue.

Je suis l'imagerie médicale du cerveau vivant, l'index de tous les avatars possibles, la cartographie d'un savoir que des courtiers en diagnostics, transigent en quête d'une reconnaissance et d'une rigueur qui leur font défaut. Et je suis le cerveau mort, conservé dans le formol, livré au microtome, soumis à l'inquisition du microscope électronique. L'infiniment petit, la protéine déficiente, la sérotonine erratique, l'influx nerveux rétif, le chromosome mutant, le gène altéré. Rien ne peut plus s'expliquer sans le secours de la science. Peu s'en faut des études contradictoires, en autant que les hypothèses émises donnent des réponses vraisemblables. La psychiatrie boulimique n'en demande pas plus. Prompte à étiqueter les phénomènes sociaux, elle profite des opportunités offertes pour créer de nouvelles pathologies. C'est l'assurance de sa pérennité. Je suis le pronostic d'un avenir radieux. La pandémie est proche : Une personne sur cinq souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie. C'est prometteur. C'est insuffisant. L'époque est à l'optimisme: viendra le jour où l'absence, dans les dossiers médicaux, d'un diagnostic psychiatrique sera jugé suspect.

Je suis l'hérédité insidieuse, la colère refoulée, la rage porté à son paroxysme, l'angoisse, le vertige, les sueurs froides, la perte de contrôle, l'appel du vide, le saut dans l'inconnu, la déraison, l'errance quotidienne, la peur et l'effroi nocturne, la douleur muette, l'aliénation du regard de l'autre, la honte, l'impuissance, l'obsession compulsive; je suis l'hallucination, le hurlement à la lune, le souffle dévastateur des voix tonitruantes, le délire, l'extase et l'agonie, l'éclat d'une illumination. Je suis, la paresse, le laissez-aller, le désordre, la crasse incrustée, l'odeur nauséabonde, le hoquet nauséeux, la répugnance, le dégoût de vivre. L'ultime frontière. La tentation du repos éternel ; un révolté, un faible, un indocile, un rebelle, un égocentrique, une victime complaisante, un profiteur, un tueur potentiel, l'assassin impromptu, le tortionnaire familial, la dangerosité latente, la catastrophe annoncée, la marée noire qui balaye les certitudes; je simule des symptômes, exagère mon état, je suis un «repeaters», un poids lourd qui engorge le système, un danger pour moi-même et pour l'équilibre mental d'autrui. Je suis la somme de toutes les peurs et préjugés ancrés au plus profond de l'inconscient collectif, l'exutoire de la condition humaine.

Oui à bien y penser, la plupart des gens passeront leur existence dans l'anonymat le plus terne en quête d'une spécificité quelconque. Moi, mon problème est tout autre : j'ai l'embarras du choix.

FIN

Je suis…

Le Fou du Roi

vol 15 no 3, décembre 2008

Coalition pour l'accès à l'aide juridique

77 % des Québécois en faveur de l'augmentation du seuil d'admissibilité à l'aide juridique

Un sondage réalisé par Léger Marketing révèle que pas moins de 77 % des répondants partagent la revendication principale de la Coalition pour l'accès à l'aide juridique, qui est de permettre à une personne seule travaillant au salaire minimum (17 680 $/ année) d'avoir accès à l'aide juridique gratuitement. Présentement, ce seuil d'admissibilité est de 11 250$ de revenu annuel brut.

À la question « Êtes-vous en accord ou en désaccord avec le fait d'augmenter le taux d'admissibilité à l'aide juridique à 17 680 $ de revenu brut annuel, ce qui correspond au salaire minimum d'une personne seule ? », 59 % des répondants se sont dits « Tout à fait en accord » et 18 % « Plutôt en accord ». Seuls 8 % des répondants se sont montrés « Plutôt en désaccord » et 13 % « Tout à fait en désaccord ». 2 % ne savaient pas ou ont refusé de répondre.

Trois catégories de personnes sont plus nombreuses, en proportion, à être tout à fait en accord ou plutôt en accord avec le fait d'augmenter le seuil d'admissibilité à 17 680 $. Il s'agit des personnes dont le revenu annuel brut est de 80 000 $ ou plus (85 %), celles qui sont âgées de 45 à 54 ans (82 %) ainsi que les femmes (81 %).

Au total, 48 % d'hommes et 52 % de femmes ont participé au sondage, dont 79 % de francophones et 21 % dont la langue maternelle n'est pas le français. La marge d'erreur maximale pour un échantillon de cette taille est de plus ou moins 3,1 %, 19 fois sur 20.

Le ministre Dupuis refuse de bouger

Quant au ministre de la Justice, Jacques P. Dupuis, sa réponse est claire, il refuse de hausser les seuils. Dans une lettre datée du 3 novembre, adressée à Me Lise Ferland, porte-parole de la Coalition pour l'accès à l'aide juridique, et signée par un conseiller poli-

tique, il est écrit : « Pour ce qui concerne la réouverture de la réforme 2006-2010 portant sur l'augmentation de seuils d'admissibilité, le ministre maintient sa position et ce, pour les raisons qui vous ont été expliquées lors de notre rencontre. La situation économique précaire qui (sic) traverse le Québec, la capacité de payer de l'État ainsi que l'efficience de la réforme qui risque d'être compromise par une intervention sont quelques facteurs qui militent en faveur du statu quo. »

Le 6 octobre dernier, en effet, au cours d'une première rencontre entre le ministre et des représentants de la Coalition, après un an d'attente, celui-ci avait refusé de s'engager.

Une promesse non tenue… des engagements non respectés…

Pourtant, le gouvernement libéral s'était engagé à rendre la justice plus accessible en modifiant les seuils d'admissibilité à l'aide juridique, après une large consultation qui avait conclu à une urgence d'agir à ce niveau. Pour ce faire, une modification au Règlement sur l'aide juridique adopté à la fin de 2005, prévoyait une séquence d'augmentations des seuils d'admissibilité étalée sur cinq ans, soit de 2006 à 2010. L'objectif visé : permettre à 900 000 personnes de plus d'avoir accès à l'aide juridique.

Or, après analyse des statistiques de la Commission des services juridiques, il se trouve que le nombre total de dossiers traités à l'aide juridique depuis 2006 n'a connu aucune hausse. C'est le statu quo ! La réforme ne donne aucun résultat positif, elle ne fait qu'empêcher un recul. On est loin des promesses et engagements du gouvernement. Ainsi, l'argent promis est retourné dans les coffres du Trésor tandis que l'accès à la justice, via l'aide juridique, est toujours aussi limité.

Aide juridique : accès refusé !

L'évidence, maintenant, c'est que l'aide juridique n'est accessible qu'aux plus pauvres des pauvres puisque de nombreuses personnes vivant sous le seuil de faible revenu n'y ont pas droit.

Les aînés prestataires de la sécurité de la vieillesse et les travailleurs au salaire minimum n'y ont pas accès.

Et malgré une telle évidence, le ministre de la Justice refuse de réaliser les engagements de son propre gouvernement. Il ne tient aucunement compte des demandes et du cri d'alarme qui lui sont lancés par une large coalition d'organismes communautaires, de regroupements, de syndicats, d'associations et d'acteurs du monde juridique. Plus que jamais, la Coalition est convaincue qu'il faut passer de la parole aux actes.

À cet effet, la Coalition s'attend d'ailleurs à ce que les autres formations politiques prennent clairement position sur la question…

Pour obtenir plus d'information sur la campagne d'accès à l'aide juridique et consulter les listes des membres et des organismes endossant les revendications de la Coalition, voir le site Web : www.servicesjuridiques.org

Revendications de la Coalition

La Coalition pour l'accès à l'aide juridique demande au ministre de la Justice de modifier le règlement afin que :

- Les seuils d'admissibilité à l'aide juridique soient haussés pour qu'une personne seule, travaillant au salaire minimum (40h/semaine) soit admissible à l'aide juridique gratuitement ;
- Les seuils d'admissibilité des autres catégories de requérants, y inclus le volet avec contribution, soient modifiés en conséquence ;
- L'admissibilité à l'aide juridique se fasse à partir du revenu mensuel des requérants ;
- L'indexation annuelle des seuils d'admissibilité soit maintenue.

FIN

Source: Coalition pour l'accès à l'aide juridique

Les pauvres hospitalisés plus souvent que les riches

Les pauvres sont plus susceptibles que les riches d'être hospitalisés pour un éventail de problèmes de santé comme les troubles anxieux et les crises d'asthmes qui peuvent souvent être traitées en clinique externe, si l'on en croit une nouvelle étude de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

L'enquête rendue publique lundi à Ottawa révèle ainsi les personnes de statut socioéconomique plus faible sont deux fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour une affection chronique comme le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

"Les personnes moins favorisées sont en outre hospitalisées 2, 3 fois plus souvent que les gens aisés pour une maladie mentale"

Les personnes moins favorisées sont en outre hospitalisées 2,3 fois plus souvent que les gens aisés pour une maladie mentale et 3,4 fois plus pour un problème d'abus de drogue ou d'alcool.

L'écart entre le taux d'hospitalisation des riches et celui des pauvres est toutefois légèrement plus faible à Montréal, Québec et Ottawa-Gatineau que dans la plupart des autres grandes villes du pays.

Dans la Belle Province, le taux d'hospitalisation pour des blessures chez les enfants et des chutes accidentelles est presque identique pour les riches que pour les pauvres.

L'ICIS n'a pas fourni d'explication sur cette différence statistiquement significative. A la lecture du document, on comprend qu'elle découle peut-être d'une meilleure accessibilité des services ambulatoires ou d'autres programmes ciblant les populations à risque. L'enquête de l'Institut ne contient pas de grandes surprises, puisque des études précédentes avaient déjà mis en lumière les liens entre le statut socioéconomique d'une personne et son état de santé.

La recherche est néanmoins importante entre autres parce qu'elle permet de voir comment améliorer la santé des personnes les moins favorisées et aussi comment réduire les coûts de l'assurance maladie. Un séjour à l'hôpital est en effet toujours beaucoup plus coûteux qu'un traitement externe.

«C'est en sachant où résident les écarts les plus importants que nous pourrons, en tant que professionnels de première ligne, nous attaquer aux raisons sous-jacentes de ces écarts», a fait valoir le président du conseil d'administration de l'Initiative sur la santé des populations canadiennes, le docteur Cordell Neudorf.

Pour le vice-président de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada, Paul Lapierre, cela est d'autant plus essentiel dans le contexte actuel. «L'économie aura des conséquences pour les plus vulnérables», a-t-il insisté, dans un communiqué.

Pour tirer leurs conclusions, les chercheurs de l'ICIS ont comparé une vingtaine d'indicateurs du statut d'une population et son taux d'hospitalisation pour divers problèmes. L'enquête couvre les 15 régions métropolitaines de recensement du pays, qui abritent les deux tiers des Canadiens.

FIN

Info SECTO

Le Comité d'action sur la sectorisation publie un petit bulletin d'information afin de vous informer sur le dossier de la sectorisation des services psychiatriques, tant au niveau régional que national. Bonne lecture!

Le recours collectif

Les 2, 3 et 5 septembre derniers, avaient lieu les audiences pour l'acceptation de la demande de recours collectif contre l'hôpital Jean-Talon, l'Agence de Santé de Montréal et le Ministère de la Santé. Il vise à dédommager toutes personnes qui ont été sectorisées entre décembre 2000 et décembre 2005 sur l'île de Montréal. Ce recours pourrait toucher environ 25 000 personnes et atteindre 20 millions de dollars.

Ce recours est piloté par Me Jean-Pierre Ménard, la requérante est Mme Line Labelle et le co-requérant est le Projet PAL. La décision du juge de la cour supérieure concernant l'acceptation du recours sera rendue d'ici 6 mois. Advenant que la décision soit favorable, c'est à dire que la cour estime que la demande est fondée en droits et que la requérante représente adéquatement un groupe lésé, il y aura d'autres audiences afin de déterminer s'il y a eu faute et de déterminer le dédommagement financier accordé aux victimes de la sectorisation. ***Nous invitons toutes personnes qui ont été sectorisées durant cette période à s'inscrire au recours collectif en appelant le bureau de Me Jean-Pierre Ménard au (514) 253-8044 au poste 249.***

Fin de la Sectorisation… selon l'Agence de santé de Montréal

L'Agence de Montréal a témoigné en cours lors des audiences à l'effet qu'à partir de décembre 2007 il n'y a plus de sectorisation sur l'île de Montréal. Cela signifie qu'une personne peut faire une demande pour un suivi en psychiatrie à l'hôpital de son choix sans égard à son lieu de résidence. De plus, une personne ayant déjà un suivi actif avec un psychiatre peut aussi changer d'hôpital sans problème.

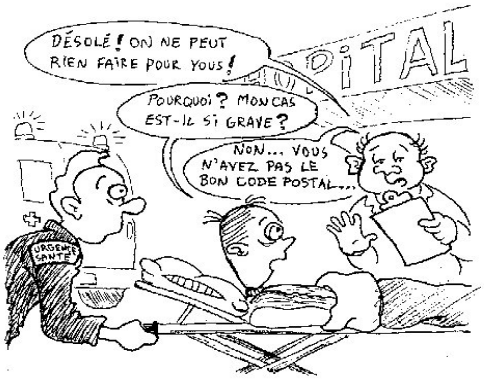
Mais selon la dernière étude du Comité d'action sur la sectorisation réalisée en janvier 2008, et qui a été portée à l'attention de la direction de la santé mentale du Ministère de la santé et de l'Agence de santé de Montréal, une personne ayant un suivi actif en psychiatrie et voulant changer d'hôpital devait gravir plusieurs échelons : demander la permission à son psychiatre traitant afin de changer d'hôpital ; donner accès à son dossier médical à l'hôpital choisi; et attendre que les chefs de psychiatrie des deux établissements décident si ce changement est bien pour la personne. Malgré ces démarches, rien ne garanti que la personne aura un suivi auprès de l'hôpital de son choix! De plus, ces démarches exigées aux personnes ont été déclarées discriminatoires par La Commission des droits de la personne et de la jeunesse en 2006.

Si une personne peut changer d'hôpital sans devoir se plier à toutes ces démarches, comme le soutien l'Agence, c'est super, mais ce n'est pas ce que les gens nous disent! ***Nous demandons aux personnes qui font une démarche en vue de changer d'hôpital et qui sont victimes de discrimination de ne pas hésiter à porter plainte auprès du commissaire aux plaintes de l'hôpital où elle désire aller. De plus, nous aimerions être tenus au courant afin d'alimenter le dossier.***

Merci de votre solidarité!

FIN

Sources :
Julie Corbeil, Projet PAL (514)767-4701 poste 224
Kevin Boire Action Autonomie (514) 525-5060
Pour le Comité d'action sur la sectorisation



vol 15 no 3, décembre 2008

Le rétablissement

Par Laurent Lachance

Une de nos membres a suivi la formation des Pairs-Aidants. L'objectif de la formation était de s'outiller pour pouvoir aider de son mieux les personnes utilisatrices des services et de se faire partenaire avec les professionnels de la santé.

Une forme de complémentarité qui n'a jamais existé dans le milieu francophone. Cette formation lui a apporté une vision novatrice de l'entraide entre usagers, de l'expérience que nous avons et des outils que nous possédons sur le rétablissement.

Depuis vingt ans, on parle de rétablissement et non pas de guérison. Quand nous parlons du rétablissement, voici ce dont nous parlons:

LES PRINCIPALES COMPOSANTES DU RÉTABLISSEMENT;

1- *Autodétermination* :
C'est savoir ce qui en est, et être prêt à passer à l'action quel que soit les obstacles.

2- *Individualité et centré sur la personne :*
La maladie n'est pas un problème, la personne humaine est au centre et chaque personne est différente dans son approche

3– *Le pouvoir d'agir :*
Se réapproprier le pouvoir sur sa vie et le mettre en action.

4- *Holistique :*
L'être en entier c'est-à-dire le spirituel, le physique, le psychique et l'émotionnel.

5- *Non linéaire :*
Ce n'est pas étape par étape, tout se passe en même temps.

6- *Axé sur les forces* :
Découvrir les forces de chacun et les mettre en branle, en action.

7- *Entraide entre les pairs :*
S'aider mutuellement et trouver un groupe d'entraide axé sur le rétablissement (soutien).

8- *Le respect :*
Se respecter soi-même et les autres.

9- *La responsabilité :*
Essayer de responsabiliser la personne face a son rétablissement.

10- *L'espoir :*
Entretenir l'espoir que chaque personne peut y arriver, même si cela parait long.

Note : Revue de l'A.Q .R.P. Le partenaire, vol : 15, no : 2 été 2007 p :12

Témoignages recueillis auprès de Madame Parent, de la première cuvée francophone des Pairs-Aidants, -réseau avril 2008.

Le rétablissement ne se fait pas nécessairement par le travail rémunéré. Il y a le bénévolat, les programmes offerts par le gouvernement, les études et l'implication communautaire. Et même par l'autarcie (être en paix avec soi-même et avoir le degré d'autonomie recherché).

Il y a des Pairs-Aidants dans les hôpitaux suivants :

- Douglas;
- Louis-Hyppolite-Lafontaine;
- Robert-Giffard ;
- Dans certains groupes communautaires.

Une question se pose; quand verrons-nous ici à Montréal des Pairs-Aidants en intervention? En verrons-nous ici, dans des groupes communautaires supposément dit alternatifs à l'institution.

À l'horizon, pointe la venue d'une fédération: l'Association des porte-voix du rétablissement. Il y a déjà quelques personnes qui ont été approchées pour faire partie du conseil d'administration. Peut-on voir clair sur le rétablissement à Montréal ?

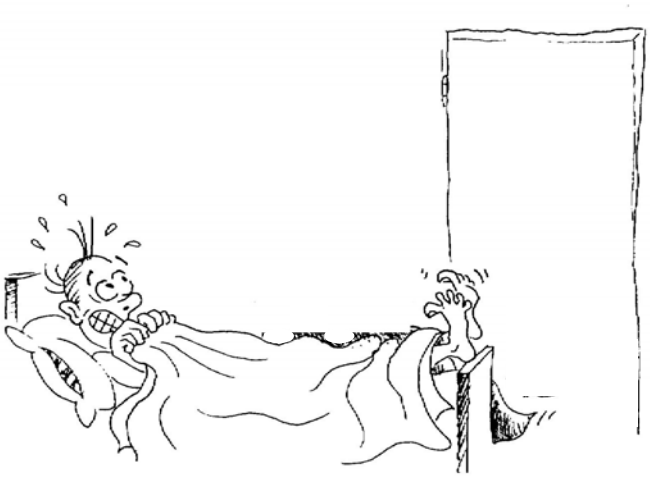
FIN

Scandale au cabinet du Dr. House

Par Éric Harris

Le 1er Septembre dernier, le réseau TVA inaugurait en grande pompe sa saison automnale. Parmi les émissions à l'horaire : Dr. House. Cette émission provient des États- Unis et est traduite pour être diffusée à 21 h 00 sur les ondes du réseau TVA. Selon le palmarès de la firme BBM pour la période du 1er au 7 Septembre 2008 inclusivement, l'épisode du 1er Septembre a attiré 885 000 téléspectateurs.

Au court de cette émission, Dr. House et son équipe cherchent à trouver l'origine d'une syncope chez un pompier. Depuis ce malaise, le patient est animé de tremblements incessants. Jusque-là tout va bien! Suite à une batterie de tests, Dr. House décide arbitrairement du traitement en élaborant une théorie qui semble assez douteuse. L'objectif de ce "*traitement*" est de faire en sorte que le patient oublie le déclencheur qui a provoqué la dite syncope.



En rencontre, Dr. House et son équipe prennent une décision, sans la présence du principal intéressé; le patient lui-même. L'objectif du Dr. House semble simple: effacer les idées responsables des tremblements, un peu de la même manière que le disque dur d'un ordinateur lorsqu'il est *formaté*. Le cerveau s'effacerait complètement et pourrait ainsi faire un nouveau départ et, par le fait même, les tremblements s'arrêteraient. Et, quel est ce « traitement extraordinaire » qui est proposé? Vous l'aurez deviné! Quelques « traitements » de sismothérapie devraient être suffisants pour lui "*replacer les idées*". Le neurologue de l'équipe prend même la peine d'aviser le patient qu'il va lui administrer un médicament pour que les convulsions provoquées par le traitement ne soient pas trop importantes.

Mon avis est bien simple, j'ai été tout simplement outré, scandalisé, révolté, envahi par une rage presque animale. Comment une chaîne de télévision, qui se prétend sérieuse, peut-elle se permettre de diffuser une émission telle que Dr. House, qui a recours à cette méthode. Car, personnellement, je ne puis utiliser le mot ***traitement*** ou ***thérapie*** lorsqu'il est question de ***sismothérapie*** ou, si vous préférez, d'***électrochocs.*** Notez bien qu'au cours de cet épisode, c'est le terme « sismothérapie » qui est utilisé et non électrochoc. « Sismothérapie » semble plus scientifique, mais selon moi, c'est de l'hypocrisie linguistique. Ce qui m'a sidéré, c'est que la sismothérapie est présentée au cours de cet épisode comme un "***traitement***". Ce qui est loin d'être le cas! Notez bien que c'est tout à fait fidèle au personnage. En effet, le personnage du Dr. House est baveux, arrogant, imbu de lui-même, et bien sûr fini toujours par guérir ses patients tout en ayant toujours raison sur tout, faisant subtilement passer ses collègues pour des débutants, ce qui fait l'intérêt de l'émission. Cela peut être un peu cliché, mais ça reste vrai : le dénouement de cet épisode est ***arrangé avec le gars des vues*** Le patient est guéri, tout va bien, Dr. House a raison une fois de plus et fait passer ses collègues pour des crétins - à son plus grand plaisir.

Au-delà de la fiction du Dr. House et de son équipe qui présentent les électrochocs comme efficaces, la réalité est toute autre. En effet, les électrochocs sont oppressifs, violents, tout en portant atteinte à l'intégrité et à la dignité des personnes qui les subissent. De plus, il n'y a aucune recherche connue, passée ou actuelle démontrant hors de tout doute raisonnable l'efficacité quant à ce type de traitement. Les individus sont vulnérables et servent de cobayes pour ce ***traitement expérimental*** qui cause des pertes de mémoires, en passant par des dommages irréversibles au cerveau pouvant aller jusqu'au dé-

cès.

Nous sommes loin du ***traitement miracle*** proposé par le Dr. House qui, rappelons-le, ne s'appuie que sur une simple hypothèse et dont les motivations sont loin de la démarche scientifique, mais plutôt pour servir l'émission et rien de plus. L'utilisation du terme ***sismothérapie*** est, selon moi, une façon hypocrite de dissimuler la réalité. Appelons un chat, un chat. Que le terme paraisse plus scientifique ne change rien à l'affaire, c'est la même chose et les effets en sont aussi indésirables et nombreux, comme: la confusion, les maux de tête, la faiblesse, l'insomnie, sans compter les effets négatifs sur la vie sociale de ses victimes. Contrairement à ce qui est présenté dans cet épisode en particulier, les électrochocs n'améliorent pas la santé des personnes, étant donné que ceux-là sont contestés au sein de la communauté scientifique.

Conclusion : C'est bien joli la fiction, mais il ne faut pas toujours croire ce qui nous est présenté à la télévision, et ce, même si cela vient du Dr. House.

FIN

MENU TÉLÉPHONIQUE EN PSYCHIATRIE…

Bonjour et merci d'avoir appelé l'hôpital psychiatrique. . .

Veuillez écoutez attentivement les options du menu avant de faire votre choix: .

- Si vous êtes obsessif-compulsif, appuyez sur 1 à répétition.
- Si vous êtes co-dépendant, demandez à quelqu'un d'appuyer sur 2 pour vous. Si vous avez de multiples personnalités, appuyez sur 3, 4, 5 et 6.
- Si vous êtes paranoïaque, nous savons qui vous êtes et ce que vous voulez, restez en ligne pour que nous puissions retracer votre appel.
- Si vous souffrez d'un trouble délirant, appuyez sur 7 et votre appel sera transmis à la Vierge Marie.
- Si vous êtes schizophrène, écoutez attentivement et une petite voix dans votre tête vous dira sur quel bouton appuyer.
- Si vous êtes maniaco-dépressif, le bouton sur lequel vous appuyez n'a aucune importance, vous ne serez pas plus heureux de toute façon.
- Si vous êtes dyslexique, appuyez sur 9696969696969696.
- Si vous les médicaments vous rendent confus, laissez un message après le signal sonore ou avant le signal sonore ou après le signal sonore. Attendez le signal sonore.
- Si vous avez une déficience de la mémoire à court terme, appuyez sur 9. Si vous avez une déficience de la mémoire à court terme, appuyez sur 9. Si vous avez une déficience de la mémoire à court terme, appuyez sur 9.
- Si vous avez une faible estime de vous, veuillez raccrocher, nos téléphonistes sont trop occupés pour vous parler.

FIN

Source anonyme

vol 15 no 3, décembre 2008

La prévention de la pauvreté

La pauvreté est dommageable pour tous [et toutes] et non seulement pour ceux [et celles] qui vivent quotidiennement sur son chemin insidieux vers la destruction. Non! La pauvreté est dommageable pour tout le monde, même pour ceux (et celles) parmi nous qui sont financièrement très riches et qui croient être à l'abri des dommages que la pauvreté peut causer.

Ceux parmi nous qui vivent cette réelle tragédie endurent beaucoup plus que le manque de nourriture, d'eau, d'abri, etc. Nous souffrons des préjugés qui accompagnent la pauvreté. Le préjugé n'est l'ami de personne et il nuit à nous tous [et toutes].

Quand nous ne sommes plus en mesure de voir à nos besoins essentiels, qu'ils soient physiques, matériels et émotionnels (et je veux bien dire tous les trois), faute de posséder les ressources financières ou autres nécessaires, nous ne sommes pas en mesure d'apporter une réelle contribution à la société dans laquelle nous vivons, que cette contribution soit économique ou sociale. En réalité, dépendamment de notre niveau de pauvreté, nous finissons par devenir un fardeau pour la société. Quand nous sommes incapables de nous nourrir convenablement, nous manquons d'éléments nutritifs nécessaires pour la santé physique. Le stress associé à cette réalité peut affecter notre équilibre mental et émotionnel jusqu'à rendre malade physiquement et mentalement. Quand nous avons des enfants et que nous sommes seules à la maison (comme le sont la plupart des femmes monoparentales) il est évident que le niveau de stress est beaucoup plus élevé. À cause de tout ceci, créer des liens émotionnels avec d'autres personnes devient beaucoup plus difficile pour nous et, par conséquent, réduit notre capacité, en tant que personne, d'apprendre et de grandir, ce qui limite également notre pouvoir de contribuer économiquement et socialement à notre société. Quand nous ajoutons à tout cela les préjugés que la plupart d'entre nous endurent quotidiennement par le fait que nous vivons dans la pauvreté, alors il y a de bonnes chances que nous nous isolions des autres encore davantage. C'est un jeu tragique qui nuit à tous [et à toutes].

Les solutions sont bien simples: en premier lieu, construire plus de logements sociaux peu coûteux (et je dis bien *peu coûteux* et non *abordable)* et les rendre accessibles à plus de monde. Deuxièmement, donner à chacun un revenu raisonnable avec lequel les gens pourront satisfaire l'essentiel de leurs besoins physiques, matériels et émotionnels. Troisièmement, avoir des programmes sociaux qui répondent aux vrais besoins, facilement accessibles quand on en a besoin. Arrêtons toute discrimination; personne n'a choisi d'être pauvre. FIN

Sally Robb, 19 novembre 2007.

L'auteure est artiste engagée. Par la danse, elle milite contre l'exclusion sociale et économique. Impliquée dans des groupes de défense des personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale, les causes de l'accès au logement et de la lutte à la pauvreté lui ont toujours tenu à cœur. Nous avons connu Sally au Collectif pour un Québec sans pauvreté et dans des prestations lors de manifestations publiques.

Merci à Guy Naud pour la traduction de l'anglais vers le français du texte de Sally.

OPÉRATION VIGILANCE:

Tribunal en santé mentale

Nous invitons les organismes, les intervenants et les personnes concernées à nous transmettre toute information concernant les travaux du TSM. Veuillez contacter **Action Autonomie au 514-525-5060.**

vol 15 no 3, décembre 2008

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 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