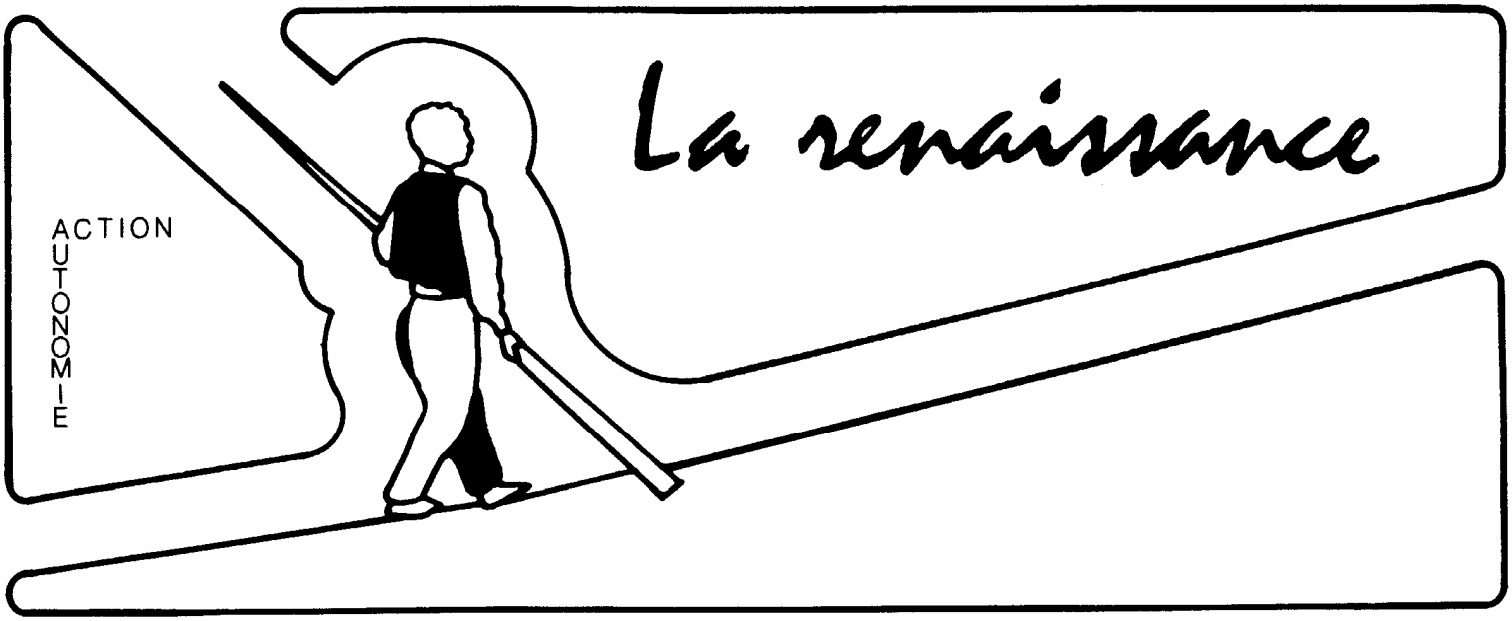


Volume 28 avril 2021 Numéro 2

Hébergement
Des résidents du CHSLD St-Laurent enfermés pendant des mois dans leur chambre

Plan d'action en santé mentale
Un grand bond en arrière de 30 ans

Masquage diagnostique
Le combat inachevé d'Edmé-Étienne

Lutte à la pauvreté
Des personnes assistées sociales dans une situation plus précaire que jamais

Médicaments
En finir avec la camisole chimique ?

L'autre urgence psychiatrique!

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
Marc-André Jobin
Francine Santerre Dupuis

Collaborateurs, collaboratrices

Roger jr Boisvert *Anne-Marie Chatel*
Nicole Cloutier *Isabelle Pépin*

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

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre 2021

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: juillet 2021
Date de tombée
pour les articles: juin 2021

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

L'autre urgence psychiatrique
À l'abri de la tempête — pages 3 à 5

Hébergement
Des résidents du CHSLD St-Laurent enfermés pendant des mois dans leur chambre — pages 6 à 8

Plan d'action en santé mentale
Un grand bond en arrière de 30 ans — pages 9 et 10

Masquage diagnostique
Le combat inachevé d'Edmé-Étienne — pages 11 à 13

Lutte à la pauvreté
Des personnes assistées sociales dans une situation plus précaire que jamais — page 14 et 15

Accès aux services
Comment faciliter l'accès aux soins de santé mentale — pages 15 à 17

Médicaments
En finir avec la camisole chimique ? — pages 17 et 18

Chroniques

Opinion	Quelle lumière au bout du tunnel?	page 19
	La pandémie, révélateur des failles de notre système de santé mentale	page 21
Billet doux	Action Autonomie:	pages 13 et 20
	Rêverie	page 20
	Le pouvoir des petites choses	page 22
Caricature	Et psy alors!...	page 20

vol 28 no2 avril 2021

À l'abri de la tempête

Marc Godbout, le 2 mars 2021, Radio-Canada

« Ici, on ne me regarde pas comme si j'étais fou »

Le recours aux urgences pour les problèmes de santé mentale a explosé au fil des ans au Canada. Si les hôpitaux réussissent difficilement à prodiguer des soins rapides dans un environnement propice à la guérison, une approche développée au sud de la frontière permet d'y arriver. Incursion au cœur d'une urgence psychiatrique repensée.

Apaiser la tourmente

L'homme est étendu sur le plancher, à deux pas du poste des infirmières. Il fixe le plafond.

Une première chose saute aux yeux. Tout le personnel reste à l'écart du patient comme si de rien n'était.

Brandon commence soudainement à s'étirer. Ses mouvements sont brusques mais élégants, un mélange d'art martial et de yoga.

Dans une salle d'urgence traditionnelle, la sécurité serait fort probablement déjà intervenue pour le maîtriser. Mais pas ici. Une infirmière va plutôt lui offrir un tapis.

Brandon était en proie à une crise d'agitation aiguë quand il a été admis quelques heures plus tôt.

C'est vraiment différent ici. Ils me laissent faire tous mes étirements. Ça me fait le plus grand bien, glisse-t-il en reprenant son souffle.

Il est 9 h 30. Toutes les places sont déjà occupées dans un espace modulaire aménagé dans le stationnement d'un hôpital de Sacramento, en Californie.

Dépression, anxiété, psychose, paranoïa, schizophrénie, trouble bipolaire, pensées suicidaires, tous les patients qui s'y trouvent souffrent de problèmes mentaux.

Le but de cette urgence : leur offrir rapidement toute l'attention nécessaire dans un environnement confortable et thérapeutique, à quelques mètres de l'hôpital.

Au lieu de languir pendant de longues heures, parfois des jours, dans l'attente d'un traitement et d'un lit, les patients sont dirigés vers ce qui a été baptisé l'Unité de stabilisation de crise.

Pour Brandon, qui a déjà atterri dans des urgences traditionnelles pour traiter ses problèmes, le virage de Sacramento change beaucoup de choses, dont une particulièrement importante pour lui.

Ici, on ne me regarde pas comme si j'étais fou.

Ne plus être prisonnier

Le Dr Scott Zeller pourrait passer des heures à raconter les histoires d'horreur dont il a été témoin tout au long de sa carrière.

Ce médecin psychiatre californien est considéré comme le pionnier de l'approche sur laquelle s'appuie l'Unité de stabilisation de crise de Sacramento.

C'est dans un contexte de grandes frustrations qu'est née cette solution novatrice. Elle offre un contraste saisissant avec ce qui se produit dans certaines urgences.

Des patients sous sédation, d'autres attachés à des civières pendant des jours, ou encore enfermés seuls dans une pièce sans savoir quand ils seront vus. Tout cela le rendait bien mal à l'aise. Et pour lui, de telles pratiques ne font rien pour aider les personnes en crise à maîtriser leurs pensées suicidaires.

Vous devenez prisonnier d'un environnement qui fait très peur. L'idée est d'arrêter de garder indéfiniment les patients dans des salles d'urgences bruyantes et bondées qui peuvent facilement exacerber les symptômes de patients en crise.

Dr Scott Zeller, médecin psychiatre

Il a pourtant été démontré que la grande majorité des cas d'urgences psychiatriques, comme pour beaucoup d'autres urgences médicales, peuvent être stabilisés en moins de 24 heures grâce à une intervention rapide et appropriée.

Trop longtemps, les urgences en santé mentale n'ont pas été traitées comme des urgences. La solution consistait à mettre ces patients dans un coin. Encore aujourd'hui, trop souvent ils passent en dernier quand ils se présentent à l'urgence traditionnelle.

Scott Zeller avait un rêve. Celui de remodeler des espaces souvent inoccupés pour faciliter la guérison et prouver que les hospitalisations inutiles et coûteuses pouvaient être grandement réduites. Non seulement l'idée a pris forme, mais elle a essaimé.

Désamorcer en 24 heures

Aucun lit, aucune chambre fermée, aucun son indésirable.

Environ 2500 patients passent chaque année par l'Unité de stabilisation de Sacramento.

Le modèle développé par le Dr Scott Zeller est officiellement connu sous l'acronyme EmPath.

Traduction et signification : Unité d'évaluation, de traitement et de guérison psychiatrique d'urgence.

Déjà près d'une vingtaine d'installations semblables ont vu le jour depuis cinq ans dans des hôpitaux de différents États. Une dizaine d'autres doivent ouvrir dans les prochains mois.

Chaque patient qui arrive en état de crise comme Brandon a droit à son propre fauteuil inclinable pour faciliter la détente.

À part quelques pièces réservées aux consultations et à l'entreposage sécuritaire des médicaments, tout se passe dans une grande salle où le personnel est mêlé aux patients. Tous peuvent y circuler librement.

Ce lien et cette interaction sont vitaux, explique l'infirmière en chef Patricia Stiles qui supervise l'unité. Nous disposons d'une très petite fenêtre de temps pour avoir un grand impact sur ces patients. Idéalement nous faisons tout pour qu'ils retrouvent une stabilité en moins de 24 heures.

Encore fragile, Brandon devient plus émotif quand il raconte que ses proches le rejettent en raison de son état. Mais je me sens bien entouré ici. La dernière chose que je souhaite, c'est d'être seul dans une chambre. On me traite comme un humain et non pas comme un numéro, et j'en suis très reconnaissant.

Mais au-delà de l'environnement physique et thérapeutique, la clé de l'approche repose sur un accès immédiat à un psychiatre. Et si aucun n'est disponible sur place, les patients peuvent rapidement obtenir une consultation par vidéo.

Nos patients passent maintenant quatre fois moins de temps à attendre des soins que lorsqu'ils fréquentaient l'urgence, souligne Patricia Stiles.

Ses affirmations concordent avec les résultats d'une étude publiée par le Western Journal of Emergency Medicine, co-rédigée par le Dr Scott Zeller. Cette recherche a évalué les performances des cinq premières unités créées dans des hôpitaux californiens. Une de ses conclusions : en réduisant l'attente, le nombre d'hospitalisations des patients a diminué de manière spectaculaire, une chute d'au moins 75 %.

C'est ainsi que des lits autrefois occupés par des patients souffrant de troubles mentaux sont maintenant disponibles pour ceux qui se présentent avec des problèmes de santé physique.

Le long tunnel canadien

Ce portrait vient mettre en relief l'énorme défi qui attend le Canada.

Les patients canadiens qui se présentent aux urgences pour des problèmes de santé mentale attendent presque deux fois plus longtemps que tous les autres visiteurs.

À cette réalité s'en ajoute une autre. Les données de l'Institut canadien d'information en santé permettent de découvrir une tendance lourde et préoccupante bien présente avant la pandémie : les hospitalisations liées à la santé mentale n'ont cessé d'augmenter dans l'ensemble du pays; elles ont bondi d'environ 40 % en l'espace d'une décennie.

Comme parent, l'option par défaut est d'amener votre enfant à l'hôpital. Votre seule préoccupation est d'éliminer ses souffrances.

Shane Christensen partage généreusement son expérience qui pourrait se résumer en un mot : cauchemar. Son fils John est schizophrène.

Dans la maison familiale d'Oshawa en Ontario, il décrit le stress et la tourmente des dernières années.

Les épisodes de délire et de psychose de son fils ont commencé à l'adolescence. Et avec eux, les nombreuses visites à l'urgence.

Vous vous sentez complètement impuissant. Vous attendez des heures et des heures à l'hôpital, sans que des traitements soient offerts. On vous dit simplement d'attendre. C'est atroce et douloureux. Et c'est sans compter la façon dont les autres vous regardent.

L'attente la moins longue dans une salle d'urgence a duré six heures, se remémore Shane Christensen.

Nous avons été confrontés à une situation où mon fils était enfermé dans une pièce de la taille d'un placard avec un garde de sécurité à l'extérieur. Il y est resté pendant des heures en attendant d'être vu par un médecin. De jeunes patients ont déjà connu une fin tragique dans de pareilles situations.

Être seul dans une pièce ne garantit pas pour autant la sécurité. Par exemple, un adolescent de 17 ans s'est suicidé en mars 2019 dans un hôpital de North Vancouver. Après avoir attendu toute la nuit à l'urgence, on l'a isolé dans une petite chambre sombre. L'adolescent n'avait toujours pas été vu par un médecin.

Une enquête a exposé le manque de formation du personnel et le nombre insuffisant d'infirmières en santé mentale. D'un bout à l'autre du pays, des rapports de coroners continuent d'identifier des lacunes dans les soins en santé mentale offerts à l'urgence.

Le Canada a tout intérêt à s'y attarder. Avant que la pandémie ne fasse ses ravages, il enregistrait déjà plus d'un quart de million d'hospitalisations par année pour des problèmes de santé mentale, un sommet(…)

Pour voir l'article complet:

https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/1625/unite-crise-sante-mentale-urgence-stabilisation-canada-californie

Devenez membre d'Action Autonomie

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

Faites comme des centaines d'autres qui ont décidé de s'unir pour défendre leurs droits

Devenir membre c'est :

- appuyer Action Autonomie et augmenter notre rapport de force
- affirmer l'importance de la défense des droits en santé mentale
- se donner les moyens de changer les choses
- se solidariser avec d'autres personnes vivant la même situation
- être informé.e sur des sujets touchant les droits de même que sur les activités de l'organisme
- s'impliquer dans les différents comités.

Pour en savoir plus contactez nous au 514-525-5060

Action Autonomie

Hébergement

Des résidents du CHSLD St-Laurent enfermés pendant des mois dans leur chambre

Stéphanie Vallet
Le Devoir 5 mars 2021

Des demi-portes verrouillées pendant plusieurs mois et l'impossibilité de prendre une douche pendant des semaines dans l'unité psychiatrique du CHSLD Saint-Laurent, à Montréal, soulèvent l'indignation de résidentes et d'employées qui se sont confiées au Devoir. L'établissement estime avoir eu recours à ces mesures de façon limitée à cause de la pandémie, tandis que des experts remettent en question ces pratiques.

Inquiète pour la sécurité et la santé des résidents du CHSLD Saint-Laurent, une employée a fait parvenir au Devoir des photos et des vidéos prises le 17 février dernier dans l'établissement. Alors que sur les trois premiers niveaux du CHSLD, la vie semble avoir doucement repris son cours ces dernières semaines, les unités du 4e et du 5e étage comptaient toujours plus d'une quinzaine de demi-portes confinant les résidents à leur chambre, un an après le début de la pandémie et plus d'un mois après avoir reçu leur premier vaccin contre la COVID-19.

Une résidente de l'unité psychiatrique située au 5e étage s'est confiée au Devoir. Tout comme les autres résidentes avec qui nous nous sommes entretenus, elle a choisi de garder l'anonymat. Sa demi-porte lui a été retirée il y a deux semaines, après plusieurs mois durant lesquels elle ne pouvait voir à l'extérieur de sa chambre, de son fauteuil roulant. « C'est invivable. Ça fait plus que huit mois qu'on est enfermés, confinés à nos chambres, entre quatre murs, sans droit de visite la plupart du temps, sans accès à l'extérieur. C'est comme si on était en cage », lance la trentenaire éprouvée. « Depuis deux semaines, il y a quelques assouplissements. On est toujours assignés à nos chambres, excepté qu'on a le droit d'aller dîner deux fois par semaine à la cuisine. On a le bingo le vendredi pendant deux heures. Sinon, c'est la chambre toute la journée, toute la soirée, précise-t-elle. On nous dit que l'établissement fait ses règles suite aux consignes du gouvernement. On ne sait pas ce qui se passe ailleurs. Alors on n'a pas de pouvoir sur la situation », lance-t-elle en pleurs.

Je peux bien être libre de faire ce que je veux, je ne dérange personne. Pourquoi on m'interdit ça à 76 ans ? Je vais mourir bientôt, mais je voudrais être heureuse avant de mourir.
— Une résidente qui a demandé l'anonymat

Une autre résidente de l'étage, dans la cinquantaine, souffre de diabète sévère et instable qui nécessite un suivi serré. Elle s'est vu ajouter un troisième loquet à sa demi-porte alors qu'elle tentait de sortir de sa chambre pour demander de l'assistance quand elle tombait en hypoglycémie. « Ils me l'ont enlevé il y a un mois, mais je l'ai eu tout le long de la pandémie. J'ai un diabète très mal contrôlé. Je fais du up and down. Je dois sonner pour qu'une préposée vienne voir ce qu'il se passe [et prenne sa glycémie]. Mais il n'y a jamais personne qui vient. Pourtant ils sont avertis. Mon diabète n'est pas balancé, quand je sonne c'est qu'il est trop bas. Je sortais pour les avertir au poste des infirmières. Ils ne viennent pas quand je sonne, j'ai peur qu'un jour ils vont me trouver à terre », s'inquiète-t-elle.

Une septuagénaire du 5e étage a elle aussi tenu à parler confidentiellement au Devoir. « On m'empêchait de sortir de ma chambre pendant la journée, mais depuis peu on a quelques sorties. Ça ne va pas bien. Avant, j'allais rejoindre l'équipe de nuit, on jasait, on mangeait. Mais là, ils m'empêchent de la faire. Si je me réveille, je reste dans ma chambre, entre quatre murs », lance la résidente en sanglotant. « J'ai peur des fois la nuit, je crie jusqu'à ce que je m'endorme. Le personnel me disait de venir faire un tour dans la salle à manger pour ensuite retourner me coucher. Ils étaient bien corrects avec moi. L'éducatrice m'a dit hier que je n'avais plus le droit de sortir entre 22 h et 9 h le matin. Je peux bien être libre de faire ce que je veux, je ne dérange personne. Pourquoi on m'interdit ça à 76 ans ? Je vais mourir bientôt, mais je voudrais être heureuse avant de mourir », dit-elle.

Aide de service au sein de l'établissement pendant la pandémie, Camille Ponce-Lagos confirme que cette résidente a développé une blessure aux fesses à force d'être trop assise, confinée dans sa chambre. « C'était devenu trop douloureux, même se lever pour aller aux toilettes », précise-t-elle. « Elle a commencé à avoir plus d'épisodes dépressifs, ce qui a forcé à donner des doses plus fortes de médication. Maintenant, elle dort toute la journée, apparemment assommée par les drogues », remarque l'ancienne employée.

Selon la Dre Jessika Roy Desruisseaux,

gérontopsychiatre et professeure de médecine de l'Université de Sherbrooke, il est clair que le confinement des patients dans les unités psychiatriques a des effets néfastes autant sur leur santé mentale que physique. « Certains vont réagir négativement en se sentant encore plus brimés. Souvent, les gens qui sont plus agressifs, c'est parce qu'on les a restreints justement. Sinon, la plupart du temps, les patients vont réagir par une position plus dépressive, ils vont se replier sur eux-mêmes, vont moins bouger, moins manger, dormir plus le jour et donc moins la nuit. Psychologiquement, c'est comme la prison, c'est comme mettre quelqu'un au trou. C'est à peu près la même chose, mais avec une fenêtre », lance le Dr Roy Desruisseaux.

Des demi-portes controversées

Quelques jours après que le Devoir a informé le CIUSSS du Nord-de-l'Île des témoignages qu'il a reçus, les 15 demi-portes encore en place ont été toutes retirées. Un hasard, selon les dires de l'établissement(…)

Une employée qui désire garder l'anonymat par peur de perdre son emploi s'explique mal pourquoi les demi-portes ont été utilisées en dehors des éclosions. « Le personnel justifie la situation en disant qu'untel est plus agité, alors on va la garder. Mais ça le rend encore plus agité », lance-t-elle.

Alertée par la dégradation de la mobilité et de l'état moral des 29 résidents qu'elle côtoie à l'unité psychiatrique du 5e étage, où elle a travaillé comme aide de service de mai à fin octobre 2020, Camille Ponce Lagos a, quant à elle, décidé de déposer une plainte auprès du CIUSSS du Nord-de-l'Île.

« Au fil de mon travail à cet établissement, j'ai constaté comment l'état de santé psychologique et physique des résidents s'est détérioré en raison de la sédentarité à laquelle ils sont forcés. Ils ont développé des blessures physiques à force de rester assis ou couchés dans la même position. Quant à la santé mentale, elle s'est beaucoup dégradée de par l'imposition d'un confinement presque total, en ne pouvant interagir ni marcher librement pendant des mois. Oui, certains ont une bipolarité, mais ils peuvent parler, tenir une conversation, ils allaient au Tim Horton pendant la journée. Ça les a affectés, car ils sont comme vous et moi », lance-t-elle. « Il y a des résidents qui ne marchent plus vraiment bien, ils ont besoin d'une marchette alors qu'avant ils marchaient seuls », note quant à elle une employée toujours en fonction.

L'utilisation de demi-portes pour isoler les résidents est considérée comme une mesure de contrôle, au même titre que les contentions ou les substances chimiques qui doivent être utilisées de manière exceptionnelle et en dernier recours.

« L'usage le plus fréquent hors pandémie des demi-portes est dans le cas d'un usager qui a l'Alzheimer et qui est agressif. On peut ainsi le ramener à sa chambre pour diminuer les stimuli et le laisser se calmer, environ 15 minutes. Chaque mesure de contention doit d'ailleurs être réévaluée aux 15 minutes selon les règlements des CIUSSS », précise la gérontopsychiatre Jessika Roy Desruisseaux.

« Ça pourrait être utilisé dans le cas d'une éclosion pour éviter la transmission, pour diminuer les possibilités de la personne de circuler. Une éclosion qui se déroule bien, en deux semaines, c'est terminé, sinon au pire, ça peut prendre un mois. Si on utilise cette mesure-là, on doit trouver une manière de faire circuler les usagers à tour de rôle. Mais est-ce que les gens ont les ressources en personnel pour le faire, je ne suis pas certaine. Est-ce qu'ils se donnent les moyens pour y arriver ? Je ne suis pas certaine non plus. Des fois, la Santé publique a le dos large ces temps-ci… », se désole la Dre Roy Desruisseaux.

Elle estime également que la suspension des sorties extérieures dans les unités psychiatriques a simplifié la tâche pour le personnel soignant de certains établissements. « Les gens trouvent ça plus simple, parce que les usagers ne vont pas consommer, tout le monde est là à l'heure, pas de chicane pour les

cigarettes. C'est moins d'ouvrage comme ça, alors on se pose moins de questions », lance-t-elle.

La gérontopsychiatre observe depuis quelques années déjà que la sécurité est devenue une priorité justifiant certaines décisions d'établissements comme l'isolement. « C'est encore pire avec la pandémie. On ne veut pas que le personnel se fasse frapper, qu'il y ait des congés maladie. Ça les met dans une posture répréhensible, mais pour certains gestionnaires, cela permet de justifier leurs actes. Je pense aussi que les gens se donnent bonne conscience dans la pandémie en évitant la contamination. Les résidences pour personnes âgées agissent aussi comme ça : une bonne RPA n'a pas d'éclosion. Alors ils penchent du côté de la "sécurité sanitaire", en négligeant d'autres aspects », analyse la Dre Roy Desruisseaux. (…)

Selon le Guide régional d'application des mesures de contrôle, on doit tendre à proscrire l'utilisation de la demi-porte comme mesure de contrôle pour des raisons de sécurité. « Bien que l'on puisse s'assurer que la demi-porte est sécuritaire, on devrait privilégier la mise en place d'une porte vitrée, d'une moustiquaire ou d'une porte avec fenêtre. »

« L'utilisation de demi-portes avec verrous extérieurs dans certains CHSLD n'est pas illégale », a précisé au Devoir le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Questionné au sujet des conditions d'utilisation de demi-portes dans un CHSLD, le ministère de la Santé et des Services sociaux a indiqué que « l'équipe soignante peut recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, sans le consentement de l'usager, de son représentant légal ou de sa famille en cas d'urgence », comme dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Le ministère indique que « l'utilisation d'une mesure de contrôle ne doit être utilisée qu'en dernier recours et pendant une durée limitée, en raison des risques associés à certains dispositifs. D'autres mesures moins contraignantes permettant d'atteindre les objectifs de protection de la personne ou d'autrui, sans entraver les droits et libertés de l'individu et donc, sans occasionner de conséquences néfastes doivent être priorisées ». (…)

Un manque d'empathie

Sabita Labelle travaillait dans la restauration avant de devenir aide de service au CHSLD Saint-Laurent d'avril à mi-septembre 2020 aux côtés de résidents atteints notamment de démence. Impliquée dans son rôle d'aide de service, Mme Labelle prend à cœur de faire sortir le plus possible les résidents de leur chambre, prend le temps de les nourrir et de les divertir. Mais elle déplore que d'autres membres du personnel du CHSLD manquent d'empathie envers les bénéficiaires.

« Je donnais à manger aux résidents et je leur laissais le temps pour le faire. J'étais capable de lire qu'ils avaient encore faim et les préposés me disaient que l'heure du dîner était passée, que la personne allait prendre sa collation plus tard. Je refusais d'arrêter de les nourrir », se souvient-elle encore choquée par la manière dont les résidents étaient nourris par les préposés du CHSLD. « Ils les forçaient, car ils ne voulaient pas ouvrir la bouche. Ils ne sont même pas capables de rentrer en contact avec le patient qui ne se sent pas à l'aise et en sécurité avec les préposés. Alors, ils ne veulent pas ouvrir la bouche. Ils étaient rough avec eux », explique Mme Labelle. « Je suis devenue coordinatrice vers la fin de mon mandat et je me suis aperçue que les aides de service ne faisaient pas autant marcher qu'il le faudrait les résidents. On me répondait qu'ils dormaient. Mais ils dorment tout le temps. Il y a une manière de faire », lance-t-elle.

La gérontopsychiatre Jessika Roy Desruisseaux n'est pas surprise par les témoignages rapportés par Le Devoir. « Quand on regarde la façon dont on traite les personnes atteintes de maladie mentale dans notre société, et quand on regarde comment on les a traitées durant la pandémie, c'est sûr que l'angle de la stigmatisation et de la discrimination s'est aggravé. On pense que ces patients-là ne peuvent pas respecter des règles, ne peuvent pas comprendre le bon sens, alors que c'est complètement faux. Il y a comme une espèce de méfiance intrinsèque qui vient de siècles de stigmatisation où on pense que ces gens-là vont être la source d'une éclosion. Mais on le sait maintenant, que c'est le personnel qui apporte ça dans les unités. C'est eux qui ont une vie sociale », conclut la Dre Roy Desruisseaux.

Pour lire l'article complet:

https://www.ledevoir.com/societe/sante/596393/le-devoir-enquete-enfermes-pendant-des-mois-dans-leur-chambre?fbclid=IwAR3-wqyV462HcvURrdudFot_dxwPkc7QEMlT0NKb3BMzVDuBYuFgip3G_j8&jwsource=em

vol 28 no2 avril 2021

Un grand bond en arrière de 30 ans

La participation proposée aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux est trop brève pour être réellement efficace

Anne-Marie Boucher et Doris Provencher du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec et de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec*

Le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille actuellement à l'élaboration du Plan d'action interministériel en santé mentale 2021-2026 (PAISM). Force est de constater que dans sa manière de consulter les différents partenaires impliqués dans ce domaine, il renie 30 ans de pratique que l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) et le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) tenaient pour acquis : la personne qui vit un problème de santé mentale doit être partie prenante de toute décision en ce qui concerne l'élaboration des services dans ce domaine.

Rappelons que les trois précédents plans d'action en santé mentale du MSSS ont tous donné une place prépondérante à la participation des personnes utilisatrices des services de santé mentale et s'inscrivaient ainsi dans la poursuite des objectifs de la Politique de santé mentale de 1989, notamment avec la publication en 2015 d'un Guide sur la participation des personnes à l'attention des établissements.

Depuis l'arrivée de la CAQ au gouvernement, deux forums en santé mentale ont été organisés : le Forum jeunes et santé mentale en mai 2019 et le Forum adultes et santé mentale en octobre 2019, au sein desquels les personnes utilisatrices de services étaient minoritaires.

Tristement, ces forums semblaient s'intéresser davantage aux témoignages des personnes qu'à leur participation dans la recherche de solutions qui leur conviendraient.

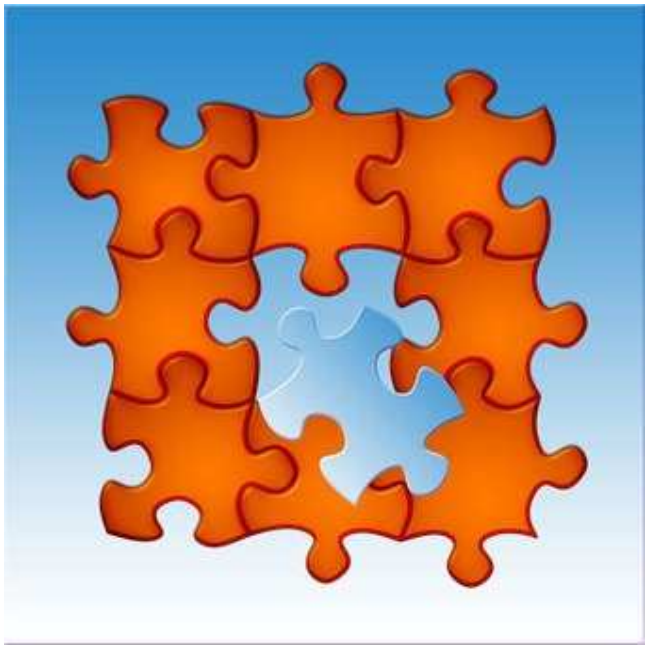
Par la suite, dans le cadre de l'élaboration du PAISM 2021-2026, une consultation faite auprès des regroupements et associations nationales œuvrant en santé mentale a eu lieu en décembre 2020 et les personnes utilisatrices n'y ont pas été conviées. Cela a été soulevé à de très nombreuses reprises par les groupes participants. Malgré nos avertissements répétés, le Ministère récidive et propose une nouvelle consultation au niveau régional en continuant d'évincer les personnes utilisatrices de services dans ce processus de consultation devant mener au PAISM 2021-2026.

Le format de la (non-)consultation amène à s'interroger sur l'importance accordée par le gouvernement aux recommandations des participants. Car malgré son apparence démocratique, la participation proposée aux acteurs du réseau de la santé et des services sociaux est trop brève pour être réellement efficace. Cette maigre implication des acteurs traduit un désengagement du gouvernement, un recul de son intérêt de procéder à une réelle transformation, en continuité avec les principes de la Politique de santé

mentale.

L'accent est mis sur les structures, la recherche d'efficacité, le point de vue médical.

Pendant ce temps, les personnes à qui s'adressent les services en santé mentale sont les grandes oubliées dans ce système qui démontre de façon flagrante le peu de cas que l'on fait d'elles.



En tant qu'organismes qui œuvrent par, pour et avec les personnes vivant un problème de santé mentale, nous sommes consternés, déçus et révoltés de voir que le MSSS fait fi de plus de 30 ans d'avancées sur le plan de la participation des personnes. Nous tenons à rappeler au ministre qu'elles doivent être au cœur des consultations, que leur parole doit être le fondement des orientations du MSSS. À cet effet, nous avons proposé la mise sur pied d'un comité consultatif et de suivi du prochain PAISM, permettant de corriger le tir en faveur d'une plus grande participation des personnes. Nous continuerons à défendre ce principe tant que le Ministère demeurera sourd à cette légitime demande.

* Cosignataire : Marité Lord, chargée de projet national pour ReprésentACTION santé mentale Québec, une communauté de personnes utilisatrices de services en santé mentale consacrée à la parole collective

Des nouvelles d'Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

La période que nous vivons présentement entraîne des changements importants dans nos habitudes et notre mode de vie. Il faut s'adapter et faire des concessions pour prévenir la contagion et assurer la santé et la sécurité du plus grand nombre.

Pourtant, les droits fondamentaux à la liberté et à l'intégrité de la personne continuent de s'appliquer. Il faut accorder une attention particulière à leur respect, surtout envers les personnes les plus vulnérables.

Si vous êtes témoins d'abus, notamment liés à des mesures de confinement trop strictes, à des augmentations ou des ajouts de médication sans consentement ou d'autres formes de privation de liberté injustifiée, n'hésitez à nous nous appeler.

Bien que les locaux d'Action Autonomie soient fermés et les activités collectives moins nombreuses et à distance, nous maintenons le service d'aide et d'accompagnement téléphonique en défense des droits. Donc, nous retournons les appels téléphoniques et nous répondons à nos courriels.

Pour nous joindre :
Tél : 514-525-5060
Courriel : lecollectif@actionautonomie.qc.ca
Site internet : www.actionautonomie.qc.ca
Facebook : https://www.facebook.com/actionautonomie/

Action Autonomie

vol 28 no2, avril 2021

Le combat inachevé d'Edmé-Étienne

CHRONIQUE / Si je débarque un soir à l'urgence en ambulance avec de violents maux de ventre et l'impression que mes yeux vont sortir de leur orbite, on va me faire voir un médecin qui cherchera ce qui cloche et qui, dans la mesure du possible, me soulagera.

Mylène Moisan,
Le Soleil, 20 mars 2021

CE N'EST PAS CE QUI EST ARRIVÉ À EDMÉ-ÉTIENNE.

Son histoire commence comme ça, il est arrivé en juillet 2018 à l'urgence du CHUL en se tordant de douleur, et il est passé au triage. Jusque là, ça va. Sauf que l'infirmière au triage a fait sortir le dossier, elle y a vu un mot : «schizophrène», et elle a tout de suite conclu qu'il délirait.

Sans consulter personne, sans même poser aucune question à Edmé-Étienne sur les douleurs dont il se plaignait, elle l'a fait transférer à l'urgence psychiatrique où on l'a mis à nu, où on l'a forcé à enfiler une jaquette. «Edmé-Étienne avait beau leur répéter que le diagnostic n'était pas bon, qu'il avait été retiré, personne ne l'a écouté», me raconte sa mère Doris.

Le dossier du CHUL n'était pas à jour.

Pendant cinq heures, l'homme de 33 ans est resté à l'urgence psychiatrique où il a répété à qui ne voulait pas l'entendre qu'il n'avait pas d'affaire là. «Dans la section "raison de la consultation", l'infirmière a écrit "problèmes de comportement" sans faire mention de ses symptômes physiques.»

Au petit matin, «l'urgentologue de l'urgence physique est venu le voir pour déterminer s'ils allaient l'admettre en psychiatrie», il a écrit dans ses notes qu'Edmé-Étienne «est ambivalent par rapport à son désir d'être soigné». Il continuait à répéter qu'il avait mal au ventre et aux yeux.

«On ne l'a pas cru.»

Dans les faits, Edmé-Étienne était en sevrage intense. Pendant les 10 années où les psychiatres l'ont traité par rapport à son diagnostic erroné de schizophrénie, son pilulier a pris des proportions affolantes. Il avalait «tout un cocktail», de l'Abilify, du Paxil, du Risperdal et surtout du Seroquel à des doses vertigineuses. Au plus haut, il en prenait 1025 mg par jour, une quantité énorme, tellement que le fabricant AstraZeneca ne peut en assurer l'innocuité au-delà de 800 mg.

«Il y a eu une surmédication», déplore sa mère.

Et une pléthore d'effets secondaires. «Il avait une baisse visuelle importante, il avait une perte musculaire, tellement qu'il n'était presque plus capable d'écrire ni de cuisiner. Il avait des tics, des spasmes, des tremblements incontrôlables, des mouvements involontaires tout le temps. Il faisait de l'insomnie, il était toujours fatigué, il avait des douleurs musculaires chroniques depuis le début de sa médication, et ça allait toujours en empirant.»

Il y avait aussi les vomissements, des «crises oculogyres», qui sont des spasmes des muscles des yeux qui restent fixés, souvent vers le haut. «Il avait aussi un diagnostic de rhabdomyolyse», soit une dégradation progressive du tissu musculaire qui peut conduire à des lésions rénales.

«Me semble qu'un moment donné, quand tu vois ça, tu te dis que ça ne fonctionne pas», tranche Doris.

Frédéric Savage, «frère d'âme» d'Edmé-Étienne, a également pu constater les effets dévastateurs des antipsychotiques qu'il prenait. «Il avait l'impression de se faire entrer des aiguilles dans le corps.» Et le calvaire du sevrage. «Il réduisait le Seroquel de 50 mg par mois et chaque fois qu'il baissait, c'était un choc physique. Il passait deux jours sur le cul, il n'était pas capable de rien. Et ça revenait chaque mois…»

Il en avait pour deux ans.

Mais il ne s'est pas rendu là. Le 11 février 2019, Edmé-Étienne s'est jeté d'un huitième étage, devant une de ses psychiatres. Elle avait hérité de son dossier quelques mois auparavant, menait avec une collègue le ménage du pilulier. «Il l'a serrée dans ses bras, il l'a remerciée pour ce qu'elle avait fait. Son geste, ce n'était pas contre elle, mais contre la psychiatrie. Il me disait qu'il ne se sentait pas considéré par la psychiatrie.»

Il avait tout planifié.

«J'ai pris un café avec lui le matin, raconte Frédéric. Il m'a dit "la psychiatrie a eu une partie de moi, elle n'aura pas l'autre."» Frédéric n'a jamais pensé que son ami mettrait fin à ses jours

quelques heures plus tard, il avait compris qu'il continuerait à mener son combat pour que les choses changent.

Edmé-Étienne avait d'abord tenté d'avoir accès à son dossier médical. «Quand il a commencé à vouloir faire bouger les choses, on ne voulait pas le lui donner. Il se disait : "est-ce qu'il y a des choses qu'ils ne veulent pas que je voie?"» Il ne l'a jamais obtenu. Il a même essayé de passer par sa députée, rien à faire.

Sa mère a repris le flambeau. «Ils ne voulaient pas me donner son dossier non plus. Il a fallu que je prenne un avocat, ça m'a coûté 1500 $.»

Comble de l'ironie, après s'être fait servir ad nauseam l'argument de la sacro-sainte confidentialité par le CIUSSS (centre intégré universitaire de santé et de services sociaux) de la capitale nationale, Doris a reçu une partie du dossier psychiatrique d'un autre usager. «Ils ne voulaient pas me donner accès au dossier de mon fils et ils m'envoient le dossier de quelqu'un d'autre, je trouve ça très ordinaire.»

Elle a retourné cette partie, de sa propre initiative. «Ils n'ont même pas demandé à ce que je leur envoie.»

Quand elle a reçu le dossier de son fils, Doris a passé des nuits à l'éplucher, «à pleurer sur le plancher». Elle a pu voir tout ce qu'Edmé--Étienne avait traversé, ce par quoi il était passé durant toutes ces années. Elle a pu savoir ce qui s'était passé cette fameuse nuit où il s'était retrouvé à l'urgence psychiatrique.

Et d'où on l'avait laissé partir à 5h. «Tout seul, à neuf kilomètres de chez lui, sans même un billet d'autobus.»

Edmé-Étienne avait presque 18 ans la première fois où il a été hospitalisé, le psychiatre l'ayant évalué a conclu à un trouble obsessionnel compulsif et à un trouble psychotique non spécifié, les deux en rémission. Quand il a soufflé ses 18 bougies, son dossier a été transféré. «C'est là que le diagnostic de schizophrénie a été porté, avec un trouble obsessionnel compulsif. C'est là qu'ils ont commencé à le médicamenter.»

Toujours plus.

Doris convient que son fils était «un être complexe. Il avait une division entre le Bien et le Mal, il avait une obsession par rapport au diable.» Cela dit, «dans les rapports psychiatriques, quand il avait 20 -21 ans, c'est indiqué qu'il n'a pas d'anxiété sévère, qu'il est détendu en entrevue, qu'il est cohérent. C'est écrit "aucun trouble perceptuel noté, bonne autocritique".»

Toute sa vie, Edmé-Étienne a rejeté l'autorité. «Il était coloré, c'était un punk, un artiste, un poète. Dans sa poésie, il rejetait le système.»

Et au CHUL, on l'a jugé à son allure. «Il y a eu du profilage social, ils l'ont reconnu. Ils ont d'ailleurs reconnu qu'il y a eu plusieurs erreurs. Je dois dire que le CHUL a été très respectueux. Au bureau du Commissaire aux plaintes, les gens ont été très empathiques. J'ai senti une volonté réelle d'améliorer les choses.»

Des changements ont d'ailleurs déjà été apportés : on s'assure que le dossier médical du patient est à jour, une infirmière seule ne peut plus l'envoyer à l'urgence psychiatrique. «Le CHUL m'a appelée et ils m'ont dit : "si votre fils était admis aujourd'hui, il ne serait pas traité de la même façon".»

Doris n'a pas senti la même ouverture au CIUSSS, qui est responsable des services et des urgences psychiatriques. «Le CIUSSS devrait faire un mea culpa.»

Elle aimerait que le cas de son garçon serve à jeter les bases de la nouvelle unité psychiatrique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. «Pour la nouvelle aile, je demande à ce qu'il y ait un comité multisectoriel avec des gens comme moi, des travailleurs de rue aussi, tous ceux qui pourraient apporter leur point de vue. Ils pourraient même donner son nom à cette nouvelle aile…»

Il ne doit pas être mort en vain.

Dans les mois qui ont suivi le fiasco de l'urgence, Edmé-Étienne a piqué du nez. «Ça a été le début de la fin. Il était désemparé, il ne mangeait plus, il ne dormait plus.» Le peu de confiance qui lui restait envers le système s'est envolé. «Mon fils n'a pas été cru. Il a vécu ça comme un viol.»

Frédéric l'a ramassé à la petite cuillère. «Quand il est arrivé chez moi, il était totalement désorganisé, il avait une grande colère. Il disait : "on m'a séquestré, on m'a gardé de force". Suite à ça, je l'ai vu dépérir. Il était devenu paranoïaque, suspicieux, il a été très traumatisé par cette hospitalisation, il disait : "tu vas à l'hôpital parce que tu as mal au ventre et aux yeux et on te crisse à nu."»

À 33 ans, il se sentait comme une loque. «Je passais chaque semaine pour l'aider un peu avec le ménage, il n'était pas capable. Il se retrouvait en perte d'autonomie, il avait toujours l'impression de quémander. Il a fait des démarches pour pouvoir donner quelque chose à ceux qui l'aidaient, mais ce n'était pas possible. Il s'est donc tourné vers le réseau extérieur, pour avoir des services à domicile, mais il n'était pas éligible, parce qu'il n'avait plus de diagnostic.»

Depuis le retrait de la schizophrénie du dossier au début de février 2018, personne n'arrivait à mettre le doigt sur ce qu'il avait. «Il était en errance diagnostique», explique sa mère. Et, sans diagnostic, les services sont plus difficiles à obtenir. «Tu sais, tous ces détails qui viennent ignorer la personne, d'être vu comme un objet, ça a des effets», déplore Frédéric.

«Il trouvait ça dur d'accepter les conséquences du mauvais diagnostic et d'avoir été bourré de médicaments. Sa perspective d'avenir, c'était le CHSLD.»

Doris, elle, a dû encaisser le choc, apprendre à vivre avec la mort de son fils. «Ça fait deux ans et je commence à peine à digérer ce qui s'est passé. Mais je ne veux surtout pas être une victime, je veux faire ce que mon fils aurait voulu, travailler pour qu'il y ait des solutions. Il faut que la psychiatrie apprenne de ses erreurs, il faut que ça serve à faire de grands changements.»

Billet doux

Action Autonomie :

Verbe conjugué communautairement pour la promotion et la défense des droits individuels et collectifs en santé mentale.

C'est une noble mission qui ne va pas de soi. D'entrée en matière, pour résumer, je cite le comte Bertrand Russell. (…) rendre égal en droits ce qui ne l'est pas dans les faits.

Ce qui en santé mentale n'est pas si évident. Tout le monde veut votre bien, mais pourquoi y a-t-il tant de zones grises au niveau de la pratique?

Comment joindre médecine et citoyenneté? Pourquoi cette question se pose-t-elle? La psychiatrie, en mal de justification, a le rôle de garde-fou des débordements qui dérangent et comme solution au mal-être et gardien du bien-être individuel et social.

La gestion de ce mal être est souvent délicat : qui soigne et comment? Qui enferme et quand? Qui attache et pourquoi? (…) se questionne ad nauséam? j'en retrouve mon latin et d'autres le perdent!...

Tant de zones grises dans les faits, d'où le besoin d'encadrement et de travail pour la promotion et la défense des droits de nos citoyens affligés vu les abus et aléas possible.

C'est une mission que Action Autonomie remplit de mille et une façons en prise directe dans le terrain.

Pour les besoins de la cause, il s'action-autonomise comme « ESPACE DE PAROLE », un milieu ouvert et plein d'humanité pour ceux qui le traversent.

Suite à la page 20

Des personnes assistées sociales dans une situation plus précaire que jamais

Roxane Léouzon
Le Devoir, 13 février 2021

Des organismes et des représentants des trois partis d'opposition à l'Assemblée nationale ont réclamé vendredi de l'aide supplémentaire pour les personnes assistées sociales en ces temps de pandémie. De nombreuses personnes se trouvent dans une situation plus précaire que jamais, selon le Front commun des personnes assistées sociales du Québec (FCPASQ).

« Je suis maintenant obligée de courir les banques alimentaires tous les mois », a raconté Jessica Massé, résidente de Lévis et prestataire de l'aide sociale, parce qu'elle vit avec des contraintes sévères à l'emploi. « On n'est pas souvent capables d'avoir des légumes frais, à part dans les banques alimentaires. Je ne suis plus capable de m'acheter des poches de lait, je dois m'acheter du lait en poudre », a ajouté celle qui milite au sein de l'organisme ROSE du Nord.

D'après un sondage effectué par le FCPASQ auquel 257 personnes ont répondu, environ 50 % de ces personnes ont rapporté une hausse de leurs dépenses de 100 à 300 $ par mois pendant la pandémie. Environ 75 % d'entre elles se seraient privées de nourriture plus que d'habitude et 50 % auraient coupé dans les soins de santé.

Parmi les facteurs en cause se trouve le prix du panier d'épicerie, dont la hausse au Québec pour 2021 est prévue comme étant un record, à 4 %, par le 11e Rapport sur les prix alimentaires canadiens produit par quatre universités canadiennes. Les augmentations sont particulièrement marquées pour les fruits et légumes et la viande. « Quand on se prive déjà de manger, ça peut être deux ou trois repas de plus qui sautent dans le mois », a estimé en entrevue Stéphane Handfield, porte-parole du FCPASQ.

« Les banques alimentaires ont débordé, des organismes communautaires ont fermé, toute la nourriture gratuite que les gens allaient chercher dans ces ressources-là, les gens ont dû se la payer eux-mêmes. Les gens ne pouvaient plus aller dans plusieurs épiceries en quête de spéciaux pour ne pas trop s'exposer à la COVID-19. Certains qui avaient de petits emplois d'appoint les ont perdus et n'ont pas eu droit à la Prestation canadienne d'urgence », a développé M. Handfield.

« Les coûts des logements et des aliments augmentent plus vite que l'inflation, et l'aide sociale ne suit pas cette augmentation, donc il y a une dégradation du train de vie chaque année », a quant à lui avancé Philippe Hurteau, chercheur à l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

Le FCPASQ se positionne donc en faveur d'une aide d'urgence consistant à rehausser la prestation d'aide sociale jusqu'à la fin de la crise.

La porte-parole du Parti libéral du Québec en matière de solidarité sociale et de lutte contre la pauvreté, Paule Robitaille, s'est dite favorable à une telle mesure. « Ce que vivent les prestataires est extrêmement dur et la moindre des choses aurait été une allocation d'urgence pour eux. Il n'est jamais trop tard pour bien faire », a plaidé Mme Robitaille, soulignant que d'autres provinces, comme l'Ontario, ont mis en place un programme d'aide d'urgence pour aider des personnes à combler leurs besoins de base dans le cadre de la pandémie.

Pour le « droit à l'amour »

Une autre façon d'aider les prestataires serait de leur permettre de vivre sous le même toit sans que leur chèque soit amputé. Élus de l'opposition et organismes ont ainsi revendiqué « le droit à l'amour » des personnes assistées sociales comme

mesure permanente.

Vendredi, Mélanie Ratté a raconté avoir dû quitter le logement qu'elle habitait avec son conjoint, commis d'épicerie, lorsqu'elle a dû demander l'aide de dernier recours en raison de problèmes de santé. « C'était évident que mon conjoint ne pouvait pas couvrir nos deux dépenses avec un seul salaire. Et de toute façon, pour moi, il était hors de question de dépendre d'une autre personne et de lui confier le contrôle de ma vie. J'ai donc dû aller vivre chez ma mère pour avoir droit à une aide financière », a confié Mélanie Ratté, militante à l'Action plus Brome-Missisquoi.

Selon le régime actuel, les prestataires des programmes d'aide sociale et de la solidarité sociale peuvent se faire retrancher autour de 25 % parce qu'ils vivent ensemble. Ils ne sont pas admissibles au programme si le salaire de leur conjoint dépasse un certain montant.

« Il est difficile de croire qu'en vivant avec un conjoint ou un colocataire, le revenu personnel de l'aide sociale est superflu, comme si ces personnes n'avaient pas besoin de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. C'est inhumain et déconnecté de la réalité des personnes assistées sociales », a déclaré Martin Ouellet, porte-parole du Parti québécois en matière de solidarité sociale et de lutte contre la pauvreté.

De son côté, l'attachée de presse du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale a mentionné que ce sujet est présentement examiné dans le cadre de la modernisation de l'assistance sociale. « La question de l'individualisation des prestations fait partie intégrante des discussions, mais dans le contexte d'une réforme globale du régime de l'assistance sociale plutôt que d'une réforme à la pièce », a communiqué par courriel Maude Méthot-Faniel.

« Nous avons bonifié et indexé les prestations des personnes assistées sociales. Ces bonifications fluctuent entre 1,8 % et 7,3 % de leurs prestations selon leur situation », a aussi indiqué Mme Méthot-Faniel.

FIN

Accès aux services

Comment faciliter l'accès aux soins de santé mentale

Jean-Benoit Nadeau
L'actualité 3 mars 2021

Le Québec compte autant de psychologues que toutes les autres provinces réunies. Alors, pourquoi êtes-vous incapable d'obtenir un rendez-vous ? Explications.

Présidente de l'Ordre des psychologues depuis 2015, Christine Grou précise comment le réseau de la santé peut mieux faire quand vient le temps de prendre soin de la santé mentale de la population lors de crises majeures. En pratique privée depuis 1992, elle a également travaillé 20 ans au sein de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (hôpital Louis-H. Lafontaine).

La COVID-19 a-t-elle créé une épidémie de troubles mentaux ?

Les mesures sanitaires aggravent le niveau de détresse et d'anxiété. Elles augmentent les tensions familiales, les demandes en urgence, les taux de rechute, les interruptions de service.

Cette situation remonte à bien avant la pandémie de COVID-19. Les troubles mentaux étaient déjà la première cause d'invalidité et d'absentéisme. Ça représente de 30 % à 40 % des consultations chez les médecins de famille. Pourtant, la santé mentale reste le parent pauvre du système de santé. Le Québec y consacre 6 % de son budget — contre 13 % au Royaume-Uni.

Faudrait-il fournir plus de ressources ?

Il faudrait plutôt mieux les utiliser. Le Québec compte 8 800 psychologues, c'est autant que dans tout le reste du Canada ! C'est la plus forte proportion par habitant en Amérique. Il y a aussi 1 000 psychiatres et 1 800 titulaires d'un permis de pratique de psychothérapie — ce sont des ergothérapeutes, des sexologues, des criminologues, des conseillers en orientation.

Des progrès, il y en a eu. Mais les services n'ont pas suivi. Dans le réseau public, on a un sérieux problème de listes d'attente. On laisse les gens poireauter pendant 6 à 24 mois, et plus.

Le problème, c'est que le réseau public perd des psychologues, qui partent au privé, où les conditions sont meilleures. Il reste environ 2 400 psychologues dans le réseau public de la santé et 1 200 en éducation. Il faut corriger ça, parce que le réseau public hérite des cas plus complexes, qui demandent plus de ressources.

Qu'est-ce qu'il faut corriger ?

En pratique privée, on peut se présenter librement chez un psychologue, sans référence médicale, pour obtenir une évaluation et entreprendre rapidement un traitement de psychothérapie. Mais ce n'est pas gratuit, à moins d'avoir une assurance.

Au public, c'est gratuit, mais la porte d'entrée est le médecin, pas le psychologue. Or, depuis 2012, il est établi que les psychologues savent évaluer un trouble mental, autrement dit poser un diagnostic. Mais pour entrer dans le système public, ça ne compte pas : il faut passer par un médecin, ce qui engorge le système et diminue l'accès. Une mesure simple serait d'autoriser les psychologues à être une porte d'entrée.

En 2021, personne ne devrait penser qu'on peut être traité pour un problème de santé seulement si on a l'argent.

Autre aberration : l'État rembourse des soins au privé dans certaines situations, mais pas dans d'autres. Par exemple, si vous faites une dépression majeure avec séquelles après un accident de la route, la Société de l'assurance automobile va rembourser les consultations au privé. Mais si vous faites une dépression majeure parce que votre enfant a été happé par une voiture, elle ne les remboursera pas. Et c'est pareil avec l'Indemnisation des victimes d'actes criminels [IVAC] ou par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail [CNESST]. Ça crée des injustices.

Depuis 50 ans, les connaissances en santé mentale ont beaucoup avancé. Est-ce que le système s'est ajusté ?

On n'offre pas la diversité de traitement voulue, qui répond correctement aux besoins de la population et à l'état des connaissances. La science est très claire. Par exemple, le traitement le plus efficace contre la dépression est une combinaison d'antidépresseurs et de psychothérapie. Le médicament agit sur la chimie du cerveau, tandis que la psychothérapie change la manière de penser.

Mais si vous arrivez au CLSC avec une ordonnance de votre médecin pour une psychothérapie, il se peut qu'on ne vous offre que la thérapie de groupe. Ce n'est pas mauvais en soi, mais ça ne fonctionne pas si vous avez besoin d'une psychothérapie. C'est comme s'il vous fallait une opération et qu'on vous mettait une prothèse.

L'offre s'appauvrit depuis 20 ans, alors que dans les années 1970 on avait développé la psychiatrie sociale et toute une gamme de services. Actuellement, le seul traitement à la portée des médecins, c'est de prescrire des médicaments. Dans le réseau, l'offre est à géométrie variable. Certains CLSC n'ont ni psychologue ni traitement de psychothérapie.

Que pensez-vous des mesures mises en place par le gouvernement pour réduire les listes d'attente ?

Le gouvernement a décidé de faire un achat de services au privé. C'est une excellente initiative. Mais ça va prendre des mesures durables.

Et puis, il y a aussi la manière dont les gestionnaires d'établissement comprennent les directives. Car il est

possible de réduire des listes d'attente sans améliorer la prestation de services. Il suffit qu'une personne d'un établissement appelle un patient sur la liste pour évaluer son besoin et son nom disparaît alors de la liste d'attente, même si le service peut venir deux ans plus tard.

Je suis inquiète parce qu'on parle beaucoup des autosoins actuellement. Ça prend la forme d'un guide qui permet à la personne d'évaluer son état et de gérer certains aspects de son traitement. Proposer ça à quelqu'un qui a besoin d'une psychothérapie est une mauvaise pratique. Qu'on fasse d'abord ce qui est prescrit. On pourra toujours offrir les autosoins à la fin.

Les autosoins sont très associés au Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Les psychologues du réseau public sont fortement remontés contre le PQPTM. À tort ou à raison, selon vous ?

L'idée initiale était d'élargir l'accès à la psychothérapie pour les personnes n'y ayant pas accès par le réseau public de la santé ou leurs assurances privées. Toutefois, le PQPTM a évolué vers un programme par étapes qui prête à équivoque. Ça laisse croire qu'il faut passer par une série d'étapes (et de services) avant d'avoir accès à la psychothérapie, alors que celle-ci devrait faire partie des services offerts dès le départ aux gens qui en ont besoin.

Le traitement devrait tenir compte du problème et de la personne. Un trouble anxieux chez moi et chez une personne qui a un trouble du spectre de l'autisme, ça ne demandera ni le même traitement ni la même approche. En santé mentale, on ne traite jamais des « troubles », on traite des « personnes qui ont un trouble ».

FIN

Médicaments

En finir avec la camisole chimique ?

Comme des fous, 3 février 2021

Doit-on consentir au soin pharmacologique ? Et doit-on répondre à un comportement inadapté par de la chimie ?

J'aimerais aborder la question des médicaments psychiatriques et l'idée de devoir s'intoxiquer pour aller mieux. Je n'ai pas trouvé de réponse définitive alors je vous laisse vous interroger avec moi.

Je ne sais pas si le parallèle est juste mais on vit dans un monde de plus en plus soucieux du bien-être animal, où on en vient à substituer notre alimentation par de la chimie, du faux-mage, de la fausse viande, pour le bien de la planète dit-on.

Mais quand ça touche à votre corps au-delà de l'alimentation, quand on vous enjoint à prendre une molécule chimique pour vous apaiser ou vous permettre de réguler vos émotions et même vos idées, la question du consentement se pose toute entière, on appelle ça la camisole chimique.

Doit-on répondre à un comportement inadapté (ou un trouble) par de la chimie ? Il serait illusoire de soutenir coûte que coûte que c'est la faute à cette société si nos comportements sont inadaptés. Tout comme il est illusoire de nous obliger à nous adapter à une société malade. En clair, les comportements inadaptés existent, ce n'est pas que de la faute aux autres si on ne va pas bien.

Mais là où ça se complique, c'est quand on individualise le problème, à tel dérèglement on répond par telle molécule comme s'il suffirait de trouver la bonne molécule et la bonne dose pour chacun.

Ce qui me gêne en premier, c'est bien de devoir ingurgiter des comprimés sans mon consentement, de me voir priver de la possibilité de m'en sortir sans les médicaments. Car des exemples de personnes se rétablissant sans l'institution psychiatrique et sans aide médicamenteuse, ça existe aussi.

Ce qui me gêne en complément, c'est la disparition de la dimension collective. A chacun son trouble, à chacun son traitement. Impossible de politiser la question car impossible de sortir de la vision individuelle et personnalisée du traitement.

Les réunions collectives ne servent à rien, la problématisation du conflit on n'en veut pas, on veut juste que tu ailles voir en tête à tête un psy pour te remettre sur pied. Du coup, tu repars avec une ordonnance, la souffrance disparaît un temps et puis comme par hasard elle ressurgit sous une autre forme de manière chronique.

Sommes-nous donc à ce point incurables ou c'est la société qui oublie de proposer des espaces pour le mieux-être ? Elle est où l'alternative à l'hôpital et aux soins sans consentement ? Est-ce à chacun de trouver, par ses propres moyens, sa façon d'échapper à l'hospitalisation ?

Je suis radicalement opposé à la privation de liberté en échange d'un traitement médicamenteux matin, midi, goûter, soir et nuit. Et pourtant, c'est parfois nécessaire… Ou c'est juste qu'on s'empêche de transformer le système parce que c'est trop compliqué.

A quoi bon traumatiser les gens en les attachant à leur lit ou en les préservant d'eux-mêmes par les chambres d'apaisement ? On savait faire autrement, pourquoi on ne le fait plus ou pourquoi on ne cherche plus à le faire ?

Pourquoi culpabilise-t-on les gens qui arrêtent leur traitement chimique dès qu'ils vont mieux ? Parce qu'ils ne se rendent pas compte qu'ils sont malades ? Ou plutôt parce que leur seule marge d'action, c'est de les arrêter individuellement pour retrouver un semblant de vie normale ?

Je ne crois plus à la maladie et à son incurabilité, je crois même qu'avec un bon accompagnement on peut dépasser ses traumas, accepter ses limitations et se passer du traitement chimique. Sauf qu'il n'y a pas de lieu qui accompagne cette transition entre la prise de médicaments (forcée) et la réduction progressive jusqu'à l'anéantissement du soutien chimique.

En plus d'être invisibles, on coûte de l'argent à la société. C'est pour ça que les professionnels tentent maintenant de nous remettre dans le circuit du travail en milieu ordinaire. Mais le remboursement des psychotropes aussi coûte à la société.

Dernier problème, la société c'est nous. Il n'y a pas ceux qui bénéficient de soins d'un côté et ceux qui payent leurs impôts pour financer ce soin.

On peut s'interroger sur le financement. Pourquoi ne finance-t-on pas le soin par la parole ou par l'activité thérapeutique qui extrait la personne de son isolement plutôt que de financer la sécurisation des lieux de soin ou, pire encore, d'enlever les moyens humains pour les remplacer par des distributeurs de médicaments.

On peut également s'interroger sur cette vision hospitalo-centrée et se dire que ce sont aux personnes en soin elles-mêmes de s'auto-organiser. Mais c'est se voiler la face sur l'oppression systémique et oublier la réalité des institutions psychiatriques.

Inadaptés nous le sommes, mais pas toujours, inadaptés à un système qui broie aussi bien les personnes en soin que les soignants.

Non le médicament ne soigne pas la souffrance, c'est une béquille, un outil thérapeutique, qui sans autre accompagnement ne fait que détruire à feu lent le corps de celui qui s'intoxique avec ces traitements, pour « son bien » et pour ne pas déranger par des comportements inadaptés.

Pour finir, je ne crois pas que nous soyons différents par essence, nous avons chacun notre parcours plus ou moins heurté par les malheurs de la vie, et l'important c'est d'entretenir l'espoir d'un mieux-être à la fois individuel et collectif, par l'entraide, par la transmission des savoir-être et faire, au lieu de repartir à zéro à chaque fois.

Car le soin chimique est le degré zéro de la psychiatrie, le vrai soin est ailleurs, c'est la remise en vie et en mouvement de chaque personne pour qu'elle puisse s'épanouir et pas juste s'intoxiquer pour survivre. L'important c'est la santé (pas forcément la santé mentale).

Joan

vol 28 no2, avril 2021

Libre opinion

Quelle lumière au bout du tunnel?

Par Serge Petitclerc
Porte-parole du Collectif pour un Québec sans pauvreté

« On voit enfin la lumière au bout du tunnel. »

Voilà une des expressions favorites du premier ministre François Legault depuis un an. Ces jours-ci, avec l'accélération de la vaccination et l'arrivée du beau temps, il est permis de croire que, cette fois, la lumière est vraiment en vue.
Pour beaucoup de monde, cela est synonyme du retour des soupers entre amis, des sorties au restaurant ou au cinéma, des activités sportives et culturelles, des saucettes au spa, des voyages dans le Sud…

Mais pour les personnes en situation de pauvreté, pour qui ces petits luxes sont souvent inaccessibles, qu'est-ce qui a vraiment changé avec la pandémie ? Et à quoi ressemblera le « retour à la normale » ?

Ces personnes ont été particulièrement affectées par la crise, notamment parce que la grande majorité n'était pas admissible aux différents programmes d'aide financière des deux ordres de gouvernement.

Ce qu'elles ont perdu, c'est l'accès à un groupe communautaire, la possibilité de rapporter les contenants consignés, le coup de pouce des proches qui ne peuvent plus venir les visiter, l'emploi à temps partiel qui leur permettait d'arrondir leurs fins de mois… Et comme tout le monde, elles ont dû payer plus cher certains aliments, ajouter des frais de livraison, s'acheter des masques, etc.

Ces personnes, ce n'est pas dans le gras — dans les petits luxes — qu'elles ont dû couper, mais dans l'essentiel ; l'essentiel qui leur faisait déjà défaut avant la crise. Il n'est pas anodin que 8 % de la population québécoise affirme avoir vécu de l'insécurité alimentaire sévère dans la dernière année, se privant souvent de manger pendant des journées entières.

Le mouvement communautaire et les trois partis d'opposition ont multiplié les appels à une aide d'urgence pour les personnes en situation de pauvreté. Le ministre de la Solidarité sociale, Jean Boulet, a bien été obligé de reconnaître que les besoins des personnes à faible revenu avaient été « accentués par le contexte pandémique ».

Il est difficile d'imaginer comment le gouvernement aurait pu en faire moins pour aider les personnes en situation de pauvreté à traverser la crise.

Pourtant, quelle a été la réponse du gouvernement du Québec devant tous ces appels à l'aide, devant l'augmentation évidente de la détresse de ces gens ?

Il a refusé de leur accorder la moindre aide financière supplémentaire.

Dès le départ, il s'est déchargé de ses responsabilités en multipliant les appels au bénévolat et à la charité. Pour essayer de limiter un peu les dégâts, il s'en est essentiellement remis aux banques alimentaires et aux groupes communautaires.

Aux personnes assistées sociales, il n'a rien eu de mieux à offrir qu'un moratoire sur le recouvrement des dettes… qu'il s'est empressé de contourner à la première occasion.

Il est difficile d'imaginer comment le gouvernement aurait pu en faire moins pour aider les personnes en situation de pauvreté à traverser la crise.

Pour elles, il n'y a rien de nouveau dans le fait d'être abandonnées à leur sort par le gouvernement. Elles le sont à longueur d'année. Ce qui est nouveau, c'est qu'elles savent maintenant que même dans une situation aussi exceptionnelle qu'une pandémie mondiale, le gouvernement peut se permettre de les laisser tomber.

Ainsi, il n'y a pas vraiment de lumière au bout du tunnel pour elles ces jours-ci. Le « retour à la normale », ce n'est rien de plus que la promesse de demeurer dans l'angle mort du gouvernement.

FIN

Rêverie

En cette période de pandémie, le besoin de s'évader se fait souvent sentir. Lorsque l'on a peu de ressources financières et que les difficultés semblent s'amonceler il existe un endroit où se réfugier. Celui-ci se niche dans les confins de notre imagination. Nos chimères ne connaissent aucune contrainte de temps, de lieu ou d'argent. Elles ont trop souvent leurs lots de détracteurs pourtant tout le monde s'y laisse aller sans vraiment l'avouer comme s'il s'agissait d'un plaisir coupable.

Rien n'est impossible avec les rêves. Ils peuvent prendre les airs d'une machine à remonter le temps, d'une fontaine de jouvence, d'une fabrique d'argent ou bien d'aventures rocambolesques, etc... Comme le disent si bien les anglophones «sky is the limit». Wow, tout le monde peut devenir ou redevenir beau, jeune et avoir la vie devant soi. La question se pose alors; les rêves éveillés sont-ils néfastes ou au contraire, représentent-ils une saine échappatoire saine?

De nombreuses personnes considèrent que la rêverie est l'apanage des faibles qui sont incapables d'agir sur le présent, qu'il est plus facile de rêvasser que d'agir et que s'il existe des situations que l'on ne peut changer comme par exemple notre âge il ne nous reste alors qu'à accepter notre triste sort. On peut affirmer cependant que nos chimères sont révélatrices de certains souhaits, de certaines aspirations certaines réalisables d'autres non. Et puis l'évasion est-elle condamnable? Certains s'évadent dans les voyages, en allant au cinéma ou en regardant la télé. Alors, pourquoi condamner le rêve ? À partir du moment où l'on fait la distinction entre chimère et réalité qui a-t-il de mal à se faire du bien!

Je me souviens d'un professeur au CEGEP qui disait « le rêve est beaucoup mieux que la réalité. Il ne coûte rien et ne vous déçoit jamais. Regarder moi par exemple, disait-il, je pourrais aller dans le sud il pourrait y avoir de la pluie, je pourrais me retrouver dans un hôtel minable à manger de la mauvaise bouffe et en plus cela me ferait dépenser. Alors j'y vais en rêve la température y est toujours parfaite tout comme la chambre et la nourriture en plus j'économise! » Sur ce cher.es ami.es, laissez-moi retourner dans un beau manoir de l'époque victorienne!

FIN

Anne-Marie Chatel

Suite de la pare 13

Par qui et comment ces paroles? Paroles qui ne sont pas toujours écoutées. Paroles qui sont incomprises du système. Paroles en soif de partage.

Paroles à transmettre, à élaborer, à documenter, à faire vivre, à accueillir, à afficher, à faire connaître. Enfin, n'oublions pas les paroles brimées, les paroles SOS, les paroles à soutenir. Eh bien! Permettons-nous la parole comme lumière et assurons le besoin de témoins et de gardiens pour assurer un « ESPACE DE PAROLE ».

Ces paroles sont récoltées et transmises à travers tous les médias. Ne lésinons pas sur les moyens pour en assurer la pérennité.

Bref, Action-Autonomisons-nous,
Roger Jr Boisvert

FIN

Caricature

vol 28 no2, avril 2021

vol 28 no2 avril 2021

La pandémie, révélateur des failles de notre système de santé mentale

Danielle Perrault, psychologue et autrice
La Presse + 25 février 2021

Si je me casse une jambe, je m'en vais sans hésiter aux urgences. Si je suis en détresse émotionnelle, je ne veux absolument pas y aller… Est-ce normal, docteur ?

La pandémie nous renvoie à notre miroir. Seuls face à nous-mêmes. Plus de distractions pour éviter de ressentir ce qui nous fait défaut ou encore ce qui nous fait peur. La détresse psychologique est associée à la maladie mentale. On parle d'un dérèglement biochimique… que l'on traite avec des médicaments. La chimie a bon dos, mais elle n'explique pas tout.

On nous dit d'apprendre à vivre avec le diagnostic qu'on nous accole plutôt que de nous enseigner à découvrir les ressources qui nous habitent : nos anticorps naturels, nos antidotes personnels.

La peur engendre la méfiance, un mouvement de crispation et de fermeture. La confiance génère l'ouverture, la détente. L'antidote à la peur est donc la confiance. Le système de santé mentale fait tout le contraire… il ne sait pas soigner. La pandémie a mis en lumière toutes ses lacunes.

Quand la porte d'entrée de la maladie mentale est la psychiatrie et que pour y être admis, il faut être en crise majeure…

Quand on sait l'accueil formaté, froid, presque hostile teinté de peur que l'on fait aux êtres qui y entrent, notre société a un problème. Imaginez : vous avez peur… on vous sépare des vôtres, on vous questionne, on vous déshabille, on cherche à vous poser un diagnostic pour savoir quelle pilule on vous donnera pour vous calmer. On ne cherche pas à vous connaître, à vous rassurer, on craint les manifestations de votre peur. Or, c'est la dernière attitude à adopter. Être accueilli par quelqu'un de froid qui, sans même prendre le temps de vous connaître, exige que vous vous calmiez, c'est un non-sens. Il m'arrive de penser, tant ce système manque d'humanité, de présence, d'accueil, de chaleur, de temps, de compréhension et de douceur, que cet espace (l'hôpital psychiatrique) devrait au moins servir à des cures de sommeil.

Se déposer

Il y a de nombreuses années, ce traitement existait dans certains hôpitaux psychiatriques. On droguait les gens pour qu'ils dorment… on permettait ainsi à leur système nerveux de se calmer… il y avait des cures médicamenteuses d'une ou de deux semaines, parfois plus, dépendamment de l'ampleur manifeste du besoin de l'individu. On accueillait les patients en leur disant qu'ils se reposeraient, qu'on les aiderait à se déposer, ce qui était reçu avec un immense soulagement. Arrêter de penser, se sentir en sécurité, avoir un toit pour s'abandonner, se ressourcer. Une fois l'accalmie du système nerveux… on pouvait commencer le travail de conscience, c'est-à-dire remonter à l'origine du déséquilibre pour le comprendre… À mon grand désarroi, ça n'arrivait malheureusement jamais… les patients n'y étaient pas conviés. Ils allaient mieux, ils pouvaient retourner chez eux… jusqu'à la prochaine crise ? Aujourd'hui, on ne les garde même plus.

Tant que la peur régnera en maître, tant que nous n'enseignerons pas la santé mentale et comment guérir de son déséquilibre, nous resterons des victimes et le système n'évoluera pas.

La maladie mentale n'est pas une tare héréditaire dont il faut se méfier. Chacun a en lui les ressources pour se connaître, pour rétablir l'équilibre si on lui en donne la possibilité. Mon expérience, en plus de 40 ans de pratique, me le confirme. Nos histoires sont uniques, elles ont besoin d'être reconnues et détricotées pour que nous les démêlions. Ce n'est pas un vice, ça s'apprend.

Que fait-on de nos épreuves ? Nous en restons victimes, nous devenons des agresseurs, ou encore nous évoluons grâce à elles ? Moi, je crois que c'est en acceptant d'apprendre d'elles que nous réformerons le système. Vivement que cette confiance en l'humain soit propagée.

FIN

Billet doux

Le pouvoir des petites choses

« Pense aux petites choses qui te font plaisir ». Une phrase que j'ai quelque fois entendue dans certains de mes moments sombres. Je me disais alors « bon, encore quelqu'un d'un peu ésotérique qui pense que tout se règle en faisant du yoga ou en faisant confiance aveuglément à l'astrologie. Non, ça ne suffit pas. Ce ne sont pas les « petites choses » que j'aime qui vont régler mes problèmes. En revanche, j'ai réalisé que j'ai besoin de ces choses, en quelque sorte, pour me ramener au moment présent.

Pendant le confinement j'ai eu énormément de temps de ruminer de vieux souvenirs ou faire de longues recherches sur mon ordinateur, qui pouvaient parfois me rassurer, parfois m'angoisser. Plutôt que de prendre soin de ma santé mentale, j'essayais de trouver des façons de la valider sans cesse. De l'expliquer. De diagnostiquer quelque chose qui ne va pas chez moi, d'autant plus que de tous les diagnostics que j'ai pu recevoir, en troubles neurologiques ou en santé mentale, aucun ne met réellement un mot sur ce que je vis. Rechercher et valider mes ressentis, tout comme mes difficultés c'est important, mais j'ai tout de même besoin de me retrouver. De savoir ce que j'aime et d'y consacrer du temps. Faire des découvertes s'il le faut. Si j'écris à ce sujet, c'est parce que j'ai négligé cela énormément au cours des derniers mois.

J'ai donc fait une liste de petites choses qui ne me sauveront pas forcément, mais qui pourraient tout simplement me faire du bien.

Il y a l'automne, les bandes dessinées, les chiens courts sur pattes, les épiceries européennes, le chocolat noir, les smoothies, les grosses pantoufles, Beau Dommage, ma soeur, la trilogie du Seigneur des Anneaux, le parc Maisonneuve, le spaghetti, le vin, la forêt, Jean Leloup, les frites... pas besoin que ces choses soient pertinentes aux yeux des autres. J'ai seulement besoin de me dire « En ce moment je peux être moi-même à cent pour cent. Qu'est-ce que j'ai envie de faire »? Il n'y a absolument rien de mal à ça. Avoir du plaisir, c'est valide. Avoir du plaisir sans forcément avoir une idée précise du bonheur l'est aussi, à mon avis. Je suis plutôt hédoniste par nature et c'est correct comme ça.

Il est totalement valide de prendre des pauses, de se recentrer ou de tout simplement prendre du temps pour soi. Malheureusement, il y a tout un discours négatif autour de ça. Le plaisir est souvent relié à l'exception, la paresse même! Il nuirait à la productivité et passe souvent en dernier. Pourtant il est question de bien-être et de santé mentale. Donc d'enjeux importants.

Les mauvais jugements ne sont pas bienvenus.

Par Isabelle Pépin
Montréal, mars 2021

vol 28 no2, avril 2021

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