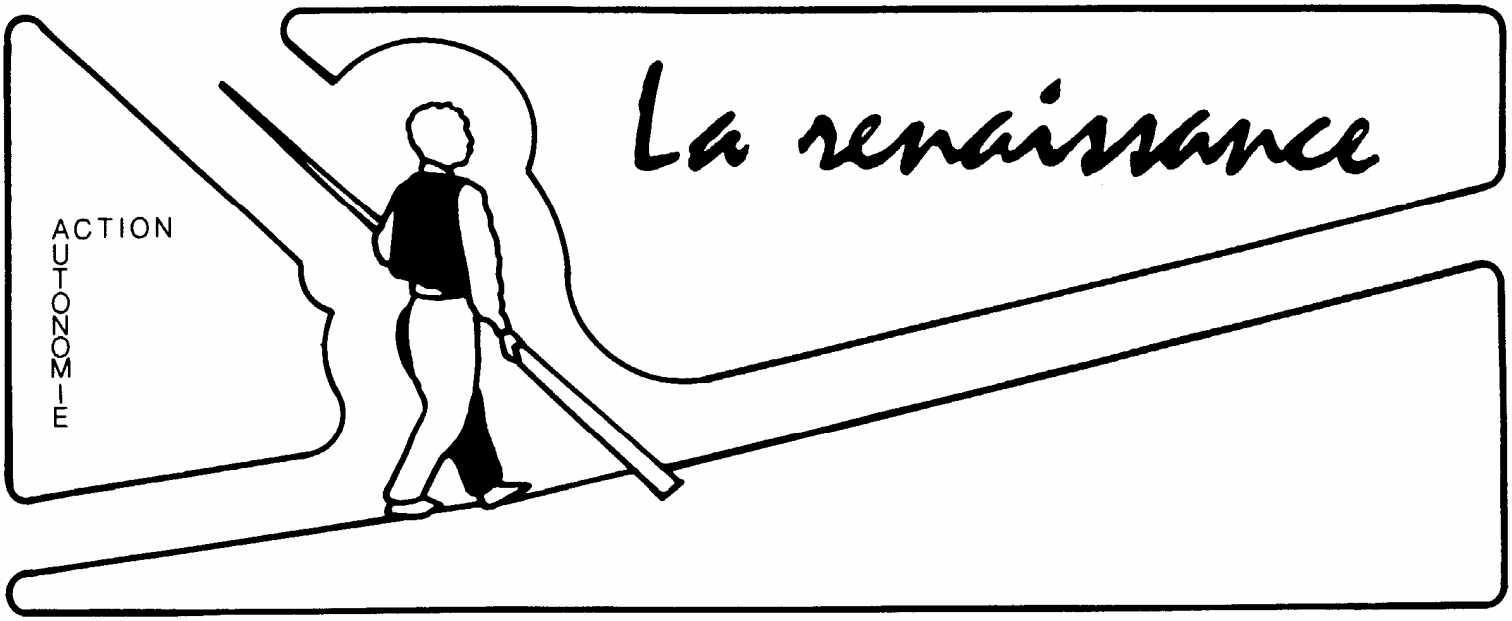


Volume 21 juin 2014 Numéro 1

Forum sur les mesures de contrôle en milieu psychiatrique et droits humains

Un vif succès

Participation citoyenne vous avez dit?

L'Agence de la Santé de Montréal met fin au financement du Projet montréalais de participation

Femmes et santé mentale

Une psychiatrie jugée sexiste

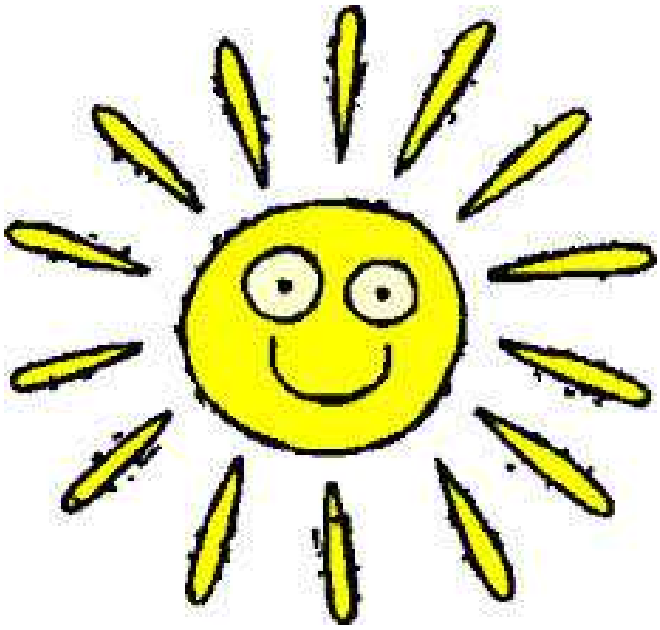
« Un holà aux frais accessoires »

Le Collège des médecins propose une révision du code de déontologie axée sur les droits des patientEs

L'utilisation des électrochocs demeure toujours sans surveillance au Québec

Bon été!

L'Équipe du comité journal



Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: octobre 2014
Date de tombée
pour les articles: septembre 2014

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.

La Renaissance

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

Comité journal

Anne-Marie Chatel
Ghislain Goulet
Huguette Doyon
Francine Santerre Dupuis

Collaborateurs, collaboratrices

Comité Pare-Chocs
Isis Lachapelle
Roger G. Boisvert
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 2014

Sommaire

Mesures de contrôle en milieu psychiatrique
Le forum organisé par Action Autonomie est un VIF SUCCÈS. pages 3 à 5

Participation citoyenne vous avez dit?
L'Agence de la Santé de Montréal met fin au financement du Projet montréalais de participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en santé mentale. page 6

Santé mentale et itinérance
Le tandem maudit de la « maladie mentale » et de l'itinérance expliqué par des parents pages 7 à 9

À CAMÉE
Vivre normalement en entendant des voix page 9-10

Femmes et santé mentale
Une psychiatrie jugée sexiste pages 11-12

La Psychothérapie
La science penche pour la psychothérapie pages 12-13

Électrochocs
L'utilisation des électrochocs demeure toujours sans surveillance au Québec page 14

DSM V
La bible de la psychiatrie prise à partie pages 15-16

Un holà aux frais accessoires
Le Collège des médecins propose une révision du code de déontologie axée sur les droits des patientEs pages 18-19

Chronique
Libre réflexion: Souhait pour l'harmonie page 16
Opinion Les itinérantEs ne sont pas des marchandises ! page 17
Serment d'Hippocrate ou serment d'hypocrite? pages 19 à 21
L'intimidation à l'école, ce n'est pas un jeu d'enfant page 22

Mesures de contrôle en milieu psychiatrique

Le forum organisé par Action Autonomie est un VIF SUCCÈS.

Le 27 février dernier, Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, un organisme communautaire, a réuni près de 270 personnes au Palais des congrès de Montréal, dans un objectif de partage, de sensibilisation et de dénonciation relativement à l'utilisation de mesures de contrôle en psychiatrie, une pratique décriée par les citoyenNEs, les groupes de défense des droits en santé mentale et la Protectrice du citoyen.

Tout un défi, et un incontestable succès! En effet, près de cinquante membres d'Action Autonomie, autant de personnes utilisatrices provenant d'autres lieux, une centaine de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, des avocatEs et un grand nombre de travailleurs et travailleuses de groupes communautaires ont participé à la journée.

Mme Lucie Tremblay

Les conférencierEs invitéEs étaient de renom. Mme Monique Normandeau, présidente d'Action Autonomie et la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Mme Lucie Tremblay, ont accueilli les participantEs. Mme Tremblay avait été invitée à titre de présidente d'honneur du forum en raison de sa gestion d'avant-garde dans le milieu des personnes âgées, dans un établissement où elle a fait cesser l'utilisation des contentions.

En conférence d'ouverture, Me Marc-André Dowd, vice-protecteur du citoyen, prévention et innovation, nous a vivement intéressé par son allocution intitulée : « Mesures de contrôle en milieu de santé: l'impact des pratiques observées sur le respect des droits des personnes ».

Me Marc-André Dowd

Le Dr Jean-Bernard Trudeau, secrétaire adjoint à la Direction générale du Collège des médecins du Québec nous a présenté son point de vue « humanisant »: « Pour un milieu favorable à la promotion et au respect des droits humains : Quels enjeux ? Quels obstacles ? Dispenser les soins qu'on aimerait recevoir! ».

Sur une autre note, Mme Diane Matte, organisatrice communautaire à la Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle (CLES) et coordonnatrice du Secrétariat international lors de la première Marche mondiale des femmes, nous a entretenuEs sur la notion du pouvoir : « Égalité et santé mentale: de quels droits parle-t-on? »

Me Jean-Pierre Ménard, avocat spécialisé dans la représentation et la promotion des droits des usagers du système de santé du Québec, a exploré avec brio les enjeux légaux associés aux mesures de contrôle : « La protection juridique des personnes contre les mesures de contrôle abusives en psychiatrie »

Me Jean-Pierre Ménard, Mme Diane Matte et Dr Jean-Bernard Trudeau.

Mme Lucie Tremblay, présidente-directrice générale de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a présenté : « Agir dans une perspective de défense des droits : des pratiques prometteuses et porteuses de changements durables. Pour une utilisation exceptionnelle de l'isolement et de la contention : un rendez-vous à poursuivre ».

Le professeur Dave Holmes, directeur et doyen associé à l'Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé - École des sciences infirmières, a été chaudement applaudi suite à son exposé « Vers une compréhension phénoménologique de la mise en salle d'isolement en milieu de psychiatrie légale ».

Mme Lourdès Rodriguez del Barrio, professeure agrégée à l'École de service social de l'Université de Montréal et directrice de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture et de l'Alliance de recherche Santé mentale et citoyenneté, nous a entretenu de « Respect des droits et psychiatrie: enjeux et défis autour de l'utilisation de la médication ».

M. Dave Holmes et Mme Lourdes Rodriguez del Barrio.

Près d'une heure a été consacrée à « La parole citoyenne ». Au cours de cette présentation, Action Autonomie a d'abord fait état de ses travaux des 15 dernières années pour l'abolition de l'utilisation des mesures de contrôle en psychiatrie. L'organisme a dénoncé le laxisme de dirigeants de l'Agence de la santé de Montréal et de plusieurs hôpitaux montréalais, ainsi que le manque de leadership gouvernemental pour s'assurer du respect de la loi en la matière, régulièrement bafouée. Rappelons qu'il est interdit d'utiliser les mesures de contrôle autrement que

M Daniel Foucher, Mme Julie Rivard, Mme Laurianne Guénette et Mme Huguette Doyon ont lu un « Appel au refus total ».

dans des situations de violence, de danger pour la personne ou pour les autres. En deuxième partie, une vidéo produite par Action Autonomie et ses militantEs, dans lequel une dizaine de personnes utilisatrices expriment leurs réflexions sur la façon dont les gens sont traités en psychiatrie et sur les séquelles des abus de droits sur l'être humain, a bouleversé les participantEs de cette journée. Enfin, quatre personnes utilisatrices de services de santé mentale, – Huguette Doyon, Daniel Foucher, Laurianne Guénette et Julie Rivard, appuyées de la coordonatrice d'Action Autonomie, ont lu un « Appel au refus total ». L'ensemble de cette présentation a été chaudement applaudi. L'émotion était tangible dans la salle, et nous avons reçu maints mots de remerciements et de félicitations à la fin de la journée. Des soignantEs ont avoué avoir été éclairéEs et bouleverséEs d'entendre les personnes raconter les stigmas laissés par l'utilisation de mesures de contention et d'isolement, alors qu'elles sont dans une situation de grande vulnérabilité émotionnelle. CertainEs ont aussi exprimé leur propre détresse à être obligéEs d'utiliser pareilles mesures.

Un constat clair se dégage de l'ensemble des interventions : les mesures de contrôle ont des effets souvent dévastateurs sur les personnes qui les vivent, elles brisent le lien de confiance que celles-ci pourraient avoir envers le système de santé, et elles portent atteinte à leurs droits fondamentaux, dont le droit à la liberté, à la sécurité et à la dignité. Dans cet esprit, il est impératif de viser la réduction, voire l'élimination de ces mesures, comme le prônent les orientations du ministère de la San-

té et des Services sociaux (MSSS) du Québec depuis 2002.

Au moment du mot de la fin, Dr André Delorme, directeur national de la santé mentale au MSSS, invité à adresser le « mot de la fin politique » a fait état des démarches de sa direction, expliquant entre autres que nous avons tous les mêmes préoccupations, mais des perspectives différentes. Sa direction travaille en effet à des changements qui visent la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle. Toutefois, sans être surpris, nous avons été déçus de ses explications concernant un long processus où un grand nombre d'acteurs doivent contribuer au changement d'une culture hospitalière qui date de plusieurs centaines d'années.

M. André Delorme, M. Jean-Nicolas Ouellet et Mme Nicole Cloutier

Il a salué une journée où « challenge » et respect se côtoyaient et remercié les organisateurs et participants pour cette journée qui a été pour lui formatrice. Il a de plus salué l'apport des groupes de défense des droits en santé mentale au changement de culture.

En tout dernier lieu, un second mot de clôture, apporté par Jean-Nicolas Ouellet, coordonnateur de l'organisme CAMÉÉ, a permis une parole citoyenne pour clore la journée.

L'enthousiasme de la salle s'est manifesté par des applaudissements effrénés lorsque Jean-Nicolas, toujours habile à dérider la salle, a communiqué ses réflexions suite à cette journée. D'abord jovial, puis très sérieux, il s'est exprimé entre autres sur la question de l'utilisation de la médication comme mesure

Plusieurs interventions de la salle ont enrichi le débat

de contrôle; puis, il a tout-à-coup laissé exploser sa pensée par une verte colère, traduisant son «haut-le-cœur», refusant d'accepter les objectifs de la direction de la santé mentale vers un lent changement de culture. « Assez, c'est assez! Il faut que les choses changent rapidement! » Et il a donné l'exemple de l'alcool au volant, d'une époque où « les hommes conduisaient avec une bière entre les jambes ». « Il a suffi d'une campagne de publicité où on disait que l'alcool au volant c'est criminel, et au bout de trois mois. les bouteilles étaient retournées dans les caisses! ». Las et outré, lui aussi, d'entendre à répétition la reconnaissance faite aux citoyenNEs pour leur courage à se battre pour dénoncer, il a poursuivi sur un appel au courage de ceux qui déterminent les plans d'action pour que dans un an, on puisse partager sur de réelles avancées pour le respect des droits des personnes.

S'il y a peu de possibilités que dans un temps aussi court on cesse l'utilisation des mesures de contrôle, il reste que cette journée, ainsi que ce mot de la fin, ont permis l'espoir. Action Autonomie continuera de dénoncer et d'agir avec la force de ses membres et de son équipe! À force de semer... à force de dire, de répéter, de témoigner, de se solidariser, d'exiger…

Nicole Cloutier,
coordonnatrice

Participation citoyenne vous avez dit?

L'Agence de la Santé de Montréal met fin au financement du Projet montréalais de participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en santé mentale.

Le Projet montréalais de participation était une initiative conjointe d'Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale et du RACOR en santé mentale. Financé depuis 2008, le Projet montréalais de participation avait pour but de développer et supporter, sur l'île de Montréal, la participation des personnes utilisatrices de services en santé mentale à la planification, l'organisation et l'évaluation des services en santé mentale, telle que prévu dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2020 : la force des liens.

Malgré un sous-financement chronique et des difficultés constantes quant au versement de la subvention et aux communications avec l'Agence de la Santé de Montréal, le Projet a joué un rôle déterminant quant au développement d'une réelle participation citoyenne des personnes utilisatrices.

- Développement d'un modèle de participation misant sur l'implication et la responsabilité des CSSS dans le soutien au fonctionnement de groupes locaux. Quatre groupes ont été implantés dans quatre CSSS;
- Support à la réalisation d'une table ronde (2009) et d'un forum (2010) dans le cadre des journées biannuelles du MSSS;
- Consultation régionale des personnes utilisatrices et participation à la rencontre régionale concernant le bilan du PASM 2005-2010;
- Réalisation d'une intervention théâtrale avec l'organisme Mise au Jeu concernant les enjeux autour de la participation citoyenne;
- Réalisation de plusieurs assemblées de consultation avec des personnes utilisatrices en regard de leur satisfaction et besoins concernant l'organisation des services de santé mentale :
- Développement d'une formation sur le rôle de représentantE;

PROJET MONTRÉALAIS DE PARTICIPATION

- Réalisation de conférences publiques autour des enjeux liés à la participation citoyenne en santé mentale;
- Collaboration avec différentes équipes de recherche (CRÉMIS, Griose-SM, ARUCI-SM, Télé-Université, Projet Dialogue, Projet Chez soi);
- Recrutement et mobilisation de personnes utilisatrices des services;
- Développement, dans les CSSS participants, de politiques de soutien à la participation visant la reconnaissance du principe de la participation citoyenne, la reconnaissance des groupes locaux et les responsabilités des CSSS;
- Publication de ***Notre plan d'action citoyen en santé mentale « Avoir une vie »,*** produit pour et par les personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Montréal.

La grande majorité de ces réalisations reposent sur les épaules et l'engagement « bénévoles » de dizaines de personnes utilisatrices qui se sont investies pour travailler à l'amélioration et à l'humanisation des services de santé mentale.

La décision de l'Agence nous consterne. Quelle déception, quelle humiliation pour tous ceux et celles qui se sont impliqués dans ce projet, qui ont cru à l'engagement, au sérieux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Agence de la santé de Montréal.

vol 21 no1, juin 2014

Quel gâchis!

Même constat pour les responsables des CSSS qui ont cru aux orientations et à l'engagement de l'Agence de la santé dans l'importance à accorder au développement de la participation citoyenne comme un modèle « gagnant » d'organisation des services.
Devant une telle absence d'engagement, dorénavant, comment convaincre les gens et les organisations de l'importance de s'impliquer pour travailler solidairement pour améliorer la qualité des services de santé mentale et plus globalement notre qualité de vie?

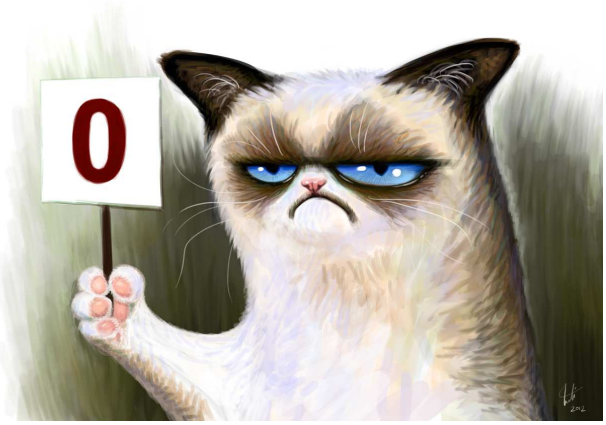
Pour nous, le Projet montréalais de participation joue un rôle essentiel dans l'actualisation d'une orientation importante du Plan d'action en santé mentale mise de l'avant par le MSSS, soit la participation publique des personnes utilisatrices de services de santé mentale.

Il faut vraiment s'inquiéter quant à l'avenir de la participation citoyenne dans le réseau de la santé pour la région montréalaise. Si l'Agence ne supporte pas une vision régionale, qui d'autre le fera?

Nous tenons à dire un grand merci à tous nos partenaires et plus particulièrement à Denise, Sally, Anne-Marie, Roger, Stéphane, Élianne, Julie, Johanne, Daniel, Mitsou, Marie, Jean, Michèle, Gabrielle, Louise, Carmen, France, Francine, Marie, André, Sylvain, Jocelyne, Marie-Pierre, Thérèse, Maurice, Lisette, Catherine, Laurent, Frances, Christian, John, Monique, Jean-Claude, Marie et plusieurs autres qui ont contribué et qui contribuent encore à faire avancer ce magnifique projet.

FIN

Par Ghislain Goulet



Le tandem maudit de la « maladie mentale » et de l'itinérance expliqué par des parents

Le Devoir, 10 mars 2014, Texte collectif - Jean Forest, André Geoffroy, Pierrette Maltais et Jacqueline Chavignot

Alain Magloire, vous vous souvenez ? Ce père de famille atteint d'une maladie mentale et devenu itinérant meurt des suites d'une bavure policière le 3 février à Montréal. Le troisième en trois ans. Les médias en ont largement fait état parce que ce drame remet en évidence un grave problème de société : pourquoi les soins en santé mentale demeurent-ils déficients au point de condamner tant de malades à l'itinérance ? Les organismes parlent de plus de 10 000 itinérants actuellement à Montréal.

Les signataires de ce texte ont été bouleversés, choqués par cette mort tragique parce que la victime aurait pu être un de leurs enfants. En effet, nos deux familles ont chacune un enfant malade qui a été poussé dans l'enfer de l'itinérance au cours des dernières années. Très vite abandonnés par les services de santé, les malades mentaux sont privés de leur droit d'être soignés et condamnés presque automatiquement à vivre dans la rue. Telle est la réalité. C'est une chose que d'en être scandalisé et de le dénoncer, c'en est une autre de comprendre pourquoi cette tragédie se produit et comment nous pouvons y mettre fin. Voilà pourquoi nous prenons la parole.

Corriger les erreurs du passé

Comme société, nous tolérons actuellement un scandale d'une ampleur plus grande que celui du débordement des asiles dans les années 1960 et 1970, lequel a amené le Québec d'alors, sous la direction du Parti québécois d'ailleurs, à désinstitutionnaliser la maladie mentale et à poser les bases d'un vaste projet de réinsertion sociale doté de structures appropriées pour y répondre. Hélas, nous avons du même coup avalisé le discours du Québec inc. auquel nous avons confié notre quête collective d'émancipation et de confort… y trouvant notre profit évidemment, mais rejetant par le fait même

l'établissement de structures adéquates en santé mentale. En plus, nous avons cru aux sirènes de la psychiatrie moderne qui promettaient le rétablissement par les seules vertus de la médication chimique. Double erreur : sans psychothérapie patiente et compétente et sans ressources physiques et financières appropriées, les médicaments ne suffisent vraiment pas. La rue devient alors l'exutoire obligé et les enfants malades de notre génération s'y sont retrouvés. Mais, concrètement, qui les envoie à la rue et pourquoi ?

Régler un problème d'interprétation

En santé mentale, pour que les psychiatres hospitalisent une personne et la soignent, celle-ci doit être jugée dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Quiconque ne répond pas à ce critère ou refuse un traitement n'a plus sa place dans un hôpital, peu importe la façon dont il y a été amené. Même si c'est l'hôpital qui obtient une ordonnance de traitement et d'hébergement, rien n'est réglé pour autant puisque le seul traitement en usage est chimique et le lieu d'hébergement demeure l'hôpital où les activités du malade pendant des semaines, voire des mois, se limiteront à prendre ses pilules, dormir, manger, regarder la télévision et fumer s'il en a les moyens. Pas surprenant que la majorité refuse. Et à la sortie où ira-t-il ? Trois issues : la famille ; son propre logement s'il en a un et s'il est capable d'y rester ; enfin, la rue hélas.

En général, la famille a déjà un long parcours douloureux et sait trop bien que « *les autres créent notre enfer lorsqu'ils n'acceptent pas d'entrer en relation avec nous »,* comme l'a écrit le regretté Albert Jacquard. Blessée et laissée à elle-même, elle se dérobe souvent. Pour ce qui est du logement, la réapparition des symptômes de la maladie mentale, souvent très rapide, en empêche plusieurs de pouvoir y vivre seuls.

Reste alors l'itinérance… qui, de l'aveu même du gouvernement, est dangereuse pour soi et pour autrui comme l'écrit le ministère de la Santé et des Services sociaux sur son site Internet : *« Les conséquences négatives qui en découlent sur le plan humain, social et économique affectent non seulement les personnes itinérantes elles-mêmes, mais la société dans son ensemble. »* Le langage est feutré, mais ne trompe pas. La personne n'est pas dangereuse pour elle-même ou autrui au sortir de l'hôpital, mais on l'abandonne dans un lieu où elle le devient.

Cela ne vous convainc pas ? Des itinérants viennent de le confirmer dans des autoportraits recueillis par la journaliste Caroline Montpetit dans *Le Devoir* du 15 février : *« La rue, c'est un milieu où tu n'as que des ennemis »* (Gaétan) ; *« La rue, c'est pas un endroit fréquentable. On y trouve des alcooliques, des psychiatrisés, des junkies »* (Sébaste) ; *« Aujourd'hui, dans la rue, tu peux te faire tuer pour une cigarette »* (Max). Ils doivent bien savoir de quoi ils parlent !

Il est clair que l'on joue avec les mots pour masquer le manque de ressources. Et c'est sans parler des gangs de rue, de la prostitution, des drogues faciles d'accès… Or, les psychiatres savent pourtant depuis toujours que la consommation de drogues déclenche ou accroît les troubles psychiques chez les personnes vulnérables quand elle ne les détruit pas complètement. L'augmentation croissante du nombre d'itinérants victimes de maladies mentales en est sûrement une conséquence. De toute évidence, on lit la réalité comme on le veut bien !

Une vraie liberté de la personne

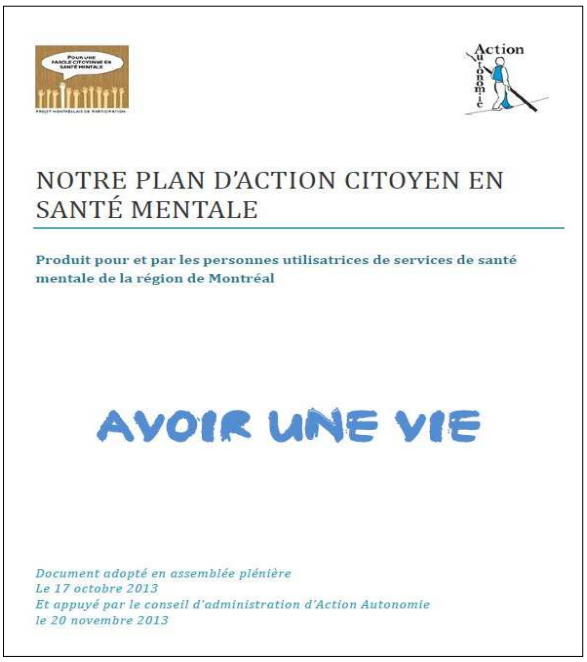
On ne peut pas soigner le malade mental contre son gré, dira-t-on. Certes. D'ailleurs, en santé mentale, cette liberté fait l'objet d'un cadre juridique strict, mais quand on ne présente à la personne malade aucune autre solution que la vie dans la rue, quand on s'obstine à ne lui proposer rien de valorisant, sérieusement, quelle liberté réelle lui offre-t-on ? Faute de l'inscrire dans une réinsertion digne et respectueuse, nous l'obligeons à accepter un milieu dangereux et néfaste. C'est une honte que nous en soyons là dans un pays libre et riche comme le Québec d'aujourd'hui.

Quant aux auteurs de ce texte, il nous a fallu dans chacune de nos familles suivre le parcours du combattant et accepter les longs et pénibles dédales juridiques ou encore toucher le fond du baril pour qu'enfin nos enfants sortent de la rue. Nous croisons les doigts pour la suite. Pendant ce temps, il en reste des milliers d'autres pris au piège et sauvés du désastre par des organismes communautaires à bout de souffle et en attente, des mois encore, d'une politique de l'itinérance ou, pourquoi pas, d'une politique du droit de vivre dans la dignité.

Le problème est vraiment collectif. La campagne électorale offre une réelle occasion d'en faire un enjeu politique urgent puisque le préambule de la Charte des valeurs réaffirme l'importance des droits et libertés. Le premier de ceux-ci rappelle que tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Les soins en santé mentale actuels, nous l'avons vu, ne respectent aucunement cette définition ou bien la trahissent.

FIN

Le nouveau Plan d'action en santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux se fait attendre: pourquoi ne pas consulter un plan d'action citoyen:


NOTRE PLAN D'ACTION CITOYEN EN SANTÉ MENTALE

Produit pour et par les personnes utilisatrices de services de santé mentale de la région de Montréal

AVOIR UNE VIE

Document adopté en assemblée plénière
Le 17 octobre 2013
Et appuyé par le conseil d'administration d'Action Autonomie
le 20 novembre 2013

http://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/notre_plan_d'action_en_sante_mentale_aa_oct_2013.pdf

Vivre normalement en entendant des voix

À ***CAMÉÉ***, un groupe d'entraide en santé mentale de Montréal-Nord, jusqu'à 15 personnes se réunissent de façon hebdomadaire pour s'aider à apprivoiser des voix, des voix qu'eux seuls entendent.

François entend plusieurs voix à l'intérieur de lui-même, certaines positives et d'autres négatives, qui lui donnent des ordres. La voix d'une amie d'enfance de Danielle vient quotidiennement la déranger, alors que Louise se fait culpabiliser par une petite fille lorsqu'elle a des problèmes budgétaires.

Les trois, comme la majorité des membres du groupe, prennent de la médication de façon rigoureuse pour traiter leur psychose, mais entendent quand même des voix.

«Une nouvelle approche consistant à aider ces personnes à mieux vivre avec leurs voix, plutôt que de se battre pour les éliminer, a été développée en Europe depuis la fin des années 1990. Elle a commencé à s'implanter au Québec en 2007», raconte Jean-Nicolas Ouellet, coordonnateur du CAMÉÉ.

Le CAMÉÉ fait donc partie de la quinzaine d'organismes au Québec qui offrent des ateliers durant lesquels les entendeurs de voix se rencontrent, discutent sans jugement, travaillent ensemble pour comprendre le phénomène et se donnent du soutien, sous la supervision d'un intervenant du centre.

Ils se donnent donc des stratégies pour «dompter» leur voix. «Il y a les stratégies passives, comme de faire des activités qui rehaussent l'estime de soi. Pour certains, mettre des bouchons ou écouter de la musique permet de faire taire la voix», affirme Adel Messaoudi, agent de relations humaines au CAMÉÉ. Les stratégies actives consistent à interagir avec les voix pour avoir le dessus sur elles. «Je dis à ma voix qu'on doit se quitter et qu'elle peut revenir le lendemain à la même heure. Et elle accepte», rapporte Danielle.

Certains «entendeurs de voix» arrivent donc à reprendre du pouvoir sur leur vie. Mais arriver à cette étape est un long cheminement. Les voix sont souvent entendues de façon claire et sont extrêmement présentes, voire intolérables pour ceux qui les entendent. Lorsqu'elles apparaissent, beaucoup commencent donc par vivre une phase dite de «désorganisation», qui peut durer plusieurs années.

François, par exemple, avait très peur d'elles à l'adolescence. Il a ensuite dû prendre conscience de son problème pour enfin se présenter aux ateliers et essayer d'améliorer sa vie.

Selon deux études américaines de 2010 et de 1991, de 10 à 15% des gens n'ayant reçu aucun diagnostic psychiatrique auraient déjà eu des hallucinations auditives, comme des voix.

Ces personnes doivent aussi composer avec une certaine stigmatisation. «Quand ils pensent aux entendeurs de voix, les gens ont souvent en tête des images de fous furieux qui tirent dans les écoles ou d'itinérants qui parlent tout haut avec des personnes imaginaires en pleine rue. Mais c'est très loin de la réalité de la majorité d'entre eux», objecte M. Ouellet.

Non, François, Louise et Danielle ne discutent pas avec leurs voix en public. Ils savent très bien de quoi ils auraient l'air. Ils ne se confient pratiquement pas à leurs proches, qui sont bien souvent mal à l'aise avec la question. «Mon père ne veut simplement pas en parler», affirme François.

«Il reste beaucoup de chemin à faire dans notre société, estime M. Ouellet. Je vois toutefois un changement depuis 2001. Les gens sont prêts à en entendre parler et les chercheurs s'y intéressent de plus en plus. On a un retard par rapport à l'Europe, mais on est prêt à le rattraper.»

Une réponse à un traumatisme

De 70 à 90% des gens qui entendent des voix le vivent suite à un évènement traumatique, selon le Réseau d'entendeurs de voix québécois. Adel Messaoudi, agent de relations humaines au CAMÉÉ, remarque que c'est le cas de la plupart des participants à ses ateliers. Louise, par exemple, affirme que ses voix sont apparues suite à l'expérience douloureuse du divorce de ses parents et de son passage dans plusieurs familles d'accueil.

Les gens qui présentent un diagnostic de santé mentale, en particulier de schizophrénie, sont beaucoup plus susceptibles d'entendre des voix. Mais les travaux du psychiatre anglais Marius Romme et de plusieurs successeurs ont mené à la conclusion que le fait d'entendre des voix ne pouvait pas être directement relié à la maladie mentale.

«Entendre des voix est souvent une stratégie mentale pour composer avec le trauma, explique Myreille St-Onge, psychologue et professeure à l'Université Laval. Lorsque les personnes réussissent à y trouver un sens, à les accepter et à les percevoir de façon positive, elles peuvent continuer à bien vivre. Par contre, ceux qui en ont peur et les rejettent sont susceptibles de développer un trouble mental.»

Source : Journal métro 27 janvier 2014

Réseau d'entendeur de voix québécois

vol 21 no1, juin 2014

Une psychiatrie jugée sexiste

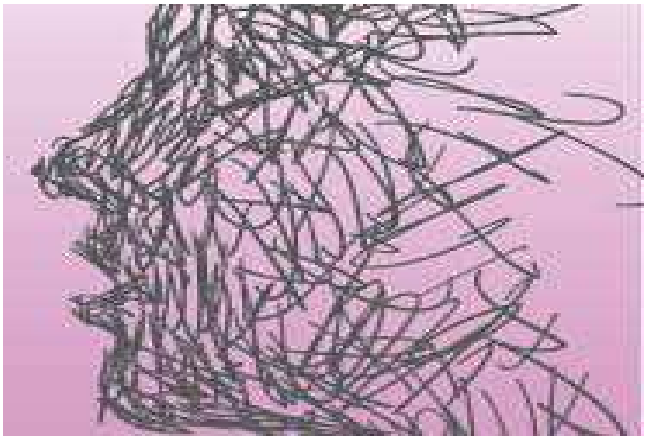
Journal Métro le 6 mars 2014
Par Daphnée Hacker-B.

Les préjugés sexistes orientent encore les diagnostics psychiatriques que reçoivent les femmes, poussant celles-ci à consommer massivement antidépresseurs et psychotropes. Tel est du moins ce qu'avancent plusieurs observateurs du monde de la santé mentale, qui dénoncent l'existence d'une psychiatrie sexiste.

«Les diagnostics sexistes ne datent pas d'hier», lance Silvia Martinez, intervenante depuis plus de 20 ans en santé mentale au centre L'écho des femmes, dans la Petite-Patrie, à Montréal. Selon elle, une grande majorité de psychiatres posent des diagnostics plus lourds aux femmes qu'aux hommes, même pour des symptômes semblables.

L'Organisation mondiale de la santé fait état de cette situation. «Le genre féminin est un facteur qui va fortement contribuer à la prescription de psychotropes. […] Les docteurs diagnostiquent plus souvent les femmes que les hommes comme souffrant de dépression, même lorsqu'ils présentent des symptômes identiques», peut-on lire sur le site de l'Organisation.
J'ai longtemps vu un psychiatre, et chaque fois que je lui parlais de mes angoisses, il augmentait ma dose d'antipsychotiques… J'étais devenue végétative, enfermée dans mon corps», témoigne une membre de L'écho des femmes qui a préservé l'anonymat. Avec le temps, elle a réussi à exiger un changement de spécialiste, pour ensuite faire diminuer ses doses. «J'ai l'impression d'avoir repris un peu le contrôle de ma vie», ajoute-t-elle.

«Peu de personnes osent agir de la sorte. Les femmes que nous accueillons sont très intimidées par les psychiatres», témoigne l'intervenante Manon Choinière. Cette dernière a participé, avec Mme Martinez, à la rédaction récente du Guide d'accompagnement en intervention et animation féministe en santé mentale. Dans l'ouvrage, les auteures font état d'une psychiatrie qui dépeint les femmes comme «fragiles».
«C'est une conception populaire qui persiste, cette idée que les femmes craquent plus facilement que les hommes sous la pression», observe Jean-Claude St-Onge, auteur de plusieurs ouvrages sur la santé mentale, dont Tous fous? et L'envers de la pilule. M. St-



Onge estime plutôt que la majorité des femmes sont surchargées. «Non seulement elles occupent un emploi, mais ce sont surtout elles qui se consacrent aux enfants, aux tâches domestiques et au soutien des parents vieillissants», indique-t-il.

Sur les 350 000 nouveaux utilisateurs d'antidépresseurs assurés par la RAMQ entre 2005 et 2009, plus des deux tiers étaient des femmes.

Les femmes sont aussi plus nombreuses à vivre dans la précarité, rappelle Isabelle Mimeault, chercheuse au Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. En 2013, une Québécoise touchait un salaire moyen de 29 200$, comparativement à 39 600$ pour un Québécois, selon le Conseil du statut de la femme. Pour ce qui est des agressions sexuelles, les femmes représentent 7 victimes sur 10 parmi les mineurs, et 9 victimes sur 10 à l'âge adulte, rapporte l'Institut national de santé publique du Québec.

«Les psychiatres ont beau être professionnels, ils ont des biais, comme tous les humains. Ils sont influencés consciemment ou non par les stéréotypes ambiants, et ça a un impact sur la façon dont ils vont diagnostiquer et traiter leur patient», ajoute Geneviève Rail, directrice de l'Institut Simone de Beauvoir à l'Université Concordia.

Du côté de l'Association des médecins psychiatres du Québec, on émet beaucoup de réserves. «C'est une lecture très féminine et revendicatrice avec laquelle je ne suis pas d'accord», déclare la présidente Karine J. Igartua. Si les femmes consomment plus de médicaments psychiatriques, c'est qu'elles sont plus nombreuses à demander de l'aide. «Les hommes n'ont pas la permission sociale d'avoir des moments de faiblesse», avance-t-elle.

«Est-ce que la précarité et les conditions de vie difficiles entraînent une détresse psychique? Absolument. Est-ce que ces facteurs font qu'une personne se retrouvera forcément surmédicamentée? Je crois qu'on essaye de faire des liens rapides», poursuit la psychiatre.

Il y a un manque de ressources en santé mentale qui pousse beaucoup de femmes, et d'hommes, au bord du précipice, croit la Dre Igartua. «Ça me fâche lorsque des patientes viennent me demander des pilules, alors que ce dont elles ont besoin, c'est de consulter un psychologue, mais je sais bien que ça prend parfois plus d'un an. D'ici là, leur état peut s'aggraver», déplore-t-elle. La solution réside selon elle dans une plus grande collaboration entre les psychiatres et les intervenants communautaires, afin de mieux outiller ces derniers à gérer des cas lourds de santé mentale.

Toujours plus de pilules

Au Québec, la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques a monté en flèche au cours de la dernière décennie. En 2009, 14,4% des adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments se sont vu prescrire des antidépresseurs, comparativement à 8,1% en 1999. Parmi les quelque 350 000 nouveaux utilisateurs d'antidépresseurs, entre 2005 et 2009, plusieurs ont aussi consommé d'autres médicaments psychiatriques. L'usage d'antipsychotiques a augmenté de 10% en 4 ans. «L'utilisation des antidépresseurs est en croissance dans la plupart des pays occidentaux, en raison à la fois des campagnes de publicité par les compagnies pharmaceutiques et des préférences de certains pour la médication au détriment des psychothérapies», indique un rapport 2012 du Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. Il y a de graves effets secondaires liés à ces médicaments, rappelle le Commissaire: une prise de poids importante pouvant mener à l'obésité, ainsi que des risques de développer du diabète, des problèmes cardiovasculaires et des troubles neurologiques, comme le parkinson.

La science penche pour la psychothérapie

Par Yves Dalpé, Le Soleil, 12-01-2014

Les sceptiques ont longtemps douté de l'efficacité de la psychothérapie, mais on ne peut plus le faire sur une base scientifique. Les explications suivantes proviennent de la revue *American Psychologist* (2010 et 2011) écrites par Jonathan Shedler, spécialiste en méthodes de recherche et en psychométrie, professeur à l'École de médecine de l'Université du Colorado. Aujourd'hui, je serai plus aride que d'habitude, j'en conviens.

En psychologie et en médecine, pour étudier l'efficacité des interventions cliniques, on utilise une méthode qui s'appelle la méta-analyse. Cette méthode consiste à analyser les résultats de plusieurs recherches déjà effectuées auparavant par différents chercheurs pour en tirer de nouvelles conclusions. Comme il faut alors une mesure statistique commune pour établir des comparaisons valables, on utilise la valeur de l'effet (*effect size*) qui établit la différence entre un traitement particulier et d'autres traitements.

Pour éviter trop de détails techniques, je vais droit au but et je vous transmets les différentes valeurs (*effect sizes*) qui établissent le degré de succès des divers traitements. Une valeur de 0.80 et plus signifie que le traitement est largement réussi. Une valeur de 0.50 est considérée comme un succès moyen, tandis que 0.20 indique un succès minime.

En 1980, la première méta-analyse d'envergure effectuée en psychothérapie a été faite sur 475 recherches antérieures et a donné 0.85 comme valeur de l'effet sur les différents traitements psychothérapeutiques des clients traités. En 1993, une autre méta-analyse a obtenu le chiffre de 0.75. Ces résultats sont donc convaincants. La psychothérapie a passé largement le test, elle est très efficace.

Maintenant, si on fait le même exercice avec l'approche médicamenteuse pour la dépression, la comparaison est clairement en défaveur des antidépresseurs. Les résultats publiés par le presti-

vol 20 no2, décembre 2013

vol 21 no1, juin 2014

gieux *New England Journal of Medicine* à partir des données officielles des dernières années de la Food and Drug Administration en arrivent aux maigres valeurs de l'effet de 0.21 pour Celexa, 0.26 pour Prozac, 0.26 pour Zoloft, 0.31 pour Lexapro et 0.30 pour Cymbalta. La moyenne de tous les antidépresseurs pris ensemble est de seulement 0.31. En 2004, une autre méta-analyse, celle-là publiée dans le prestigieux Cochrane Library, a trouvé une valeur de l'effet encore plus insignifiante, soit 0.17 pour les antidépresseurs tricycliques (Prozac, Effexor, etc.)!

Comment expliquer ce faible résultat de 0.17 pour ces antidépresseurs? C'est que pour une fois, on a contrôlé l'effet placebo. Comme on sait que les effets secondaires des antidépresseurs (par exemple la bouche sèche, la sudation, etc.) renforcent la croyance subjective des patients que le produit est efficace, les chercheurs ont administré un placébo actif qui mimait les effets secondaires des antidépresseurs sans être un antidépresseur. Étant donné que dans les recherches l'efficacité des antidépresseurs est mesurée de façon purement subjective en demandant aux gens déprimés s'ils se sentent déprimés ou non, ceux qui pensent prendre un réel antidépresseur évaluent l'amélioration de leur état plus favorablement. Mais en enlevant aux gens le moyen de savoir s'ils prenaient ou non un véritable antidépresseur, alors là, l'efficacité du réel antidépresseur est tombée de façon draconienne par rapport au placebo.

Moins de soins médicaux

Par ailleurs, dans son article de 2010, Shedler démontre de façon magistrale comment la psychothérapie psychodynamique est trois fois plus efficace que les antidépresseurs les plus populaires. Contrairement à ce qu'on pense, cette forme de psychothérapie qui met l'accent sur la réflexion sur soi pour aller à la racine des souffrances est au moins aussi efficace sinon plus efficace que les formes de thérapie orientées sur les symptômes comme la thérapie cognitive comportementale, toujours selon les méta-analyses de ce spécialiste en psychométrie.

Pour donner une idée de l'efficacité de l'approche psychodynamique, une méta-analyse réalisée en 2009 en a conclu que les personnes souffrant de désordres somatiques différents (troubles dermatologiques, neurologiques, cardiovasculaires, respiratoires, gastro-intestinaux, génito-urinaires et immunologiques) avaient réduit de 77,8 % leur utilisation de soins médicaux s'ils avaient suivi une thérapie psychodynamique. Évidemment, ce genre de recherche peut avoir des conséquences incroyables sur l'organisation efficace des soins de la santé en démontrant l'importance phénoménale de l'approche psychologique. Des sommes considérables sont en jeu pour le budget gouvernemental.

Je vous ai peut-être submergé un peu trop de statistiques aujourd'hui, mais j'avais le désir d'amener mes lecteurs au fond des choses. En réalité, je voulais donner une idée du sérieux de mes propos quand j'aborde des sujets comme l'efficacité de la psychothérapie en relation avec les antidépresseurs. Vous pouvez me joindre par courriel pour obtenir la référence de mes sources. Je sais que des lecteurs sont choqués par mes propos quand j'ose relativiser l'efficacité des antidépresseurs.

Merde, juste comme je commençais à m' adapter de mon symptôme du DSM-IV!

Va falloir que je réarrange mes symptômes avec le DSM-V.

C' est vraiment de la folie...

oger !.

vol 20 no2, décembre 2013

L'utilisation des électrochocs demeure toujours sans surveillance au Québec

C'est le constat fait lors du huitième rassemblement d'opposition aux électrochocs qui a eu lieu le samedi 10 mai dernier, à Montréal. Une centaine de citoyenEs et de représentantEs d'organismes communautaires et de groupes de femmes ont participé à cet événement festif, agrémenté par la participation de la troupe de tambours Kumpa'nia.

« Nous voulons l'abolition pure et simple des électrochocs. L'électricité n'est pas une alternative aux médicaments » a lancé en introduction Céline Cyr, militante du comité Pare-Chocs. Hélène Grandbois, engagée depuis de nombreuses années dans la lutte contre les électrochocs, a ensuite lancé un appel à la création d'une journée internationale d'opposition à cette pratique. « Aujourd'hui même, des gens manifestent à Cork, en Irlande, contre l'utilisation des électrochocs. Il faut dire non au traitement inhumain et dégradant et oui à des alternatives humanistes et sécuritaires.»

Puis, deux représentantes de la Table des groupes de femmes de Montréal sont venues donner leur appui au comité Pare-Chocs. « À Montréal en 2011, on a administré autour de 2 000 électrochocs. Ce sont en majorité des femmes qui subissent ces électrochocs. Cela nous interpelle et nous questionne. Nous ne considérons pas que les électrochocs puissent améliorer les conditions de vie des femmes. Les problèmes que vivent les femmes ont des causes sociales et c'est sur ces causes que l'on doit agir. Ce sont les systèmes d'oppression de nos sociétés qui ont besoin d'un traitement-choc, pas les femmes. »

De son côté, Ghislain Goulet, porte-parole du comité Pare-Chocs, a présenté le profil des personnes touchées par les électrochocs, majoritairement des femmes et des personnes âgées. Il a également souligné qu'en 2003, un rapport commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concluait à la nécessité de recueillir plus de données sur les électrochocs, en raison des incertitudes quant à leur efficacité et à leurs risques potentiels. Or, onze ans plus tard, force est de constater que non seulement cette technique controversée n'est ni étudiée et ni surveillée par le MSSS, mais son utilisation semble en hausse actuellement au Québec. « Pour nous, ce laisser-aller laisse entrevoir des dérives inquiétantes, d'autant plus que la plupart des électrochocs sont administrés à des populations vulnérables et qu'ils peuvent causer des dommages irréversibles, incluant des problèmes de mémoire, des troubles cognitifs et même le décès », a déclaré M. Goulet.

Manon Massé s'adresse aux manifestants à la place Émilie-Gamelin. Photo Joel Lemay / Agence QMI

En clôture du rassemblement, la nouvelle députée de Québec Solidaire dans Sainte-Marie-Saint-Jacques a pris la parole. Manon Massé s'est indignée devant le laxisme du MSSS. « Ça n'a pas de maudit bon sens de ne pas pouvoir compter sur des chiffres, des données fiables sur l'utilisation de cette technique. C'est inacceptable que ce ne soit pas documenté. » Elle s'est engagée à faire pression sur le ministre Barrette pour que le gouvernement mette en place un mode de surveillance de l'utilisation des électrochocs au Québec.

« Monsieur Barrette, on est en droit de savoir! Monsieur Barrette, c'est votre devoir d'agir » ont clamé vigoureusement les manifestantEs.

Ce rassemblement annuel est organisé par le comité Pare-Chocs, un groupe de militantEs luttant solidairement pour l'abolition des électrochocs au Québec.

vol 21 no1, juin 2014

vol 21 no1, juin 2014

La bible de la psychiatrie prise à parie

Par Yves Lamontagne,
Médecin psychiatre et ancien président du Collège des médecins

« N'achetez pas le nouveau DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, la Bible de la psychiatrie), ne l'utilisez pas et ne l'enseignez pas.» Telles sont les paroles du Dr Allen Frances, président du groupe de travail du DSM-I V, publié 14 ans auparavant, lors d'une conférence au département de psychiatrie de l'Université de Montréal en septembre dernier. Selon lui, la nouvelle bible de la psychiatrie est plus nuisible que bénéfique.

Je suis pleinement d'accord avec lui. Lors d'une émission de radio, j'ai résumé la situation par la phrase suivante: «Tous sont appelés et tous sont élus; c'est une épidémie de maladies mentales».

Chaque personne qui lira le DSM-V est certaine de se trouver au moins une «bibitte». Où cela finira-t-il? Dans ce volume, on retrouve la description de quelque 300 troubles mentaux. On déclare problématique des comportements normaux et on médicalise certains problèmes de la vie quotidienne.

L'ennui, la colère, le trop-plein de joie, l'inquiétude, la tristesse, etc., sont des émotions normales.

Il n'y a pas lieu de transformer des états d'âme et d'événements de la vie ordinaire en maladie mentale.

Voici quelques exemples de troubles que je trouve farfelus: la timidité, le deuil, le syndrome prémenstruel, l'apnée du sommeil, le trouble de l'emploi du tabac et le trouble du logement insalubre. Ce n'est pas parce que j'ai des fringales à l'occasion que je souffre de boulimie et ce n'est pas parce que j'oublie parfois où j'ai laissé mes clefs d'auto que je souffre de «Trouble cognitif mineur» et que je suis à risque de souffrir d'Alzheimer.

Trop, c'est trop.

L'EXEMPLE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE
Prenons un exemple de modification d'un diagnostic avec les années, celui de l'état de stress post-traumatique.

Ce diagnostic a été créé au retour du Vietnam des soldats américains qui avaient vécu les horreurs de cette triste guerre. Il s'agissait donc d'avoir vécu un stress excessivement important et qui laissait des séquelles psychologiques à long terme.

Avec les années, la définition du stress post-traumatique est devenue plus large et s'applique à beaucoup de situations moins traumatisantes. On est loin des reliquats psychologiques de la guerre du Vietnam.

L'anxiété provoquée par le visionnement d'un film d'horreur peut-elle maintenant provoquer un état de stress post-traumatique si on se fie à la nouvelle définition? La présence sur les lieux d'un accident survenu à un parent qui est gravement blessé correspond-elle à la définition de l'état de stress post-traumatique? Tout cela peut aller très loin; espérons que nous n'en arriverons pas là.

DIAGNOSTICS EXAGÉRÉS

Avec des diagnostics parfois exagérés qui découlent de définitions floues, subjectives et sans grand recul scientifique ou clinique, on risque de se retrouver avec des batailles d'experts en cour, au niveau criminel ou pour des notions d'invalidité secondaire à des accidents de travail ou d'automobile, sans parler des frais juridiques et médicaux astronomiques en plus de la chronicisation de nombreux patients qui traverseront les dédales du système parfois pendant des années.

En conclusion, le Dr Frances n'est pas la seule autorité à se méfier de la nouvelle Bible de la psychiatrie.

Le National Institute of Mental Health américain réoriente ses priorités de recherche au-delà des catégories de maladies mentales telles que définies dans le DSM-V et la Société britannique des psychologues en fait autant.

J'espère que les psychiatres cliniciens québécois tiendront compte de ces avis lorsqu'ils évalueront leurs patients.

Source: Journal de Montréal (17-01-2014)

Libre expression

Souhait pour l'harmonie

Quand se rencontrent l'endroit et l'envers. Le rêve d'une vie saine dans toute sa simplicité est confronté à une vie fonctionnelle dans toute sa complexité. Vivre sans médication dans un monde libre ou vivre avec médication dans un monde calculé. Tout à la fois, coexistent. Ni l'un, ni l'autre. Ni le bien, ni le mal. Toutes les raisons sont bonnes pour cheminer dans un sens ou dans un autre. Toutes les raisons sont bonnes pour consommer une pilule ou une autre. Je ne vois pas le souhait d'une vie simple et libre comme une entrave à la justice, seulement une vie complexe et calculée comme une justice dominatrice.

Une pensée positive ou négative? Libre est celui qui a une opinion. Je voudrais guider celui qui idéalise vers la réussite d'une ligne droite. Arrive alors ceux qui voient le jeu et qui savent que droite était cette ligne qui tourne et coupe maintenant. Que coexistent dans ces couleurs et teintes de gris chaque vie sur cette merveilleuse planète entourée d'étoiles filantes. Elles réaliseront les souhaits de certains et berceront les autres dans leurs rêves et la beauté de les avoir vu passer.

Isis

La troupe Kumpa'nia lors du rassemblement contre les électrochocs du 10 mai dernier

vol 21 no1, juin 2014

Les itinérantEs ne sont pas des marchandises !

8 janvier 2014 par Gilles Simard

Froids polaires et brutalités policières ou pas, je m'oppose fortement à cette idée, hélas fort simpliste et très répandue, qu'on devrait prendre les espaces « libérés » des nouveaux Instituts universitaires en santé mentale de Montréal et Québec (Louis-Hyppolite Lafontaine, Douglas, Robert-Giffard) pour y accueillir une partie des trente à quarante milles itinérantEs qui « encombrent » les grands centres-villes.

D'abord, les gens ne sont pas des marchandises que l'on peut transbahuter comme ça, au gré des humeurs de l'opinion publique, et les espaces disponibles des grands asiles ont été pour la plupart reconvertis à d'autres fins (selon les fantasmes expansionnistes ou de découvertes génétiques des directions).

Aussi, les ressources humaines de ces grands hôpitaux n'y sont plus, mais surtout : comment parler d'autre chose que de retour en arrière quand on préconise la « réinstitutionnalisation » comme moyen de contrer un phénomène aussi complexe, touffu et multifactoriel que l'itinérance ? Quand on sait que l'accroissement des personnes itinérantes dans les centres-villes de Montréal et de Québec découle à la fois de la crise du logement, du manque de ressources de première ligne, de la toxicomanie croissante, d'une judiciarisation démesurée et d'autres facteurs psycho-sociaux sous-jacents ?

En fait, bien plus que de charité intéressée, de mauvais recyclage ou de compassion sociale par défaut, c'est d'une possibilité objective de combler leurs besoins de base (manger, se loger, se vêtir), de trouver un sens à leurs souffrances et de retrouver l'estime d'elles-mêmes dont ont le plus besoin les personnes qui errent le long des lignes de métro et des bretelles d'autoroutes. C'est de pouvoir se rebâtir intérieurement et de reconstruire leur réseau social et familial et, ultimement, c'est de retrouver leur dignité d'hommes, de femmes et de citoyenNEs à part entière dont ont besoin tous ces gens.

Mais pour ce faire, il faut plus de concertation et moins de travail en silo, il faut de meilleurs budgets et des moyens accrus pour les nombreux organismes communautaires oeuvrant dans le domaine et il faudrait, aussi, que le gouvernement du Québec accouche enfin d'une véritable et authentique Politique de l'Itinérance. Bref, ce ne sont pas les vraies solutions qui manquent, c'est juste qu'elles sont trop peu appliquées. En attendant, faute de mieux, j'ai bien peur que nous en ayons encore pour un bout de temps à nous accommoder des faits divers navrants et des bons sentiments des uns et des autres !

À la limite, et même si l'auteur semble empreint d'une authentique compassion sociale, son discours me rappelle beaucoup les propos simplistes qu'on entend parfois à propos des personnes immigrantes et sans emploi : « Quoi ? Ils se plaignent de ne pas travailler ? On n'a qu'à les envoyer dans le Nord québécois ».

Centre Hospitalier du Comté de l'Essex

FIN

Gilles Simard est auteur et Pair aidant en santé mentale

Source: http://www.pressegauche.org/spip.php?article16302

Un holà aux frais accessoires

Le Collège des médecins propose une révision du code de déontologie axée sur les droits des patients

Avec la volonté avouée de freiner la multiplication des frais exigés des patients parfois pris en otages, le Collège des médecins du Québec se donne des dents pour agir et propose une révision de son code de déontologie.

Ce sont les besoins médicaux des patients qui doivent conditionner l'accès aux soins et non pas la capacité de payer des patients, veut rappeler le Collège. En entrevue avec Le Devoir, le syndic et directeur de la division des enquêtes, François Gauthier, confie que c'est le principe directeur qui a inspiré cette révision. « Un médecin peut être un homme d'affaires, mais il ne doit y avoir aucune confusion avec son rôle de médecin. »

Le nouveau code de déontologie devrait paraître sous peu dans la Gazette officielle du Québec. Après une période de consultation, il pourrait entrer en vigueur en septembre prochain, espère le Collège.

Plusieurs modifications visent à restreindre les avantages financiers, autres que ses honoraires, qu'un médecin peut tirer de sa pratique.

Québec avait promis de s'attaquer à la question des frais accessoires exagérés, mais c'est le Collège qui se donne les moyens pour sévir. Le nouveau code est clair : « Un médecin ne peut réclamer des montants disproportionnés en paiement de fournitures médicales. » Voilà qui devrait sonner le glas des gouttes ou des anesthésiants facturés 10 fois leur valeur, selon le syndic. C'est non négociable, comprend-on. « Si c'est contesté et que nous devons nous rendre en arbitrage… nous irons », dit le Dr François Gauthier. « Je pense que la majorité des médecins ne s'opposera pas. » Finies, aussi, les factures ambiguës. Elles devront être claires et détaillées, ce qui facilitera aussi les réclamations aux assureurs privés.

Le Collège veut aussi enrayer des pratiques comme celle qui a mené à la radiation temporaire du Dr John Backler en octobre 2013. Ce dernier avait favorisé des patients qui payaient pour des examens de laboratoire effectués par une firme dirigée par sa conjointe. « Le comité de discipline a jugé que nous n'avions pas été en mesure de démontrer que les profits tirés étaient indus », regrette le Dr Gauthier, car le code était trop flou. Une telle latitude ne sera plus possible. Le Dr Gauthier avoue que c'est l'élément qui « a suscité le plus de discussions ».

« Les médecins ne doivent pas avoir de signe de piastre au bout du crayon qui signe la prescription », tranche le Dr Gauthier.

Les coopératives de santé devront aussi s'ajuster, car il sera maintenant écrit noir sur

blanc que l'ordre de priorité des soins ne peut dépendre que de la condition médicale des patients. Non pas du paiement d'une cotisation annuelle.

« Je ne veux pas stigmatiser les coops, elles rentrent déjà dans le rang,dit le Dr Gauthier. Mais on estimait qu'il y avait des risques de dérapage pour sélectionner une clientèle qui a les moyens de payer. »

Le Collège dit s'être inspiré des plaintes reçues du public tout comme des reportages dans les médias, mais aussi d'échanges qualifiés de « fluides » avec le ministère de la Santé. Le conseil d'administration du Collège a entériné le texte final en décembre.

Manifeste pour l'accessibilité

Le Collège souhaitait aussi rappeler à ses membres leurs responsabilités concernant la prise en charge et le suivi des patients. « Le médecin doit collaborer avec ses confrères au maintien et à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services médicaux auxquels une clientèle ou une population a droit », rappelle-t-on dès l'article 3 du code. Cette directive générale a été ramenée au début du texte dans un but « pédagogique », dit le Dr Gauthier.

Aussi, un médecin ne doit pas sélectionner sa clientèle. « C'est prohibé, point, tranche le Dr Gauthier. On ne peut pas refuser de traiter un patient parce que c'est un cas de CSST et qu'il y aura de la paperasse à remplir, par exemple. »

Pas question non plus qu'un patient « se retrouve entre deux chaises » quand un médecin le recommande à un autre. Désormais, un médecin qui dirige un de ses patients vers un collègue doit assumer la responsabilité du patient tant et aussi longtemps que son collègue n'a pas effectivement pris le relais.

Le Dr Gauthier est optimiste. « Certaines dispositions seront moins populaires, mais j'ai bon espoir que cette nouvelle mouture soit mise en application. »

Source: Le Devoir (22-01-2014)

SERMENT D'HIPPOCRATE OU SERMENT D'HYPOCRITE ?

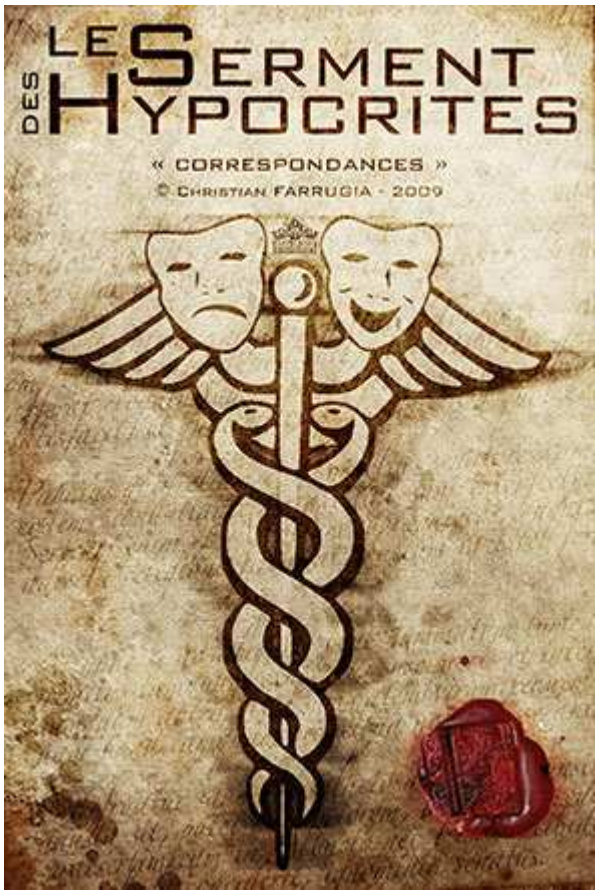
La discrimination médicale envers les gens démunis, c'est une réalité de nos jours. Les personnes défavorisées rencontrent de plus en plus de difficultés pour accéder aux soins. Aussi, il existe encore des médecins qui ont des préjugés envers les gens qui vivent ou qui ont déjà vécu des problèmes de santé mentale. Ces patients subissent des mauvais traitements et ils reçoivent des traitements qui sont souvent abusifs en psychiatrie, comme, par exemple : électrochocs, contentions physiques et/ou chimiques, salle d'isolement, abus de pouvoir, etc. Alors, comment peut-on expliquer qu'un médecin lorsqu'il a prêté le serment d'Hippocrate, une fois qu'il est reçu psychiatre, il ne le respecte plus en agissant ainsi envers ces gens-là qui sont vulnérables et sans défense ? Les psychiatres ne sont-ils pas mandatés pour voir au bien-être de leurs patients et à l'amélioration leur qualité de vie ? C'est à se demander s'ils respectent le serment d'Hypocrite plutôt que le serment d'Hippocrate !

Maintenant, dans le but de mieux vous situer dans le contexte, commençons par définir le serment d'Hippocrate.

Le serment d'Hippocrate se définit comme étant : « un serment traditionnellement prêté par les médecins en Occident avant de commencer à exercer. Le texte original de ce serment, probablement, rédigé au IVe siècle avant Jésus-Christ, appartient aux textes de la Collection hippocratique, traditionnellement attribué au médecin grec Hippocrate. Le serment d'Hippocrate peut être considéré comme le principe de base de la déontologie médicale. » Bref, il s'agit, donc, d' « un serment traditionnel prêté généralement par les médecins en Occident avant de commencer à exercer. »

Le serment d'Hippocrate peut se définir, aussi, de la façon suivante : « un texte proposant un cadre moral ou éthique pour l'exercice de la médecine. »

De par sa définition, bien que ce document contienne des valeurs morales ou éthiques, celui-ci a-t-il, définitivement, une valeur juridique ?



Le serment d'Hippocrate n'a aucune valeur légale ou juridique. Seule la législation et les codes de déontologie des ordres des médecins où ils exercent leur activité peuvent avoir une valeur légale.

Le serment d'Hippocrate fixe un cadre éthique à l'intervention du médecin. Il a également pour fonction de marquer le passage du statut d'étudiant (d'interne ou de résident) à celui de médecin proprement dit. En ce sens, on peut, aussi, considérer son énonciation, devant ses pairs, ses proches et ses maîtres, comme un véritable rite de passage. Sur le plan légal, l'activité est encadrée par le Code de déontologie médicale, beaucoup plus précis.

Finalement, si je résume, le serment d'Hippocrate est un texte que doivent réciter les médecins avant de commencer à exercer leur profession.

Aujourd'hui, peut-on encore parler de 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 des traitements brutaux, des pratiques barbares, des méthodes curatives et des thérapies nocives ? La psychiatrie fait-elle partie de la mafia médicale ?

Les psychiatres sont-ils les principaux instigateurs des malheurs de leurs patients ? Ils 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 des cobayes, c'est-à-dire en expérimentant des nouveaux « médicaments de l'âme » au détriment de leurs patients ; en leur gelant le cerveau pour pouvoir mieux les dominer, les contrôler. Par exemple, les inhibiteurs d'humeur ont pour but de régulariser l'humeur. Par contre, certains psychotropes rendent certains patients agressifs, dépressifs, violents, suicidaires et ils peuvent même devenir, dans certains cas, des meurtriers à plus ou moins long terme. Puis, finalement, abuser d'eux en leur administrant des traitements de sismothérapie.

Les électrochocs, bien qu'ils sont controversés, sont plutôt considérés comme un coup de masse et non pas comme un coup de pouce. Ils nuisent plutôt que d'aider les patients qui en reçoivent.

Pourtant, un psychiatre et un neurologue détiennent tous les deux un doctorat en médecine générale. Par la suite, ces deux médecins se spécialisent et terminent leurs études postdoctorales dont l'un en psychiatrie et l'autre en neurologie.

Comment un psychiatre, médecin de l'âme, puisse tout faire pour provoquer artificiellement des crises convulsives par des électrochocs alors qu'un neurologue va tout faire pour atténuer l'intensité des crises convulsives; réduire la fréquence de celles-ci et même les éviter par des anticonvulsivants ; puis, qu'un neurochirurgien va même jusqu'à pratiquer des interventions chirurgicales pour éviter les convulsions afin d'offrir une meilleure qualité de vie à leurs patients souffrant d'épilepsie. Comment peut-on guérir si on blesse en même temps ? Comment les psychiatres et les neurologues peuvent-ils avoir deux schèmes de pensée tout à fait opposés ? Y aurait-il une certaine bipolarité au niveau de leurs traitements? Alors, comment pouvez-vous expliquer ce phénomène ?

Dans les deux cas, un psychiatre et un neurologue sont des médecins spécialisés. Or,

la principale fonction des médecins ne consiste-t-elle pas à soulager leurs patients en apaisant leurs douleurs ou à les guérir dans le but d'améliorer leur qualité de vie ; autrement dit, voir à leur bien-être ?

Alors, si certains patients disent qu'ils mettent leur vie dans les mains des médecins, y a-t-il, aussi, des patients qui disent qu'ils mettent leur cerveau dans les mains des psychiatres ?

Suite à tout cela, selon mon opinion, la façon que les psychiatres prodiguent les soins à leurs patients, ne respectent pas le serment d'Hippocrate, ni le code de Nuremberg, ni le code de déontologie des médecins du Québec, c'est-à-dire qu'ils font croire toutes sortes de faussetés à leurs patients. Ils ne les traitent pas vraiment. Or, certaines personnes disent qu'en plus d'être des « médecins de l'âme », ils seraient également des médecins du bonheur. Seraient-ils des porteurs de vérité ou des porteurs de mensonge ? Pratiqueraient-ils la fausse médecine ?

Tout cela pour vous dire que, dans bien des cas, malheureusement, certains psychiatres pensent que, par leur pouvoir discrétionnaire, ils aident leurs patients alors qu'ils leurs nuisent. Certains d'entre eux croient avoir le monopole du pouvoir, la science infuse et la vérité absolue surtout dans le domaine de la santé mentale. Il y a encore, dans plusieurs cas, de l'abus de pouvoir, de la manipulation, de la discrimination, du rejet, de l'infantilisation, de la ridiculisation, de la banalisation, de la stigmatisation, de l'injustice sociale, des préjugés envers ces gens-là de la part des professionnels de la santé et de la justice, du gouvernement, de la société, etc.

Lorsque les psychiatres posent un ou 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 ?

La psychiatrie est-elle une profession dangereuse ? Traite-t-elle ou soulage-t-elle une personne ou une maladie ? Veut-elle créer une société droguée ? Abuse-t-elle de ses pouvoirs ? Peut-on parler de pouvoirs bénéfiques ou maléfiques ? Autrement dit, peut-on prétendre que la psychiatrie aurait des effets dévastateurs, désastreux, destructeurs, monopolisateurs, dominants, manipulateurs, moralisateurs et envahisseurs ? Peut-on considérer les psychiatres comme des pseudo-médecins ? Quel est au juste le but ultime de la psychiatrie ? Quel est exactement le mandat des psychiatres ?

En février 2014, j'ai participé à un forum sur les contentions physiques et chimiques utilisées en milieu psychiatrique ainsi que sur les droits humains bafoués en psychiatrie. J'ai remarqué que plusieurs professionnels de la santé (médecins, spécialistes, chirurgiens, psychiatres, psychologues, infirmiers, intervenants, travailleurs sociaux, etc.) et que plusieurs professionnels de la justice (avocats, juges, criminologues, policiers, agents de la paix, etc.), travaillant dans le domaine de la santé mentale, se sont sérieusement penchés sur cette problématique.

Suite à cela, malgré tous leurs efforts, j'ai réalisé que leur théorie est très différente de leur pratique, c'est-à-dire que ces intervenants ont mentionné qu'ils dispensaient les soins qu'ils aimeraient recevoir ; autrement dit, ils ne font pas aux autres ce qu'ils ne veulent pas se faire faire. Or, ceci étant dit, suite à toutes ces belles allégations, la façon qu'ils agissent parfois envers leurs patients, cela laisse à désirer ; car, ils ne prodiguent pas toujours les soins qu'ils aimeraient recevoir dans la même situation.

Finalement, après avoir lu cet article, les psychiatres respectent-ils le serment d'Hippocrate ou le serment d'Hypocrite ? À vous d'en juger et d'en tirer vos propres conclusions !

Merci !

Psychiatriquement vôtre !

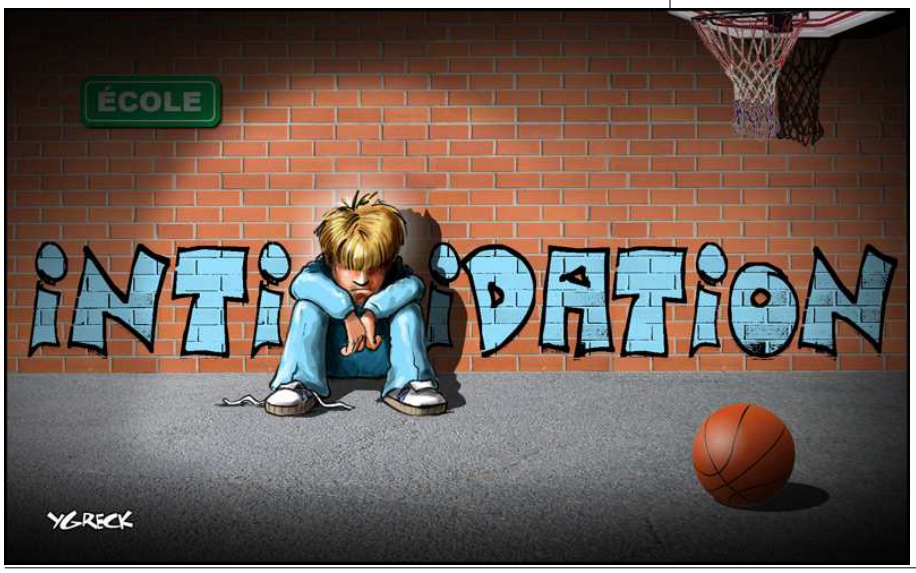
Francine Santerre Dupuis

L'intimidation à l'école

CE N'EST PAS UN JEU D'ENFANT

L'intimidation chez les jeunes a toujours existé. Aujourd'hui cependant elle étend ses tentacules dans toutes les sphères de la vie de ses victimes. Elle ne s'exerce plus seulement dans les classes, les cours de récréation, près des casiers et dans les autobus scolaires. Les harceleurEUSEs ne se contentent plus de bousculer, de crier des injures, de se moquer ou de faire trébucher leur souffre-douleurs. L'intimidation de nos jours atteint nos jeunes via internet. Les agresseurs lancent de fausses rumeurs au sujet de leurs proies, ils poussent leurs passe-temps cruels au point de voler leur cyber identité en leur attribuant des propos mensongés et dégradants. La maison n'est plus un havre où une victime d'intimidation peut trouver la paix. Plusieurs jeunes deviennent anxieux dès qu'il s'agit d'ouvrir leur ordinateur. C'est là que s'installe le règne de la terreur… Qui sont les victimes, pourquoi autant de jeunes se lient contre un pair et quelles sont les conséquences pour les victimes?

L'auteure de ces lignes n'a aucune formation en psychologie, mais a été une victime d'intimidation jusqu'à la fin du secondaire deux. Lorsque l'on est jeune, on veut être admis dans le groupe. On veut être semblable aux autres en tout point. Ceux qui s'avèrent différents sont des prises de choix pour ceux et celles qui cherchent à se démarquer. C'est alors que l'on s'acharne sur les timides, les grosSEs, les maigres, les plus petitEs, les plus grandEs, les bègues ceux et celles qui portent des lunettes, etc., etc.



L'intimidation est un phénomène de meutes

Les meneurs, c'est-à-dire ceux qui partent « le bal » cherchent à devenir des leaders, mais ils ne sont rien sans ceux que je nommerai « les suiveux ». Ceux-ci cherchent leur place dans la meute et se gonflent d'orgueil à l'idée de participer à ce jeu cruel. Pour prendre un langage familier, ils se mettent eux aussi à niaiser la victime. Ils s'amusent à dénicher la manière la plus destructrice pour annihiler l'exclu. Le mot qui fait mal, l'injure qui blesse, de cette façon ils appartiennent à un club sélect de sans-cœur. Ce qu'il faut faire comprendre aux enfants, c'est que sans « ces suiveux » les intimidateurs n'ont plus de pouvoir. Les écoles doivent aussi faire de la sensibilisation, apprendre que la différence fait partie de la vie et surtout qu'au sujet de l'intimidation « c'est tolérance zéro ».

Les conséquences pour les victimes

On entend de plus en plus d'histoire d'horreur. Des adolescentEs qui se suicident, n'ayant plus la force de subir de l'intimidation. Bien avant d'en arriver là, ces enfants se replient sur eux-mêmes et souffrent seuls en silence. Ce qu'il faut connaître de la triste réalité de ces jeunes, c'est l'ostracisation qu'ils vivent jour après jour. Personne ne veut être l'ami d'un «*reject*». Leur sort est une lente mort sociale… Dès le dimanche, les étudiantEs appréhendent le retour en classe du lundi. Plusieurs victimes décrochent. D'autres en gardent des séquelles toutes leurs vies, que ce soit un manque de confiance en soi, de la méfiance envers les autres et parfois même le sentiment de ne pas mériter d'être aimé. Le harcèlement n'est pas un anodin jeu d'enfant. Il est devenu un tueur.

FIN

Anne-Marie Chatel

vol 21 no1, juin 2014

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, par exemple le 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