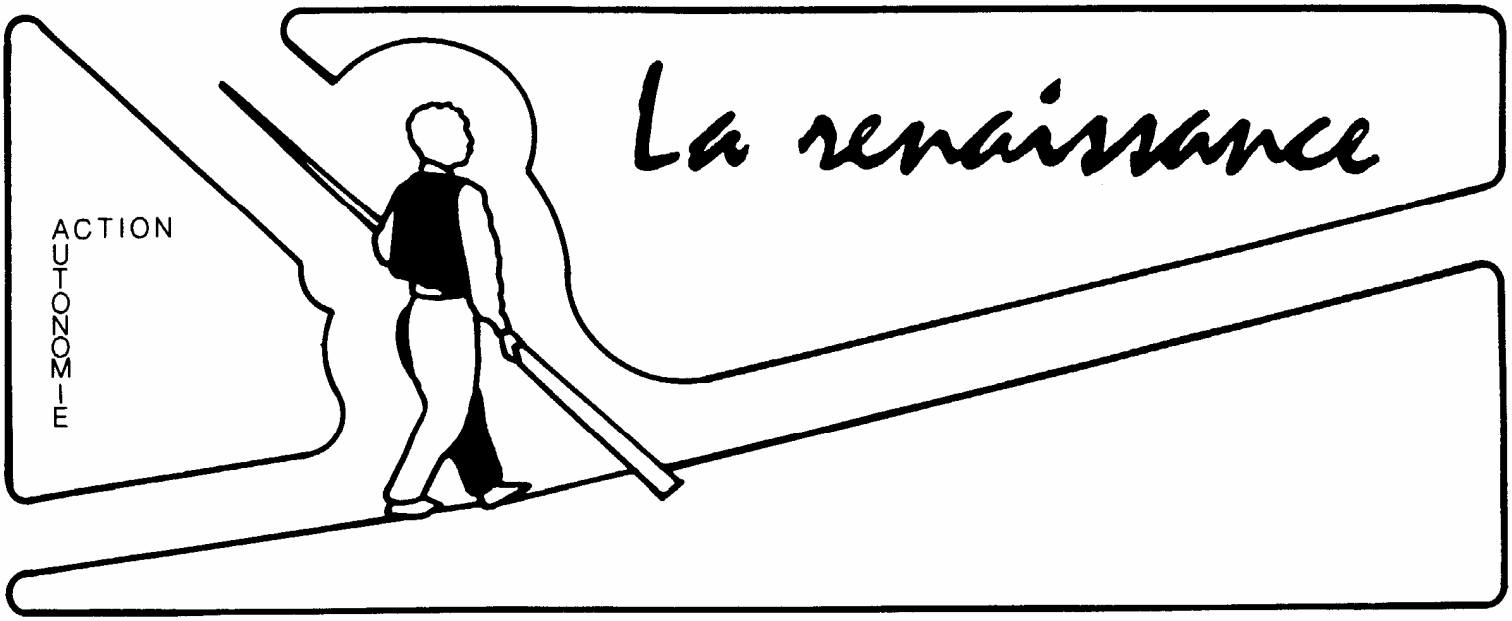


Volume 26 juillet 2019 Numéro 1

Dossier Garde en établissement

Nouveau protocole sur la garde en établissement
Le MSSS cherche à mieux encadrer les pratiques de garde en établissement.

Mesures de contrôle

Pour en finir avec l'isolement et la contention

Électrochocs en psychiatrie

Avertissement de lésion cérébrale permanente

Journée de l'alternative en santé mentale

Des droits à conquérir! Le 10 octobre 2019, c'est la 7e journée de l'Alternative en santé mentale

Vient de paraître

Les fous crient toujours au secours!

Souffrant de troubles alimentaires, on lui donne une série d'électrochocs à l'âge de 19 ans.

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

Roger Boisvert
Anne-Marie Chatel
Denis Morneau
Huguette Doyon
Ghislain Goulet
Francine Santerre Dupuis
Line Robitaille

Collaborateurs, collaboratrices

Nicole Cloutier *Jean-François Plouffe*

Production

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

Pour plus de renseignements, communiquer avec:

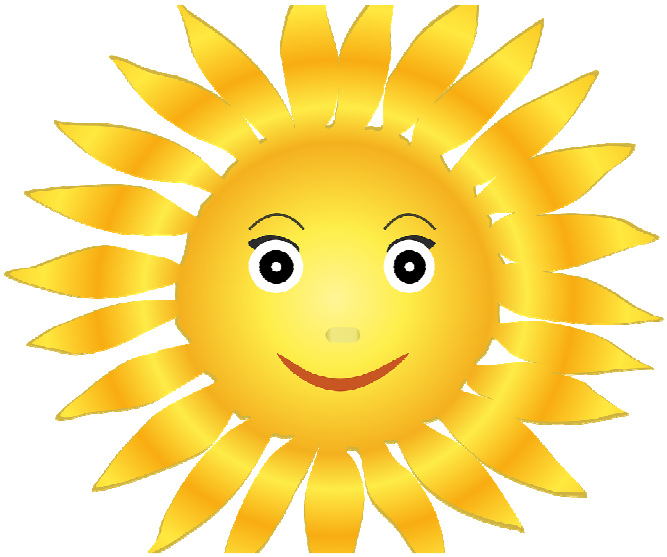
Action Autonomie
"La Renaissance"
3958 rue Dandurand, 3ième étage
Montréal, Qc H1X 1P7
Téléphone: 525-5060
Télécopieur: 525-5580
www.actionautonomie.qc.ca
lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Crédit s photo:
Pixabay
RRASMQ
Mouvement Personne d'Abord du Québec Métropolitain

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre 2019

Bonne été

l'équipe du comité journal



Vous voulez participer à La Renaissance

Prochaine parution: octobre 2019
Date de tombée
pour les articles: septembre 2019

Le Billet doux

Une chronique pour vous. Vous voulez commenter l'actualité; vous voulez en rire; vous voulez tourner en dérision nos dirigeantEs? Cette chronique est pour vous. Faites-nous parvenir vos ***BILLETS*** et on se fera un plaisir de les publier.

Sommaire

Garde en établissement

Nouveau protocole sur la garde en établissement
Le MSSS cherche à mieux encadrer les pratiques de garde en établissement. pages 3 et 4

Traitement forcé

Mettre fin à la contrainte en santé mentale: nécessité d'une approche fondée sur **les droits humains** page 6

Dossier Santé

Qui sont les grands consommateurs des urgences des hôpitaux? pages 6 et 7

Couverture des soins en santé

Demande pour élargir la couverture publique des soins dentaires page 8

Aide sociale

Le Canada est parmi les pays de l'OCDE les moins généreux pages 9 et 10

Électrochocs en psychiatrie

Avertissement de lésion cérébrale permanente page 10
Souffrant de troubles alimentaires, on lui donne une série d'électrochocs à l'âge de 19 ans. pages 11 à 13
Campagne contre l'utilisation des électrochocs à l'hôpital Notre-Dame pages 18-19

Transport en commun

Tarification sociale: «On en a besoin plus rapidement» pages 14 et 15

Santé mentale : de plus vieux bâtiments

Les hôpitaux du Québec continuent de se degrader page 14

Journée de l'alternative en santé *mentale*

Des droits à conquérir! Le 10 octobre 2019. c'est la 7e journée de l'Alternative en santé mentale pages 3-7-16-19

Chroniques

ET PSY ALORS …

Chronique: Innovation: vers un traitement novateur du "cerveau lent" page 22
Opinion: Pour en finir avec l'isolement et la contention pages 4-5
La pauvreté, facteur de risque du suicide pages 16-17
L'hypocrisie de la journée sans maquillage page 20
Vient de paraître Les fous crient toujours au secours! page 15

Nouveau protocole sur la garde en établissement

ENCORE DE LA PLACE POUR L'AMÉLIORATION…

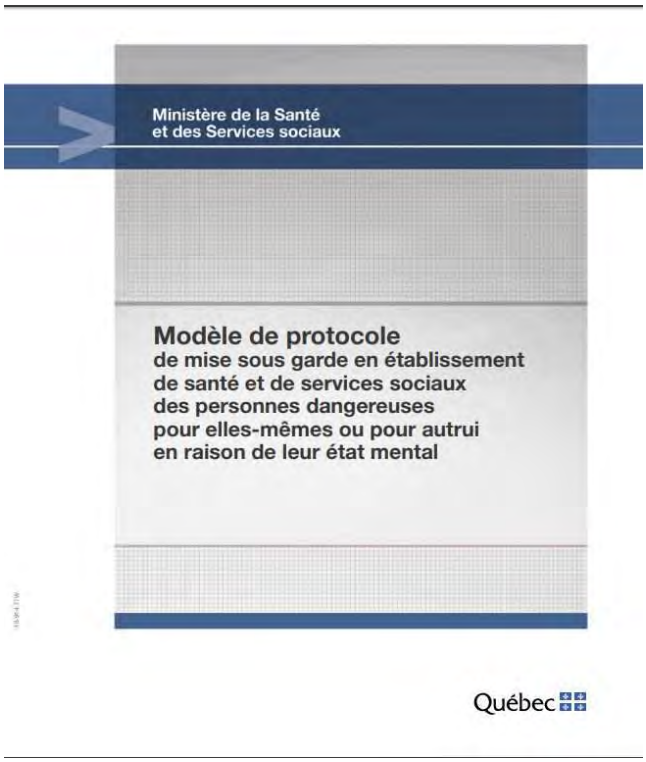
Par Jean-François Plouffe
Action Autonomie

Plus de 20 ans après l'entrée en vigueur de la loi P-38 (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-même ou pour autrui), le ministère de la Santé et des Services sociaux a rendu public au printemps 2018 un cadre de référence qui apporte d'importantes précisions sur les bonnes pratiques à adopter par les établissements de santé dans la mise en application de cette mesure exceptionnelle.

On y fait notamment mention de l'importance de tenir compte des antécédents personnels sociaux de la personne et non strictement de son diagnostic médical. On insiste aussi sur la nécessité d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne concernée, sur le respect de la confidentialité de son dossier médical, sur l'accessibilité à des moyens de communiquer avec l'extérieur, et sur la nécessité de bien documenter devant le tribunal les motifs de dangerosité de la personne.

De ce cadre de référence a découlé à l'automne 2018 un modèle de protocole sur la mise sous garde, qui a été adopté par les établissements en avril 2019.

Il s'agit d'un document assez long et complexe, doté d'un grand nombre de directives précises à appliquer



aux différentes étapes du processus de mise sous garde. Globalement, le protocole contient plusieurs éléments qui pourraient permettre une application plus rigoureuse de la loi, un meilleur respect des droits des personnes concernées et une certaine amélioration de leurs conditions d'hospitalisation.

Mais il y a encore de la place pour l'amélioration…

Le premier problème concerne celui de la formation des soignantEs. Le ministère demande aux établissements d'amorcer la mise en œuvre du protocole dès l'automne 2019. Pourtant, il semble que la formation qu'il prépare pour favoriser la bonne application du protocole ne sera finali-

vol 26 no1, juillet 2019

sée, au plus tôt, qu'au courant de l'année 2020. Durant plusieurs mois, les établissements devront improviser de nouvelles façons de faire, qui devront peut-être encore être modifiées une fois que leur personnel aura reçu la formation. Ce sont les personnes utilisatrices des services qui feront les frais de ces ajustements, qui résultent d'une mauvaise planification de la mise en œuvre du protocole, tant par les établissements que par le ministère.

Un autre problème concerne les premières heures de la mise d'une personne sous garde préventive. Le cadre de référence et le protocole précisent que le délai de 72 heures prévu par la Loi débute dès que le triage par l'infirmière à l'urgence a été effectué. Pourtant, l'article 7 de la loi P-38 prévoit que c'est un médecin qui peut mettre une personne sous garde. Ni des infirmièrEs, ni des agentEs de sécurité n'ont le droit de priver des citoyenNEs de leur liberté. SeulEs des policierE ont le pouvoir de contraindre une personne à demeurer à l'hôpital avant qu'elle ait vu un médecin.

Comme très souvent, les policierEs quittent l'établissement dès que la personne est prise en charge à l'urgence, il faudra que les établissements s'entendent avec le SPVM pour que la personne soit sous la responsabilité des policierEs jusqu'à ce qu'elle ait été vue par le médecin. Sinon, au même titre que toutE autre citoyenNE, la personne pourra quitter librement l'établissement.

Aussi, le protocole prévoit qu'à plusieurs reprises, des membres du personnel hospitalier doivent informer les personnes de l'évolution du processus de garde et des moyens dont elles disposent pour défendre leurs droits. Actuellement, aucunE intervenantE spécifique du réseau de santé mentale n'a ce mandat. Les établissements devront identifier les soignantEs qui devront s'acquitter de cette tâche, les former adéquatement et aménager les tâches du personnel de façon à leur permettre d'assumer cette importante responsabilité.

Il faudra être vigilantEs au cours des prochains mois et années, pour s'assurer que le protocole ne reste pas lettre morte et qu'il permette réellement de réaliser les objectifs que le ministère a identifiés : une application plus rigoureuse et exceptionnelle de la loi P-38 et un meilleur respect des droits des personnes concernées.

FIN

Pour en finir avec l'isolement et la contention

Par Gorette Linahres agente de communication, Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec.

Parue dans La Presse + 19 mai 2019

Il y a 17 ans, sur la base d'« expériences probantes », le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a conclu à la nécessité de réduire, voire d'éliminer les mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques.

Les orientations ministérielles en la matière ont confirmé le recours parfois abusif aux mesures de contrôle, ainsi que la nécessité « de proposer clairement à l'ensemble des organismes concernés un objectif de réduction maximale d'utilisation de ces mesures, voire ultimement d'élimination, et ce, par la mise en place de mesures de remplacement efficaces et respectueuses des personnes ».

Quels progrès ont été faits depuis ce temps ? Trop peu, constate le mouvement de promotion et de défense des droits en santé mentale. En vérité, au fil des ans, le MSSS semble avoir abandonné son leadership dans le dossier en supprimant le poste de coordination ministérielle aux mesures de contrôle et en reléguant aux oubliettes sa promesse de mettre en place un outil de collecte de données standardisé. Ses actions expliquent le cafouillage actuel à l'égard des données non harmonisées d'un établissement à l'autre !

Or, sans données significatives, comment peut-il y avoir une quelconque reddition de comptes vis-à-vis de l'objectif d'élimination ?

Durs constats pour les personnes qui subissent des mesures de contrôle, mesures qui ne sont jamais thérapeutiques. L'isolement et la contention ont des effets néfastes physiques et psychologiques sur les personnes qui les endurent, mais aussi sur celles qui les appliquent. Par ailleurs, l'Organisation des Nations unies précise que l'isolement et la contention peuvent constituer des actes de torture ou des mauvais traitements.

Pourtant, des solutions de rechange existent ici et ailleurs dans le monde. Certains milieux ont mis en place des initiatives intéressantes, mais elles demeurent peu connues, faute d'un leadership qui assurerait un échange d'expertise adéquat pour tout le Québec.

(Photo : Jean Laramée - Le Courrier du Sud)

La pratique sur le terrain des organismes de promotion-vigilance et de défense des droits en santé mentale démontre également que l'utilisation des mesures de contrôle se fait encore et toujours dans des contextes qui ne respectent pas les droits. Par exemple, différents moyens sont mis en place par des établissements afin de contourner les prérogatives de la loi en matière d'isolement (article 118.1 LSSSS). Les droits à l'information et au consentement sont régulièrement bafoués. Ou encore, les notes au dossier de la personne concernée sont souvent laconiques.

BRISER LE TABOU

Le 15 mai, nous avons souligné la quatrième édition de la journée nationale « Non aux mesures de contrôle ». Une occasion privilégiée pour sensibiliser nos dirigeants au sujet tabou de l'isolement et de la contention.
Il va sans dire qu'il y a urgence de rétablir la coordination ministérielle aux mesures de contrôle. Elle devra s'attaquer à l'outil de collecte standardisée de données, mais aussi s'assurer que tous les milieux qui ont recours à l'isolement et à la contention ont une personne répondante de l'objectif de réduction, voire d'élimination.

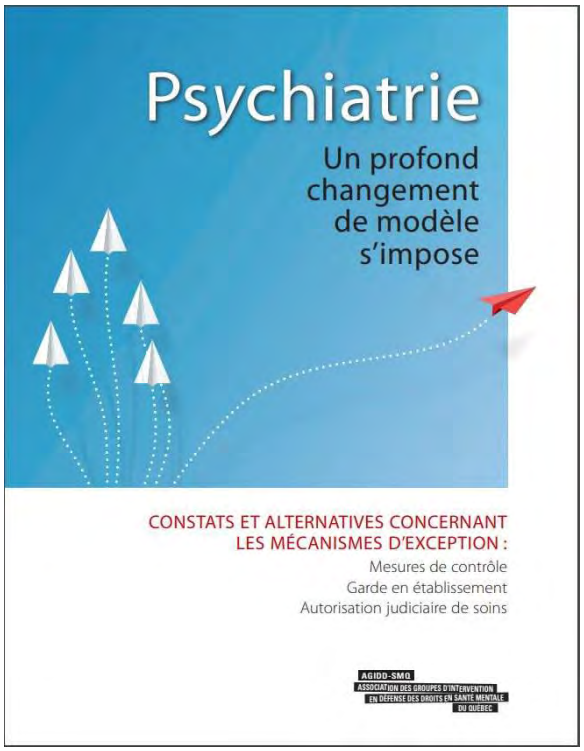
Une mesure de contrôle est l'équivalent de voies de fait permises exceptionnellement dans un souci de protection. Il s'agit donc d'une forme de violence institutionnelle.

Ici, il faut faire attention de ne pas jeter le blâme sur les seuls soignants qui ont à les appliquer, car aucun ne le fait de gaieté de cœur.

Ces derniers doivent être soutenus par une culture organisationnelle axée sur les solutions de remplacement, donc par des dirigeants qui montrent l'exemple. Des milieux ont effectué des progrès dans le domaine, preuve qu'il est possible de changer les choses.

En fait, le Québec a tout ce qu'il faut pour devenir le leader mondial des mesures de remplacement aux mesures de contrôle pour peu qu'il en fasse une priorité. C'est une question de dignité humaine.

Pour consulter la brochure publiée par l'AGIDD-SMQ



vol 26 no1, juillet 2019

Traitement forcée

Mettre fin à la contrainte en santé mentale: nécessité d'une approche fondée sur les droits humains

Commission des questions sociales, de la santé et du développement durable

Rapporteure : Mme Reina de BRUIJN-WEZEMAN, Pays -Bas, ADLE

Résumé

En Europe, il y a une augmentation générale du recours aux mesures involontaires dans le domaine de la santé mentale. Cela résulte principalement d'une culture de l'enfermement qui se focalise et s'appuie sur la contrainte, plutôt que des pratiques qui respectent les droits humains des personnes concernées, et notamment leur droit à des soins de santé sur la base d'un consentement libre et éclairé.

Les systèmes de santé mentale en Europe devraient être réformés pour se conformer à une approche basée sur les droits humains qui soit compatible avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Cela exige que les services de santé mentale s'appuyant sur la contrainte soient abandonnés, et que les pratiques s'appuyant sur le consentement soient placées au cœur des systèmes de santé mentale.

L'Assemblée parlementaire exhorte donc les États membres à amorcer la transition vers l'abolition des pratiques coercitives et propose un certain nombre de mesures à cette fin. Saluant les projets du Comité de la bioéthique du Conseil de l'Europe (DH-BIO) d'engager une étude sur la promotion des mesures volontaires, l'Assemblé invite le Comité des Ministres à encourager le DH-BIO à mener une telle étude, tout en proposant de préparer des lignes directrices visant à mettre fin à la contrainte dans le domaine de la santé mentale.

Source:
https://bit.ly/2WYU6Rm
http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-fr.asp?

COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

Dossier santé

Qui sont les grands consommateurs des urgences des hôpitaux?

BRIGITTE TRAHAN
Le Nouvelliste

TROIS-RIVIÈRES — ***L'urgence est sans doute l'endroit numéro un où les Québécois aimeraient ne jamais devoir se rendre. Pourtant, il y a des gens qui y vont souvent. Dès qu'ils ont fait 10 visites ou plus à l'urgence, on les appelle les grands consommateurs.***

Une doctorante en sciences infirmières de l'Université Laval, Marie-Hélène Blais, a voulu comprendre ce qui attirait ces personnes à se rendre jusqu'à 10 fois à l'urgence pour divers maux alors qu'elles ont, pour beaucoup, un médecin de famille (63 % pour les 65 ans et moins et 100 % pour les plus âgés).

Mme Blais n'a pas examiné la question sous l'angle de la cause médicale de ces visites. «J'ai plutôt voulu comprendre la cause de la cause», c'est-à-dire les déterminants sociaux.

Les personnes qui ont recours plus de 4 fois à l'urgence représentent plus de 20 % des gens qui consultent à l'urgence. Leurs visites, elles, totalisent près de la moitié des visites qui sont faites à l'urgence par la population.

«J'ai donc voulu avoir leur profil», dit-elle. La croyance populaire veut en effet que les personnes ayant des problèmes de santé mentale, par exemple ou les personnes âgées soient les plus grandes consommatrices de l'urgence. Or, rien n'est plus faux si l'on se fie aux résultats de l'étude menée par Mme Blais.

La recherche qu'elle a pu mener auprès des données administratives portant sur 30 patients de 18 ans et plus ayant fait chacun plus de 10 visites à l'urgence révèle quelque chose de surprenant. En effet, il ne se dégage pas d'eux un portrait type.

Cet échantillon compte autant d'hommes que de femmes. Les 18 à 64 ans sont représentés à 80 % tandis que les 20 % restants sont des personnes de 65 ans et plus.

Ce que Marie-Hélène Blais a voulu observer, dans son étude, ce sont les déterminants sociaux de ces grands consommateurs à l'urgence. La littérature scientifique indique en effet «que ces patients sont également de grands consommateurs auprès de leur médecin de famille et d'autres intervenants aussi, comme le 811 (Info-santé).»

Derrière ça, il y a un problème de littératie en santé, a-t-elle découvert.

«Au Québec, 66 % des Québécois de 16 ans et plus ne possèdent pas le niveau moyen de connaissances en santé. Ce sont des personnes qui ont de la difficulté à comprendre leur diagnostic et à comprendre la façon dont il faut prendre leur médication.

«De 40 % à 50 % des grands consommateurs présentent un indicateur de faible niveau d'éducation et de littératie», précise-t-elle.

«Un lien a été démontré entre le fait d'être sur l'aide sociale et le faible niveau d'éducation», dit-elle.

«Au Québec, on axe beaucoup sur l'autosoin. On veut que les patients se prennent en charge et s'occupent eux-mêmes de leur santé, sauf que les patients à qui l'on demande de faire ça ont un faible niveau de littératie», dit-elle.

«J'ai l'impression que depuis qu'on a une carte-soleil et qu'on dit aux gens: "Vous êtes malade? Venez nous voir", on a comme déresponsabilisé les gens. Aujourd'hui, on leur dit: "Prenez-vous en charge". On dit aux proches aidants de prendre quelqu'un en charge et l'on dit aux patients qui ont des maladies chroniques de se prendre en charge, mais quelque part, on a déresponsabilisé les populations dans les années 1970 et maintenant, on nous remet ça entre les mains», constate-t-elle.

Pire encore, «40 % des grands consommateurs et 67 % des aînés ont un faible soutien social», souligne-t-elle. «Pour la santé, ça équivaut à fumer un demi-paquet de cigarettes par jour», dit-elle.

Mme Blais constate également que ces personnes peuvent également souffrir d'insécurité alimentaire ou financière et de problèmes de transport. Or, 63 % des grands consommateurs présentent un ou l'autre de ces indicateurs de pauvreté», dit-elle.

«Bref, les grands consommateurs vivent un problème de milieu, d'éducation, de soutien social. C'est un tout», résume-t-elle. «Cette personne qui vient à l'urgence n'a personne et pas de ressources.» L'urgence représente donc un filet de sécurité sociale, analyse-t-elle. «Ces patients ont beaucoup de besoins. C'est pourquoi la structure actuelle n'est pas adaptée», croit cette chercheuse.

«Il faut changer la structure», estime la doctorante qui présentera les conclusions de sa thèse de maîtrise à l'occasion du 87e congrès de l'ACFAS, qui s'amorce le 27 mai.

La chercheuse propose d'agir directement à l'urgence, «en créant une autre structure à même l'urgence où une infirmière et des intervenants sociaux prendraient le temps d'évaluer les besoins de ces patients et de les mettre en lien avec des ressources.»

La chercheuse propose d'agir directement à l'urgence, «en créant une autre structure à même l'urgence où une infirmière et des intervenants sociaux prendraient le temps d'évaluer les besoins de ces patients et de les mettre en lien avec des ressources.»

FIN

Accessibilité: demande pour élargir la couverture publique des soins dentaires

8 mai 2019 Par : Lia Lévesque La Presse canadienne

Quand un adulte sur quatre affirme se priver de soins dentaires parce qu'ils coûtent trop cher, c'est signe qu'il y a un problème, estime la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles.

Cette clinique, bien connue pour son combat contre les frais accessoires facturés aux patients dans le domaine de la santé, a décidé de s'attaquer maintenant au dossier de l'accessibilité aux soins dentaires au Québec.

Lors des assemblées annuelles de la clinique, c'est une question que les citoyens eux-mêmes soulevaient souvent, a relaté Stéphane Defoy, organisateur communautaire à la clinique, au cours d'une conférence de presse, mercredi à Montréal.

Il cite ainsi une étude de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), en 2018, selon laquelle 27 pour cent des adultes affirmaient ne pas avoir sollicité de soins dentaires au cours des 12 derniers mois en raison de leur coût trop élevé.

La Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles demande donc que la couverture des soins dentaires par le régime public soit étendue aux personnes âgées de moins de 18 ans, ainsi que pour tous les aînés de 65 ans et plus, qu'il reste ou non en CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée).

À l'heure actuelle, les soins dentaires aux jeunes sont couverts par le régime public pour les enfants de moins de 10 ans et pour les soins curatifs seulement, pas les soins préventifs comme le nettoyage.

La clinique requiert aussi plus de transparence de la part des cliniques dentaires en matière de tarification. «Pourquoi il existe un règlement dans les cliniques médicales qui oblige d'afficher les tarifs? Et comment ça se fait qu'en clinique dentaire, ça n'existe pas?» a demandé M. Defoy.

Il aimerait que soient affichés les coûts des différents examens, nettoyages, poses de scellant, obturations, prothèses et autres, de façon à ce que le patient sache à quoi s'en tenir avant de recevoir les soins.

«Et peut-être que les gens pourraient magasiner leur clinique en fonction de leurs moyens», a fait valoir Geneviève McCready, membre du comité de lutte en santé de la clinique.

D'ailleurs, pour aider la population à connaître ces coûts et à se familiariser avec la réglementation et les termes de la santé bucco-dentaire, la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles a conçu un «Guide simplifié des soins bucco-dentaires courants» avec l'aide d'hygiénistes dentaires. Le guide est disponible sur le site internet de la clinique au https://ccpsc.qc.ca/fr. Les intéressés peuvent aussi contacter la clinique.

FIN

Le Canada est parmi les pays de l'OCDE les moins généreux

Forum: le 15 avril 2019, Martin Lasalle

Dans une étude qu'il a menée, le professeur Alain Noël a comparé l'évolution sur 20 ans de l'aide sociale dans 18 pays de l'OCDE; il en ressort que le Canada est parmi les pays les moins généreux.

Le Canada est l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) les moins généreux pour les personnes seules vivant de l'aide sociale. De fait, le pays arrive à l'avant-dernier rang, tout juste devant les États-Unis.

C'est ce qui ressort d'une analyse effectuée par le professeur Alain Noël, du Département de science politique de l'Université de Montréal, comparant l'évolution sur 20 ans de l'aide sociale dans 18 pays membres de l'OCDE. L'étude est publiée dans le *Journal of Social Policy*.

Afin d'éviter de comparer des données hétéroclites, M. Noël a établi des barèmes communs qui lui ont d'abord permis de calculer, pour chaque pays et pour chacune des années de 1990 à 2010 inclusivement, l'ensemble des revenus d'aide sociale que reçoivent les personnes seules en mesure de travailler.

Ainsi, outre les prestations d'aide sociale, les revenus retenus pour l'analyse comprennent, par exemple, les crédits d'impôt et autres allocations qui leur sont accordés.

Aux premiers rangs des pays offrant les meilleurs revenus d'aide sociale aux personnes seules, on trouve la Norvège (moyenne de plus de 60 % du revenu national médian), puis les Pays-Bas, la Suisse, l'Irlande, la Suède, la Finlande, l'Allemagne et le Danemark (plus de 50 %). Les pays qui ferment la marche sont le Royaume-Uni (39 %), la France et l'Espagne (autour de 35 %) ainsi que le Canada (28 %). Les États-Unis sont loin derrière, en queue de peloton, avec à peine 4 %.

Il est à noter que la mesure la plus répandue pour évaluer le seuil de pauvreté dans les différents pays est celle du faible revenu. On obtient alors le taux de personnes vivant avec moins d'un certain pourcentage du revenu médian national. En général, cette proportion est de 50 %, tandis qu'elle est fixée à 60 % au sein des pays de l'Union européenne.

Le premier constat qu'a effectué Alain Noël est que, au cours des années 1990 à 2010 inclusivement, l'aide sociale versée aux personnes seules et sans emploi a diminué dans presque tous les pays étudiés.

En effet, l'aide globale qui leur était allouée a été stable jusqu'en 1995. «À ce moment-là, elle équivalait à près de 50 % du revenu national médian de chaque pays, explique M. Noël. Puis, au cours des 10 années qui ont suivi, elle est tombée – en moyenne – sous la barre des 40 % du revenu médian.»

Ce déclin de près de 13 points de pourcentage ne découle pas nécessairement de compressions. Il serait plutôt attribuable à la hausse annuelle moyenne de 1,8 % du revenu national médian, observée dans les 18 pays (sauf en Suisse) au cours de la même période. Les revenus d'aide sociale n'ont pas évolué au même rythme.

«À l'origine, l'aide sociale était basée sur l'évaluation des besoins des ménages pour vivre minimalement, rappelle Alain Noël. Avec le temps, c'est devenu un programme que les gouvernements ont mal indexé, car ils craignaient l'effet de prestations trop généreuses sur l'incitation au travail.»

Mais les facteurs qui déterminent le plus les différences dans les revenus d'aide sociale sont la générosité globale de l'État-providence, qui pousse ces revenus à la hausse, et le niveau d'endettement public, qui exerce une pression à la baisse. Contrairement à ce que les études sur la

question avaient tendance à conclure, l'évolution de l'aide sociale apparaît étroitement associée à l'état de la protection sociale dans son ensemble et à celui des finances publiques.

Le Canada, incluant le Québec, pourrait faire mieux

En proportion de sa richesse globale, le Canada se classe parmi les pays les moins généreux au chapitre des dépenses sociales et, selon Alain Noël, «on pourrait faire mieux».

Celui qui mène actuellement une étude comparative sur la générosité de l'aide sociale dans les provinces canadiennes fait remarquer que le Québec est en tête du peloton sur ce plan. «Cependant, une personne seule au Québec recevait en 2017 un total de 9083 $ par année, en comptant tous les transferts, ce qui équivaut à 51 % du seuil officiel de pauvreté pour le Québec, dit-il. Il n'y a pas de quoi pavoiser, car on est plutôt chiche: ces personnes doivent souvent avoir recours aux banques alimentaires et au travail au noir pour subsister.»

En somme, l'étude d'Alain Noël permet de constater que, dans tous les pays, l'aide sociale n'évolue pas en retrait des autres programmes sociaux. «L'évolution des revenus d'aide sociale est tributaire de décisions politiques qui reflètent l'importance qu'on accorde à la protection sociale», conclut celui qui a présidé de 2006 à 2014 le comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, mis sur pied par le gouvernement du Québec.

FIN

Électrochocs en psychiatrie

Avertissement de lésion cérébrale permanente

Suite à un recours collectif en Californie récemment, la compagnie Somatics, un fabricant d'appareils pour électrochocs, a émis, en octobre dernier, un avertissement de risques de **lésion cérébrale permanente*** lié à l'utilisation des électrochocs.

Le Comité Pare-Chocs s'inquiète à l'effet qu'à ce jour, le MSSS n'ait apporté aucune mise à jour ni à son formulaire de consentement à l'électroconvulsivothérapie ni au guide d'information destiné aux usagers et à leurs proches.

Dès 2002, un avis de l'actuel Institut national d'excellence en santé et services sociaux recommandait de prêter une attention particulière au processus de consentement et à l'information des patients et du public compte tenu des incertitudes quant aux risques de ce traitement.

Actuellement, dans le guide destiné aux usagers, à la page 8, on peut y lire le paragraphe suivant : « Est-ce que l'ECT cause des dommages au cerveau? Aucune étude n'a prouvé que l'administration d'ECT cause des dommages au cerveau. Au contraire, des données scientifiques tendent à démontrer que les dommages ne seraient pas reliés au traitement, mais plutôt à la maladie. Chez l'humain, les études n'ont révélé aucun changement dans la structure et la composition du cerveau après l'ECT. Chez l'animal, les études n'ont apporté aucune preuve de lésions au cerveau liées aux convulsions brèves (de quelques secondes) comme celles utilisées dans l'ECT. Seule une convulsion de plusieurs heures endommagerait le cerveau. »

L'Électrochoc, une technique controversée datant de plus de 80 ans, fait l'objet de nombreuses contestations partout en occident. Les personnes visées par cette technique sont des personnes vulnérables, principalement des femmes et des personnes âgées. Au Québec, nous sommes passés de 4000 séances d'électrochocs en 1988 à plus de 11,000 en 2017.

*(REGULATORY UPDATE TO THYMATRON® SYSTEM IV INSTRUCTION MANUAL pages 4 et 6)

FIN

Souffrant de troubles alimentaires, on lui donne une série d'électrochocs à l'âge de 19 ans.

Donc tu disais que tu avais des troubles alimentaires et que tu avais fait une grosse dépression, qu'est ce qui s'est passé au juste?

Les troubles alimentaires, sincèrement je ne sais pas au juste comment ç'a commencé. Je me souviens j'étais en secondaire quatre, je ne sais pas trop, je souffrais d'anxiété, j'ai juste arrêté de manger. Puis c'est devenu comme un cercle vicieux, je me sentais plus coupable quand je mangeais et moins coupable quand je ne mangeais pas. Ça fait que j'ai perdu beaucoup de poids, je me suis ramassé à Sainte-Justine. À 18 ans, ils m'ont transféré au Douglas puis là, j'ai fait une grosse dépression.

La dépression c'est arrivé comment ça?

C'était comme un mélange de tout, j'étais juste plus capable ça tournait en rond, ça allait nulle part. Aussitôt que je sortais de l'hôpital, au gros max trois mois après je rentrais à nouveau à l'hôpital. L'hospitalisation durait une couple de mois. Quand on me sortait de l'hôpital, je perdais tout le poids que j'avais pris lors de l'hospitalisation.

Est-ce que tu étais médicamenté pour tes troubles alimentaires avant la dépression?

Oui, j'avais des anxiolytiques. Ils ont essayé les antidépresseurs quand je suis arrivé au Douglas, mais ça n'a rien donné. Ça fait qu'ils en ont essayé plusieurs puis quand il n'y avait plus de "sortes" d'antidépresseurs mon médecin m'a dit "c'est ton dernier choix, ce sont des électrochocs."

Je n'avais aucune idée c'était quoi moi les électrochocs, j'ai juste dit "ben si c'est ma dernière option ben on va le faire!"

La première fois que tu es allé au Douglas et les autres fois, c'est toi qui décidais d'y aller?

Tu sais, à 18 ans, il faut que tu sois consentante pour entrer, mais il ne te laisse pas vraiment le choix. Si tu es en danger, si tu es trop en sous poids et bien ils s'arrangent pour te rentrer.

Puis quand tu sortais, tu étais dans quel état?

Dans l'état de "je veux toute reperdre"! Parce qu'ils te font prendre du poids tellement vite, on te bourre vraiment en grande quantité. Tu as beau avoir des thérapies de groupe, peut-être que pour certaines filles ça aide, mais moi j'ai connu beaucoup de filles justement avec qui j'étais hospitalisée et j'en connais pas une qui n'a eu qu'une seule hospitalisation.

À Ste-Justine de même qu'au Douglas, elles sortaient et revenaient au bout de trois mois. Tu es gavée, t'as mal au ventre, t'as mal au coeur. Tu sais, tu rentres à l'hôpital, là tu manges bien, on te donne trois repas, trois collations , des repas copieux, puis il faut que tu manges tout. Mais ton estomac rapetisse quand tu ne manges pas beaucoup, alors t'as juste mal, tu ne veux pas manger.

On dit souvent que le Douglas c'est pas très accueillant?

Le pavillon des troubles alimentaires ce n'est pas si

→

vol 26 no1, juillet 2019

pire, les infirmières sont fines, on n'est pas trop de monde. Mais ils m'ont mis transférée dans le CPC 2, puis j'étais comme traumatisé là. C'est le département des troubles de l'humeur, je pense, c'est dégueu, c'est sale, c'est vieux, le monde sont comme "weird", c'est du monde qui n'a pas le même problème que toi, plusieurs sont très médicamentés, il y a des crises tout le temps, c'est stressant.

Pour une personne anxieuse, ce n'est peut-être pas l'endroit idéal?

Tout à fait. D'ailleurs, les électrochocs c'étaient justement après le CPC2. Mes parents ne voulaient pas que je reste là et ils ont fait pression pour que je sorte de cet endroit.

C'est quoi le délai entre le moment où tu es arrivé au CPC2 et le moment où on te propose des électrochocs?

Je pense que je suis resté une semaine et demie. Dès mon arrivée il en parlait déjà. Mon médecin aux troubles alimentaires en avait parlé avec le médecin des troubles de l'humeur, « c'était comme dans les plans ».

J'ai eu de très grandes pertes de mémoire. Les médecins m'ont dit qu'après maximum 6 mois, ma mémoire reviendrait et que tout reviendrait à la normale…. Ça fait maintenant un peu plus que 2 ans et ma mémoire ne fait que continuer à se détériorer.

Gabrielle

Il y avait des infirmières, des préposéEs autour de toi, est-ce qu'eux te parlaient des électrochocs?

C'est certain que le médecin en avait parlé au personnel, ça fait que le personnel me disait « oui c'est une bonne technique », on me disait aussi « c'est vraiment bon pour la dépression , les gens s'en sortent avec cela », on me disait "tu va voir c'est très efficace" on m'a même dit que probablement j'oublierais que je suis anorexique.

Est-ce qu'on t'a expliqué si l'électrochoc pouvait causer des problèmes?

Ils m'ont fait signer le formulaire de consentement. Je sais que sur le formulaire que j'ai signé, c'était écrit que ça pouvait causer des problèmes, mais je ne me souviens pas exactement ce qui était écrit. Y paraît que oui c'était écrit qu'il était possible d'avoir des troubles de mémoires, c'est ce que mon père m'a dit, mais il était écrit que le problème disparaissait après un maximum 6 mois. Ça, mon médecin me l'avait confirmé, depuis il me le confirme à tous les 6 mois, mais mes problèmes de mémoire n'ont jamais disparu, puis ça fait deux ans.
Mais l'épilepsie ce n'était pas écrit, c'est un neurologue que j'ai consulté qui a confirmé que je faisais de l'épilepsie et que c'était vraisemblablement les électrochocs qui en était la cause.

Tu sais, quand j'ai commencé à avoir des absences épileptiques, mettons que j'étais avec mes amiEs, quand je me réveillais je voyais bien que je venais d'en manquer un bout, je partais une trentaine de fois par jours, je l'ai fait en conduisant, j'ai fini par dire au médecin « savez-vous ce que c'est, faites des tests, il faut le savoir ce qui se passe, je peux tuer quelqu'un sur la route ». Le psychiatre du Douglas m'a dit que je faisais de la déréalisation. Il n'a même pas passé de test. Pour lui, c'est cela que je faisais, c'était une maladie mentale.

Heureusement, mon médecin de famille a fini par voir que ce n'était pas du tout cela, cette nouvelle maladie mentale. Elle m'a recommandée à un neurologue qui a diagnostiqué l'épilepsie.

Est-ce que tu te souviens comment ça se passait quand on t'amenait pour subir les électrochocs?

Oui, je rentrais dans une salle, genre une salle d'attente, il me mettait sur une civière, j'attendais là un petit bout, personne ne me parlait, un moment donné le monsieur venait me chercher, c'était un médecin qui venait pour m'endormir, c'était la même chose à chaque fois, y m'amenait dans la salle, il me mettait quelque chose dans la bouche, il me mettait des trucks sur les doigts, là il me disait juste je vais t'endormir, puis je finissais par me réveiller dans la salle de réveil.

Comment tu te sentais au réveil?

J'avais des maux de tête tout le temps,

j'étais perdu. Je ne comprends pas comment, en provoquant une convulsion au cerveau, ça puisse régler quelque chose dans le cerveau, non je ne comprends vraiment pas.

Ce n'est même pas plus facile de s'en sortir après l'électrochoc parce que tu es moins fonctionnelle. Tu sais, je veux bien retourner aux études, je ne suis plus capable. Avant j'avais au-dessus de 90 dans tout mes cours, je n'avais aucune difficulté à l'école, je n'avais aucune difficulté d'attention, rien, puis là, bien je ne suis même pas capable d'avoir 60.

Récemment, quelqu'un qui avait subi des électrochocs me disait qu'elle avait de la difficulté à lire un livre?

Effectivement, pour moi c'est devenu impossible. Avant j'aimais cela lire, je lisais toujours le même auteur, mais je lisais toutes ses livres. Maintenant je suis incapable, je lis la même phrase dix fois, puis je ne sais pas ce que j'ai lu. Ça fait que j'ai cessé de lire, car c'est trop frustrant, je pogne les nerfs.

Est-ce que tu sais combien tu as subi d'électrochocs?

Ça doit être écrit quelque part dans le dossier, mais ils ont mis des feuilles blanches partout pour faire des photocopies. J'ai demandé mon dossier au Douglas, mais je n'ai pas le droit de le prendre quand j'y vais, il faut que je signe un papier puis ils font des photocopies et ils finissent par me l'envoyer par la poste. Mais il y a du "liquid paper" partout, puis il y a plein de pages blanches. Ça fait qu'il manque plein d'information et j'en sais pas plus sur ce qui s'est passé. Donc, je ne sais pas combien ils m'ont donné d'électrochocs. Je me souviens que ma mère m'a dit qu'ils en ont fait plus que la moyenne du moins plus qui était supposé parce que ça ne marchait pas. Ils se sont dit ça ne marche pas ça fait qu'on va continuer. C'était un peu de l'acharnement.

Est-ce que tu savais en quoi consistait l'électrochoc?

Je savais qu'il y avait l'anesthésie. Mais pas plus, je n'avais aucune idée de ce qui allait se passer, je ne savais pas pourquoi on me mettait quelque chose dans la bouche. De même, vous m'apprenez qu'on me donnait un médicament pour en quelque sorte paralyser mes muscles pour ne pas que je me brise des membres. Je ne savais rien de cela. J'aurais aimé cela le savoir.

Est-ce que tu crains qu'on te re-propose des électrochocs?

Étant donné que je ne suis plus au Douglas, personne ne m'en parle, puis la psychiatre que j'ai en ce moment, elle le voit que ça pas été extraordinaire pour moi, donc elle ne m'en parle pas non plus.

Si quelqu'un vient te voir et te dit mon médecin me propose des électrochocs, qu'est-ce que tu lui réponds?

Je lui déconseille. Je ne comprends juste pas que ce soit légal, qu'ils n'informent pas plus les gens que ça, je ne comprends pas.

Et maintenant comment ça va?

Maintenant, je fais de l'épilepsie et j'ai de gros problèmes de mémoire, j'ai de la difficullté à fonctionner et j'ai toujours des suivis en psychiatrie. Alors, les électrochocs ont définitivement fait plus de tort que de bien.

Merci beaucoup pour ton témoignage

vol 26 no1, juillet 2019

Tarification sociale: «On en a besoin plus rapidement»

4 juin 2019 Par : Benoit Valois-Nadeau Métro

Une centaine de personnes ont manifesté mardi aux abords du métro Lionel-Groulx pour rappeler l'«urgence» d'une tarification sociale pour le transport en commun et l'importance du «droit à la mobilité».

Organisée à l'initiative du Mouvement pour un transport public abordable (MTPA), la manifestation mettait en scène un véritable parcours à obstacles illustrant les dépenses s'accumulant pour les personnes à faible revenu: nourriture, loyer, électricité, téléphone, médicaments, vêtements, transport, etc.

Des besoins de bases auxquels viennent s'ajouter la hausse prochaine des tarifs de la Société de transport de Montréal (STM).

Dès le 1er juillet, le coût d'un aller simple sur le réseau de la STM passera de 3,25 à 3,50$. Le forfait mensuel augmentera de 1,50 pour se fixer à 86,50$.

Les titres individuels du Réseau de transport de Longueuil et de la Société de transport de Laval augmenteront également de 25¢.

«La hausse parait modeste à première vue, mais il faut la mettre en perspective et savoir ce que représente 3,50$ pour une personne qui ne couvre même pas la moitié de ses besoins de base, a soutenu Jean Lalande, porte-parole du MTPA. Plusieurs sont déjà dans une situation où ils doivent choisir avec beaucoup de parcimonie leurs déplacements.»

Le groupe propose l'instauration d'une tarification sociale, système dans lequel le prix du déplacement serait directement lié au revenu de l'usager. Des mesures semblables existent déjà à Gatineau, Calgary, Edmonton et Toronto, notamment.

«Parfois, on doit choisir entre une pinte de lait et un billet d'autobus. Mais se déplacer est souvent indispensable» –Olga Cherezova, de l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de l'Est de Montréal

«L'absence de tarif social est très contraignante pour plusieurs personnes», a estimé Olga Cherezova, conseillère budgétaire au sein de l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de l'Est de Montréal. Si des gens ne se déplacent pas parce qu'ils n'ont pas d'argent pour payer leur ticket, ça les bloque encore plus parce qu'ils n'ont pas accès à des services pour les aider, ils restent isolés chez eux.»

Selon des données de 2015, près de 18% de la population montréalaise, soit environ 340 000 personnes, vivait dans une situation de faible revenu.

Du soleil et une centaine de participantEs!

«Le besoin de transport en commun a beaucoup augmenté, a soutenu Jean Lalande. Les commerces abordables de proximité ont disparu. Avec la gentrification, les gens se sont dispersés, loin de leur réseau et de leur famille. Les services publics fusionnent et s'éloignent des quartiers. Les besoins augmentent, les coûts augmentent, mais le budget disponible des gens diminue. L'enjeu du droit à la mobilité ne se posait pas avant, mais il devient criant. On est rendu l'étape d'un tarif pour les gens à faible revenu. On en a besoin plus rapidement.»

Le prix d'un aller simple pour la STM, la RTL et la STL augmentera de 25¢ à compter du 1er juillet.

À l'ARTM de trancher

L'Autorité régionale de transport métropolitain (ARTM), qui a pour mandat d'harmo-

niser le coût du transport en commun dans le Grand Montréal, étudie présentement la possibilité de mettre en place une tarification sociale dans le cadre de l'instauration d'une nouvelle grille tarifaire, qui aura lieu de 2020 à 2024.

«Il faut finaliser la grille tarifaire pour qu'ensuite puissent s'appliquer toute tarification sociale, a fait valoir Simon Charbonneau, conseiller aux affaires publiques de l'ARTM. Le dossier [de la tarification sociale] va continuer à cheminer.»

Selon une consultation menée par l'ARTM auprès de 3565 résidants de la région métropolitaine, 63% des personnes sondées se disaient favorables à un prix réduit pour les personnes à faible revenu. L'implantation d'une tarification sociale faisait partie des engagements de Projet Montréal lors de la dernière campagne électorale. (…)

Vient de paraître

Les fous crient toujours au secours

L'histoire de Ferid Ferkovic

SADIA MESSAILI | PARCOURS | 184 PAGES

Préface de J.-Claude St-Onge

Aux prises avec des problèmes de santé mentale, Ferid Ferkovic, un jeune homme de 32 ans émigré au Québec au seuil de l'adolescence, s'enlève la vie quelques jours après sa sortie de l'hôpital psychiatrique. Cette fin tragique aurait-elle pu être évitée? Bien des souffrances plus tard, sa mère n'en doute plus: «Notre infortune ne réside pas dans notre combat contre la schizophrénie, mais contre les gens qui ont décidé de la "soigner" à leur manière.»

Dans ce récit poignant, qui met en relief l'échec de notre système de santé, Sadia Messaili retrace le parcours de son fils pour tenter de dénouer l'écheveau des interventions médicales qui l'ont mené à commettre l'irréparable. Des premiers symptômes de sa maladie à son ultime présence à l'hôpital, Ferid et ses proches ont dû composer avec des diagnostics imprécis et changeants, des médicaments aux effets dévastateurs, une équipe soignante peu disposée à l'écoute, un manque criant d'informations sur les ressources externes. Mais surtout, ils ont senti qu'ils n'avaient pas voix au chapitre en ce qui concerne le traitement. On leur a même suggéré des électrochocs…

Il existe pourtant des clés thérapeutiques pour faire renaître l'espoir chez les personnes souffrant de schizophrénie et leur entourage, comme le demontrent les approches alternatives plus respectueuses de l'individu, tels l'Open Dialogue ou les Entendeurs de voix. Ce livre porte avec courage et détermination la parole de tous ceux et celles, patients ou aidants naturels, qui rêvent du jour où la psychiatrie ne se réduira plus à une camisole chimique. «Il n'est pas vrai que Ferid est mort pour rien. Il s'est battu à travers moi, et ce n'est pas fini.»

Éditeur: Écosociété

vol 26 no1, juillet 2019

Opinion

La pauvreté, facteur de risque du suicide

Par Hugo Prévost, Radio-Canada
2019-01-31

Selon le document, dont les données les plus récentes remontent à 2016, le taux de suicide chez les hommes les plus favorisés sur le plan matériel est pratiquement deux fois moins élevé (15,4 cas par 100 000 personnes) que ceux qui sont les moins favorisés (28,8 cas par 100 000 personnes).

La différence est également notable lorsque l'on compare les niveaux d'aisance sociale (bon emploi, situation matrimoniale stable, cercle d'amis important, etc.) : cette fois, le taux de suicide est de 18,1 cas par 100 000 personnes pour les gens se situant dans le haut de l'échelle, contre 26,4 chez les gens les moins favorisés.

Si l'écart est également présent chez les femmes, il est toutefois largement moins marqué, à l'image des taux de suicide en général dans la population féminine.

L'INSPQ classe les populations en cinq quantiles (des plus favorisés au moins bien nantis) en s'appuyant sur les données de divers recensements, ainsi qu'en affinant ses données en fonction du territoire où vivent les populations étudiées.

Rejoindre les laissés pour compte

En marge du lancement prochain de l'édition 2019 de la Semaine de prévention du suicide, du 3 au 9 février, Janie Houle, professeure au département de psychologie à l'UQAM et psychologue communautaire, croit que la stratégie d'intervention doit changer pour rejoindre les gens les plus vulnérables.

« Il manque une stratégie nationale de prévention du suicide! », s'est-elle exclamée en entrevue téléphonique. « Cela fait 15 ans que nous n'en avons plus, alors que l'Organisation mondiale de la santé recommande que tous les pays se dotent d'une stratégie du genre. »

« On a aussi besoin de services de psychothérapie accessibles et gratuits pour la population; cela a été annoncé, mais nous n'en voyons pas encore tout à fait la couleur », a poursuivi la professeure, qui appelle aussi Québec à investir davantage dans les ressources communautaires et les centres de prévention du suicide.

« Je suis heureuse que l'INSPQ mette [la question de l'impact des facteurs matériels et sociaux] de l'avant, parce que c'est quelque chose que l'on sait depuis longtemps, c'est très bien documenté », a indiqué Mme Houle, en soulignant que les inégalités sociales de santé étaient des facteurs de risque pour « toutes les causes de décès, dans tous les pays : les maladies cardiaques, le cancer et le suicide ».

« À mesure que l'on monte dans l'échelle sociale, notre taux de suicide diminue, et à l'inverse, à mesure que l'on descend dans l'échelle sociale, notre taux de suicide augmente ».

Jusqu'à présent, a encore mentionné Mme Houle, les stratégies de prévention du suicide ont été « universelles », c'est-à-dire que des services étaient offerts à tous. « Mais pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut absolument avoir des interventions plus ciblées pour les groupes plus vulnérables. C'est absolument essentiel, mais cela fait actuellement cruellement défaut. »

« Il ne faut pas attendre que les gens viennent nous voir; ce sont des personnes qui sont en détresse, qui sont en souffrance, alors il faut vraiment aller les chercher là où elles se trouvent », particulièrement pour les gens qui sont seuls et sans emploi.

Agir en amont

L'approche préconisée par Mme Houle va donc au-delà du traitement des symptômes de l'exclusion sociale et de la disparité des revenus, pour se concentrer sur la racine du problème.

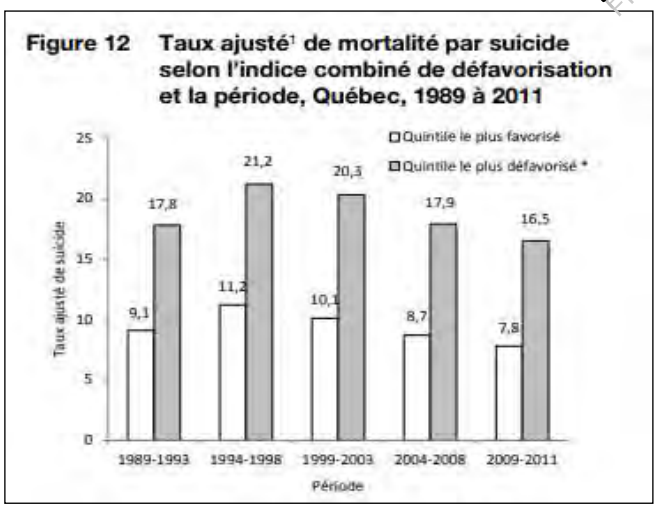
« On travaille beaucoup à traiter les gens qui sont rendus au bord du gouffre; on peut travailler en amont, aussi. Si on change les conditions de vie, les gens seront moins portés à vouloir s'enlever la vie », dit-elle.

Il serait donc nécessaire d'agir de deux façons : intervenir auprès des personnes déjà suicidaires, mais aussi travailler à réduire les inégalités sociales en amont, pour éviter le développement de pro-blèmes pouvant éventuellement mener au suicide.

L'idée vaut aussi pour les personnes âgées de 50 à 64 ans, le groupe chez qui le suicide est le plus répandu, particulièrement chez les hommes. Pour Mme Houle, cela pourrait potentiellement s'expliquer par un concept plus traditionnel de la masculinité, en vertu duquel il est mal vu de parler de ses problèmes personnels ou d'aller chercher de l'aide. Une perte d'emploi à cet âge, de laquelle il est souvent difficile de se relever, ainsi que la perspective d'une retraite sans disposer des fonds suffisants, agissent aussi comme facteurs de stress.

Face à tous ces problèmes, Mme Houle demande au nouveau gouvernement caquiste et à la ministre de la Santé, Danielle McCann, d'investir temps et argent pour réduire les inégalités.

FIN



https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2091_mortalite_suicide_2016.pdf page 10

La mémoire est sacrée!

Campagne contre l'utilisation des électrochocs à l'hôpital Notre-Dame

Le 26 octobre dernier, pour la première fois depuis des années, l'Hôpital Notre-Dame à Montréal, nouvellement fusionné au CIUSSS du Centre-Sud de Montréal, a administré des traitements par électrochocs à des patientEs.

L'Électrochoc, une technique controversée datant de plus de 80 ans, fait l'objet de nombreuses contestations partout en Occident. Les personnes visées par cette technique sont des personnes vulnérables, principalement des femmes et des personnes âgées.

En février dernier, le comité Pare-Chocs a fait circuler une petition pour dénoncer cette situation. La petition énonçait les éléments suivants:

C'est une technique où le cobaye est l'être humain.

L'utilisation des électrochocs demeure un acte expérimental. Très peu d'études scientifiques rigoureuses donnent un réel portrait de son utilité, tout comme des conséquences nocives pour les personnes ou de son efficience par rapport à d'autres approches comme la thérapie, l'entraide, l'exercice, etc. Cette technique est utilisée malgré les recommandations officielles du Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec qui invitent à plus de prudence.

C'est une autre violence faite aux femmes.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses à recevoir des électrochocs que les hommes; les femmes de plus de 60 ans sont les plus surreprésentées.

C'est une technique qui demeure effrayante.

Quoique la technique utilisée ait été modifiée au fil du temps, encore aujourd'hui, les charges électriques qui sont envoyées au cerveau sont importantes, suffisamment pour provoquer une convulsion cérébrale, et cela à maintes reprises, plusieurs fois par semaine sur plusieurs semaines.

L'efficacité de cette technique est questionnable.

L'efficacité doit bien sûr être fonction des réels bénéfices qu'elle apporte chez certaines personnes; elle doit aussi être évaluée en fonction des effets secondaires néfastes qui en découlent. Or les scientifiques se limitent à présenter la diminution de certains symptômes.

La technique peut entraîner des répercussions graves pour la santé, dont certaines humiliantes.

Effets sur les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire pouvant mener au décès, pertes de mémoires dont certaines importantes, durables ou permanentes, altération de diverses fonctions cognitives (attention, jugement, etc.), confusion extrême dans les jours suivant l'administration d'électrochocs,

apathie ou euphorie, perte de l'usage de la parole, du contrôle de la vessie, traumatisme psycho-logique apparenté à celui vécu après un viol…

Il existe plusieurs alternatives aux électrochocs.

Et il est prouvé qu'elles améliorent la qualité de vie et la fonctionnalité des personnes, sans autant d'effets désastreux.

La non-pertinence de se référer au consentement libre et éclairé pour les électrochocs.

Le droit d'une personne d'être avisée des risques que comporte un traitement et de décider elle-même si elle les accepte, est capital et indéniable. Un traitement ayant des effets nocifs sur la santé n'a lieu d'être proposé que si et seulement si, il comporte des bénéfices incontestables supérieurs à sa nocivité et qu'il n'existe aucun autre traitement moins nocif, or comme démontré ci-dessus, les électrochocs ne satisfont à aucune de ces conditions.

Pour toutes ces raisons, nous demandons au CIUSSS du Centre-Sud de Montréal de revoir sa décision concernant l'utilisation d'électrochocs à l'hôpital Notre-Dame.

FIN

LA PETITION A RECUEILLI PLUS DE 1,800 SIGNATURES ET A ÉTÉ DEPOSÉE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CIUSSS DU CENTRE-SUD DE MONTRÉAL LE 12 JUIN DERNIER.

L'hypocrisie de la journée sans maquillage

Depuis dix ans, les magazines féminins font grand état de la journée sans maquillage. Cette année, le six juin, les femmes se verront appelées, tant individuellement que collectivement, à réfléchir sur l'importance accordée à l'apparence, sur les normes de beauté que la société impose aux filles et aux femmes ainsi que sur l'influence de tous les dictats sur la santé physique et mentale. Où en sommes-nous face à la quête de la minceur absolue ainsi qu'à la recherche effrénée de la fontaine de jouvence. Cette journée se veut un temps d'arrêt et d'introspection.

Là où le bât blesse, c'est lorsque les revues féminines – qui se donnent des airs de revues féministes - soulignent cette journée en publiant des photographies de femmes connues - chanteuses, animatrices, comédiennes - sans *make-up*. On dit même de ces dames qu'elles acceptent «courageusement» de se faire photographier sans maquillage! L'expression courage peut faire sourire : après tout on ne leur demande pas d'escalader le mont Everest! De plus, force est de constater que ces célébrités habituées aux caméras ont un rapport qui leur est propre face à la beauté. Elles savent que pour réussir dans un monde d'image, elles doivent soigner la leur.

Une personnalité publique habituée aux caméras aura une dentition parfaite, des cheveux toujours soignés par les meilleurs coiffeurs, une couleur ainsi qu'une mise en plis impeccables. Elle accorde souvent un soin jaloux à sa peau : soins esthétiques, chirurgies, injection de botox, de matière de comblement pour dissimiler les rides, etc, etc. Quand il s'agit de sessions de photos, ces femmes font appel aux meilleurs photographes qui trouveront le meilleur profil et le meilleur éclairage pour les mettre en valeur. Et que dire de *photoshop* qui nous impose des modèles impossibles à suivre. Alors quand on retrouve plein d'artifice chez les femmes qui posent à l'occasion de la journée sans maquillage, on peut s'objecter et crier à l'hypocrisie de la part de ces revues féminines.

Premièrement, ces publications accordent beaucoup de place aux publicités des compagnies milliardaires qui vendent leurs crèmes et leurs fards souvent à prix d'or. Elles laissent également croire que les stars sans maquillage sont aux mêmes niveaux que les lectrices.

Combien de filles et de femmes se retrouvent devant ces photos totalement complexées croyant à tort que les « people» se réveillent le matin avec ce *look*-là ? Alors d'une journée censée nous amener à une réflexion sur l'importance accordée à l'apparence, au poids, à la santé, on nous lance de la poudre aux yeux et nous fait sentir laides et inadéquates.

Ces vendeurs de rêve n'ont qu'un but : vendre du papier. Nous n'avons qu'à regarder les publicités contenues dans ces revues. L'une d'entre elle a fait l'objet d'un mini reportage à l'émission *La Facture*. On y voyait la plantureuse Monica Belluchi annoncer un mascara Dior. Des cils infiniment longs mais en bas de page en caractère minuscule, une mention à l'effet que des faux cils avaient été utilisés…

Pour finir, on peut se demander : quel rapport entretenons-nous avec notre apparence et le maquillage. Sommes-nous victimes des dictats ou bien sommes-nous simplement coquettes? Autant de femmes, autant de réponses possibles. De même, avons-nous une attitude saine par rapport à notre poids? Souhaitons-nous maigrir afin de préserver notre santé ou bien au fond de nous, une quête de la minceur malsaine et impossible à atteindre nous influence-t-elle? L'important consiste à préserver notre équilibre face aux pressions des industries de la mode et des produits cosmétiques. S'accepter comme on est n'est pas toujours facile, mais c'est sûrement la voie de la sagesse et de la santé. Quant aux jeunes filles qui manquent souvent cruellement de confiance en elles, une approche basée sur la diversité des modèles féminins serait à privilégier. Souhaitons qu'elles se reconnaissent pour tout ce qu'elles ont de bien et de beau, tout ce qu'elles sont intrinsèquement, et qu'elles se fassent le cadeau de l'estime de soi, peu importe qu'elles utilisent beaucoup, peu ou pas du tout d'artifice!

FIN

Anne-Marie Chatel

vol 26 no1, juillet 2019

vol 25 no2, décembre 2018

Santé mentale : de plus vieux bâtiments

Les hôpitaux du Québec continuent de se degrader

Mercredi, 24 avril 2019

Davide Gentile Radio-Canada

Malgré des investissements annuels qui dépassent les 300 millions de dollars, l'état des bâtiments hospitaliers du réseau de la santé continue à décliner. Le nombre de bâtiments en mauvais ou très mauvais état a augmenté de 2018 à 2019. Et les montants nécessaires pour réparer les dégâts ont explosé. Comme c'est souvent le cas, c'est sur l'île de Montréal que se concentrent les problèmes.

Des gouttières ont été installées l'automne dernier au plafond dans certains corridors de l'Institut Philippe-Pinel à Montréal. C'est la solution trouvée pour contrer les infiltrations d'eau.

« Ça dégoutte un peu partout, relate Sylvain Lemieux, président de la section locale du Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP). Pour éviter de mettre trois poubelles de large, l'employeur a installé des grosses gouttières. »

Ce système original oriente l'eau qui arrive du plafond vers les murs, pour éviter qu'elle ne coule sur le plancher. Question d'assurer la sécurité des employés et des patients.

Le déficit d'entretien de l'Institut Philippe-Pinel s'élève maintenant à 26 millions de dollars. « La vétusté s'avère être le plus gros défi », indique la direction technique de l'établissement dans le rapport annuel publié l'an passé.

La vétusté de l'établissement est bien réelle, confirme Julie Benjamin, porte-parole de l'Institut Philippe-Pinel. « De nombreux projets ont déjà été réalisés en ce sens, [comme] des travaux de réfection de la brique et des fenêtres », cite-t-elle en exemple, ajoutant que des discussions sont en cours avec le ministère de la Santé pour « améliorer la situation dans les années à venir ».

Ce cas n'est pas unique dans le réseau de la santé. Le déficit total de maintien des actifs a augmenté de 37 % depuis un an, passant de 236 à 323 millions de dollars.

40 % des bâtiments en mauvais ou très mauvais état font partie d'établissements de santé mentale.

Et le nombre de bâtiments considérés en « mauvais » ou « très mauvais » état a aussi augmenté, passant de 65 à 72, soit près de 13 % de tous les bâtiments.

(…)

Santé mentale : de plus vieux bâtiments

En fait, 40 % des bâtiments en mauvais ou très mauvais état font partie d'établissements de santé mentale.

Outre l'Institut Philippe-Pinel, la majorité des 30 bâtiments de l'Hôpital Douglas sont dans ce groupe. Et tous les bâtiments de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal sont classés comme étant en mauvais ou très mauvais état.

Une situation ironique au moment où l'on dénonce le manque de ressources en santé mentale.

« Quand on souffre d'un trouble anxieux ou dépressif grave, venir à Louis-Hyppolite Lafontaine, c'est pas idéal », constate Luc Beauregard, président du syndi-cat des techniciens et professionnels du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

(…)

FIN

vol 26 no1, juillet 2019

vol 26 no1, juillet 2019

Vers un traitement novateur du « cerveau lent ».

Je veux partager avec vous certaines réflexions sur la dépression en lien avec le fonctionnement du cerveau.

Partant de l'observation que le cerveau est un enchevêtrement de neurones constituant divers réseaux qui fonctionnent grâce aux courants électriques qui les parcourent. Ces derniers activent ou désactivent ce qu'on perçoit comme des pensées, des sentiments, des émotions et des motivations.

Qu'est-ce qui constitue un fonctionnement satisfaisant et normal du cerveau ? De notre point de vue, c'est un flux électrique qui circule librement, suffisamment et sans résistance inutile.

Bref, la dépression, communément appelée « cerveau lent », est un dysfonctionnement électrique conduisant à une désynchronisation affect et aléas de la vie. Ce qui conduit à divers malaises et insatisfactions empêchant tout pensum rationnel et aussi tout bien-être d'une vie remplie. Pour élaborer, le courant n'est pas suffisant et les neurones sont encombrés par des pensées inutiles, noires et répétitives bloquant ainsi un flux normal.

Certaines avenues thérapeutiques pour rétablir le plein fonctionnement d'un cerveau lent (dépression) sont explorées grâce à l'appui financier du Drummondville Psychiatric Association (DPA).

Je vous expose donc l'approche électrique, celle que j'explore avec les conseils judicieux de mon confrère, le Dr Frankenstein. Lui-même versé dans l'utilisation de l'électricité dans ses travaux. Cette approche thérapeutique consisterait à faire traverser le cerveau par un courant électrique pour rétablir son plein fonctionnement.

Les premiers traitements servent à calibrer un passage électrique normal et satisfaisant.

Habituellement, il y a une amélioration. Le patient passe progressivement de « cerveau lent » à un état positif et fonctionnel.

La suite des traitements s'occupe de neurones encore embouteillés par des complexes de pensées inutiles et négatives qui ont besoin de plus de courant pour dégager le passage.

Bref, le dépressif laisse place à une personne présente et éveillée dotée d'un pensum satisfaisant et plus agréable.

Le suivi subséquent de ces patients nous a amené à donner des séances occasionnelles pour entretenir les passages et dégager les blocages qui peuvent chercher à se reformer.

Nous remercions le DPA et le Dr Frankenstein qui nous ont permis d'élaborer cette nouvelle thérapie.

Nous sommes contents de vous confirmer qu'on peut maintenant gérer le fonctionnement électrique du cerveau.

Roger Boisvert jr

FIN

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 les 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

3958 rue Dandurand
3e étage,
Montréal, Qc
H1X 1P7
téléphone: 525-5060
télécopie: 525-5580
www.actionautonomie.qc.ca
lecollectif@actionautonomie.qc.ca