

Volume 19 juillet 2012 Numéro 2

#### DSM-5

Conflits d'intérêts chez 2/3 des experts

# Bilan du plan d'action en santé mentale

Qu'en est-il? Point de vue des personnes utilisatrices

## Électrochocs

6e rassemblement d'opposition aux électrochocs

#### Palmarès des urgences Montréal stagne



# **Drame au CHUM**

Une enquête publique s'impose!

# A 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 Ghislain Goulet

Huguette Doyon Éric Harris

Marc-André Jobin Martin Perrier Marie-Hélène Panisset Francine Santerre

Dupuis

#### Collaborateurs, collaboratrices

Roger Boisvert Nicole Cloutier Sylvain Caron Martin Lauzon

#### **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"

3958 rue Dandurand, 3ième étage Montréal, Qc H1X 1P7 Téléphone: 525-5060 Télécopieur: 525-5580 www.actionautonomie.qc.ca lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, troisième trimestre 2012

# Salutations! L'Équipe du comité journal



## Vous voulez participer à

# La Renaissance

Prochaine parution:

novembre 2012

Date de tombée pour les articles:

octobre 2012

#### 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**

	_
<b>Électrochocs</b> Sixième rassemblement d'opposition aux électrochocs	page 3
Bilan du Plan d'action en santé	
mentale Qu'en est-il? Point de vue des personnes utilisatrices	pages 6 et 7
DSM-5	
Diagnostics psychiatriques du DSM-5: conflits d'intérêts chez 2/3 des experts	page 7
Deux diagnostics controversés sont retirés	page 9
L'expérience de folie Que se passe-t-il lorsqu'une personne saine d'esprit entre dans un hôpital psychiatrique ?	page 9
Déontologie policières Hausse des plaintes de 44%	page 10
Drame au Chum  Meurtres et tentative de meurtre au département de psychiatrie du CHUM	pages 11 et 12
Dossier Santé	_
Négligence dans un CHSLD  Hôpital de Saint-Jérôme : De sérieuses lacunes sont	page 19
identifiées à l'urgence Palmarès des urgences de <i>La Presse</i> : Montréal stagne	pages 14 et 15 page 21
	- -
Écho de l'assemblée générale	pages 4 et 5
d'Action Autonomie	- -
Chroniques Billet Doux: Jeanne l'ado "weirdo" du plateau	pages 13 et 14
Le résilient Monsieur Ping Pong	pages 19 et 11 page 23 pages 19 et 20
Chronique droits: femmes et psychiatrie Poème: L'électrochoqué II	page 20
Fiction médicale: thérapie de groupe Libre Opinion	pages 16 et 17 page 22



### Électrochocs

# «Rassemblement du comité Pare-Chocs pour la fête des mères»

n effet, c'est à l'occasion de la fête des Mères qu'Action Autonomie, par le biais de son comité Pare-Chocs, qui milite pour l'abolition des électrochocs, a réalisé son sixième rassemblement contre les électrochocs. Comme c'est devenu la tradition maintenant, c'est à l'occasion de la fête des Mères que le rassemblement se fait. Parce que, malheureusement. deux électrochocs sur trois «administrés» à des femmes et les femmes de cinquante ans et plus reçoivent le plus d'électrochocs. Le rassemblement se tient à la Place Émilie-Gamelin, personnalité qui fut une figure importante dans l'histoire des femmes et de la santé mentale comme l'a bien expliqué M. Bernard Vallée, lors de son exposé sur l'histroire de Émilie Gamelin.

Le rassemblement a duré environ une heure et a débuté par le mot de bienvenue de Ghislain Goulet, responsable du comité Pare-Chocs, qui a expliqué le déroulement du rassemblent. Il a aussi fait un bilan des actions réalisées au cours de l'année qui vient de s'écouler. Ensuite, il y a eu une allocution de mesdames Gabrielle Major et Michèle Provost respectivement coordonnatrice et membre des Frères et Soeurs d'Émile Nélligan\*. Mme Provost a livré un témoignage touchant et fort apprécié par la foule.

Par la suite vint la deuxième allocution qui fut faite par une représentante du centre de femmes l'Écho des femmes de La Petite Patrie, dont plusieurs membres s'étaient déplacées pour l'occasion. Bien sûr comme chaque année, des slogans anti-électrochocs furent scandés par la foule. On constate que le nombre de participantEs augmente d'année en année, ce qui démontre la conscientisation faite par le comité Pare-Chocs auprès de la population. Enfin, Monsieur Gilles Simard, auteur\*\* et survivant des électrochocs, a livré un vibrant témoignage sur les conséquences qu'ont eues les électrochocs sur sa vie quotidienne. Juste avant le mot de la fin adressé à la foule par Mme Céline Cyr, deux membres du comité pare-chocs ont fait une présentation pour donner aux personnes présentes 10 bonnes raisons pour dire non à l'utilisation des électrochocs.

Éric Harris, pour le comité pare-chocs

\*Les Frères et Sœurs d'Émile Nelligan est une associa-

tion communautaire provinciale d'entraide, de promotion et de défense des besoins, des intérêts et des droits des personnes et groupes de personnes, vivant ou ayant vécu un épisode de désorganisation profonde, émotionnelle et comportementale, les ayant entraînés dans une quête de sens et /ou la psychiatrisation pour des raisons politiques et sociales.

\*\*Le cœur enveloppé, journal troublant d'un expsychiatrisé. Les Éditions JCL, janvier 2012.



Photo: Pierre Éthier, photographe

# Assemblée générale annuelle

#### Un nouveau conseil d'administration a été élue



De gauche à droite: Andrea Adelman, Dianne Saint-Pierre, Wilfrid Essiambre, Nicole Cloutier, coordonnatrice, Angelina Mendez, Daniel Foucher, Huguette Doyon, Anne-Marie Chatel et Monique Normandeau, absente sur la photo. Félicitation à tous et toutes.

#### Fait saillants du rapport d'activités:

Afin d'illustrer quelques demandes qui nous sont adressées, voici le très bref récit de quelques situations rencontrées. D'autres se retrouvent à la fin de différents chapitres sur nos dossiers collectifs.

#### A l'aide individuelle en défense des droits :

#### Curateur public :

Une personne a eu trois personnes différentes responsables de son dossier en 2 ans au Curateur Public. Ces problèmes organisationnels sont insécurisants pour les personnes et les ententes concernant par exemple les sommes allouées pour des dépenses de divers types sont souvent à refaire avec chaque nouveau responsable de dossier.

#### Pratiques psychiatriques:

Le personnel de l'hôpital ne tient pas toujours compte des responsabilités des personnes hospitali-

sées comme par exemple de payer le loyer et les factures à temps afin de ne pas subir de préjudices. On s'attendrait à ce que des travailleurs sociaux s'en occupent, mais ce n'est pas toujours le cas. Dans plusieurs situations, rien n'est fait pour éviter qu'une personne hospitalisée pendant plusieurs jours perde son emploi, son logement, la garde de ses enfants... aucun soutien n'est apporté pour prendre des moyens pour éviter le pire. De telles conséquences entraînent les personnes dans des situations de déséquilibre sans fin.

# Situations portées à l'attention de la Protectrice du citoyen suite à des demandes :

Stigmatisation des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale lorsqu'elles se présentent aux urgences pour des problèmes de santé physique : dans deux cas, les personnes ont été transférées en psychiatrie et privées le jour même des soins requis à leur état de santé physique. Une troisième a été renvoyée à la maison sans aucun examen alors que la quatrième personne a fugué avant d'être transférée en psychiatrie. Ce n'est que plus tard que son médecin de famille a demandé les examens de santé nécessaires au diagnostic lié à la douleur abdominale l'ayant amenée à l'urgence.

Exigence de consentir à l'accès au dossier pour recevoir des demandes d'accueil : autant dans un centre de crise que dans un refuge. Sans les démarches d'Action Autonomie, deux femmes auraient vu leur accueil refusé.

#### Garde en établissement:

Un homme s'est retrouvé en garde préventive en psychiatrie pour la 1ere fois de sa vie après que sa voisine ait signalé le 911 après avoir entendu du bruit et une personne qui criait. L'homme était tombé du lit en raison de problèmes physiques. Le psychiatre a rendu la décision qu'il ne reviendrait pas habiter dans son logement car celui-ci n'était pas adapté. L'homme avait entamé des démarches auprès du CLSC pour rendre son appartement accessible.

#### Contention:

Nous avons eu à supporter une femme qui a été mise en contention parce qu'elle dansait dans le corridor. Sa voisine, elle, a été menacée d'être mise en contention si elle continuait à la défendre. N'y a-t-il pas là matière à questionnement sur l'objectif de l'utilisation des mesures de contrôle?...

#### Hébergement:

Il est difficile de trouver une place en hébergement d'urgence (pour une nuit). Elles sont insuffisantes et s'envolent après 15 minutes seulement du début de l'inscription des admissions, qui se font généralement au téléphone. Quel drame pour une personne que de devoir affronter la nuit dans la rue, après avoir été jetée dehors de son logement par un propriétaire crapuleux. La peur... la colère...la honte... Personne n'a eu comme projet de vie de devenir itinérantE!

#### Organisation des services de santé :

Jusqu'au début 2011, Mme K participe à un programme pour les personnes diagnostiquées Trouble de la personnalité limite (TPL). Pour avoir le droit de participer dans ce programme une personne doit soit travailler ou être en recherche d'emploi, faire du bé-

névolat ou aller à l'école. Se sentant incapable de continuer à participer activement en raison de son état mental, elle demande une consultation, ce qui lui est refusé parce qu'elle ne participe plus au programme.

Voici les démarches qu'elle a dû faire pour avoir des services d'un autre hôpital:

- -Demande au médecin traitant d'envoyer une demande de transfert de dossier
- -Après un mois, appel : la demande ne s'est pas rendue, son dossier a été fermé au nouvel hôpital.
- -Demande d'une référence écrite : Le nouvel hôpital l'informe qu'elle doit faire la demande au CSSS de du territoire qui eux vont acheminer la demande suite à une entrevue téléphonique.
- -Appel à ce CSSS. On l'envoie au CSSS de son quartier qui doit demander que sa demande soit transférée au CSSS du territoire du nouvel hôpital.
- -Demande au CSSS de son quartier. Deux semaines plus tard : pas de nouvelles. Nous contactons ce CSSS à la demande de Mme et on nous informe que ce CSSS ne peut traiter sa demande car elle à un dossier à l'hôpital de son secteur et est donc considérée comme ayant un suivi en deuxième ligne! -Appel à la Directrice des services professionnels (DSP) de l'hôpital de son secteur pour clarifier la situation, qui lui promet des nouvelles dans les deux semaines suivantes.
- -Après trois semaines. Mme nous demande de contacter la DSP. Elle n'a pas retourné notre appel après plusieurs autres semaines...

Le système de santé aurait-il oublié sa raison d'être: la personne et ses besoins?

#### Aide Sociale :

Les personnes ont de plus en plus de difficultés à rejoindre un agent d'aide sociale et à avoir un rendez-vous, afin d'avoir de l'aide pour une demande d'admission à l'aide sociale, avoir réponse à des questions. Souvent elles reçoivent une décision écrite à l'effet qu'elles ne sont pas admissibles à l'aide sociale avant même d'avoir eu réponse à des informations concernant leurs questions, qui concernent leur admission.



#### Plan d'action en santé mentale

# Bilan du plan d'action en santé mentale : qu'en est-il? Point de vue des personnes utilisatrices

e 2 mai dernier, se tenait au CLSC de la Visitation du CSSS Jeanne-Mance, la rencontre bilan sur le « *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens* » (PASM). Organisée conjointement par le Projet montréalais de participation et Action Autonomie, cette rencontre visait à connaître le point de vue des personnes utilisatrices de services concernant l'offre de services de santé mentale en lien avec les objectifs et les orientations du PASM.

D'entrée de jeu, on a présenté dans les grandes lignes les objectifs du PASM (accessibilité, continuité, efficience et partenariat) et les enjeux qui y sont reliés (Rétablissement dans personnes dans leur globalité, lutte contre la stigmatisation, améliorations des services de 1re ligne, l'urgence de rendre accessible les services aux jeunes et diminution des décès par suicide).

Par la suite, on a expliqué le fonctionnement du CSSS et du réseau de la santé et des services sociaux (1 re ligne ou services généraux, 2 ligne ou services spécialisés, 3 e ligne ou services surspécialisés et le guichet d'accès ou module d'évaluation et d'orientation). Cette introduction a permis aux personnes peu familières avec le PASM et l'organisation des services de mieux comprendre les enjeux. Une rencontre similaire s'était tenue en avril 2010. Dans le contexte de cette rencontre, il était possible aussi de pouvoir comparer s'il y avait eu une amélioration en regard des constats qui y avaient été faits à l'époque.

Des personnes utilisatrices au fait de l'historique de l'organisation des services réagissent en disant que le plan d'action est la suite de plusieurs plans. Que dans ce contexte, plusieurs priorités ont été modifiées pour ce qui est des approches passant par exemple du concept «d'Empowerment» (Appropriation du pouvoir) au concept de rétablissement démontrant un renforcement de l'approche biomédicale dans l'offre de services. On y rap-

pelle, point important, que l'accélération de la désinstitutionalisation s'inscrivait aussi dans cette réforme qu'est le PASM en orientant les personnes desservies par la 2<sup>e</sup> ligne vers la 1re <sup>ligne</sup>.

#### Constats et regard critique sur le plan d'action

Plusieurs commentaires suite à la présentation du PASM résument bien les constats concernant plusieurs enjeux faits par les personnes utilisatrices. Premièrement, le PASM ne tient pas compte des inégalités sociales et la stigmatisation n'a pas diminué même si c'était une priorité. On constate plusieurs contradictions entre ce qu'il y a dans le plan, et sa mise en œuvre.

Par exemple, on soulignait l'importance du partenariat avec les personnes utilisatrices, mais dans les faits cela a peu été le cas et est resté un vœu pieux faute de moyens pour assurer notre participation et notre prise de paroles collectives. La perception des psychiatres et de plusieurs intervenantEs du réseau a peu changé, car on nous perçoit encore comme un diagnostic et non une personne. Les médecins de famille, qui devaient prendre la relève des psychiatres au niveau de la première ligne, connaissent peu le plan, sans compter que faute d'avoir assez de médecins, plusieurs sont laissés sans suivi et sans possibilité de revenir à la deuxième ligne, après que le dossier de plusieurs personnes aient été fermés.

Conséquemment, contrairement aux objectifs du plan, l'accessibilité s'en est trouvée réduite et le suivi manquant même si la mise en place des guichets d'accès a permis d'accélérer l'entrée dans le système. C'est après, aux dires de certains, que ça se complique (justement faute de médecins de famille). Plusieurs autres commentaires reviennent toujours au même constat. Sauf exception, rien n'a véritablement changé et le processus est plus complexe, les ressources moindres et les facteurs reliés aux conditions socio-économiques et aux préjugés ont peu changé en réalité. Dans ce contexte, est-ce qu'on peut dire que le plan d'action a été un échec?

On peut le penser. En effet, suite à la présentation de Daniel Latulippe, Directeur général du RACOR, (regroupement d'organismes communautaires alternatifs en santé mentale de Montréal) celui-ci fait le constat que 5 ans plus tard, les ar-



gents promis dans le cadre du plan d'action n'ont pas suivi, mais ont plutôt été investi dans la construction alors que le réseau de la santé s'appauvrit. Plusieurs personnes utilisatrices expriment leurs difficultés reliées au contexte socioéconomique qui a peu changé faute de logements sociaux et de mise en place de conditions favorisant l'inclusion que ce soit par le travail, le soutien aux études ou par le revenu de citoyenneté.

#### Conclusion

S'il y avait une conclusion que nous pourrions faire de cette journée de bilan comme personne utilisatrices, c'est que l'individualisation du concept de rétablissement qui est au cœur du plan et du discours public devient un facteur de désengagement de l'état. On ne parle plus d'inclusion, mais d'intégration. Et dans ce contexte, cela renforce la mainmise du biomédical au dépens de l'amélioration des conditions de vie et de la prévention des problèmes de santé mentale qui, comme on le sait, sont intimement reliés à l'appauvrissement économique, à la fragilisation et à l'éclatement des liens sociaux résultant de ce même appauvrissement (sans compter les préjugés et l'ostracisme qui demeurent fortement ancrés). Et cela ne peut se corriger sans un investissement massif de l'État dans le secteur de la santé et des services sociaux, mais aussi par des politiques de lutte contre la pauvreté acharnée et sans relâche. Et n'oublions pas aussi, la lutte contre la discrimination, qui résulte des préjugés et de l'ostracisme mentionnés plus tôt.

Peu importe le bilan que le ministère fera du PASM 2005-2010 (que celui-ci paraisse ou pas) et la mise en œuvre bientôt du plan d'action 2012-2017, il y encore plus de raisons, suite à ce bilan, de bien documenter les ratés de ce plan afin qu'ils ne restent pas de simples anecdotes, mais surtout, de se revoir, de se parler, d'échanger, de se solidariser et d'agir ensemble pour que nos aspirations et revendications collectives ne demeurent pas lettre morte.

Sylvain Caron Agent de développement et de formation Projet montréalais de participation



# **Diagnostics** psychiatriques:

# *DSM-5:* conflits d'intérêts chez 2/3 des experts

Psychomédia avec sources: 13 mars 2012

eux tiers (69%) des 141 experts qui travaillent à la révision du manuel de référence américain (qualifié de bible dans les média) pour les diagnostics psychiatriques, le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), rapportent des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique, selon une étude publiée dans la revue *Public Library of Science*, ce qui représente la même proportion que lors de la révision précédente en 1994.

La publication de la nouvelle édition, le DSM-5, par l'American Psychiatric Association, est prévue pour 2013. Elle fait l'objet de nombreuses critiques, par exemples de la part de certaines sections de l'American Psychological Association et de la British Psychological Society qui estiment que les critères proposés feront en sorte que beaucoup plus de gens recevront des diagnostics, subiront un risque de stigmatisation et recevront des traitements parfois plus dommageables qu'utiles.

Selon Lisa Cosgrove et Sheldon Krimsky, des universités Harvard et Tufts, les proportions d'experts rapportant des conflits d'intérêts seraient justement plus importantes dans les groupes travaillant dans des domaines où les médicaments constituent l'intervention de première ligne, comme les troubles de l'humeur et les troubles psychotiques. Ces groupes ont fait des propositions extrêmement controversées: celle d'inclure le deuil dans la définition de la dépression majeure et celle d'ajouter un nouveau diagnostic de syndrome psychotique atténué qui vise à identifier les jeunes à risque de développer la schizophrénie.

Selon David Elkin, président de la Society for Humanistic Psychology, une division de l'American Psychological Association, qui a publié une lettre ouverte sur laquelle est basée une pétition qui a reçu 12000 signatures, les psychiatres ont une influence indue sur la définition de la maladie mentale.

En février dernier, un article de la revue *Monitor*, publiée par l'association des psychologues, applaudissait la participation des psychologues et d'autres catégories de professionnels à l'élaboration de la prochaine édition de la classification de la CIM-11 (Classification internationale des maladies) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à paraître en 2015.



#### **CHSLD**

# Négligence dans un CHSLD

Par Éric Harris

La conclusion du rapport du coroner Michel Ferland est claire: la mort de cette dame de 77 ans qui mesurait 1 m 58 et qui ne pesait que 44 kg vivant dans ce CHSLD depuis moins de 4 mois aurait pu être évitée. Le coroner qui s'est penché sur ce drame n'est pas tendre à l'égard de l'établissement. Il est difficile d'imaginer les dernières heures de cette dame. En effet, ce soir-là, la dame fut très agitée et c'est pour cette raison que le médecin a prescrit des mesures de contentions pour assurer sa sécurité.(À son fauteuil et à son lit.) Il est à noter que les mesures de contention impliquent une surveillance plus étroite, (toutes les demi-heures par le personnel) ce qui ne fut pas le cas.

Vers minuit, la nuit de la tragédie, deux préposés font la tournée du deuxième étage. L'une d'entre elles provient d'une agence privée et n'a travaillé qu'une seule fois dans ce centre. Il semble qu'elle n'ait pas reçu suffisamment de formation. Les deux employées changent la culotte de Mme Daignault et détachent sa ceinture de contention, qu'elles remettent en place avant de quitter sa chambre.

À une heure trente, une préposée note que la victime dort calmement. Vers deux heures quinze, on constate que la victime s'est déplacée sur elle-même, son visage est dans son oreiller, ses pieds pendent dans le vide et elle est à plat ventre. Au lieu de replacer le corps de la victime, la dame semble morte depuis peu de temps, car son corps est encore chaud, l'infirmière s'affaire à trouver un préposé pour prendre des photos de la victime pour son dossier. Aucune manoeuvre de réanimation n'est tentée. Le 911 n'est avisé que deux heures plus tard. Le coroner écrit dans son rapport : "Que de temps perdu"!

La fille de la victime se dit choquée, car elle estime que «l'on ne laisserait même pas des animaux dans cet état. J'ai l'impression que j'ai envoyé ma mère directement dans son lit de mort», a déclaré une de ses filles au journaliste de tva nouvelle Harold Gagné.

Le coroner dans son rapport écrit:

- Que la ceinture n'a pas été correctement installée ou que celle-ci n'a pas rempli les fonctions pour lesquelles elle fut mise en place
- La surveillance n'a pas été effectuée comme c'est indiqué.
- Le coroner vise aussi les ressources humaines en constatant le manque de personnel: la nuit du drame, il n'y avait que 4 préposés et 3 infirmières pour 130 résidents. C'est insuffisant.
- Le formulaire de mesures de surveillance est initialé machinalement, ce qui donne l'impression que le travail a été fait, ce qui n'est pas toujours la réalité.

Cette mort atroce aurait non seulement pu être évitée, mais ce qu'il y a de plus scandaleux c'est de constater à quel point les services administrés dans ce CHSLD sont faits de façon machinale. Pour reprendre les propos de la ministre déléguée aux Services sociaux, Dominique Vien, qui déclarait à l'émission de Jean Luc Mongrain à propos des CHSLD: "ceux et celles qui ne comprennent pas que l'on ne vent pas des cannes, va falloir qu'ils fassent autre chose." Après avoir vanté sa nouvelle certification et avoir affirmé qu'il ne manquerait pas de places et que l'argent allait suivre, la ministre prenait la peine de préciser « avez-vous remarqué à l'émission J E que ce n'est pas un manque de savoir être, mais un manque de savoir-faire, et je crois que le cas présent en est un bel exemple malheureusement"!

Source:

http://tvanouvelles.ca/lcn: 05/17/12: 00:40

http://www.youtube.com/watch?v=UECL8020d5A



#### **DSM-5**:

# Deux diagnostics controversés sont retirés

L'American Psychiatric Association (APA) soumet à nouveau aux commentaires du public les critères préliminaires des diagnostics psychiatriques proposés pour la prochaine édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le <a href="DSM-5">DSM-5</a> (pour Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), à paraître en mai 2013.

Deux diagnostics très controversés ont été retirés:

Celui de syndrome de psychose atténué qui visait à identifier les enfants à risque de développer un trouble psychotique. Les recherches, indique l'APA, ont montré que 2/3 des enfants qui se qualifient pour ce diagnostic ne progressent jamais vers un vrai trouble psychotique, ce qui signifie qu'ils seraient à risque de recevoir des médicaments antipsychotiques (comportant souvent des effets secondaires sérieux) non appropriés. Le diagnostic est maintenant relégué à l'annexe des troubles qui nécessitent davantage d'étude avant d'être éventuellement adopté dans une version ultérieure.

- Celui de *trouble mixte d'anxiété-dépression*. Plusieurs estimaient ce diagnostic inutile et trop vague et, encore une fois, encourageant trop la prescription de médicaments.

Un autre changement, que plusieurs saluent, est le resserrement (par rapport à la proposition précédente) des critères pour le trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) qui aura pour conséquence de diminuer le nombre d'enfants qui recevront ce diagnostic. Certains souhaitent que les critères soient encore plus restrictifs.

Comme d'autres critiques, Allen Frances, qui a dirigé la révision ayant menée au DSM-IV, milite pour que plusieurs autres nouveaux diagnostics proposés soient retirés ou restreints.

Les critères proposés pour les différents diagnostics peuvent être consultés sur un site dédié de l'APA.

Psychomédia avec source:

4 mai 2012

# L'expérience de folie

# Que se passe-t-il lorsqu'une personne saine d'esprit entre dans un hôpital psychiatrique?

par Audrey Duperron Express.be

« Le personnel de l'hôpital est incapable de distinguer une personne mentalement saine d'une personne mentalement dérangée », affirme David Rosenhan, professeur de psychologie à l'Université de Stanford. « Ce sont les hôpitaux eux-mêmes qui sont peut-être fous, plutôt que les patients qui y sont enfermés », ajoute-t-il.

Il s'est fait assister de 8 personnes soigneusement choisies, qui semblaient absolument saines sur le plan mental et n'avaient aucun antécédent psychiatrique. 3 d'entre elles étaient psychologues, l'une, psychiatre, une autre, pédiatre, et il y avait aussi un artiste, une femme au foyer et un étudiant en psychologie. Tous se sont présentés dans 12 hôpitaux psychiatriques américains sous des pseudonymes, en se disant préoccupés par leur santé mentale.

Les résultats ont été hallucinants :

- Sur les huit, sept furent diagnostiqués comme «schizophrènes», le dernier a été reconnu « victime d'une psychose maniaco-dépressive».
- A leur sortie de l'institution, leur état était décrit comme « amélioré » ou « en rémission » mais aucun médecin n'en a trouvé un seul « guéri ».
- Le personnel des établissements n'a jamais soupçonné les huit participants de ne pas être fous... alors que les vrais patients l'avaient compris.
- Les faux patients furent mis en doute par beaucoup de vrais patients: « Vous n'êtes pas fou », leur disaient-ils. « Vous êtes un journaliste ou un professeur. Vous venez ici pour voir comment l'hôpital fonctionne ».

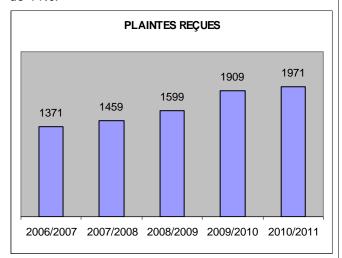
Rosehan conlut ironiquement : « Le fait que les patients reconnaissaient souvent la normalité d'une personne alors que le personnel s'en montrait incapable soulève des questions importantes ».

# **Abus policiers**

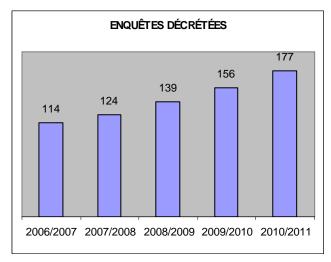
# Déontologie policière: hausse des plaintes de 44%

Source: Radio-Canada

E nombre de plaintes déposées annuellement auprès du commissaire à la déontologie policière a bondi au Québec entre 2006-2007 et 2010-2011, passant de 1371 à 1971, soit une hausse de 44%.

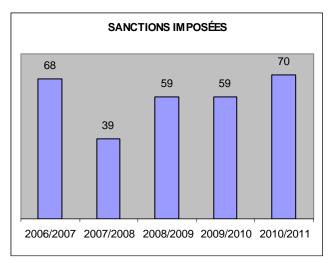


Bon an mal an, le tiers des reproches formulés concerne l'article 6 du Code de déontologie des policiers du Québec, selon lequel un agent en service doit notamment éviter toute forme d'abus d'autorité. "Le policier ne doit pas avoir recours à une force plus grande que celle nécessaire pour accomplir ce qui lui est enjoint ou permis de faire", stipule le texte.



Les plaintes formulées doivent passer à travers plu-

sieurs étapes, qui peuvent s'échelonner sur des années. Et même si le nombre de citoyens qui font appel au commissaire augmente, le faible nombre de sanctions imposées aux policiers a u terme du processus varie peu. Au cours de l'exercice financier 2010-2011, 70 policiers ont été sanctionnés, contre 68 en 2006-2007.



Chaque année, des centaines de personnes manifestent le 15 mars à Montréal à l'appel du Collectif opposé à la brutalité policière (COBP). L'événement donne généralement lieu à des affrontements entre policiers et manifestants qui se soldent par des dizaines, voire des centaines, d'arrestations. L'an der-

nier, 258 personnes ont été arrêtées.





#### Drame au CHUM

# Meurtres et tentative de meutre au département de psychiatrie du CHUM



es 16 et 22 juin dernier, deux patients hospitalisés en psychiatrie à l'hôpital Notre-Dame ont trouvé la mort. Il s'agissait dans les deux cas de meurtres. Les victimes âgées de 69 et 77 ans ont été assassinées à 6 jours d'intervalle. On avait pourtant conclu que les personnes étaient décédées de causes naturelles. Jusqu'au jour où une patiente avertit le personnel qu'on était entré dans sa chambre pour tenter de l'étouffer. Lumière se fut et l'on découvrit que les récents décès étaient en réalité des homicides.

Comment les autorités ont-t-elles pu être aussi inconscientes lorsque deux morts sont survenues en un si court laps de temps... Le représentant du CHUM déclara que les patients âgés avaient des problèmes de santé physique c'est pourquoi on ne se questionnait pas au départ. L'hôpital a-t-elle tenté de camoufler les événements?

On est en droit de se poser la question. Les établissements de santé ont toujours été perçus comme privilégiant la politique du silence. Si le même nombre de patients décédaient des suites d'une appendicectomie on se poserait des questions c'est certain... Mais dans le cas qui nous occupe il ne s'agissait que de deux vieux fous...

Yvan Gendron, D.G associé du CHUM affirmait que le département où étaient survenus les funestes événements était adéquatement surveillé et que le nombre d'employés était suffisant. Concernant la première affirmation, il y a bien eu 2 meurtres et une

tentative de meurtre. Comment oser prétendre que l'établissement était correctement surveillé? De qui se moque-t-on? Quant à la deuxième affirmation, le représentant du syndicat affirme avoir alerté la direction relativement au manque de personnel dans l'unité de psychiatrie, ce qui compromettait la sécurité du personnel et des patients. De plus, le Dr Yves Lamontagne, psychiatre et ancien président du collège des médecins, affirmait que lorsqu'il y a des mesures de rationalisation, le premier budget qui est coupé est celui des départements de psychiatrie. Dans l'immédiat comment gère-t-on les choses à Notre-Dame?

Bien sûr, il y aura du support psychologique offert au personnel suite aux événements. Pour ce qui est des gens hospitalisés, auront-ils droit à la même forme d'aide? On ne peut que dénoncer que lors des premiers points de presse, l'établissement ne considérait que le personnel du département et les parents des disparus comme étant les victimes du drame. Les personnes assassinées et la personne agressée n'étaient même pas considérées dans ce macabre récit. Cela ne fait que démontrer le peu d'importance que l'on accorde aux personnes hospitalisées dans ce genre de département...

De nombreux citoyens vivant avec des problèmes de santé mentale ne font pas confiance aux hôpitaux. Cette tragédie n'arrangera pas les choses, bien au contraire. Peut-on les blâmer? Combien de citoyens ayant des problèmes de santé mentale faudra-t-il perdre avant que les départements de psychiatrie remettent en question leurs cultures institutionnelles et leurs façons de faire? Des gens meurent toujours sous contention. Il n y a pas que les assassinats de juin qui sont préoccupants. On ne saurait non plus passer sous silence les décès qui résultent de complications liées au "traitement" de convulsivothérapie. Des gens meurent également par cause de négligence. En effet, pour ne reprendre qu'un exemple, une personne se plaignant de douleurs à la poitrine est ignorée, laissée à elle-même et finit par décéder





d'un infarctus à l'urgence psychiatrique.

Tout décès survenu dans les départements de psychiatrie devrait être comptabilisé et les causes et circonstances devraient être documentées, remises au MSSS et finalement rendues publiques. En santé mentale, on parle de personnes vulnérables et souvent rejetées par leur famille. Cela justifie ce genre de mesure.

#### Enquête publique réclamée

Me Jean-Pierre Ménard, spécialiste en droit médical demande une enquête publique du coroner concernant les derniers événements survenus à l'hôpital Notre-Dame. De cette façon, de nombreux intervenants dont les groupes de défenses des droits pourraient apporter leurs contributions. Le coroner pourrait en tenir compte en émettant des recommandations. Jusqu'à maintenant, le coroner en chef ne s'est pas encore engagé dans cette voie.

Les départements de psychiatrie devraient être des endroits sécuritaires et respectueux des gens qui y sont hospitalisés. Il n'est pas normal de visiter un proche qui se porte bien physiquement pour que quelques jours plus tard la famille reçoive un appel annonçant son décès de manière sibylline. Dans de telles circonstances, il ne reste qu'un goût amer et des questions sans réponse.

Anne-Marie Chatel

#### Décès vite classés

#### Action Autonomie est inquiet!

MONTRÉAL, le 28 juin 2012

Pour Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, les deux meurtres et la tentative de meurtre à l'aile psychiatrique du CHUM occasionnent un questionnement concernant la sécurité accordée aux personnes qui vivent un problème de santé mentale.

Pour Johanne Galipeau, chargée de dossiers et des communications à Action Autonomie : « Nous recevons régulièrement des témoignages de personnes qui ont été agressées lors de leur hospitalisation en psychiatrie. Leurs plaintes de harcèlement à caractère sexuel ou autre et d'agression verbale ou physique obtiennent trop souvent peu d'écoute. Ces deux décès et la tentative de meurtre ne viennent que confirmer que la sécurité des personnes hospitalisées en psychiatrie n'est pas assurée. »

Si le premier décès n'a pas suscité de questionnement, le deuxième décès à survenir quelques jours plus tard aurait dû alarmer le personnel médical. Encore une fois, les décès d'une personne ayant un problème de santé mentale ont été vite classés comme « naturel ». Devons-nous craindre que le décès d'une personne ayant un problème de santé mentale ne soit banalisé et qu'il ne reçoive pas l'attention qu'il mérite ?

Action Autonomie réclame davantage de sécurité et d'écoute de la part du système hospitalier psychiatrique.



# Jeanne l'ado "weirdo"

### du plateau

Dans un condo du plateau vit une petite famille , composée de Claire, la mère actuaire, très terre-à-terre, du père Boris, un ancien artiste devenu psychanalyste et de Jeanne, leur ado de 13 ans , surnommée affectueusement "Chochotte".

Jusque là, la petite famille avait écoulée des jours tranquilles. Puis un jour, Chochotte se mit à changer. Elle qui avait toujours été une élève modèle , perdit tout intérêt pour l'étude. Jeanne devint plus retirée, presque mystique. Sa mère se mit alors à se poser quelques questions.

"Boris, tu ne trouves pas que Jeanne a changé" dit Claire. "Bof, c'est sûrement une phase normale de l'adolescence, elle se cherche et explore toutes sortes d'avenues ". "Boris, je te parle en tant que père pas en temps que psychanalyste rêveur" dit Claire. "Tu t'en fais toujours pour rien, c'est maladif chez toi, ça doit être en raison de tes difficultés de communication avec ta propre mère quand tu étais jeune" répondit le père un tantinet tanné.

À cette période, Chochotte faisait beaucoup de promenades solitaires. Un soir, en entrant dans la maison, elle dit à ses parents "ce soir, des saints et des anges m'ont parlé". Sa maman faillit perdre connaissance. Une fois Jeanne dans sa chambre, Claire, la mère, s'adressant à son psy de mari, lui dit: "tu vois, je savais que quelque chose n'allait pas avec TA fille".

"Ben voyons donc, dit Boris le père psychanalyste "C'est évident, Jeanne passe par un processus normal de l'adolescence. Les saints dont elle parle font sûrement référence à sa métamorphose physique. Puis lorsqu'elle parle d'anges, son subconscient réfère à sa virginité". "Wow le psy, t'en fumes du bon ou quoi!" rétorqua la mère en colère. "Je vais découvrir ce qui se passe avec Jeanne".

La mère de famille se confia à sa tante Léa qui s'écria: "Ohhh! C'est très rare ce genre de chose. Ta fille doit entrer en contact avec des entités. Super, ta fille est un médium qui vit dans un univers parallèle où bien, il s'agit d'un cas d'enlèvement par les extra-

terrestres. Ceux-ci ont put implanter une puce informatique dans le cerveau de la petite et sont en mesure de communiquer avec elle!!!" Claire, si terre-àterre, regretta son appel. "C'est elle qui a un maudit problème, pas ma Chochotte!"

La maman se mit à revoir en pensées tout les événements des derniers temps et à se poser des tonnes de questions. Chochotte avait-elle maigri où engraissé? Est-elle sous l'emprise d'une secte? À force d'écouter de la musique trop forte dans son IPOD, souffre-t-elle d'acouphènes?

Vite, internet! Il y a bien un site qui traite des jeunes et de la drogue et il y a info-secte.

Bon, pour ce qui est de la drogue, cherchons les symptômes. Le "pot" d'abord: lorsqu'elle entre à la maison, a-t-elle les yeux rouges? Vide-t-elle le contenu du garde-manger? Les autres drogues maintenant, le cristalmet, oh non, Chochotte serait plus maganée que ça. La coke , non plus, elle est loin d'être "speedée". Prend-elle des hallucinogènes? "Coudonc ça existes-tu encore ces affaires-là? "Hé Boris, as-tu consommé du LSD dans ton jeune temps? Ouin, tu vieillis."

"Oh mon Dieu"! Si Chochotte avait une tumeur au cerveau, un anévrisme... Jeanne a-t-elle mal à la tête? A-t-elle des troubles de la vue? "Boris, c'est sérieux, il faut amener Chochotte à "l'hosto". Rendue làbas on mit la petite en jaquette et elle rencontra un médecin. Celui-ci l'évalua ... Par la suite le savant personnage s'approcha des parents avec un air grave. Vous êtes bien les parents de Jeanne? Ouuui, "votre fille souffre d'une psychose avec délire religieux. "Ah, êtes-vous certain docteur que ne n'est pas neurologique?"

C'est de cette façon que Jeanne se retrouva en psychiatrie avec une belle étiquette de trouble "shizophéniforme" sur la tête. Voilà que la maman qui avait supposé toutes sortes de raisons à l'état de sa fille, sauf le pire pour elle, oui celui-là; des problèmes de santé mentale diagnostiqués à sa chère fille...

#### Son univers s'effondrait.

Cela ne vous rappelle rien. Au Moyen Âge, une fille du même nom et du même âge entendait aussi la voix des saints et des anges. C'est pour cette raison que quelques années plus tard elle fut condamnée pour hérésie et périt brûlée sur un bûcher. Des centaines et des centaines d'années plus tard, elle fut canonisée... Elle se nommait Jeanne d Arc.

Nous pouvons nous poser des questions: Jeanne d'Arc était-elle folle ? Chochotte est-elle une sainte?

On ne peut que constater qu'à travers les époques, les parents se sont questionnés sur leurs "enfants différents". Au Moyen Âge, tout s'expliquait par la religion. Maintenant, malgré toutes les hypothèses des plus sérieuses aux plus farfelus, la médecine croit posséder toutes les explications. Dans cent ans, quelle réponse recevront les parents devant ces mêmes interrogations?

#### Anne-Marie Chatel



On ne peut que constater qu'à travers les époques, les parents se sont questionnés sur leurs "enfants différents".

#### Hôpital de Saint-Jérôme

# De sérieuses lacunes sont identifiées à l'urgence

L'Écho du nord Henri Prévost 10/05/2012



L'urgence de l'hôpital de Saint-Jérôme fait l'objet de sérieuses critiques de la part du Protecteur du citoyen.

SAINT-JÉRÔME - La surveillance et l'évaluation des patients sont inadéquates à l'urgence de l'hôpital de Saint-Jérôme, selon le Protecteur du citoyen, qui dresse une liste de 23 recommandations visant à remédier à cette situation.

L'intervention de cet organisme indépendant du gouvernement fait suite à une accumulation de plaintes visant l'urgence depuis 2008. Même si celles-ci ont déjà fait l'objet de recommandations dans le passé, «une insatisfaction demeure quant à la qualité des soins, l'attitude du personnel et les délais d'attente», peut-on lire dans le rapport de 17 pages daté du 30 mars dernier.

Des rencontres avec des usagers et différents acteurs du milieu hospitalier, de même qu'une visite des lieux en novembre 2011 ont amené le Protecteur du citoyen à identifier de sérieuses lacunes auxquelles se rapportent les nouvelles recommandations.

#### Patients en attente

On a ainsi constaté que l'aménagement physique de l'urgence et l'organisation du travail ne permettaient



pas au personnel de surveiller en tout temps les patients dans la salle d'attente. De plus, en dépit de la présence d'un tableau d'affichage à cet effet, ces derniers ne sont pas régulièrement informés du temps d'attente.

Le Protecteur du citoyen soulève d'autre part un «manque de rigueur» dans les notes aux dossiers des usagers, constaté par la commissaire locale aux plaintes. Pour certains patients, le personnel n'a même pas ouvert de dossier, une omission qu'on qualifie d'injustifiable.

Au sujet du manque de personnel, le rapport constate avec satisfaction qu'un poste d'infirmière par quart de travail a récemment été ajouté. Rappelons que cette mesure faisait suite à des moyens de pression et des débrayages spontanés du personnel.

L'organisme recommande néanmoins à l'hôpital de s'assurer que l'urgence «dispose des ressources humaines nécessaires à une prestation sécuritaire et de qualité des services de santé». Il demande aussi des corrections à l'organisation du travail dans l'aire ambulatoire, «nécessaires à la diminution des irritants identifiés par le personnel infirmier».

Un autre constat vise le manque de formation du personnel en santé mentale et l'absence d'outils d'estimation de la dangerosité des patients souffrant de ce type de problèmes.

Pour désengorger l'urgence, le Protecteur du citoyen recommande en outre l'application d'une politique de gestion des lits et l'orientation vers d'autres ressources des patients dont l'état est évalué P-4 (moins urgent) ou P-5 (non urgent). Ce qui serait le cas pour la moitié des personnes qui se présentent à l'urgence.

Par ailleurs, alors que le Guide de gestion de l'urgence prévoit que la moitié des 39 civières du département devrait être munie d'appareils de monitorage du patient, seulement neuf en sont dotées, ce qui nécessiterait un autre correctif.

Le Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme espère répondre «assez rapidement» aux 23 recommandations. L'établissement s'y est engagé auprès du Protecteur du citoyen qui promet de son côté de rester attentif à la mise en oeuvre de ces recommandations. Deux rencontres ont d'ailleurs déjà eu lieu entre les représentants du CSSS et ceux de l'organisme de surveillance; une autre est prévue en juin.

Il faut dire que les conclusions du rapport n'ont pas surpris la direction de l'hôpital qui, selon la porteparole Nathalie Nolin, était consciente des plaintes et de certaines lacunes. «Mais on prend ça au sérieux», assure Mme Nolin.

La direction se dit heureuse que l'organisme ait formulé des recommandations très précises, plutôt que de réclamer des mesures générales, souvent moins faciles à mettre en place. Ainsi, certaines des demandes concrètes ont déjà été appliquées.

#### Déjà des améliorations

C'est le cas pour l'aménagement des locaux de façon à permettre au personnel infirmier d'observer en tout temps les patients dans la salle d'attente. De plus, alors que l'utilisation du tableau électronique pour afficher le temps d'attente se révélait apparemment trop complexe, cette information sera dorénavant écrite à la main sur un tableau.

Le personnel de l'aire de triage a par ailleurs suivi une formation pour améliorer la tenue des dossiers et le suivi des patients. Et l'ajout d'une «infirmière volante» contribue à pallier les surcroîts de travail imprévisibles.

«Le personnel essaie de performer au meilleur de ses possibilités», assure la porte-parole du CSSS, tout en ajoutant que la forte croissance de l'achalandage de l'urgence est loin de faciliter les choses.

Alors que l'hôpital n'a que 39 civières «autorisées» à l'urgence, on y trouve parfois jusqu'à 70 patients alités. Pas moins de 43 000 visites y sont enregistrées chaque année.

Rapport d'intervention du Protecteur du Citoyen à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

#### Fiction médicale

## THÉRAPIE DE GROUPE

Par Martin Winckler
Publié dans Santéinc, Mars/avril 2012

e soir-là, nous étions tous présents. De temps à autre, il en manque un, mais c'était la première session de l'année, en général tout le monde est là. Et nous étions tous à l'heure. Après quelques minutes passées à bavarder (les vacances, la rentrée des enfants, les banalités habituelles), le Leader a dit : « Bon, on va commencer. » Et il a posé son enregistreur sur la table ronde. Tout le monde s'est assis. Les uns se sont accoudés, les autres inclinés en arrière sur leur siège. Tout le monde a plongé dans ses pensées. Il a mis l'enregistreur en marche et, comme à son habitude, a lancé : « Bon, alors, qui a un cas ? »

Cette fois-ci, je n'ai pas hésité.

- Moi!

Tout le monde a levé la tête en même temps, et j'ai lu de la surprise dans les regards. C'était la première fois que je prenais la parole – pour présenter un cas, du moins. Ça m'était arrivé d'intervenir, une fois ou deux, mais jamais comme ça.

J'ai avalé ma salive, j'ai pris une grande inspiration, j'ai croisé mes mains sur la table et je me suis lancé.

- Je voudrais parler de Madame X. C'est une dame de... cinquante-cinq ans, par là. Pas très grande. Un peu ronde. Toujours bien habillée, un peu stricte. Très comme il faut. Je suis son médecin de famille depuis six ou sept ans. J'ai surtout soigné son mari, ses enfants, tandis qu'elle, je ne la voyais pas souvent. Elle a commencé à venir régulièrement quand elle a eu sa ménopause... qui s'est installée très vite. D'un seul coup, à cinquante ans, elle n'a plus eu ses menstruations, elle était inquiète, évidemment, car elle était réglée comme du papier à musique, je l'ai vue deux ou trois fois, ses menstruations ne sont pas revenues, alors je lui ai fait des tests et de nouveau six mois après, et les dosages ont montré que c'était fait, elle était en ménopause. Elle n'a eu aucun symptôme. Ça m'a étonné, mais chaque fois que je lui demandais, elle n'avait rien. C'est tout juste si elle ne me disait pas de me mêler de mes affaires, pas des siennes.

(Ils ont ri doucement, bien sûr.)

- ... Bref, je pensais que je ne la reverrais plus, mais voilà que le mois suivant le résultat des derniers tests, elle prend rendez-vous un mercredi soir, elle entre, elle s'assied, son sac posé sur ses genoux comme elle fait toujours et elle me dit : « Je ne me sens pas bien. »

Je me suis arrêté, j'ai regardé mes collègues. Plusieurs étaient perplexes. D'autres souriaient.

- Et alors ? a demandé G, comme s'il était impatient de savoir la suite.
- Alors, je lui ai demandé de préciser. Elle m'a dit qu'elle avait des nausées le matin, un petit peu mal aux seins, elle avait pris une livre et pourtant elle n'avait pas autant d'appétit qu'avant, elle dormait moins bien, elle se sentait fatiguée.
- Elle avait mal quelque part?
- Non. Aucune douleur, aucun symptôme spécifique. Rien que du vague. Elle insistait surtout sur ces nausées. Ça ressemblait à ses débuts de grossesse, m'at-elle dit, mais en très léger.
- Tu l'as examinée ? demande B.
- Non, je le lui ai proposé, mais elle n'y tenait pas. Je lui ai proposé aussi de faire un test de grossesse, mais elle a refusé, elle ne pensait pas du tout être enceinte. Elle était catégorique... Bref, j'ai essayé de cerner le problème, mais je n'y suis pas arrivé. À la fin, elle m'a juste demandé quelque chose pour faire passer ses nausées, je ne sais plus ce que je lui ai prescrit, elle est repartie. Je pensais que c'était fini. C'était seulement le début.

Ils se redressent tous, les sourires s'élargissent, c'est comme si leurs oreilles s'ouvraient plus grandes.

- C'était il y a huit mois. Depuis, elle vient tous les deux mercredis. À dix-huit heures. Elle entre, elle s'assied, elle pose son sac sur ses genoux et elle commence *toujours* par la même phrase. « Ça ne va toujours pas, Docteur. Et ce que vous m'avez donné la fois dernière, *ça ne m'a rien fait.* » Et pendant vingt minutes, je repose les mêmes questions, elle ne lâche pas son sac, et je n'arrive à rien.
- Comment ça « tous les deux mercredis » ? murmure E.



- Et toujours pour la même chose ? Depuis huit mois, tu ne sais toujours pas ce qu'elle a ? ajoute B.
- Oui, tous les deux mercredis, et non, je ne sais toujours pas. Elle m'a laissé l'examiner la deuxième fois, en me disant que je ne verrais rien, elle n'avait mal nulle part, et je n'ai rien constaté d'anormal, mais elle ne veut pas faire de tests. J'ai surveillé son poids, sa tension, ça n'a pas bougé, elle n'a toujours pas de symptômes inquiétants...
- Toujours des nausées ? lâche R.
- Non, plus du tout. La deuxième fois, c'étaient des vertiges. Légers. Pas au point de la gêner, mais quand même. La fois suivante, elle n'avait plus de vertiges, mais un mauvais goût dans la bouche. Puis il y a eu les mauvaises odeurs, les acouphènes, les fourmis dans les jambes, les doigts engourdis...
- Évidemment, à ce compte-là, aucun traitement ne pouvait marcher! s'esclaffe B.
- Oui, dis-je, irrité, mais chaque fois, elle me demande quelque chose pour son vague symptôme et elle ne veut pas partir sans que je lui prescrive quelque chose, et la fois d'après, elle revient, s'assoit en face de moi, met son sac sur les genoux et me dit : « Ça va toujours pas bien, et vos médicaments ne m'ont rien fait. » Et ça, un mercredi sur deux depuis huit mois! Des fois, quand je sais qu'elle vient, j'ai envie...
- De l'envoyer voir quelqu'un d'autre ? dit R.
- De l'envoyer au diable! s'écrie G en tapant sur la table, une patiente comme ça, on a envie...
- De l'étrangler, ai-je dit, honteux. J'en ai marre de la voir.

Ils ont ri, ou hoché la tête, ou dit dans leur barbe des choses encore plus odieuses, et tout le monde s'est mis à parler en même temps. Des patients qu'ils avaient envie d'étrangler eux aussi, de ceux qu'ils avaient convaincus d'aller consulter quelqu'un d'autre, de ceux qui ne leur faisaient ça qu'une fois par an mais qui demandaient toujours le test le plus cher qui vient juste d'être autorisé. Bref...

Au bout d'un quart d'heure de discussion dans tous les sens, le Leader a pris la parole et dit : « Bon, mais où est le cas ? »

Ça a ramené le silence.

Nous sommes restés un bon moment sans rien dire, tous, jusqu'à ce que je m'entende dire : « C'est frustrant. »

- Est-ce que ça l'est seulement pour toi ? demande G.
- Moi, il y a quelque chose qui me tracasse, a dit O, qui était restée silencieuse jusque-là. C'est que tu ne nous parles pas de sa vie, à cette femme. Qu'est-ce que tu sais de sa vie, en dehors de ses symptômes?

Je suis resté sans voix.

Ce matin, j'ai reçu la transcription de la séance par courriel, et je l'ai relue. Ça tombait bien. On est mercredi. *Le* mercredi. À 18 heures, Madame X était dans la salle d'attente. Je l'ai fait entrer et s'asseoir, préparé au pire. Et, comme chaque deuxième mercredi, le pire est arrivé.

« Ça ne va pas bien. Et les pilules que vous m'avez données... »

J'ai cherché sur le bureau quelque chose à lui lancer, mais je me suis retenu et j'ai dit très vite :

- Oui. Je sais. Ça ne vous a rien fait.

Elle a hoché la tête. J'ai cherché mes mots et j'ai soupiré :

- C'est... frustrant... Ça doit vraiment vous gâcher la vie, non ?

Elle a souri. J'ai sursauté. En huit mois, je ne l'avais jamais vue sourire.

- Ah, ça, vous pouvez le dire ! a-t-elle dit sur un ton enjoué. Et surtout mes relations avec mon mari. Ça fait longtemps que ça ne va pas. Et justement, je me demandais...

Elle a déposé son sac par terre, elle a croisé les genoux, lissé sa jupe comme une enfant sage, et elle a dit, sur un ton libéré, en souriant encore plus.

- ... si je pouvais vous en parler.

Elle m'a regardé droit dans les yeux.

J'ai croisé les mains devant moi et j'ai souri à mon tour.

- Bien sûr. Je suis là pour ça.





#### **Billet Doux**

# Le résilient Monsieur Ping Pong

I était une fois, et je crains qu'elle ne soit pas la dernière, l'histoire d'un homme que je nommerais M. Ping Pong. Il se retrouva pris dans les méandres du dernier Plan d'action en santé mentale (PASM) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cet homme avait un suivi psychiatrique à la clinique externe d'un hôpital montréalais. Il appréciait l'infirmière qu'il rencontrait régulièrement et même son psy. C'est pas une "joke"!

Puis un jour, ce fameux PASM vint troubler plus que ses habitudes. Sa façon d'être traité et l'absence de respect envers le choix de son équipe traitante créèrent un imbroglio digne des "12 travaux d Astérix".\*

Pour ceux qui auraient oublié l'histoire, Astérix et Obélix devaient sortir sains d'esprit de la maison qui rend fou. Il s'agissait d'un immeuble à plusieurs étages abritant la fonction publique. Peu importe le bureau ou nos deux héros devaient aller, on leur disait qu'ils s'étaient trompés d'endroit et qu'ils n'avaient pas le bon formulaire. Nos irréductibles Gaulois prirent les fonctionnaires à leurs propres jeux et sortirent vainqueurs de ce lieu maudit.

Vous allez vous demander, mais quel est le rapport avec M. Ping Pong?

Et bien voici, un jour il se rendit à la clinique externe où il avait son suivie depuis de nombreuses années. Le psychiatre lui dit: "ça y est M. Ping Pong, vous êtes stabilisé, à partir de maintenant vous irez dans le CSSS de votre quartier". Pourtant, M. Ping Pong était à l'aise avec son médecin et son infirmière avec lesquelles il avait développé un lien de confiance.

Alors, c'est avec un peu d'appréhension qu'il se rendit à son CSSS. Il rencontra d'abord une infirmière qui lui dit qu'elle n'avait aucune expérience en santé mentale et puis un "omni" (médecin généraliste).

Vous savez que dans le dernier plan d'action du MSSS tout était supposé être tellement mieux dans

les CSSS. L'approche serait plus humaine. Hé bien non! Le Plan d'action n'a pas engendré une génération spontanée "d'omni" et n'a pas d'un coup de baguette magique renseigné ceux qui y auraient à travailler sur les questions de santé mentale.

Mais revenons à M. Ping Pong. L'équipe du CSSS voyant la liste assez impressionnante de médicaments qui lui était prescrit, lui suggéra qu'il n'était peut-être pas assez "stabilisé" et le retourna à la clinique externe de l'hôpital qu'il fréquentait auparavant.

M. Ping Pong retourna donc là d'où il venait. Croyez-le ou non, quand le psychiatre le vit revenir il lui dit avec exaspération: "Que faites-vous ici? Je vous ai déjà dit que vous étiez stabilisé, retournez au CSSS de votre quartier..."

Le patient, toujours très patient, se résolut à retourner au CSSS. Alors qu'il était habitué à "parler" avec l'infirmière de l'hôpital, celle du CSSS le pesa et prit sa pression. M. Ping Pong lui dit alors: "on ne parle pas de ce qui va ou ne va pas? Ben, semble que ce sera pour une prochaine fois peut-être... M. Ping Pong en homme résiliant se dit à lui-même "je finirai bien par m'y habituer..."

Soyons clairs, pour le MSSS les "omnis" coûtent moins cher que les psychiatres alors c'est pour cela que l'on nous faisait croire que la première ligne serait le nirvana. L'on devrait laisser le choix aux personnes. Cela serait plus humain. En réalité, ce plan d'action n'est pas appliqué de façon uniforme dans tous les CSSS. Ce qui entraîne ce genre de situation inacceptable. Sur la terre des "omnis" ce n'est pas non plus le paradis. Ces médecins sont comme vos voisins, pas plus méchants, mais pas plus fins.

Bon courage à tout les M. et Mme Ping Pong.

Anne-Marie Chatel



\* Les 12 travaux d Astérix France 1976 scénario de Pierre Tchernia, René Goscinny et Albert Uderzo

# **Chronique Droits**

# Femmes et psychiatrie

#### Café-rencontre : compte-rendu

Rien de nouveau sous le soleil des soins psychiatrique...

Par Marie-Hélène Panisset

e 6 mars dernier, dans le cadre des activités entourant la Journée Internationale des Femmes, une douzaine de femmes membres d'Action Autonomie se réunissaient pour discuter des impacts des pratiques psychiatriques sur la vie des femmes.

Parmi les sujets abordés, celui du caractère aléatoire des ordonnances de traitement et des gardes en établissement a particulièrement retenu l'attention de l'animatrice, Louise Baron. « Parmi les membres d'Action Autonomie, on ne peut jamais savoir pourquoi une personne qui passe par l'urgence va rester 2 ou 3 jours à l'hôpital, puis va avoir son congé; pourquoi une autre va subir une garde en établissement malgré qu'elle se soit présentée à l'hôpital de son plein gré; pourquoi une autre qui va passer 1 ou 2 mois à l'hôpital sans recevoir de médicaments; pourquoi certains psychiatres respectent le consentement aux soins des patients alors que la grande majorité de leurs collègues ne le font pas. Et dans quelles circonstances? Mon hypothèse, c'est que certains psychiatres ne veulent pas négocier avec les patients. C'est plus facile pour eux de mettre une ordonnance de garde en établissement. Ça évite d'avoir à négocier les heures de sortie, le moment du congé, etc. Ca leur garantit un contrôle et la possibilité de faire plus ce qu'ils veulent. »

Ainsi, les traitements et les gardes en établissement seraient ordonnés par la cour sans qu'il y ait de balises strictes pour encadrer ces pratiques qui doivent pourtant relever de l'exception, au sens de la loi. Le concept de dangerosité, surtout quand il s'agit d'une femme, est flou. Quand on sait que ce sont les hommes qui se suicident majoritairement avec succès et qui commettent la grande majorité des crimes violents, de quoi a-t-on peur au juste quand une femme perd la boule?

De tous temps, le traitement de la folie a été plus

directement attribué aux femmes. On peut dire que la psychiatrie tire ses fondements dans une certaine peur de la gente féminine, pour ne pas dire qu'il trouve son origine dans la misogynie. Ce n'est pas un secret, la médecine a tendance à surmédicaliser le corps des femmes, alors pourquoi pas leur esprit? Puberté, syndrome prémenstruel, contraception, grossesse, infections sexuellement transmissibles, avortement, accouchement, post-partum, ménopause. Voilà autant de champs d'expertise qui ont été pendant des millénaires l'apanage des femmes mais qui, depuis tout au plus un siècle, sont devenus des expériences hautement médicalisées. Avec le résultat qu'on dépossède les femmes du pouvoir qu'elles ont sur leur corps... et leur esprit.

Malgré tout, ou peut-être à cause de cela, nombreuses sont les femmes qui vont chercher de l'aide par elles-mêmes. Trop souvent, elles sont traitées de haut, sans respect : on voit les symptômes dont elles se plaignent – surtout quand il s'agit des effets secondaires de la médication qu'on leur impose – comme de la somatisation. Pire, quand elles dénoncent des abus vécus entre les murs par du personnel ou d'autres patients, on n'accorde pas foi à leur récit. Elles sont discréditées d'avance. Et on leur dit que ce sont elles qui ont un problème.

La psychiatrie moderne accorde peu ou pas de place au vécu des patientes. Elle va jusqu'à nier une expérience d'abus et de violence dans le développement de troubles de santé mentale. On met plutôt l'accent sur des prédispositions génétiques pour expliquer le déclenchement de la plupart des troubles émotionnels. Avec pour résultat que, plutôt que de soigner ces femmes souffrantes, on se trouve à les revictimiser.

Se sentant à peines entendues par un système qui privilégie les pilules miracles par-dessus la parole dans un contexte de virage ambulatoire, les femmes souffrent tout particulièrement du fait qu'on refuse de les écouter. À demi-mots, ce qu'elles disent, c'est qu'elles sont victimes de violence psychologique par un système qui veut les réduire au silence plutôt que de les entendre dévoiler leur mal être.

Pour certaines, l'hospitalisation représente un avantage : celui d'y être souvent mieux soignée et



nourrie que dans les lieux d'hébergement qu'on leur réserve. C'est dire la piètre qualité de ces centres de services, où une des participantes dit s'être déjà fait « frappée ». Heureusement, elle a changé de famille d'accueil depuis.

Quand une femme se rebelle, on la punit, on l'emprisonne. Pas grand-chose de nouveau sous le soleil des soins psychiatriques...

La médecine a de tout temps contribué à opprimer les femmes, et la féminisation du corps médical ne change rien à cette oppression fort bien enracinée dans la doctrine comme dans les pratiques conscientes ou pas, et qui s'exercent par l'instrumentalisation du corps des femmes et son contrôle.

Car c'est le corps des femmes qui est le plus mé-

dicalisé, surmédicalisé au profit de l'industrie pharmaceutique et à d'autres "industries de la santé". Ce corps, idéalisé pour mieux pouvoir le contrôler de multiples façons, est soumis à la dictature d'une « normalité » inventée de toutes pièces, pour le bénéfice de la domination de genre et de celle économique. Cette normalité n'a d'existence qu'au même titre que d'autres outils marketing — c'est un « standard » imaginaire avec tout son cortège de clichés et de préjugés très efficaces pour le pharmacommerce. On ne peut pas dénoncer la normalisation des femmes entreprise (aussi) par la médecine sans la situer dans le contexte, parce que la misogynie de la médecine a ses racines dans la misogynie culturelle et religieuse.

Elena Pasca Pharmacritique, 8 mars 2011

# **Poème**

# L'Électrochoqué II

À une table, attaché pour être exécuté
L'angoisse et la terreur montent lentement
Exécuté par des gens sensés la vie protégée
Mais qui à la place préfère l'électrochoquer
Comment est-il possible d'arriver de raisonner
Pour des professionnels qui se sont faits

assermentés

Comment peut-on trahir ainsi l'illustre Hyppocrate À moins de servir des voleurs à cravate. Les médecins ont-ils des intérêts pour électrocuter Comment un médecin de l'âme peut-il ainsi dérailler Comment peut-on bien traiter par crise

d'épilepsie contrôlée

Pourtant, ce n'est pas ce que prône le neurologue alors quel est ce délire qui devient trop à la mode Qui permet de prescrire cette torture «légale» C'est comme une mise à mort par injection létale Accepteriez-vous de vous prescrire cette

méthode immorale

Ce que vous croyez banal est inhumain, répressif

et sale

Votre cirque "d'électrochoqués"

n'est pas si différent que les cirques de Rome où les prisonniers étaient sacrifiés, jetés aux lions en somme

Vous osez endormir vos victimes et vous en faites à

la tonne

La conscience n'est plus comme la confiance lorsque l'électrochoc détonne

Assassins modernes, tortionnaires comment pouvez-vous en être fier

Vous n'en avez que faire, si par après vos victimes sont suicidaires

C'est vous qui êtes sensés avoir les idées claires Pervers que vous êtes vous jouissez, car vous exploitez la misère

Penseriez-vous de la même manière Si vous étiez le sacrifié au lieu du sacrifieur Vous tentez de vous justifier Mais au fond vous êtes de grossiers bouchers Payés par les fonds publics Et vous prenez les patients pour des

"cons tribuables"

Un jour ce sera vous qui serez attaché sur cette table Direz-vous toujours l'électrochoc comme acceptable Lorsque vous aurez les idées si embrouillées Que vous ne serez plus en mesure de décider Apprécierez-vous d'avoir passé de psychiatre

administrateur

À simple patient psychiatrisé sans défense, alors vous connaîtrez la peur

Cette angoisse, une seconde avant de convulser en pleine terreur



ARISK

# Palmarès des urgences de *La Presse*: Montréal stagne

epuis sept ans, *La Presse* trace annuellement le bilan des urgences pour l'ensemble du Québec. Pour la première fois depuis cinq ans, l'attente moyenne s'améliore très légèrement dans les hôpitaux. Mais il n'en est rien dans les urgences de la région montréalaise, où on affiche des temps d'attente qui vont en augmentant, avec une moyenne s'approchant de 21 heures. Très, très loin de la cible ministérielle de 12 heures.

Grâce à des efforts colossaux de certains hôpitaux régionaux, l'attente moyenne sur des civières dans les urgences s'est très légèrement améliorée cette année. Une première depuis cinq ans. Mais l'attente demeure interminable à Montréal. Et les gains sont fragiles dans un contexte où les urgences ont accueilli 580 000 malades de plus cette année, pour une augmentation globale de l'affluence de 5,5%.

Les patients attendent en moyenne 17 h 12 sur les civières au Québec, comparativement à 17 h 36 l'an dernier, avant d'être transférés aux étages, vers des ressources intermédiaires, ou d'obtenir leur congé des urgences.

Cette attente, considérée comme inhumaine par le



corps médical, est très loin de la cible ministérielle fixée à 12 heures. Et elle ne permet pas à la province d'avoir une meilleure note globale que l'an dernier; elle obtient encore un C. Malgré tout, le ministre de la Santé, Yves Bolduc, estime que les urgences amorcent une remontée dont on verra les résultats réels l'an prochain.

Encore une fois, la piètre performance aux urgences s'explique largement par l'engorgement monstre qui persiste dans les hôpitaux de Montréal, où l'attente est de 20 h 30. La majorité des 16 urgences de la métropole inscrites au palmarès obtiennent des no-

tes oscillant autour de D, quand ce n'est pas D-. L'hôpital Maisonneuve-Rosemont, dans l'est de Montréal, conserve l'attente la plus longue avec des séjours moyens de 35h06 sur civière, pour la note de D+. Et en Outaouais, deux hôpitaux finissent l'année avec la note peu enviable de E+, un cuisant échec avec une attente moyenne de près de 24 heures.



#### Sara Chammpagne

<u>Consultez le septième palmarès</u> des Urgences de *La Presse* 

# Libre opinion

Pe comprends mal comment un médecin qui a promis de respecter le serment d'Hippocrate peut en venir à administrer des électrochocs à un patient sans défense. Quelqu'un peu m'expliquer comment deux scientifiques, docteurs par surcroît, peuvent avoir deux démarches à l'opposé et prétendre que c'est pour le mieux-être de leurs patients.

Le premier neurologue spécialisé en épilepsie (épileptologue) se bat toute sa vie pour faire cesser les convulsions ou crises d'épilepsie chez son patient pour le guérir ou du moins lui donner une qualité de vie, versus, un autre spécialiste le psychiatre, qui est selon la définition un médecin de l'âme en arrive à provoquer de toutes pièces une crise de convulsion en lui administrant un ou des électrochocs.

Combien de victimes cela prendra-t-il pour faire comprendre aux psychiatres que les électrochocs ne sont pas ce qu'ils osent appeler un traitement, mais bien plus de la boucherie et de la barbarie. Au delà des médecins, qui choisissent de continuer à administrer ce «traitement», comment un ministre de la santé et des services sociaux et qui est lui-même médecin, peut continuer à laisser faire une telle chose en refusant de rendre disponible les statistiques. Le plus scandaleux c'est d'entendre que c'est négligeable. Tant qu'il y aura une seule personne au Québec qui subira des électrochocs, ça sera une personne de trop, car cette personne pourrait être n'importe qui. Une personne vulnérable à qui l'électrochoc est présenté comme la solution miracle.

Lorsque les psychiatres affirment donner l'opportunité aux patients de faire un choix éclairé et libre, eh bien ce sont des mensonges, car plus souvent qu'autrement, ce n'est pas la personne elle-même qui prend la décision, mais bien la famille, qui a souvent une confiance aveugle dans ce que le médecin propose et accepte sans poser de questions, sans être informé des conséquences.

Ce que je trouve scandaleux c'est lorsque la question est posée aux psychiatres: Vous, est-ce que vous accepteriez de subir des électrochocs si cela vous était proposé comme solution et qu'ils ont le culot de répondre oui, je peux vous affirmer que c'est parce qu'il sont du bon coté de la machine qu'ils répondent ça, car je ne suis pas certain qu'ils auraient la même réponse s'ils étaient sur la table à la place

des patients qu'ils exécutent et pour lequel ils sont payés. Car les psychiatres qui font des électrochocs sont des bourreaux payés par l'état et à nos frais en plus.

Alors qu'attendons-nous pour abolir cette torture cachée. Ce n'est pas la première chose que cache le gouvernement qui se prétend libéral, mais qui a plus des politiques conservatrices. Regardez d'où vient notre premier ministre et vous aurez la réponse. Jean Charest vient du parti conservateur, car il a commencé sa carrière politique comme conservateur au fédéral. Ça donne un indice de comment pense le «bonhomme».

Éric Harris



# Électrochocs

# Faits saillants statistique pour l'année 2010:

- Les personnes de 65 ans et plus reçoivent 41.3% des électrochocs.
- 50% des électrochocs sont administrés à des femmes de 50 ans et plus.
- Deux électrochocs sur trois sont administrés à des femmes.
- Les femmes de plus de 80 ans reçoivent près de 10% des électrochocs.
- Les personnes âgées de 50 ans et plus reçoivent 75% des électrochocs.

Donc, clairement, ce sont les femmes et les personnes âgées qui reçoivent le plus d'électrochocs.

Source: Régie de l'assurance maladie du Québec

# 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.



#### **Action Autonomie**

3958 rue Dandurand 3e étage, Montréal, Qc H1X 1P7

téléphone: 525-5060 télécopie: 525-5580

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