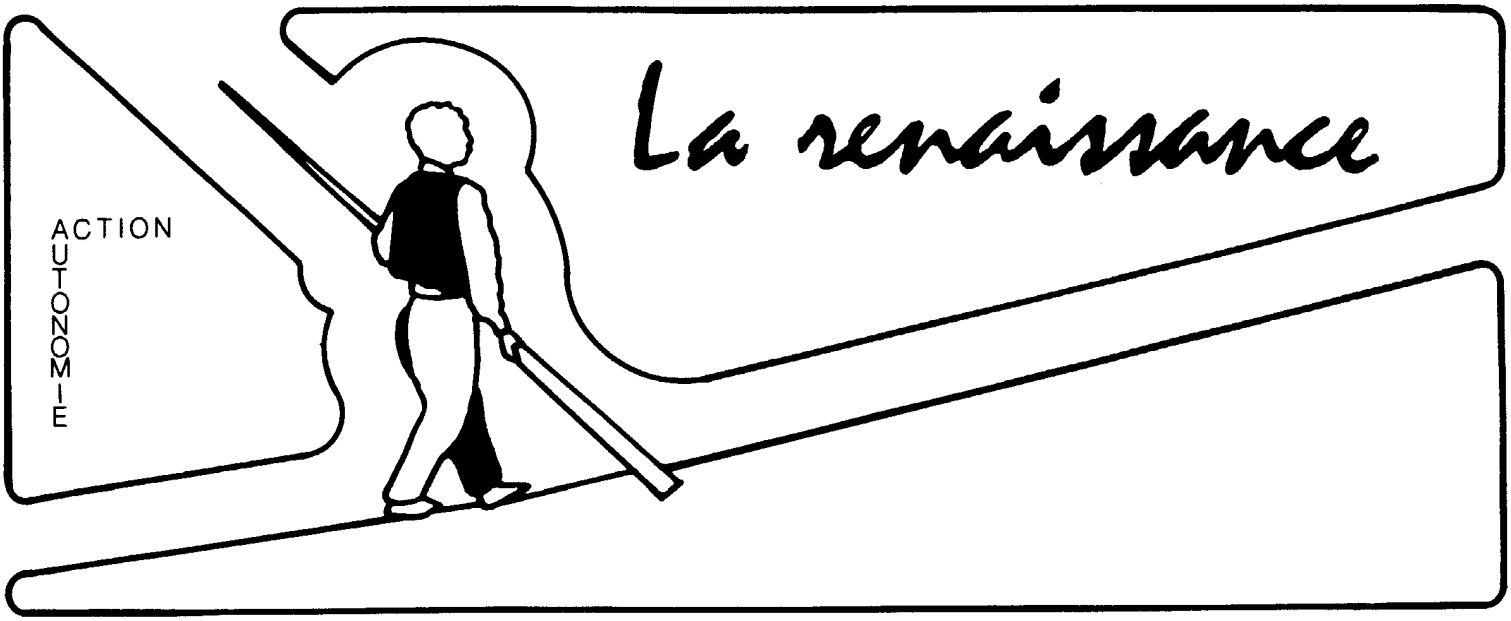


Volume 20 juillet 2013 Numéro 1

Électrochocs
Le cabinet du ministre de la Santé accepte de rencontrer le comité Pare-Chocs

Le DSM 5
La bible des troubles mentaux reniée!

Le courant avant le profit
Campagne contre les hausses de tarifs d'Hydro

« À l'eau toit »
Rapport de la Commission populaire itinérante sur le droit au logement

Électrochocs
Un septième rassemblement d'opposition est organisé à Montréal

La Renaissance

La Renaissance est le bulletin d'information d'Action Autonomie, le Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal. La Renaissance est un bulletin trimestriel. Il se veut un outil d'information sur les droits et recours en santé mentale ainsi que sur les activités, les recherches et les actions menées par Action Autonomie. Les opinions émises dans le bulletin n'engagent que leurs auteurs. Toute reproduction de texte est encouragée à la condition d'en mentionner la source.

Comité journal

Anne-Marie Chatel
Ghislain Goulet
Martin Perrier
Huguette Doyon
Marc-André Jobin
Francine Santerre Dupuis

Collaborateurs, collaboratrices

Aline
Nicole Cloutier

Production

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

Pour plus d'informations communiquer avec:

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

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, deuxième trimestre 2013

Bon été!

L'Équipe du comité journal

Vous voulez participer à La Renaissance

Prochaine parution: octobre 2013
Date de tombée pour les articles: septembre 2013

Le Billet doux

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

Sommaire

7ième rassemblement d'opposition aux électrochocs

Le cabinet du Ministre Hébert accepte de rencontrer les opposants aux électrochocs. pages 3 et 4

Chronique « aux bons soins »

Contention et mise sous garde : la prise de note est essentielle pages 5 et 6

Dossier tarification

Faites passer le courant avant le profit pages 7 et 8

Dossier médicaments

Mort suspecte de 17 enfants: des antipsychotiques soupçonnés page 9

Les médecins peu informés des effets secondaires par les représentants pharmaceutiques page 10

La fabrique de malades: ces maladies qu'on nous invente page 10

DSM-5

La bible des troubles mentaux reniée pages 11 et 12

Dossier « abus médical »

Un psychiatre trouvé coupable d'agressions sexuelles envers ses patients page 17

Dossier psychiatrie

Y-a-t-il collusion en psychiatrie? page 20 à 22

Dossier logement

« A l'eau toit » … Il y a urgence en la demeure !!! page 22

Chroniques

Mon doux Grisou, mon fidèle ami et zoothérapeute pages 16 et 17

Vient de paraître: Au-delà du préjugé page 14

Chroniques: Aux bons soins pages 5 et 6

Nos vieux amis: Les maux du vieil Arthur pages 21

Libre opinion Témoignage page 13 et 14

Libre réflexion: La responsabilité et son ambiguïté page 22

7ième rassemblement d'opposition aux électrochocs

Le cabinet du Ministre Hébert accepte de rencontrer les opposants aux électrochocs.

« Arrêtons la violence à l'égard des femmes, des mères et des grands-mères », tel est le cri de solidarité qui a été lancé à Montréal, la veille de la fête des mères, lors du septième rassemblement annuel d'opposition aux électrochocs.

À cette occasion, il a été annoncé que le cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Réjean Hébert, acceptait de rencontrer les responsables du comité Pare-Chocs pour se saisir des préoccupations du comité concernant l'utilisation de cette technique controversée.

Lors du rassemblement, M. Ghislain Goulet, porte-parole du comité, a dit: « Monsieur le Ministre, le temps presse. Vingt-cinq, trente personnes recevront peut-être, au Québec, aujourd'hui des électrochocs sans, bien souvent, avoir été informés ni de leurs effets secondaires, qui peuvent aller jusqu'à la mort, ni de l'ensemble de l'éventail des alternatives thérapeutiques disponibles et susceptibles de leur venir en aide. »

Mme Gabrielle Major, au nom de membres de l'organisme Les frères et sœurs d'Émile Nelligan, a livré le témoignage d'une personne qui a subi des séquelles importantes, dont la perte de ses dents, conséquences de plus de cent électrochocs qui lui ont été

administrés. Une autre personne qui a reçu plus de cent électrochocs a dit « les électrochocs, non seulement ça n'aide pas mais en plus, dans mon cas, ils ont brisé ma vie. Il faut que cesse cette pratique destructive. » Madame Lourdes Rodriguez del Barrio a souligné l'importance de poursuivre la recherche en ce domaine, particulièrement auprès des personnes qui ont reçu ce « traitement »; un aspect négligé dans les recherches antérieures.

Rappelons que dans un rapport commandé par le MSSS en 2002, le Dr Reiner Banken affirmait que « Les incertitudes quant à l'efficacité et aux risques de l'ECT demeurent importantes. Il est donc nécessaire de recueillir plus de données à cet égard. » Il y formulait aussi sept recommandations pour encadrer cette pratique psychiatrique. Dix ans après la remise du rapport, rien n'a encore été fait.

Depuis son introduction dans les années trente, le traitement aux électrochocs demeure controversé, autant au niveau social que scientifique. Il peut causer des dommages allant des problèmes de mémoire et cognitifs jusqu'au décès.

Les responsables du Comité Pare-Chocs tentent de rencontrer le Ministre de la santé depuis 2005. Les ex-ministre Couillard et Bolduc se contentaient de renvoyer la balle au Collège des médecins et à l'Association des médecins psychiatres.

Cet événement, tenu en clôture de la *Semaine nationale de la santé mentale*, est l'initiative du Comité *Pare-chocs*.

Par GhislainGoulet

FIN

vol 20 no1, juillet 2013

Rencontre avec le cabinet du ministre de la Santé

Vendredi le 17 mai dernier, une délégation du comité Pare-Chocs rencontrait l'attaché politique du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Réjean Hébert.

Cette rencontre, demandée depuis le mois de janvier 2013 était très attendue. En effet, n'ayant pas obtenu de réponse ni même un accusé réception de la part du cabinet du ministre, le Comité avait fait parvenir une nouvelle demande de rencontre et envoyé un communiqué de presse, dans la semaine précédant son rassemblement annuel.

Or, quelques jours avant le rassemblement , le cabinet du ministre Hébert a contacté le responsable pour l'inviter à rencontrer l'attaché politique du ministre. Demande à laquelle on a répondu favorablement.

Lors de cette rencontre, la délégation du Comité Pare-Chocs a fait état des nombreuses récriminations, dont l'absence de leadership des ministres de la Santé, depuis 2005, sur la question des électrochocs.

M. Hébert, comme ministre de la Santé, c'est votre devoir d'agir!

En janvier 2011, le comité consultatif de la Food and Drug Administration (FDA) américaine, suite à une consultation publique, a établi le constat suivant: **le traitement par électrochocs est à risque. De plus, son innocuité et son efficacité ne sont pas prouvées.**

M. Hébert, on est en droit de savoir!

- Combien d'électrochocs sont réellement prescrits au Québec?
- Pourquoi les deux tiers sont-ils administrés à des femmes?
- Pourquoi les femmes âgées de 65 ans et plus sont-elles plus susceptibles de subir cette intervention?
- Pourquoi donne-t-on des électrochocs à des personnes âgées de plus de 80 ans?
- Est-ce que l'électrochoc n'est utilisé qu'en dernier recours?
- Combien d'électrochocs sont donnés aux enfants?
- Combien de personnes décèdent ou subissent des séquelles permanentes suite aux électrochocs?
- Conformément aux recommandations de votre ministère, allez-vous apporter un encadrement à cette pratique controversée?

La question des électrochocs, c'est une question de santé publique dont l'enjeu concerne toutes les Québécoises et tous les Québécois.

L'attaché politique a pris bonne note des demandes et il s'est engagé à communiquer les questionnements du Comité au ministre et à une autre rencontre dans environ un mois pour présenter le positionnement du ministre à cet égard.

Les engagements que va prendre le ministre de la Santé dans ce dossier sont attendus avec beaucoup d'espoir.

Par Ghislain Goulet

À suivre...

Extraits du rapport d’intervention du Protecteur du Citoyen dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Contention et mise sous garde : la prise de note est essentielle

Un usager ayant séjourné à l’urgence d’un centre hospitalier se plaint de plusieurs aspects de son séjour à cet établissement.

En premier lieu, il affirme qu’à son arrivée à l’urgence, il a été placé sous contention pendant trois heures. Après cette mise sous contention, comme le personnel ne l’écoutait pas, il s’est levé et a décidé de quitter l’urgence, à la suite de quoi il affirme avoir été entouré de 12 personnes qui ont été provocantes et violentes à son endroit.

De plus, il allègue qu’une psychiatre l’a menacé de lui faire une injection, sans son consentement, s’il n’acceptait pas de prendre la médication prescrite par l’urgentologue. Finalement, il rapporte que, dans l’attente de rencontrer le psychiatre, des membres du personnel lui ont dit qu’ils allaient le laisser partir s’il était gentil. Pourtant, malgré son bon comportement, le médecin qui l’a rencontré a décidé de le garder contre son gré.

La plainte du citoyen portait sur :

- les abus physiques qu’il a subis lors de son séjour à l’urgence;
- les menaces proférées par le personnel afin qu’il prenne sa médication;
- le défaut d’obtenir son consentement à l’hospitalisation.

Au sujet des abus physiques que l’usager a subis lors de son séjour à l’urgence, l’enquête du Protecteur du citoyen a révélé que :

- le dossier de l’usager indique qu’à son arrivée à l’urgence, il a été jugé qu’il représentait un danger pour lui-même et a été placé sous contention;
- aucune note au dossier ne précise en quoi l’utilisation d’une contention était justifiée à titre de mesure de dernier recours, et ce, pendant près de quatre heures, ni quelles mesures alternatives ont été tentées ou utilisées;
- aucune note de surveillance effectuée lors de la mise sous contention n’a été retrouvée au dossier de l’usager pour cette période;
- la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que lorsqu’une mesure de contrôle est utilisée, elle doit l’être dans le but d’empêcher une personne de s’infliger, ou d’infliger à autrui, des lésions;
- l’utilisation de la contention doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l’état physique ou mental de l’usager. Lorsqu’une mesure de contrôle est prise à l’égard d’une personne, elle doit faire l’objet d’une mention détaillée dans son dossier;
- tout établissement doit adopter un protocole d’application de ces mesures en tenant compte des orientations émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le diffuser auprès des usagers et procéder à une évaluation annuelle de l’application de ces mesures;
- au moment des faits, aucun protocole d’application des mesures de contrôle n’était adopté par l’établissement. Les membres du personnel travaillaient toutefois à son élaboration;
- la feuille de route des contentions, en vigueur au moment du séjour de l’usager à l’urgence, était très sommaire et n’avait pas encore été adoptée par le conseil d’administration;
- après sa contention, l’usager aurait démontré un comportement nécessitant un appel au service de la sécurité (code blanc), et il a été raccompagné à son lit;
- au moment des faits, lorsque l’utilisation du code blanc donnait lieu à une intervention, un rapport devait systématiquement être rédigé par les agents de la sécurité. Or, aucun rapport n’a été retracé par le responsable de la sécurité. De ce fait, en raison du délai écoulé, il est impossible d’obtenir davantage d’information quant à l’utilisation de ce code à la suite duquel l’usager a, de nouveau, été mis sous contention.

Au sujet des abus physiques que l’usager a subis lors de son séjour à l’urgence, le Protecteur du citoyen a recommandé au Centre de santé et de services sociaux :

- de lui faire parvenir un exemplaire de la

procédure d'application des mesures de contrôle adoptée par le conseil d'administration;
- de l'informer de la façon dont cette nouvelle procédure sera présentée aux membres du personnel infirmier de l'urgence;
- d'ici la mise en place de la nouvelle procédure encadrant l'utilisation des mesures de contrôle, qu'un rappel soit fait aux membres du personnel de l'urgence quant à l'importance de noter adéquatement ce type d'intervention au dossier des usagers.

De plus, le Protecteur du citoyen a constaté que, mis à part une évaluation psychiatrique, aucune évaluation du potentiel de dangerosité n'apparaissait au dossier au moment où l'usager était à l'urgence. À cet effet, aucune grille spécifique d'évaluation de la dangerosité n'est utilisée par l'équipe de l'urgence. En de telles situations, les membres du personnel se réfèrent, notamment, aux médecins et à l'infirmière de liaison en santé mentale. La directrice de la santé mentale a mentionné que des travaux pour outiller les membres du personnel sont en cours.

Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins offerts, le Protecteur du citoyen recommande au Centre de santé et de services sociaux :

- de lui transmettre la liste des outils mis en place afin d'évaluer le potentiel de dangerosité d'une personne.

Au sujet du défaut d'obtenir le consentement de l'usager à son hospitalisation, le Protecteur du citoyen a constaté que :

- aucune garde préventive n'était inscrite au dossier de l'usager;
- aucune note quant au respect des droits de l'usager n'est contenue au dossier;
- l'ordonnance médicale révèle que l'usager a été admis sous une première garde en établissement. Selon les documents de l'établissement, cette première garde réfère à la garde de 96 heures, ce qui ne s'applique pas à la situation de l'usager;
- le dossier ne contient pas d'information spécifique permettant de déterminer si, au moment de subir ses examens prescrits, l'usager était en état d'y consentir. En outre, il n'est pas démontré qu'il ait été préalablement informé du type et du but des évaluations ainsi que de son droit d'y consentir ou de refuser ainsi que des conséquences d'un tel refus;
- ce manque d'information, jumelé au fait que l'usager a tenté de quitter l'urgence et aux notes des infirmières indiquant qu'il en est à sa première garde en établissement, porte à croire qu'il y a eu une incompréhension des règles applicables à sa situation;
- au moment de ces évènements, aucune politique de garde en établissement n'était en vigueur à l'établissement.

Au sujet du défaut d'obtenir le consentement de l'usager à son hospitalisation, le Protecteur du citoyen a recommandé au Centre de santé et de services sociaux :

- de lui faire parvenir un exemplaire de la politique de garde en établissement adoptée par le conseil d'administration et de l'informer de la façon dont il procédera afin d'aviser les membres du personnel de cette procédure;
- de s'assurer que cette politique soit conforme à la loi et d'y inclure, notamment, la façon de rapporter au dossier que les personnes mises sous garde ont reçu les informations requises par la loi ainsi que la procédure à suivre quant au consentement à l'évaluation psychiatrique.

Le Centre de santé et de services sociaux a accepté de donner suite aux recommandations du Protecteur du citoyen.

vol 20 no1, juillet 2013

vol 20 no1, juillet 2013

Malgré qu'il ait promis le contraire en campagne électorale, le Parti Québécois a annoncé dans son budget de novembre 2012 qu'il dégèlerait les tarifs du bloc patrimonial d'hydroélectricité.

Ainsi, dès 2014, cette hausse des tarifs du bloc patrimonial d'hydroélectricité s'ajoutera aux hausses soumises annuellement à la Régie de l'énergie. Ces hausses nous concernent toutes et tous, mais toucheront particulièrement les ménages à faibles revenus, nombreux à vivre dans des logements mal-isolés. Rappelons que, seulement en 2011, Hydro-Québec engendrait des profits de 2,6 milliards de dollars; pendant ce temps, plus de 50 000 familles étaient débranchées, faute de pouvoir payer leur facture…

Un détournement de mission

La mission première de notre société d'État a été détournée ! Au fil des ans les gouvernements ont demandé à Hydro de faire le plus de profits possibles pour s'en accaparer une part toujours plus grande. Le gouvernement du Québec récolte maintenant 75% des bénéfices nets d'Hydro, qui étaient de 2,7 milliards$ en 2012. Loin de renverser la vapeur, le budget 2013-14 du Parti Québécois trouve des façons d'aller chercher encore plus d'argent! Mais Hydro-Québec n'est pas une vache à lait! Gonfler les tarifs d'Hydro pour financer l'État, c'est une taxe ! Voulons-nous d'une taxe sur un service essentiel ? **NON !**

Le bloc patrimonial (BP), c'est quoi?

Le BP est une quantité d'électricité que doit produire annuellement Hydro Québec afin de répondre aux besoins des Québécois. Présentement, le BP suffit à combler 95% des besoins en électricité prévus pour 2013. Hydro-Québec réalise un profit de 950 millions $ sur la vente du BP, même si ce tarif est gelé depuis 2000: ça représente une marge de profit de 22,5%! (marge de profit moyenne des entreprises canadiennes en 2012: 8,5%!)

Le prix actuel du BP dépasse largement le coût de la production de l'électricité réalisée à partir des grandes centrales hydroélectriques issues de la nationalisation des années 60.

Alors l'électricité est-elle offerte à rabais aux QuébécoisES, comme on l'entend souvent dire?
Pas du tout!

Qu'arrivera-t-il du prix du BP?

Malgré tout, le gouvernement du Parti Québécois a annoncé le dégel du prix du BP à partir du 1er janvier 2014. Ce dégel du BP provoquera une série de hausses de tarifs qui s'additionneront aux hausses annuelles déjà décrétées par la Régie de l'énergie… et ce, à perpétuité! Ce dégel s'ajoute aux autres hausses de tarifs dans les services publics, plutôt que de miser sur une fiscalité progressive telle que l'est l'impôt sur le revenu.

D'autant plus que les grandes industries sont exemptées de ce dégel du BP et que leur part sera défrayée par les consommateurs résidentiels et les petites entreprises!

En résumé

L'augmentation des tarifs d'électricité frappe durement les ménages moins fortunés pour qui la facture d'électricité représente jusqu'à 10% de leur revenu (en comparaison à 1,5% du revenu des mieux nantis). La hausse des tarifs d'électricité est une forme de taxation régressive car les ménages les moins fortunés paient davantage en proportion de leurs re-

venus. Et c'est pourquoi nous ne voulons pas que l'État se finance par nos factures d'électricité!

La mission première d'Hydro-Québec, c'est de garantir à toutes et à tous l'accès au service essentiel qu'est l'électricité à un coût bas. Point!

L'électricité, service essentiel?

Oui! Hydro-Québec (HQ) reconnaît que: « l'électricité est un service essentiel pour tous les ménages [...]. C'est pourquoi aucun client résidentiel n'est privé d'électricité pour raison de non-paiement en période hivernale. »

Pourquoi avons-nous nationalisé l'électricité?

Pour assurer à toutes et à tous l'accès à l'électricité. À l'époque de la nationalisation, la mission d'HQ était de: « fournir l'énergie [...] aux taux les plus bas compatibles avec une saine administration financière ». HQ remplit-elle encore cette mission?
Non!

La Coalition opposée à la tarification et à la privatisation de services publics lance une campagne contre le dégel des tarifs d'hydroélectricité. Mobilisons-nous contre la hausse des tarifs d'hydroélectricité. Le courant avant le profit !

Le samedi **28 septembre**, nous vous invitons déjà à une grande manifestation à Montréal contre les mesures d'austérité dont celle de la hausses des tarifs d'hydroélectricité ! Détails à venir.

Organisé par la Coalition opposé à la tarification et à la privatisation des services publics.
Pour informations

Coalition opposé à la tarification et à la privatisation des services publics

La Coalition a été formée à l'automne 2009 suite à l'annonce du gouvernement libéral de l'époque d'intensifier le recours à la tarification des services publics et à l'austérité budgétaire pour assurer un retour rapide à l'équilibre budgétaire, dans la vague idéologique de «l'utilisateur-payeur».
Rapidement, des dizaines de groupes répondent à l'appel et adhèrent à la nouvelle coalition, sur la base d'une déclaration de principes [voir ci-bas la déclaration de principes]. 140 groupes groupes sociaux d'horizons divers, principalement des regroupement nationaux et régionaux, en sont membres. Ces groupes représentent des secteurs allant des centres de femmes aux personnes retraitées, en passant par les groupes oeuvrant en consultation budgétaire et en consommation, les groupes de défense des droits et libertés, des syndicats indépendants, des conseil syndicaux régionaux, les associations étudiantes, les groupes de lutte contre la pauvreté et d'éducation populaire ou d'action communautaire autonomes, etc.

Les objectifs de la Coalition sont les suivants :

Revendiquer un financement adéquat des services publics et des programmes sociaux dans une perspective de lutte contre la privatisation et la marchandisation du bien commun.

Revendiquer un meilleur accès aux services publics et aux programmes sociaux.

S'opposer aux hausses de tarifs de l'électricité résidentielle et des services publics, particulièrement les services de santé et les services sociaux, l'éducation, les services de garde et les transports collectifs.

Faire la promotion d'autres sources de revenus favorisant une meilleure redistribution de la richesse, notamment une fiscalité plus progressive qui prend d'abord et avant tout en considération la capacité de payer.

FIN

http://www.nonauxhausses.org/category/accueil/

Mort suspecte de 17 enfants: des antipsychotiques soupçonnés

Louise Leduc
La Presse, 23 mai 2013

Dix-sept enfants canadiens sont morts alors qu'ils prenaient certains médicaments antipsychotiques de deuxième génération, et 73 autres ont eu des problèmes cardiométaboliques. Santé Canada confirme ces chiffres, mais ne fait aucune recommandation particulière, si ce n'est de rappeler aux médecins d'utiliser leur bon jugement.

Six médicaments de deuxième génération sont en cause: clozapine, rispéridone, olanzapine, quétiapine, aripiprazole et paliperidone. Du nombre, seul Abilify (aripiprazole) est approuvé chez les jeunes de moins de 18 ans pour le traitement de la schizophrénie ou du trouble bipolaire.

Les données couvrent les décès et les problèmes cardiométaboliques recensés avant le 31 décembre 2012.

Tout en confirmant la nouvelle, parue au Canada anglais la semaine dernière, Santé Canada a signalé qu'il n'est pas possible de déterminer précisément si les effets indésirables recensés sont liés précisément à l'utilisation de ces médicaments ou si les incidents ne seraient pas plutôt attribuables à la prise d'autres médicaments ou à l'état de santé de certains de ces jeunes.

L'Association des médecins psychiatres du Québec n'a pas rappelé *La Presse* à ce sujet.

Des prescriptions à long terme

Le Dr Joel Paris, professeur de psychiatrie à l'Université McGill, s'est montré très inquiet par le fait que «ces médicaments soient prescrits à de très jeunes enfants» et que l'on tende de plus en plus à les prescrire à très long terme, alors que les enfants sont en plein développement.

Il blâme l'industrie pharmaceutique et ses représentants, «de qui les médecins prennent conseil, plutôt que de s'en remettre aux experts».

Toutefois, même les experts ne seraient pas toujours fiables, certains «encourageant fortement ces pratiques tout en recevant de l'argent» des entreprises pharmaceutiques, dénonce le Dr Paris.

«Je crois que Santé Canada devrait lancer un avertissement à propos de ces pratiques, ajoute le Dr Paris. Certains problèmes de comportement inquiètent grandement les parents, mais ils doivent savoir qu'il existe des solutions de rechange, la psychoéducation, par exemple.»

Au Québec, il n'a pas été possible de savoir précisément combien de ces antipsychotiques de deuxième génération sont prescrits. Ce que l'on sait, par contre, c'est que les enfants prennent de plus en plus d'antipsychotiques de façon générale.

Ainsi, selon des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, le nombre d'ordonnances d'antipsychotiques a particulièrement explosé pour les enfants de 10 à 14 ans et ceux de 15 à 18 ans. Dans le premier groupe, il a doublé entre 2005 et 2012 (de 20 837 à 40 701 ordonnances); il a presque triplé pour les 15 à 18 ans (de 18 421 à 51 928 ordonnances).

FIN

Les enfants: un nouvel eldorado

La hausse est particulièrement alarmante chez les enfants. En 2009, au Canada, près de 700 000 ordonnances de neuroleptiques ont été distribuées aux moins de 13 ans. Entre 2005 et 2009, la prescription de neuroleptiques chez les enfants a été multipliée par deux fois et demie chez les 0 à 19 ans et elle a plus que doublé chez les 0 à 12 ans, comme en témoigne le graphique 1.1. Au cours de cette même période, le nombre de prescriptions pour les nouveaux antidépresseurs chez les jeunes a augmenté de 44 %, bondissant de 360 200 à 518 230'

En 1950, aux États-Unis, le nombre d'enfants ayant reçu un diagnostic de trouble mental. tournait autour de 7 500. En 2008, ce chiffre dépasse les 8 000 000 et la plupart d'entre eux sont médicamentés. Chez les enfants, les diagnostics de bipolarité ont été multipliés par 40 entre 1994 et 2003, passant de 20 000 à 800 000".
Source: Tous fous ? Ibid.

Les médecins peu informés des effets secondaires par les représentants pharmaceutiques

La majorité des médecins de famille reçoivent peu ou pas d'informations sur les effets secondaires nocifs des médicaments lorsque visités par les représentants des compagnies pharmaceutiques, selon une étude internationale impliquant des médecins canadiens, américains et français, publiée dans le *Journal of General Internal Medicine*.

Pourtant, ces mêmes médecins indiquaient qu'ils allaient probablement commencer à prescrire ces médicaments, ce qui est consistant avec des études précédentes qui ont montré que les habitudes de prescription sont influencées par la promotion pharmaceutique

L'étude, dans laquelle les médecins remplissaient des questionnaires sur chaque médicament promu à la suite des visites de représentants, montre que les représentants n'ont fourni aucune information sur les effets secondaires les plus fréquents ou graves et le type de patients qui ne devraient pas utiliser ces médicaments dans 59 % des cas. À Vancouver et à Montréal, aucun préjudice potentiel n'a été mentionné pour 66 % des médicaments promus. À Toulouse, les médecins étaient plus susceptibles d'être informés d'un effet néfaste.

Des risques graves n'ont été mentionnés que dans 6% des cas, même si 57% des médicaments concernés portaient l'avertissement de niveau le plus élevé imposé par la *Food and Drug Administration* ou *Santé Canada*. Cette situation est très inquiétante, estiment les chercheurs.

"Les lois dans les trois pays exigent que les représentants fournissent des informations sur les dommages autant que sur les avantages", explique l'auteure principale, Barbara Mintzes de l'Université de la Colombie-Britannique. "Mais personne ne surveille ces visites et il n'y a à peu près pas de sanctions pour la promotion trompeuse ou inexacte".

Source: Psychomédia, avril 2013

La fabrique de malades: ces maladies qu'on nous invente

Dans son dernier livre, "*La fabrique des malades : Ces maladies qu'on nous invente*", le Dr Sauveur Boukris, professeur à l'université Diderot (Paris VII), explique que l'industrie pharmaceutique participe à la création de nouvelles maladies, rapporte *Le Point*.

"Tout bien portant est quelqu'un qui n'a pas eu de dépistage", dit-il. "Certains secteurs médicaux, privés ou publics, jouent sur nos peurs, médicalisent nos vies pour pratiquer davantage d'examens biologiques, de radiographies et pour faire consommer toujours plus de médicaments", dit-il.

"Lorsque les firmes pharmaceutiques mettent au point et testent une molécule avec les cliniciens, elles en déterminent les applications thérapeutiques et vont jusqu'à redéfinir les pathologies visées. (...) En résumé, on construit des maladies pour vendre des médicaments", explique-t-il.

Le procédé fonctionnerait particulièrement bien dans le domaine de la psychiatrie où ont été développé le marché de la dépression, des troubles anxieux, des troubles de l'attention et l'hyperactivité…

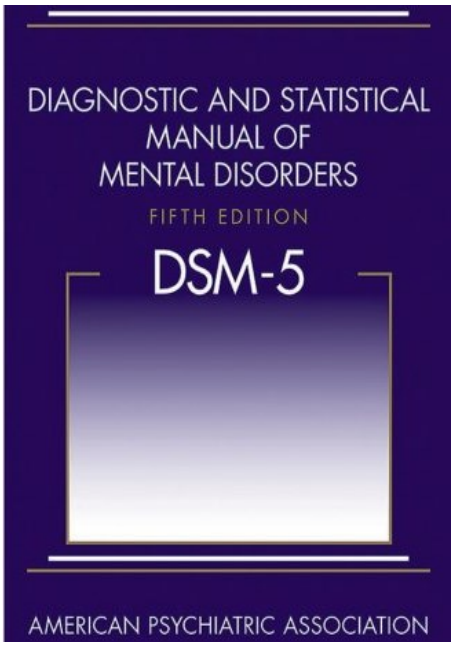
Les troubles de la sexualité et les maladies chroniques et/ou métaboliques (hypertension, diabète, excès de cholestérol…) sont aussi particulièrement concernés. Les critères de définition du diabète, de l'hypertension et du cholestérol ont été revus à la baisse afin d'augmenter le marché de malades. Par exemple, jusqu'en 2000, le seuil de glycémie permettant de définir le diabète était de 1,4 g/l. Depuis 2000, il est passé à 1,26 g/l. Mieux encore, entre 1,1 et 1,26 g/l, on est désormais considéré comme "pré-diabétique".

La pré-ostéoporose concernerait la moitié des femmes âgées de 55 à 65 ans. "Or les médicaments contre l'ostéoporose ont un rapport bénéfice/risque défavorable pour ces personnes à faible risque que sont les femmes ménopausées", dit-il. "Sur 270 femmes à la pré-ménopause prenant des médica-

Suite à la page 17

La bible des troubles mentaux reniée

Philippe Mercure
La Presse, 22 mai 2013



Un manifeste. Des pétitions. Des appels au boycottage. Le nouveau *DSM*, la bible de la psychiatrie qui sera adoptée officiellement aujourd'hui, soulève un tollé. Ce qu'on lui reproche: ratisser trop large et transformer en maladies mentales des comportements normaux. Les psychiatres sont-ils manipulés par l'industrie pharmaceutique pour vendre des pilules? *La Presse* fait le point.

«Tout le monde que je connais qui est un petit peu le fun est bipolaire ou a un déficit d'attention», a lancé Jean Leloup lors d'un récent passage à l'émission *Tout le monde en parle*.

Le chanteur voulait alors dénoncer la tendance des psychiatres à multiplier les diagnostics, une question relancée de façon explosive aujourd'hui alors que l'Association américaine de psychiatrie dévoile officiellement à San Francisco sa nouvelle bible.

Connue sous le nom de code *DSM-5*, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* n'a pourtant pas un titre à enflammer les foules. Mais le document, qui a pu être consulté par une poignée d'observateurs le week-end dernier et dont une partie du contenu est connue depuis longtemps, provoque une controverse peu commune dans la communauté scientifique.

Des crises enfantines aux deuils problématiques en passant par les tendances à se goinfrer ou à se gratter de façon excessive, le nouveau manuel répertorie 297 troubles mentaux officiels, dont plusieurs nouveaux. C'est trop aux yeux de plusieurs critiques, qui croient que la science va trop loin en déclarant problématiques des comportements normaux.

Allen Frances, psychiatre à l'Université Duke, avait supervisé la quatrième édition du *DSM*, publiée en 1994. Il a déclaré publiquement que la publication de la cinquième version du manuel représentait «un triste jour pour la psychiatrie».

Le lobby pharmaceutique

Dans un livre intitulé *Sauver la normalité* et consacré au sujet, M. Frances dénonce ce qu'il appelle la «médicalisation de la vie ordinaire». Selon lui, les scientifiques chargés de rédiger le *DSM-5* sont influencés par l'industrie pharmaceutique, qui cherche à multiplier les diagnostics de troubles mentaux pour vendre des médicaments censés les résoudre.

Jean-François Pelletier, professeur et chercheur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, croit aussi qu'il y a un danger à multiplier les diagnostics.

«Le fait de poser un diagnostic précis, avec une terminologie parfois trop spécialisée, peut faire en sorte de stigmatiser les gens et les amener à s'auto-stigmatiser», dit le spécialiste. Selon lui, l'utilisation que les psychiatres feront du *DSM-5* sera tout aussi importante que son contenu.

«La façon d'annoncer un diagnostic à un patient, le ton utilisé, les explications sont extrêmement importants», rappelle-t-il.

Aux États-Unis, le National Institute of Mental Health a aussi affirmé son intention de se distancer du *DSM*. «Les patients souffrant de troubles mentaux méritent mieux», a écrit l'organisation, qui a cependant tempéré ses propos depuis. Dans un communiqué, elle affirme que le *DSM* représente «la meilleure information actuellement disponible pour le diagnostic clinique des troubles mentaux».

Utilisé notamment par les assureurs pour déterminer les traitements qui seront remboursés, le *DSM* influence la pratique des psychiatres du monde entier. Ceux qui le défendent font valoir que le *DSM* n'est pas un catalogue que le grand public doit éplucher pour se trouver des problèmes, mais un outil destiné aux spécialistes pour les aider à détecter un ensemble de symptômes chez leurs patients.

Plusieurs psychiatres soutiennent aussi que l'introduction de nouveaux troubles dans le *DSM-5* permettra d'établir des diagnostics moins graves chez leurs patients.

***DSM-5*: quelques nouveautés controversées**

☛ **Le désordre de dérégulation dit d'humeur explosive**

Ce trouble vise les enfants de plus de 6 ans qui font plus de trois grosses colères par semaine pendant un an. Les détracteurs craignent que l'introduction de ce nouveau désordre médicalise de banales crises enfantines, alors que les partisans affirment qu'elle diminuera les diagnostics de troubles bipolaires.

☛ **L'hyperphagie boulimique (binge eating)**

Il se définit par des épisodes récurrents d'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture à une seule occasion. Ces épisodes sont accompagnés de sentiment de perte de contrôle, de dégoût et de culpabilité, et doivent survenir une fois par semaine pendant plus de trois mois.

☛ **La syllogomanie (hoarding)**

Il s'agit de l'accumulation d'objets de façon compulsive et excessive. On parle d'objets sans valeur entassés au point de nuire à la qualité de vie d'une personne et à la salubrité du lieu. Ce trouble s'est fait connaître à partir de 2010 grâce à la chaîne TLC, qui lui a consacré une série télévisée intitulée Hoarding: Burried Alive.

☛ **La dermatillomanie**

Les personnes qui en souffrent sont appelées en anglais des skinpickers. Ce trouble se caractérise par l'automutilation compulsive, par le grattage et le triturage incontrôlé de la peau et des boutons. Il est associé à des sentiments d'anxiété et de culpabilité.

☛ **Le deuil**

Jusqu'à maintenant, on ne diagnostiquait pas d'épisode dépressif majeur chez quelqu'un qui vivait un deuil depuis moins de deux mois. Le *DSM-5* retirera cette exception, de sorte que les endeuillés récents pourront aussi être déclarés dépressifs.

☛ **Les troubles rejetés**

L'hypersexualisation, la dépendance à la sexualité et la dépendance à l'internet ont été rejetées, tout comme un trouble appelé «paraphilique coercitif ». Selon le Dr Allen Frances, l'inclusion de ce dernier dans le *DSM-5* aurait fait du viol un trouble mental et non un crime. Le terme apparaît toutefois dans l'appendice, ce que dénonce le psychiatre.

Seulement 4 800 % de plus qu'en 1986 !

Au Canada, en 2010, les agents psychothérapeutiques figuraient au deuxième rang des médicaments les plus prescrits avec 64,8 millions d'ordonnances', soit environ deux ordonnances par Canadien, alors que, 30 ans plus tôt, les psychotropes n'apparaissaient pas sur la liste des 15 premières catégories de médicaments prescrits. Selon le fournisseur d'informations à l'industrie de la santé, IMS Health, la dépression et l'anxiété se classaient au quatrième et cinquième rangs des raisons motivant une visite chez le médecin en 2009.

Le Québec est responsable du tiers des prescriptions d'anti-dépresseurs au Canada*. Treize millions d'ordonnances furent distribuées en 2010 et une personne sur sept est sortie du bureau du médecin avec une telle prescription'.

En 2008, les ventes d'antidépresseurs et de neuroleptiques totalisaient 24 milliards de dollars aux Etats-Unis, soit près de 48 fois plus qu'en 1986. Ce montant se compare à tous les médicaments d'ordonnance consommés au Canada. Une telle somme pourrait employer 240 000 psychothérapeutes au salaire annuel de 100 000$'.

Source : St-Onge, J.-Claude, Tous fous ?, L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie, Montréal, Éditions Écosociété, 2013

Témoignage

Aujourd'hui, peut-on encore parler des traitements abusifs, de torture, de terreur et d'horreur en psychiatrie ? Les traitements actuels en psychiatrie sont-ils aussi abusifs que ceux d'autrefois ? En psychiatrie, utilise-t-on encore des traitements brutaux, des pratiques brutales et des thérapies nocives ?

Maintenant, j'aimerais partager avec vous mes expériences vécues avec les électrochocs en psychiatrie.

J'avais un dysfonctionnement au niveau des articulations temporomandibulaires bilatérales à la mâchoire. Les chirurgiens auraient dû extraire mes molaires (dents de sagesse) au lieu de pratiquer une ménisectomie bilatérale (ablation des ménisques de chaque côté) dans les articulations de la mâchoire. J'ai été victime d'une erreur chirurgicale qui a engendré des diagnostics erronés dont, entre autres, des faux diagnostics psychiatriques forgés de toutes pièces pour camoufler cette erreur et qui a gravement perturbé ma vie depuis 1973. Quelques années plus tard, vers 1978 ou 1980, j'ai été reconnue invalide par la Régie des Rentes du Québec. Aujourd'hui, je me retrouve avec un dossier psychiatrique très lourd qui a eu des impacts négatifs sur ma vie privée, matrimoniale, conjugale, familiale, financière, scolaire, sociale, médicale et légale.

Par la suite, j'ai dû subir environ 167 traitements de sismothérapie sous anesthésie générale entre 1980 et 1984, dont 109 traitements, en 1983. Les psychiatres m'ont dit que les électrochocs étaient pour soulager et même enrayer presque complètement les douleurs chroniques et insupportables que j'avais aux articulations de la mâchoire. Je suis très déçue d'eux puisqu'ils n'ont pas été francs et honnêtes envers moi. Ainsi, avant que les psychiatres administrent ces traitements, ils devraient prendre le temps nécessaire pour informer le patient et les membres de sa famille, des dangers et des ramifications de cette « thérapie » destructive.

Or, suite à tout cela, c'est à se demander à quoi servent, plus précisément, ces traitements d'électrochocs.

Les effets des électrochocs se manifestent en altérant les fonctions intellectuelles, la compréhension, la mémoire et les facultés de raisonnement. Ils causent, aussi, des dommages irréversibles au cerveau, des pertes de mémoire, un état confusionnel, une désorientation dans le temps et dans l'espace. Avec une intensité de courant électrique de 180 à 480 volts, ils « brûlent » le cerveau. N'oubliez pas une chose, notre mémoire nous appartient. La mémoire, même si elle a été ébranlée, oubliée ou ancienne au fil du temps, il faut, quand même, la conserver, la protéger ; car, elle est précieuse et sacrée. Il ne faut surtout pas la laisser détruire par les électrochocs.

Alors, les électrochocs serviraient-ils à stimuler les neurones cérébraux dans le but de rendre les patients plus intelligents, plus brillants (100 watts), plus éclairés, plus choqués et plus au courant ? Autrement dit, ces traitements dévastateurs, auraient-ils pour but d'en faire des « imbéciles heureux » et/ou des « idiots articulés » ?

L'appareil à électrochocs ressemble à un « booster » qui distribue le courant électrique au niveau du cerveau. L'intensité du courant est assez puissante pour allumer une ampoule de 60 watts. Les électrochocs, malgré un risque très élevé de dégâts et de dommages au cerveau, l'industrie psychiatrique les utilise parce qu'ils sont rentables.

Les psychiatres exploitent les gens les plus vulnérables, les plus pauvres, les plus faibles, les plus démunis, les plus défavorisés en les manipulant comme de véritables marionnettes, en se servant d'eux comme cobayes, c'est-à-dire, expérimenter des nouveaux « médicaments de l'âme », en leur gelant le cerveau pour pouvoir mieux les dominer, les contrôler ; puis, abuser d'eux en leur administrant des traitements de sismothérapie. C'est à se demander si les psychiatres respectent réellement le serment d'Hippocrate, le code de Nuremberg et le code de déontologie des médecins du Québec.

Les psychiatres devraient subir, eux-mêmes, ces traitements de sismothérapie afin qu'ils sachent, c'est quoi, plus précisément, subir ces traitements. Peut-être qu'à ce moment-là, ils administreraient moins de ces traitements ; par conséquent, le nombre d'électrochocs serait significativement réduit.

Quand un psychiatre pose des diagnostics psychiatriques, ces derniers consistent-ils à

catégoriser leurs patients ou à catégoriser leurs difficultés ? Si le diagnostic sert à catégoriser le patient, est-ce que cela signifie le stigmatiser, l'étiqueter ? Poser un diagnostic signifie-t-il une affirmation certaine ou une opinion arbitraire ? Or, est-ce qu'on adapte le traitement au patient ou on adapte le patient au traitement ?

Les électrochocs sont plutôt considérés comme un coup de masse et non pas comme un coup de pouce. Les psychiatres nuisent plutôt que d'aider, c'est-à-dire qu'ils administrent à leurs patients des séances de thérapie électro-convulsive (électrochocs, traitements de sismothérapie) alors que les neurologues traitent leurs patients souffrant d'épilepsie en évitant des crises convulsives. Comment peut-on guérir si on blesse en même temps ?

Les psychiatrisés et les ex-psychiatrisés ne sont plus crédibles face aux professionnels de la santé et de la justice et face à la société. Bref, au Québec, ils ne sont pas traités convenablement par les professionnels de la santé. Dans le contexte d'une approche biomédicale, le clinicien sera peut-être réduit à un simple « donneur de pilules ».

Tout cela pour vous dire que pratiquer des traitements de sismothérapie chez des patients, c'est inhumain, insultant, humiliant, dégradant et inacceptable de la part des psychiatres.

Finalement, le but de mon article était de vous sensibiliser, de vous conscientiser et de vous renseigner sur les électrochocs utilisés en psychiatrie ; puis, de vous mettre en garde de plusieurs choses sur la psychiatrie.

FIN

Sismothérapeutiquement vôtre,

Francine Santerre Dupuis
Membre d'Action Autonomie

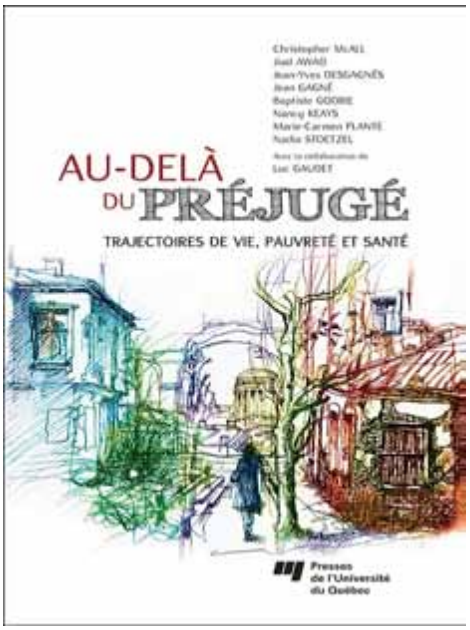
Nouveauté

Au-delà du préjugé

Trajectoires de vie, pauvreté et santé

Éditeur
Presses de l'Université du Québec

Les histoires qui nous accompagnent dans ce livre font état des témoignages de quarante personnes rencontrées en entrevue, sans logement ou « mal logées », parfois avec des problèmes de santé mentale, vivant avec les barèmes de l'aide sociale. Quelles sont leurs conditions de vie ? À quel point le poids de la stigmatisation et de la discrimination peut-il les affecter ? Christopher McAll et son équipe de chercheurs et de praticiens en sociologie, en psychiatrie, en sciences infirmières, en organisation communautaire et en travail social, avec le soutien de la compagnie de théâtre d'intervention Mise au jeu, ont tenté de comprendre ce qui peut mener à la perte éventuelle du logement et à l'arrivée à la rue des personnes assistées sociales. Le choix de la forme théâtrale a rendu possible la présentation des résultats de cette recherche à des centaines de personnes, plusieurs en situation de pauvreté, dans huit régions du Québec. Les différents actes qui composent cet ouvrage, accompagnés d'analyses plus élaborées rédigées par les membres de l'équipe de McAll, ont été construits à l'aide des transcriptions d'entrevues. Ils abordent les conditions de logement en lien avec la notion de « bien-être », les «compétences» par rapport aux expériences de travail et de vie, les trajectoires de santé physique et mentale ainsi que les rapports jugés stigmatisants ou aidants et l'identification des réseaux à l'œuvre dans les trajectoires de vie des personnes.



2012, 164 pages, G3542, ISBN 978-2-7605-3542-8

Un psychiatre trouvé coupable d’agressions sexuelles envers ses patients

Une sordide histoire d’agressions sexuelles a connu son dénouement, du moins partiellement, en janvier dernier. Au départ, neuf patients du Dr Aubrey Levin s’étaient plaints pour des agressions subies entre 2009 et 2010.

Le médecin a été acquitté de deux chefs d‘accusation, quatre autres feront l’objet de nouvelles procédures puisque le jury a été incapable de rendre un verdict unanime. Finalement, le Dr Aubrey Levin a été reconnu coupable d‘agressions sexuelles sur trois de ses patients puis condamné à cinq ans de pénitencier.

La justice a souvent fait appel au psychiatre de Calgary afin d’évaluer des suspects ainsi que pour témoigner à titre d’expert.

Parmi les victimes, certaines auraient été référées par ordonnance de la cour. Ceci signifie qu’elles n’avaient pas le choix de consulter Dr Levin, elles en avaient l’obligation. Il faut mentionner que dans cette histoire, les victimes étaient toutes de sexe masculin et étaient en probation. Parmi les conditions de libération, elles devaient consulter le Dr Levin deux fois par mois. Cette situation donnait beaucoup de pouvoir au médecin. La Couronne a qualifié le Dr de prédateur sexuel. En effet, si le ″patient″ ne se présentait pas à ses rendez-vous, c’était l’incarcération qui l’attendait. En 2010, une victime tenta de dénoncer les agissements de Levin, mais personne ne le crut… C’est ainsi que pour se sortir du cycle infernal des séances avec le psychiatre, il posa un geste de désespoir. La victime se rendit donc à son rendez-vous avec le Dr Levin, avec une caméra cachée, puis il filma son propre viol afin d’avoir la preuve des inconduites du psychiatre.

Cette funeste histoire met en lumière des faits troublants, dont le peu de crédibilité que l’on accorde aux victimes d’agression sexuelle. Que vaut la parole de simple « quidam » face au vernis de respectabilité d’un « imminent professionnel ».

De plus, que dire d’un système judiciaire qui obligeait de jeunes hommes à consulter le Dr Levin, ce qui en faisait des proies faciles pour un être aussi désaxé que lui.

Quant au sexe des victimes, certains s’imaginent qu’un homme adulte ne peut être victime de ce genre de crime. Pourtant, le médecin était en position d’autorité et il connaissait la condition de vulnérabilité dans laquelle se trouvaient ses victimes. Levin, avec sa formation et son expérience, connaissait les conséquences des agressions sexuelles qu’il faisait subir à ses patients.

Pour ajouter un peu plus d’horreur à cette affaire, la femme du Dr Levin est accusée d’avoir tenté d’acheter un juré en échange d’un verdict de non-culpabilité.

FIN

Anne-Marie

Source MSN.ca, The Charles Smith blog, The Calgary Herald, The Gazette

Dr Aubrey Levin

Mon doux Grisou, mon fidèle ami et zoothérapeute 1992-2012

À l'époque de sa naissance, tout allait mal pour moi. Mon existence ne semblait être qu'une succession d'échecs professionnels et amoureux. On aurait pu me qualifier de babyboomerang en effet, je partais de la résidence paternelle tenter ma chance au travail, dans le grand Montréal puis revenais bredouille de plus en plus défaite.

Toutes ces déconfitures m'amenèrent à m'isoler. Mes amies, quant à elle, connaissaient alors le succès comme le dit la chanson dans les affaires, dans les amours… J'éprouvais de la honte, pire je me faisais horreur. Trêve de lamentations, un printemps plein de promesses permettrait bientôt une fabuleuse rencontre.

Une de mes seules amies et voisines nourrissait les pauvres chats errants qui avaient élu domicile dans un champ près de nos demeures. Un jour d'avril elle me lança « la petite chatte noire a mis au monde ses petits dans ma *shed!* »

J'accouru voir la scène, la pauvre petite créature veillait tendrement sur sa progéniture. Toutes ces petites boules de vie dormaient paisiblement autour d"elle.

Par la suite, je retournai visiter la petite famille presque tous les jours. Les petites boules se transformèrent rapidement en adorables chatons. J"avoue qu"un fabuleux coup de foudre transforma alors mon existence.

Un des petits arborait une douce fourrure gris perle. Il aurait fait fondre même un cœur de glace. J"étais conquise. « Je le nommerai Grisou, et je l"emmènerai chez moi le plus tôt possible. » Il devait trouver un foyer sécuritaire, car s'il demeurait plus longtemps avec sa mère plus d'un danger le guettait. Dans le champ, des chats errants, des marmottes, des mouffettes et peut-être même des ratons laveurs pouvaient être porteurs de maladies. Pas de chance à prendre avec les risques de transmission de leucémie féline, de rage, de vers du cœur, de maladie de Lyme, etc., etc… Vite Grisou à la maison!

Le pauvre chérubin n'était âgé que de trois semaines. Un bon vétérinaire lui prescrit une formule afin de remplacer le lait maternel. Je me souviens vaguement de la recette, il fallait mettre un peu de sirop de maïs le mélanger à d'autres ingrédients et servir le tout dans un petit biberon. Grisou, mon tout petit bébé. Un miracle de la vie, je ne me sentais plus seule.

Il grandit tout amour et tout ronron. Son pelage devint gris foncé, mais il était toujours aussi craquant. Pas du tout indépendant, une vraie bonne nature ce minet. Lorsqu'il se faisait cajoler, il possédait le don de vous faire tout oublier. Son ronronnement savait apaiser, calmer bref il rendait heureux.

J'en étais complètement gaga. Je lui ai composé tellement de petites chansons et lui ai donné tellement de surnoms tels que doux minou, chaton de rêve, Guigui, etc, etc…

Plus tard, j"ai rencontré celui qui devint mon époux. Heureusement, il tomba sous le charme de Grisou. Il faut dire qu"il a toujours su se faire aimer celui-là! Tout comme moi, chaton devint montréalais.

Mon tendre minet a connu tout au long de sa vie beaucoup de problèmes de santé, après tout je l'ai séparé de sa mère si jeune. Il n'a peut-être pas eu la chance de développer son système immunitaire. Nous l'avons fait soigner parce qu'il était notre priorité. À titre de membre de la famille, nous ne nous sommes même pas posé la question. Cela doit être insupportable de ne pas avoir les moyens de faire traiter un petit compagnon à quatre pattes.

Un jour, mon mari et moi dûmes déménager. Le manque d'argent rendait la recherche d'un logement très ardu. Plus le temps passait, plus l'on visitait d'appartements tous trop cher ou trop petits, ou encore d'autres où les propriétaires refusaient la présence d'animaux, plus la nervosité nous gagnait. La crainte de se retrouver à la rue avec minet tournait pour moi à l'obsession.

L'après-midi, il m'arrivait de me coucher sur le divan parmi les boites qui commençait à s'empiler. Grisou sautait sur mon abdomen et ronronnait. Pas besoin de parler, il savait quand ça n'allait pas. Il me réconfortait comme il l'avait toujours fait. Fort heureusement, nous trouvâmes un nouvel appartement. Bien qu'il fut trop cher au moins nous

n'étions pas à la rue et Grisou se trouvait un nouveau chez soi.

Des années plus tard, soit le matin du 28 décembre dernier, à mon réveil, en regardant le coussin ou se trouvait Grisou, je m'aperçus que la vie avait quitté son petit corps. La petite boule d'amour que j'avais pris dans ma main il y a de cela 20 ans gisait inerte. Je l'ai pris dans mes bras et je l'ai serré une dernière fois. Mon petit Grisou était parti…

Pour tous ceux qui ont un compagnon à quatre pattes

Il est inacceptable et cruel que la grande majorité des propriétaires refusent aux locataires la possibilité d'avoir des animaux. La chose est d'autant plus atroce lorsque des personnes ont déjà des animaux et qu'ils doivent déménager. Combien de pauvres chats et chiens se retrouvent alors abandonnés à la SPCA. Certains propriétaires d'animaux ne prennent pas leurs responsabilités, mais d'autres sont contraints à cette horrible alternative.

Combien de gens seuls ou âgés n'ont que leur fidèle compagnon dans la vie qu'il soit félin ou canin. Que de tristesse de voir de vieilles personnes quitter leur appartement pour intégrer une résidence de retraité qui n'accepte pas les animaux. Nos vieux amis subissent alors un double deuil… Cette situation est dramatique.

Il y a également les histoires d'horreur de personnes hospitalisées qui n'ont personne pour s'occuper de pitou ou de minet. Non seulement l'hospitalisation représente une épreuve dans la vie de ceux et celles qui la vivent, mais avoir à se demander si notre chat ou notre chien a de l'eau et de la nourriture pour survivre est inqualifiable. À cet égard, notons toutefois une heureuse initiative de l'hôpital L-H Lafontaine qui en créant une ménagerie permet à leurs patientEs de pouvoir continuer à veiller sur leur compagnon à quatre pattes.

Il paraît que l'on juge une société à la façon dont elle traite les animaux. Notre société fait bien dur…

Anne-Marie Chatel

suite de la page 11 « La frabrique de malades »

ments pendant trois ans, une seule évitera une fracture vertébrale, précise-t-il.

"La Sécurité sociale dépense des milliards d'euros pour lutter contre la maladie et, dans le même temps, on crée des millions de malades supplémentaires... qui sont inévitablement source de dépenses supplémentaires", commente-t-il.

Sauveur Boukris a aussi publié "*Ces médicaments qui nous rendent malades*" (Le *Cherche Midi*, 2009).

Source Psychomédia

Y-a-t-il collusion en psychiatrie?

Voici quelques titres d'articles que nous avons trouvé au hazard de notre recherche.

Les psychiatres qui préparent le DSM V seront tenus par une clause de confidentialité. Un boulevard pour les conflits d'intérêts.
http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/12/30/les-psychiatres-qui-preparent-le-dsm-v-seront-tenus-par-une.html

Conflits d'intérêts en psychiatrie, discipline la plus payée par l'industrie, selon les Etats américains qui appliquent les lois de transparence. http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/05/23/disease-mongering-tailler-des-maladies-sur-mesure-pour-chaq.html

"Disease mongering": façonner des maladies pour chaque médicament, médicaliser émotions, mal-être et bien-portants (Ray Moynihan, Alan Cassels) (http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/05/23/disease-mongering-tailler-des-maladies-sur-mesure-pour-chaq.html)

Cadeaux de l'industrie pharmaceutique aux médecins pour influencer les prescriptions.
http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/12/30/les-psychiatres-qui-preparent-le-dsm-v-seront-tenus-par-une.html

Rapport annuel du Vermont sur l'argent de la corruption des médecins. Les psychiatres sont en tête – et les psychotropes aussi…
http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/07/21/rapport-annuel-du-vermont-sur-l-argent-de-la-corruption-des.html

Crise de crédibilité de la pédopsychiatrie, due à la corruption par les firmes pharmaceutiques et à ses faibles bases scientifiques.
http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/10/09/crise-de-credibilite-de-la-pedopsychiatrie-due-a-la-corrupti.html

L'Express: conflits d'intérêts et corruption des médecins par le lobby pharmaceutique, qui contrôle toute l'information sur les médicaments.
http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/10/09/crise-de-credibilite-de-la-pedopsychiatrie-due-a-la-corrupti.html

« A l'eau toit » … Il y a urgence en la demeure !!!

En décembre dernier j'écrivais sur les éléments saillants du mémoire présenté par Action Autonomie à la Commission populaire itinérante sur le droit au logement organisée par le FRAPRU.

Depuis, j'avais hâte de lire le rapport des Commissaires, plusieurs questions étaient bien présentes dans mon esprit : est-ce que la situation du logement est différente en région ? qu'en est-il pour les Premières Nations ? est-ce que d'autres groupes sont stigmatisés comme le sont les personnes vivant avec des problématiques en lien avec la santé mentale? est-ce que les recours sont possibles ? quelles sont les recommandations des Commissaires ?

Je vous retranscris dans ce texte des extraits du rapport des Commissaires dont les références sont en bas de page. Du même souffle, **je vous invite à lire ces documents afin de nous approprier collectivement un rapport qui nous sera grandement utile pour faire avancer nos droits au logement.**

Une Commission itinérante ayant visité les 17 régions du Québec

Composée de 14 Commissaires indépendants, la Commission s'est rendue dans les 17 régions administratives du Québec. La tournée, qui s'est amorcée le 12 octobre à Kuujjuaq dans le territoire inuit du Nunavik, s'est terminée, le 23 novembre, dans la communauté anishnabe (algonquine) de Lac-Simon, question de bien faire ressortir toute l'urgence des problèmes de logement vécus par les Autochtones et de resserrer les liens de solidarité avec ces peuples. La Commission a entre temps visité les villes de Rimouski, Gaspé, Laval, Shawinigan, Victoriaville, Sept-Îles, Saguenay, Maniwaki, Gatineau, Québec, Montréal, Sherbrooke, Sainte-Thérèse, Lévis, Joliette, Longueuil et Rouyn-Noranda. Au total 361 témoignages de groupes et de personnes directement touchées par les problèmes de logement ont été entendus.

La mise en œuvre du droit au logement n'a pas progressé au Québec au contraire …..des Commissaires ébranléEs par tout ce qui a été vu et entendu, des Nations Autochtones touchées par des problèmes aigus … [1]

Le rapport constate que « *la mise en œuvre du droit au logement n'a pas progressé au Québec* » et qu'*« au contraire, elle s'est plutôt dégradée à maints égards »*. L'un des 14 commissaires, Jean Trudelle, ex-président de la Fédération nationale des enseignants et des enseignants du Québec (FNEEQ-CSN), a expliqué avoir été, comme les autres, ébranlé par tout ce qu'il a vu et entendu durant les 19 audiences de la Commission :

« Comment imaginer que des problèmes aigus de surpeuplement des habitations comme ceux dont on nous a parlé à Kuujjuaq, au Nunavik, ou dans la communauté anishnabe de Lac Simon, en Abitibi, existent dans un pays riche comme le Canada qui a tous les moyens pour assurer pleinement le respect de tous les droits, y compris celui au logement? Comment croire que tant de personnes et même de familles s'y retrouvent dans des situations d'itinérance, visible ou voilée? Comment imaginer que tant de personnes doivent couper dans leurs autres besoins essentiels, comme la nourriture, pour arriver à payer leur loyer? »

« Nous avons été consterné-es par la nature de certains témoignages que nous avons recueillis. Dans certaines régions, la crise du logement est telle que des gens se retrouvent sans domicile fixe, passant d'un ami à un parent, avant de finir par vivre dans leur voiture. Souvent ces graves pénuries sont causées par des dynamiques économiques régionales, ici le tourisme, là l'extraction des ressources : jamais on ne semble avoir prévu de stratégies pour contrer les effets pervers sur le logement. Plus préoccupant encore, plusieurs femmes ont témoigné qu'elles avaient été contraintes à consentir des faveurs sexuelles pour éviter d'être évincées d'un loge-

ment, sachant très bien qu'elles ne trouveraient pas d'autre lieu où aller vivre. À tous ces cas s'ajoutent plusieurs histoires de misère ordinaire, de racisme et de sexisme de tous les jours qui nous ont été rapportées comme étant le quotidien de nombre de gens dans leur rapport au logement », constate la commissaire Lucie Lamarche, experte en droits humains et professeure de droit à l'Université d'Ottawa »

Compte tenu de l'interdépendance entre les droits, toute violation de celui au logement a des impacts négatifs sur d'autres dont celui à l'alimentation, à la santé ou à l'éducation. L'un des groupes[2] entendus l'a résumé en ces termes **« les conséquences du logement indigne, ce sont des droits bafoués et la citoyenneté amputée »**

LA STIGMATISATION, LA DISCRIMINATION, LES MYTHES ET LES PRÉJUGÉS PERSISTENT ET PRIVENT LES CITOYENS ET CITOYENNES VISÉES D'ACCÈS AU LOGEMENT [3]

Les multiples brimades au droit au logement, que la Commission a constatées partout au Québec, sont exacerbées par l'aggravation des inégalités sociales dans notre société, de même que par les rapports sociaux de sexes et de « races » qui y perdurent. Souvent, la discrimination est encore plus directe et là, tous les motifs sont bons : condition sociale, sexe, âge, présence d'enfants, couleur de la peau, handicap physique ou mental, etc.

En ce qui a trait aux Autochtones, comme l'écrit la Commission, les violations au droit au logement vécus par les Autochtones, agissent « comme un verrou qui bloque l'accès aux autres droits humains ». Elle en conclut : « Le plein exercice des droits à l'éducation, à la santé, à la sécurité de la personne, à l'égalité, à la non-discrimination et au droit à l'autodétermination passent par l'urgence d'assurer le droit au logement ».

EST-CE QUE DES RECOURS SONT POSSIBLES ? DES DROITS SANS RECOURS ?

Partout, les Commissaires ont entendu à quel point est difficile de réclamer justice, la confiance en la capacité de la Régie du logement de répondre rapidement aux situations concernant le manquement aux droits des locataires est faible. Cette réalité est démontrée par les chiffres écrivent les Commissaires : sur les 78 468 demandes introduites et relancées à la Régie du 1er avril 2011 au 31 mars 2012, à peine 9 096 l'ont été par des locataires. La longueur des délais d'attente à la Régie décourage les locataires. Des causes touchant le besoin de réparations et la salubrité des appartements prennent en moyenne 20,3 mois à être entendues. En comparaison, celles pour non-paiement de loyer, portées par des propriétaires, n'attendent que 1,4 mois.

La Régie du logement n'est pas le seul organisme en cause. Peu de personnes connaissent par exemple la possibilité de recourir à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse lorsqu'elles sont victimes de discrimination. Les programmes de la Société d'habitation du Québec, comme l'allocation-logement, sont aussi largement méconnus et les démarches pour y avoir accès sont souvent jugées complexes.

LES RECOMMANDATIONS DES COMMISSAIRES

Au total, les Commissaires proposent 21 recommandations dans sept rubriques. Est-ce que des recommandations sont plus importantes parmi les 21 ? Comme les droits sont indivisibles et interdépendants, c'est très difficile de choisir quelques recommandations seulement et de les retranscrire ici.

Selon les Commissaires, la situation décrite dans leur rapport est éloquente et ne peut laisser personne insensible. Les Commissaires précisent :

Ce constat exige un virage radical de la part des divers gouvernements qui, au Canada, sont conjointement responsables de la mise en œuvre du droit au logement

Le rapport identifie des actions urgentes destinées à protéger, à promouvoir et à mettre en œuvre le droit au logement de toute personne, et ce, sans discrimination. La crise du logement est une manifestation directe de l'aggravation des inégalités sociales et du fossé qui se creuse chaque année davantage entre les mieux nantiEs et les plus démuniEs. Le logement est un bien de première nécessité et de ce fait, une richesse. Or, la mal-répartition de la richesse porte négativement atteinte au droit de se loger. C'est pourquoi il s'impose de promouvoir des politiques publiques qui corri-

geront le tir. De telles politiques doivent prendre en compte le sort des plus démuniEs, car la pauvreté n'est pas une tare individuelle. Elle est structurelle et exacerbée par la difficulté croissante de se loger convenablement.

L'ensemble des recommandations s'adressent à tous les paliers du gouvernement : fédéral, provincial et municipal et les invitent à agir avec urgence.

Pour en savoir davantage, Action Autonomie organisera cet automne un atelier pour nous approprier collectivement le contenu du mémoire tout comme du rapport des Commissaires. Des revendications que nous voulons porter collectivement seront à identifier. J'espère vous y rencontrer.

En attendant, je vous souhaite un bel et bon été.

Aline

1. http://commissionpopulairefrapru.org/
2. Ce groupe est Action Autonomie : http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/memoire_aa_logement_nov_2012.pdf - page 14
3. http://www.frapru.qc.ca/IMG/pdf/Rapport_commission_final_web.pdf

Les maux du vieil Arthur

Arthur a atteint ce que l'on appelle hypocritement le bel âge. Il vit seul dans un petit logement glauque, humide, garni de meubles défraichis. Tout le monde le connaît dans le quartier. Ses voisins disent qu'il n'a jamais fait sa vie. Ce qu'ils veulent dire c'est que le vieil homme n'a jamais eu de relation amoureuse connue ni de travail stable. On dit de lui qu'il est bizarre et solitaire.

Il n'a de famille que les quelques bénévoles *qui le sortent* durant la période des Fêtes. De sa vraie famille, il ne lui reste que les séquelles silencieuses des enfants mal-aimés. Les médecins qu'il a vus le jugeaient un peu attardé, mais c'est simplement parce qu'il n'a pas eu la chance d'étudier longtemps. Petit, il n'y avait jamais de livre à la maison ni personne pour le motiver à apprendre.

Même si l'on se doute qu'il ait été victime de violence Arthur est un doux. Un peu timide, mais très poli, le vieillard est toujours souriant. Si vous lui demandiez comment il va, il vous répondrait sûrement, avec empressement, «*ça va bien, et vous!*» Il se préoccupe des autres, c'est dans sa nature. Si quelqu'un lui rend service ou est gentil avec lui, soyez certain qu"il en sera toujours reconnaissant. Arthur n'oublie jamais un bon mot, un bon geste…

À le croiser ainsi dans la rue, nul ne pourrait deviner le poids de la tristesse qui a fait plus que l'âge ployer son dos. Une détresse intérieure le ronge depuis aussi longtemps qu'il se rappelle. Les médecins qu'il a vus lui diagnostiquèrent des problèmes de santé mentale. Ils n'ont guère cherché à connaitre son histoire encore moins les causes de son immense chagrin. C'est pourquoi on lui a prescrit des médicaments depuis ce qui lui semble être une éternité l'espace d'une vie.

S'il tombait vraiment malade, les services sociaux l'inciteraient fortement à être placé dans un foyer il est si pauvre et si seul. Ça doit être pour cela que tout le monde s'arroge le droit de lui dire ce qui est bien ou non pour lui, mais sans vraiment s'attarder à ce qu'il souhaite vraiment.

Comme toutes les personnes seules, il y a des périodes plus difficiles à supporter que d'autres. C'est le cas de Noël et de la St-Valentin. C'est comme si on

Suite page 22

La responsabilité et son ambiguïté

Lorsque quelqu'un est pris avec un problème de santé mental au Québec, le système fait tout en son pouvoir pour aider cette personne. Il désire la responsabiliser au meilleur du possible. C'est le grand but !

Pour cela ; prescriptions de médicaments, psychothérapies, gestion autonome des médicaments, multitude de trucs comme des cassettes de relaxation, cours de cuisine, visites régulières pour vérification quant à l'hygiène de vie, etc. Oui, j'en passe et il y en a pour tous les goûts.

Mais ma vision par rapport à ma responsabilité, qu'en est-elle ? Jusqu'où dois-je la pousser pour demeurer une personne responsable ? Devrais-je fonder une famille ou avoir un emploi qui a des impacts majeurs sur la réussite d'une entreprise ? Y a-t-il un juste milieu ou dois-je pousser mon ambition au plus loin de mes capacités ? Car c'est correct de tomber et de se relever. Mais, c'est autre chose quand, lorsque tu tombes, tu dois faire relever beaucoup d'autres gens.

Je sais que j'ai un énorme potentiel qui me permettrait d'aller loin dans la vie. Je vis avec ma schizophrénie paranoïde dans toutes les sphères de ma vie d'une manière qu'elle ne me gêne pas à mettre à terme les projets qui m'habitent ; vie amoureuse passionnante, diplômes et attestations d'études obtenus, emplois intéressants et exigences répondues, permis de conduire exempt de point d'inaptitude, vie de famille remplie de bonheurs avec mes neveux et nièces. Je jouie de la confiance d'une panoplie de gens.

Tout à la fois, je ne veux pas les décevoir. Et un questionnement m'accapare par les temps qui courent. Est-ce que le moyen d'être la plus responsable pour moi est de limiter mes responsabilités ? Car si je veux élever des enfants avec l'homme que j'aime, je n'aurai plus à veiller seulement sur moi et à m'arranger avec ma maladie, mais à être responsable de la réussite d'un enfant qui a besoin d'un appui réel pour s'épanouir dans la vie. Encore, je peux avoir à prendre des décisions au sein d'une entreprise qui influenceront sa santé financière. Là sont des endroits où je peux poser des limites. C'est une question de rêves personnels, mais aussi de considération des autres.

C'est une grande question, et je crois avoir détecté un débat qui sommeille chez plusieurs. Je ne veux pas nécessairement y répondre. Je souhaite plutôt poser la question ouvertement et inviter chacun à y réfléchir.

Pour ma part, je réfléchis…
Isis

Les maux du vieil Arthur (suite)

est obligé d'être heureux se dit-il... La publicité, la musique, les décorations, maudit que ça peut faire mal... Sans personne qui nous aime, on a le cœur orphelin. Mais nous, on gagnerait tant à l'aimer.

Arthur s'est confié de sa peine à son psy, il y a de cela plusieurs années avec pour résultats une augmentation automatique de sa médication à tous les mois de décembre...

Qu'est-ce qu'on fait de nos vieux... Depuis quand une augmentation de dosage est un remède à la solitude, à l'indifférence des autres. Il n'y a pas que son psychiatre qui soit fautif dans cette triste histoire. Nous avons tous un examen de conscience à faire. Nous avons collectivement abandonné les gens âgés et comme le disait la publicité «*Tasse toé mon' onc».*

C'est Arthur qui prend des pilules, mais c'est la société qui ne lui a jamais fait de place, qui est malade, malade à le faire mourir d'ennui…

Anne-Marie Chatel

vol 20 no1, juillet 2013

Joignez-vous à

ACTION AUTONOMIE

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

Action Autonomie est un organisme sans but lucratif. Il a été mis sur pied pour et par des personnes convaincues de la nécessité de se regrouper afin de faire valoir leurs droits.

La promotion et la défense de vos droits	Diffuser de l'information sur le droits et les recours à ses membres, aux usagers et à la population. Faciliter l'accès aux mécanismes de traitement des plaintes. Assurer le respect des droits et l'accès à des services de qualité. Veiller au respect des droits fondamentaux, ex. droit à la liberté, à l'intégrité, à la vie privée... Faire des représentations et réaliser des actions afin de promouvoir et défendre les droits des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Bienvenue

Action Autonomie

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