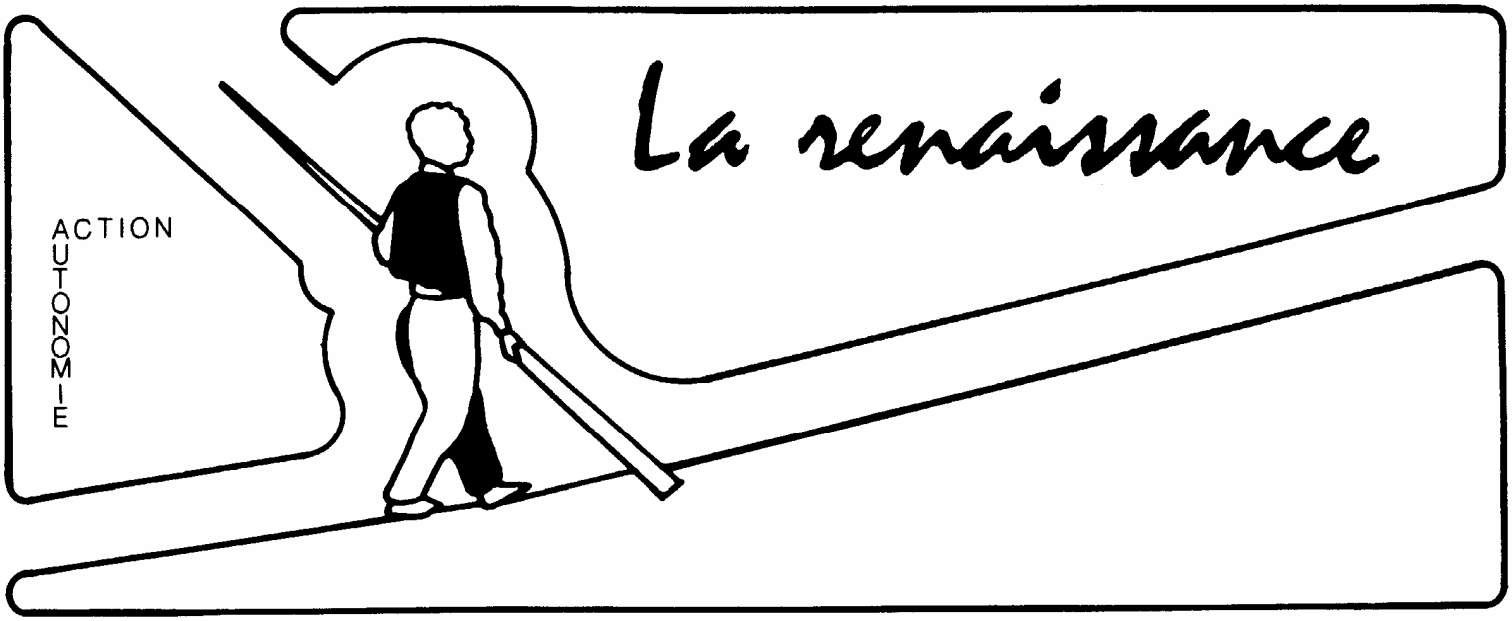


Volume 23 janvier 2016 Numéro 1

Plan d'action en santé mentale et défense des droits:

Les belles paroles doivent se transformer en actions!

Gratuité des transports en commun

Le transport en commun gratuit prend de l'ampleur

Droit et Santé mentale: P-38

Témoignage: l'hospitalisation contre le gré du patient critiquée

DSM-5

Quand la psychiatrie passe au confessionnal

Santé mentale : assez de faussetés sur les droits des patients. Le problème ce n'est pas la loi, mais son application et l'insuffisance des ressources

Non à l'austérité!

L'Équipe du comité journal

Les mots des auditeurs de C'est pas trop tôt! pour décrire l'an un du gouvernement Couillard Photo : Radio-Canada/Coralie Mensa

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

Jean-Francis Clermont-Legros
Huguette Doyon
Ghislain Goulet
Mylène Lavoie
Sylvain Mercier
Véronique Rondeau
Francine Santerre Dupuis

Collaborateurs, collaboratrices

Louise Baron Nicole Cloutier
Jean-François Plouffe

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, premier trimestre 2016

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: avril 2016
Date de tombée
pour les articles: mars 2016

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

Plan d'action en santé mentale et défense des droits: Les belles paroles doivent se transformer en actions! pages 3 et 4

Gratuité des transports en commun
La gratuité des transports en commun progresse pages 5 et 6

Projet de loi 56
Nous? Des lobbyistes? Ben voyons donc! pages 6-7

Dossier médicament
Un médicament efficace pour un homme l'est-il forcément pour une femme? pages 8-9
Un demi-million de décès par année chez les plus de 65 ans en occident!

Droits et santé mentale
Le rapport de la protectrice du citoyen sur la santé mentale:
«Les progrès se distillent au compte-gouttes» page 10

Santé mentale: P-38
Assez de faussetés sur les droits des patients: le problème ce n'est pas la loi, mais son application et l'insuffisance des ressources pages 11-12
L'hospitalisation contre le gré du patient critiquée pages 12-13
Drame de Granby: «Elle avait trop bon cœur...» pages 13-14

Publication
Les expériences des femmes en psychiatrie pages 14-15

Aide sociale
Des experts pourfendent la réforme libérale pages 15-16

DSM-5
Quand la psychiatrie passe au confessionnal pages 17 à 20

Assurance médicaments
Une coalition demande un régime d'assurance médicaments entièrement public page 22

Chronique
Témoignage: Nous les tout-petits page 21
Opinion: Peut-on mourir d'une étiquette? pages 20-21
Capsule droit: Crédit d'impôt pour solidarité : d'importants changements page 22

Plan d'action en santé mentale et défense des droits:

Les belles paroles doivent se transformer en actions!

Par Jean-François Plouffe

Le ministre Gaétan Barette a rendu public, le 9 octobre dernier, un nouveau plan d'action en santé mentale qui couvre la période 2015-2020. Intitulé *Faire ensemble et autrement*, le document de 92 pages propose plus de 40 mesures qui visent, selon le ministre, à *réorganiser le réseau de la santé et des services sociaux afin de simplifier le parcours des personnes et d'améliorer l'accessibilité aux soins et aux services.*

La première orientation mise de l'avant dans le plan d'action porte un titre prometteur : *Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté.* Dans l'énoncé des valeurs qui le sous-tendent, le plan d'action *réitère l'importance d'assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. La primauté de la personne implique de tenir compte du point de vue et des capacités de la personne utilisatrice de services, tout en favorisant sa participation, celle de son entourage, la prise en compte de l'ensemble de ses besoins et de sa situation biopsychosociale. La promotion, le respect et la protection des droits en constituent des aspects fondamentaux.*

Un plan d'action en santé mentale 2015-2020 sans grands moyens (Québec)

Psychomédia | Publié le 11 octobre 2015

Le ministre de la santé du Québec, a lancé, le 9 octobre, son *Plan d'action en santé mentale 2015-2020* intitulé *Faire ensemble et autrement*. Le plan est doté d'une maigre enveloppe de 70 millions d'argent frais sur 5 ans. Le dernier plan d'action en santé mentale est échu depuis cinq ans.

Pour atteindre cet objectif, le plan d'action prévoit, dans sa toute première mesure, que chaque établissement rédige et mette en œuvre un *Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services.*

Ce plan d'action devrait notamment contenir :

- des actions et des modalités de suivi concernant la sensibilisation, l'information et la formation des gestionnaires, des intervenants, des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage sur les droits de tout utilisateur de services ainsi que sur le recours exceptionnel aux mesures légales.

- Des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental en ciblant prioritairement les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux en s'assurant que des personnes utilisatrices de services, des membres de leur entourage, des acteurs du réseau public et du milieu communautaire participeront activement à la planification, à l'organisation, à la réalisation et à l'évaluation de ces activités.

- Des mesures spécifiques concernant l'adoption de l'approche orientée vers le rétablissement (qui reconnaissent l*a personne en tant qu'actrice principale des soins et des services la concernant)* dans les établissements, chez les gestionnaires, les professionnels de la santé (dont les psychiatres) et les intervenants de même que l'élaboration, l'évaluation et le maintien de services axés sur le rétablissement et soutenant celui-ci.

- des actions spécifiques visant la mise en place, le maintien, le suivi et l'évaluation de la participation d'usagers et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.

Par contre, le *Plan d'action sur la primauté de la personne dans la prestation et l'organisation des services* est aussi appelé à contenir des dispositions susceptible d'entraver les droits des personnes utilisatrices de service : Il comprendrait

- des actions et des modalités de suivi concernant l'implication, dans le processus clinique, des membres de l'entourage des personnes utilisatrices de services dans le respect de leurs droits. Ces actions accorderont une attention particulière à l'actualisation de la notion de confidentialité et

solliciteront la participation active de personnes utilisatrices de services et de membres de leur entourage;

L'entourage des personnes ayant des problèmes de santé mentale est souvent à la source de leurs difficultés. Les usagerEs ayant subi de la violence physique, psychologique ou verbale ou différentes formes de manipulation de la part de leurs proches ne sont pas rares dans les milieux de la psychiatrie. Il peut arriver que des proches, sous prétexte de prendre part au processus de soin, veuillent en fait renforcer leur emprise sur la personne. *L'actualisation de la notion de confidentialité* ne doit pas aller dans le sens d'un affaiblissement de la portée de l'article 19 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux :

> *Le dossier d'un usager est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'usager ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom.*

Le plan d'action en santé mentale met par ailleurs l'accent sur plusieurs éléments compatibles avec les revendications qu'Action Autonomie et de nombreux autres groupes communautaires actifs en santé mentale mettent de l'avant depuis de nombreuses années :

- Le recours aux mesures légales (garde en établissement et autorisation judiciaire de soins) doit se faire uniquement dans des cas exceptionnels
- La nécessité de lutter contre la discrimination des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale, en s'appuyant sur l'expertise du milieu communautaire.
- La reconnaissance de la personne comme principale détentrice des connaissances sur son propre état de santé.
- La participation des personnes dans l'organisation des services.

Mais le plan d'action ne dit pas tout. Il est muet, notamment sur les causes principales de la mauvaise santé mentale d'une grande partie de la population du Québec : la pauvreté, l'isolement social, l'accès à l'éducation et à l'emploi, etc. Tant que le réseau ignorera cette réalité, et qu'il se limitera à l'approche biomédicale traditionnelle, il ne pourra pas prétendre intervenir efficacement en faveur d'une amélioration réelle et durable de la santé mentale d'un nombre sans cesse grandissant de citoyenNEs.

Le gouvernement libéral a-t-il une réelle volonté politique de traduire en gestes concrets les bonnes intentions énoncées dans le plan d'action en santé mentale? Les mesures d'austérité qu'il a mises en place au cours des derniers mois vont dans le sens contraire : compressions budgétaires, centralisation des structures, perte d'accessibilité aux services, sous-financement des organismes communautaires…

Il faudra certainement maintenir et augmenter la pression sur le ministre et le gouvernement pour que les belles paroles du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 se transforment en actions concrètes, en faveur d'une meilleure défense des droits des personnes utilisatrices de services et d'un plein exercice de leur citoyenneté.

Pour en savoir plus :
http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf
pp.13 à 31

vol 23 no1, février 2016

La gratuité des transports en commun progresse en France

Publié le 30 octobre 2015 par Transports Gratuits

Voici une nouvelle qui risque de ne pas faire plaisir aux opposants à la gratuité des transports en commun. L'agglomération de Niort (45 communes et plus de 100.000 habitants) vient d'annoncer que ses transports en commun deviendront gratuits à partir du 1er janvier 2017.

C'est donc une nouvelle collectivité qui passe à la gratuité des transports en commun, probablement la 30ème en France (SelonWikipédia) et la plus importante en nombre d'habitants concernés, du moins avant le passage prévu à la gratuité de l'agglomération de Dunkerque en 2018.

On peut donc dire que la gratuité a le vent en poupe! En peu de temps, deux agglomérations importantes en France prévoient le passage à la gratuité des transports en commun. Est-ce un véritable tournant des transports publics?

Pour ce qui concerne l'agglomération de Niort, il est prévu dans un premier temps une expérimentation durant une année, « *le temps de la pédagogie* » selon le président Jérôme Baloge. Mais dans l'esprit des élus majoritaires, la mesure est vouée à perdurer.

« *C'est la possibilité du droit au transport pour tous, le libre accès au transport collectif plutôt qu'individuel* » . Pour le président de l'agglomération, ce choix permettra « *un gain de pouvoir d'achat pour tous avec des économies de carburant et de frais automobiles. Il favorisera également l'autonomie des jeunes* ». Il s'agit aussi, évidemment, d'un enjeu environnemental: « *On est à l'heure de la Cop 21. Dans toutes les grandes villes, dès qu'il y a un pic de pollution, les transports publics sont gratuits. La gratuité est une réponse claire aux problèmes environnementaux.* »

Côté financement, il n'est pas prévu pour autant d'augmenter les impôts. Aujourd'hui, le budget annuel du réseau est d'environ 17 millions d'euros dont 1,5 seulement proviennent des recettes tarifaires. Il est donc couvert à hauteur de 90% par le versement transport, la taxe sur les salaires perçue sur les entreprises et les administrations du territoire de plus de 11 salariés.

La précédente majorité avait prévu d'augmenter le versement transport jusqu'au plafond maximum (1,8%) pour financer la construction d'une ligne de bus à haut niveau de service, un projet abandonné par la majorité actuelle. Par ailleurs, l'agglomération souhaite une remise à plat complète du schéma de transports.
Sources: Mobilicités et La Nouvelle République

Le transport en commun gratuit prend de l'ampleur

Un reportage de Thomas Gerbet Radio-canada août 2014

Le transport en commun gratuit est en train de devenir une nouvelle tendance sur la Rive-Sud. Après Chambly, Richelieu et Carignan qui ont ouvert la voie il y a deux ans, suivis par Sainte-Julie, au début de l'année, c'est maintenant au tour de Candiac, La Prairie et Saint-Philippe d'offrir l'accès gratuit aux autobus sur leur territoire.

« Non, c'est gratuit maintenant », ont répondu plusieurs fois les chauffeurs d'autobus du CIT Le Richelain à des passagers qui sortaient de la monnaie de leur poche ou leur carte d'abonnement. Jusqu'au 11 août, il en coûtait 6,75 $ pour un aller simple au tarif ordinaire. Dorénavant, c'est gratuit pour tout le monde et en tout temps, dans les limites des trois localités.

« C'est bien pour les familles, c'est bien pour les jeunes », se réjouit cet usager. « On veut inciter les gens à utiliser le transport collectif et on veut aussi créer une habitude auprès des jeunes pour qu'ils continuent de l'utiliser quand ils entreront sur le marché du travail », explique la présidente du Conseil intermunicipal de transport, Johanne Beaulac.

« On espère qu'avec le temps, les gens vont délaisser l'automobile pour se rendre à Montréal. Et là, (pour ce trajet), il n'y a pas de gratuité ». Johanne Beaulac, présidente CIT Le Richelain.

Le CIT a complètement transformé son réseau avec l'ajout de boucles locales pour desservir un

nouveau stationnement incitatif de 260 places et maximiser l'occupation des autobus, qui se rendent au final à Longueuil ou Montréal. « L'autobus fait déjà le circuit. S'il y a des passagers en plus, tant mieux », justifie Johanne Beaulac.

Les Villes acceptent cet effort financier pour encourager l'achat local et attirer de nouveaux résidents. « Oui, c'est un coût pour les municipalités, mais c'est un coût qui en vaut la peine », clame le maire de Candiac, Normand Dyotte. « Ça diminue les gaz à effet de serre, ça fait moins de véhicules sur les routes et ça fait moins de congestion ».

Internet sans fil dans les autobus

Les autobus modernes du CIT Le Richelain offrent également l'Internet sans fil gratuit dans tous les véhicules. De quoi rendre jaloux plusieurs utilisateurs d'autres sociétés de transport.

Voir aussi:

De plus en plus d'aînés ne paient pas le transport http://ici.radio-canada.ca/regions/montreal/2014/07/10/002-aines-transport-gratuit-longueuil.shtml

La gratuité du transport en commun revendiquée haut et fort ... http://www.compop.net/node/729

Québec solidaire veut la gratuité du transport en commun ... http://www.lapresse.ca/actualities/elections-quebec-2014/201403/25/01-4751201-quebec-solidaire-veut-la-gratuite-du-transport-en-commun.php

La gratuité du transport en commun: une utopie? http://www.droitdeparole.org/2014/09/la-gratuite-du-transport-en-commun-une-utopie/

Manifester pour la gratuité des transports en commun ...http://www.quebechebdo.com/actualites/societe/2014-08-31/article-3854218/manifester-pour-la-gratuite-des-transports-en-commun/1

FIN

Nous? Des lobbyistes? Ben voyons donc!

Par Jean-François Plouffe

Au printemps 2015, le ministre responsable de l'Accès à l'information et de la Réforme des institutions démocratiques, Jean-Marc Fournier, a présenté le projet de loi 56, modifiant la Loi sur la transparence en matière de lobbyisme, adoptée en 2002.

L'expression lobbyisme vient de l'anglais lobby qui désignait le vestibule de la Chambre des communes britannique où, dès 1830, des représentants de groupes d'intérêts avaient pris l'habitude de rencontrer les députés qui sortaient de la chambre. Aujourd'hui, la loi québécoise définit cette activité comme une communication écrite ou orale adressée à un titulaire de charge publique dans l'objectif d'influencer le contenu d'une loi, d'un règlement, d'une politique, etc. Ce qui fait que la loi règlemente non seulement les communications avec les éluEs, mais avec l'ensemble des titulaires de charge publique du gouvernement du Québec et des municipalités : personnel politique, fonctionnaires, maires de villes et d'arrondissement, conseillerEs municipaux et autres. Les relations avec des représentantEs du gouvernement fédéral ne sont pas couvertes par cette loi.

Le projet de loi du ministre Fournier vient apporter un changement capital à l'ancienne loi : Alors que celle-ci considérait uniquement comme lobbyistes les représentants d'entreprises privées à but lucratif, le projet de loi étend cette définition aux organismes sans but lucratif (OSBL), dont font partie les organismes communautaires.

Dans le cadre de ses activités de défense collective de droit, Action Autonomie a fréquemment fait des représentations auprès des éluEs du gouvernement du Québec. Par exemple, au cours des derniers, nous avons entrepris des démarches auprès de certainEs députéEs pour les sensibiliser à l'utilisation abusive des mesures de contrôle en milieu psychiatrique. Si la nouvelle loi était en vigueur, ces activités seraient considérées comme du lobbyisme.

Pourtant, les communications effectuées auprès des éluEs par les OSBL sont très différentes de celles qui sont faites par les entreprises privées.

Elles sont différentes par leur finalité. Les OSBL visent presque toujours uniquement le bien commun, l'avancement de causes sociales ou environnementales. Ils ne tirent généralement aucun avantage financier direct de leurs démarches. Les communications des entreprises peuvent elles aussi viser à contribuer à l'avancement de la société, notamment par la création d'emploi ou le développement économique. Mais leur fin première est le plus souvent la mise en place de projets qui leur apporteront un bénéfice financier direct.

Elles sont aussi différentes par les moyens dont chacun des acteurs disposent. Les OSBL ont souvent peu de contacts directs avec les grands décideurs (premierE ministre, ministres, maires) et doivent faire passer leurs messages par des intermédiaires, faire de multiples démarches et mobiliser un grand nombre de personnes pour espérer pouvoir faire entendre leurs revendications. Les entreprises peuvent souvent compter sur des contacts beaucoup plus directs et sur des professionnelLEs (avocatEs, spécialistes en relations publiques) qui feront passer leur message plus rapidement et en déployant moins d'efforts.

Il serait injuste que la loi impose les mêmes contraintes à des organisations qui agissent à des fins largement différentes et avec des moyens qui ne peuvent être comparés.

De plus, l'inclusion des OSBL dans la définition du statut de lobbyiste aurait sûrement un impact très négatif sur la participation citoyenne. Dès qu'il ou elle serait en contact direct ou indirect avec unE titulaire de charge publique, toutE membre d'un OSBL serait tenuE de s'inscrire au registre des lobbyiste et d'y fournir une série d'informations complexes : nom de la personne, nom et coordonnées de l'OSBL, raison de la communication, type de communication, date du début et de la fin de la communication, etc., le tout à tenir à jour aux trois mois. Devant la complexité de la procédure et les pénalités financières liées à un retard ou une erreur dans la transmission des données, beaucoup de personnes se désengageront de leur implication citoyenne.

Autre conséquences négative, l'ajout d'un grand nombre de personnes et de dossiers provenant des OSBL viendra engorger le registre, dont la consultation dans sa forme actuelle est déjà très ardue. Cela contribuera à dissimuler les lobbyistes du secteur privé dans un registre qui deviendra de plus en plus volumineux et difficile à tenir à jour et à consulter. Le but premier de la mise en place du registre, qui était de pouvoir facilement identifier les personnes faisant du lobbyisme au profit d'entreprises privées, sera en grande partie détourné.

Le projet de loi 56 devait être examiné en commission parlementaire durant l'hiver 2016 et devait vraisemblablement être adopté et entrer en vigueur au printemps. Mais le 23 novembre 2015, le ministre Fournier a fait parvenir une lettre au commissaire au lobbyisme, M. Jacques Dussault dans laquelle il mentionne que:

> « (…) nous constatons un nombre important de critiques à l'égard de l'assujettissement des OSBL au projet de loi No 56. Nous sommes particulièrement sensibles à la complexité des dispositions, à la capacité des petits organismes à répondre correctement aux exigences proposées de même qu'à l'atteinte alléguée à la participation citoyenne et à la vie démocratique.
>
> (…) nous souhaitons que vous puissiez échanger avec les représentants des divers OSBL pour bien saisir les difficultés qu'ils identifient et être en mesure de formuler des pistes de solution qui pourront être présentées dans une étude exhaustive que nous vous demandons de réaliser. »

L'avenir nous dira s'il faut y voir une victoire des organismes sans but lucratif, qui seraient parvenus à faire entendre raison au ministre. La prochaine étape sera la participation aux consultations menées par le commissaire au lobbyisme en vue de la rédaction de l'étude exhaustive demandée par le ministre. Il est à souhaiter que cette démarche mène à des modifications du projet de loi et à une exclusion des OSBL de la définition du statut de lobbyiste.

La mobilisation du milieu communautaire et sans but lucratif aura au moins permis de retarder l'adoption du projet de loi 56 de plusieurs mois.

Restons mobiliséEs pour la suite des choses!

Pour en savoir plus :

Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires/bénévoles

Un médicament efficace pour un homme l'est-il forcément pour une femme?

Lundi, 23 mars 2015, journal Forum
par Dominique Nancy

Avant d'être commercialisés, les médicaments sont testés sur des rongeurs, puis sur des êtres humains. Dans les deux cas, les cobayes sont souvent des mâles. Pas grave. Ce qui est valable pour un homme l'est forcément pour une femme? «Non. En santé comme en amour, les deux sexes sont différents. Ils ne meurent pas des mêmes types de cancers et ne réagissent pas de la même façon aux traitements et aux médicaments», affirme Sonia Lupien, professeure au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal et directrice du Centre d'études sur le stress humain.

Longtemps, les femmes et les enfants ont été systématiquement exclus des études scientifiques. Les chercheurs privilégiaient pour des questions pratiques les rongeurs mâles, moins soumis aux fluctuations d'hormones, notamment l'estrogène. Sauf, bien sûr, lorsqu'il s'agissait d'une «problématique féminine» comme la ménopause ou la contraception. « Les recherches liées à la maladie mentale ont majoritairement été effectuées auprès d'hommes », confirme Mme Lupien, aussi directrice scientifique du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. « Au fil du temps, les scientifiques ont introduit les notions de sexe et de genre dans leurs travaux afin de mieux comprendre les interactions entre le cerveau et les hormones pouvant conduire à l'apparition de maladies mentales. »

Ce qu'on a constaté, essentiellement, c'est que l'on connaît mal la réalité des femmes, ajoute la chercheuse. Comment, dans ces circonstances, peut-on répondre adéquatement à leurs besoins? «La majorité des anxiolytiques ne sont testés que sur des hommes alors que les femmes ont 2,25 fois plus de problèmes d'anxiété», rapportait le journaliste Antonio Fischetti dans un article paru en 2012 sur le site d'information Rue89. Et c'est la même chose pour près de 80 % des antidouleurs, que seuls les hommes testeraient.

Illustration Benoît Gougeon

On sait pourtant que les médicaments n'ont pas le même effet sur les deux sexes. Par exemple, si l'aspirine protège le cerveau des femmes des accidents cardiovasculaires, elle est beaucoup plus efficace pour prévenir l'infarctus chez les hommes. Les somnifères seraient pour leur part éliminés plus lentement dans le sang des femmes en raison d'un fonctionnement différent des enzymes du foie. À quantité de vaccin égale, les femmes développeront deux fois plus d'anticorps qu'un homme, selon une récente étude américaine. Une demi-dose suffirait donc aux femmes, qui ont un système immunitaire plus réactif. Une dose normale peut entraîner plus d'effets secondaires comme l'inflammation douloureuse et la fièvre. Le constat est identique quel que soit le pays. D'après une étude faite en 2008 dans des hôpitaux allemands auprès de 25 000 patientes, les femmes seraient deux fois plus à risque de souffrir d'effets indésirables, peu importe le traitement.

Autant de données qui indiquent que de nouvelles approches devraient être adoptées en recherche fondamentale et clinique afin d'éviter que les médicaments mis au point et leur dosage soient mieux adaptés aux hommes qu'aux femmes. «Mon équipe et moi, signale Sonia Lupien, travaillons à combler cette lacune en nous penchant sur les différences sociales et biologiques entre les deux sexes.» Cette prise de conscience est malheureusement encore loin d'être présente dans tous les laboratoires. Le magazine français *Science & Vie*, qui a consacré un reportage sur le sujet dans son numéro du mois d'août 2014, révélait les résultats troublants d'une enquête de 2011. «Un tiers des études publiées en neurosciences, en physiologie ou en biologie ne précisent pas encore le sexe des animaux sur lesquels elles ont été menées!»

FIN

vol 23 no1, février 20156

Antidépresseurs, somnifères, neuroleptiques:

Un demi-million de décès par année chez les plus de 65 ans en occident

Les bénéfices des médicaments psychiatriques (ou psychotropes) sont exagérés et leurs préjudices sont minimisés en raison de la mauvaise conception des essais cliniques, affirme Peter Gøtzsche, directeur du Nordic Cochrane Centre (Danemark) dans The British Medical Journal.

Plus d'un demi-million de personnes âgées de plus de 65 ans meurent de l'utilisation de médicaments psychiatriques chaque année dans le monde occidental et les bénéfices devraient être « colossaux » pour justifier ces traitements « immensément nuisibles », dit-il.

Mais leurs bénéfices sont « minimes », explique-t-il, ajoutant que ces traitements devraient « être utilisés presque exclusivement dans les situations aiguës ». De nouvelles lignes directrices devraient soutenir ce changement ainsi que supporter des cliniques de sevrage pour aider de nombreux patients à cesser graduellement ces médicaments.

Les bénéfices sont surestimés et les effets indésirables minimisés, dit-il, parce que la plupart des essais randomisés sont biaisés, ne sont pas réalisés à l'aveugle de façon appropriée, n'évaluent pas complètement les effets des médicaments et les décès sont sous-déclarés, dit-il.

Par exemple, la majorité des études incluent des patients utilisant déjà un médicament psychiatrique. Après une courte période où ils cessent de prendre ces médicaments, ceux parmi ces patients qui sont assignés au groupe placebo sont susceptibles de vivre des symptômes de sevrage. En conséquence, les études conçues de cette façon exagèrent les bénéfices du traitement et augmentent les effets indésirables dans le groupe placebo.

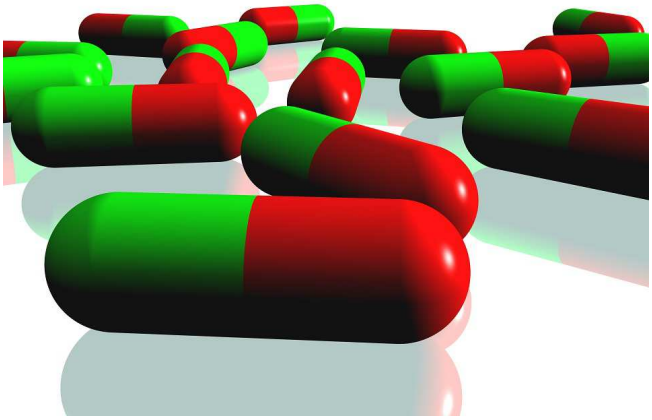
Des essais financés par l'industrie sous-rapportent les décès, ajoute-t-il, estimant qu'il y a probablement eu 15 fois plus de suicides chez les personnes prenant des antidépresseurs que ce que rapporte la Food and Drug Administration (FDA) américaine.

L'auteur a calculé que les décès liés à trois classes de médicaments - les antipsychotiques (neuroleptiques), les benzodiazépines et les médicaments apparentés, et les antidépresseurs - étaient responsables de 3693 décès chaque année au Danemark. Ce nombre correspond à 539.000 décès aux Etats-Unis et dans l'Union européenne réunis.

Les effets bénéfiques des médicaments psychiatriques sont si minces, dit-il, qu'il serait possible d'arrêter l'utilisation actuelle presque complètement sans causer de dommages. Il recommande d'arrêter l'utilisation de tous les médicaments antidépresseurs ainsi que ceux du TDAH et de la démence, et de prescrire seulement une petite fraction des antipsychotiques et des benzodiazépines utilisés actuellement.

Peter Gøtzsche est auteur du livre "Remèdes mortels et crime organisé - Comment l'industrie pharmaceutique a corrompu les services de santé" (1), publié en 2013 et traduit en français en 2015. Le livre s'est mérité le premier prix de la catégorie "Basis of Medicine" accordé par la British Medical Association en 2014.

http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-05-13/medicaments-psychotropes



Le rapport de la protectrice du citoyen sur la santé mentale:

«Les progrès se distillent au compte-gouttes»

Par Jean-François Plouffe

La protectrice du citoyen, madame Raymonde St-Germain a rendu public cet automne son rapport annuel pour l'année 2014-2015.

La fonction de Protecteur du citoyen a été créée au Québec en 1968. Elle s'inspire du rôle de l'Ombudsman, «l'homme des doléances», dont l'origine remonte à 1809, dans le Royaume de Suède. La mission du Protecteur du citoyen consiste *à prévenir et corriger le non-respect des droits, les abus, la négligence, l'inaction ou les erreurs commises à l'égard des citoyens en contact avec un ministère ou un organisme du gouvernement du Québec ou avec un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.* Chaque année, le rapport du Protecteur du citoyen comporte une section sur la santé mentale.

D'entrée de jeu, la protectrice du citoyen fait un constant troublant : *Les soins et les services en santé mentale comptent-ils vraiment parmi les priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux ? Force est de constater que ce n'est malheureusement pas le cas…* Elle déplore *qu'aucune mesure ne vienne réellement mettre au premier rang le développement et le déploiement des services, alors que les besoins sont aussi cruciaux que croissants.*

Madame St-Germain *déplore l'insuffisance des actions du ministère de la Santé et des Services sociaux au regard des différents problèmes de santé mentale.* Elle observe que *les progrès obtenus dans les dossiers concernant la santé mentale se distillent au compte-gouttes.*

Elle insiste pour que le ministère de la Santé et des Services sociaux rende publiques les orientations ministérielles sur l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (loi P-38.001), qui encadre les procédures liées aux gardes en établissement. Ces orientations sont attendues depuis plus de cinq ans. Leur publication et leur mise en application sont urgentes en particulier pour uniformiser l'application de cette loi entre les différents établissements de santé et de services sociaux. La protectrice du citoyen a en effet constaté d'importantes disparités dans l'application de la loi P-38, selon les régions, les établissements et même selon les intervenantEs qui la mettent en œuvre.

La protectrice du citoyen constate aussi que le droit pour une personne de choisir l'établissement de santé où elle recevra des soins n'est pas toujours respecté. Des personnes ont été transportées d'un hôpital à un autre sans leur consentement. Le consentement libre et éclairé est aussi escamoté dans l'administration de mesures de contrôle. Des personnes ont reçu à répétition des doses de médicaments destinées à les calmer, sans qu'on cherche à obtenir leur consentement. Ces agissements ne respectent pas les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Par ailleurs, la protectrice du citoyen a exprimé ses préoccupations en lien avec l'importante réforme des structures, en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elle s'inquiète de la lourdeur de la gestion des méga-établissements nouvellement créés, ainsi que de *l'éloignement des gestionnaires de la réalité des services.* Elle exprime aussi sa préoccupation face à la grande place accordée à la mission médicale et hospitalière. Celle-ci ne devrait pas se faire *au détriment des problématiques (…) qui commandent une expertise multidisciplinaire* comme, entre autres, la santé mentale.

À l'évidence, conclut-elle, *les besoins liés à la santé mentale sont immenses. Ne pas y apporter de solutions entraîne de très lourdes conséquences, tant humaines que sociales et économiques.*

FIN

Pour en savoir plus :
https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/rapport-annuel-protecteur-2014-2015.pdf pages 79 à 86 et 115.

vol 23 no1, février 20156

Assez de faussetés sur les droits des patients.

LE PROBLÈME CE N'EST PAS LA LOI, MAIS SON APPLICATION ET L'INSUFFISANCE DES RESSOURCES

S'opposant farouchement à voir les droits des patients vivant un problème de santé mentale affaiblis par des changements aux lois, Me Jean-Pierre Ménard et deux regroupements nationaux d'organismes tirent la sonnette d'alarme.

L'actualité récente a connu certains événements impliquant des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Ces événements, particulièrement ceux survenus à Granby, ont donné lieu à une série d'interventions publiques de la part de certains psychiatres à l'égard de la loi qui permet d'assurer la garde d'une personne dans un établissement de santé contre son gré en raison de son état mental.

On y a affirmé que seule la dangerosité grave et immédiate permet de garder un patient à l'hôpital contre son gré, que la loi interdit de le garder plus de 24 heures, que les patients psychiatriques sont incapables de juger de la pertinence de leurs soins, que la loi protège trop les droits des patients au détriment de leur droit d'être soignés, etc.

Toutes ces affirmations sont fausses et erronées. La loi ne limite pas la garde d'un patient à 24 heures, il n'y a pas d'exigence de danger grave et immédiat pour garder un patient à l'hôpital, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale sont, dans la très grande majorité des cas, capables de faire des choix, etc.

«Ce que nous constatons, c'est que les psychiatres, encore aujourd'hui en 2016, ne connaissent pas, dans beaucoup de milieux, les principes de la loi et l'appliquent de façon incorrecte au détriment des patients et des familles», explique Me Jean-Pierre Ménard.

De plus, l'accès aux services en santé mentale est difficile, car il y a trop peu de ressources communautaires et la psychiatrie est trop centrée sur l'hôpital.

Il existe pourtant des alternatives à l'hospitalisation forcée, d'expliquer Jean-Nicolas Ouellet, membre du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ).

«Des ressources alternatives d'accompagnement et d'accueil de la crise dans la communauté existent. Elles gagneraient à être mieux connues, développées, mais aussi à être mieux financées. Sans parler de toutes les ressources d'entraide où les personnes se développent un réseau de soutien, diminuent leur stress et développent des outils pour mieux gérer l'intensité et reconnaître les signes précurseurs de la crise», explique-t-il tout en se désolant que le gouvernement n'ait pas tenu sa promesse d'instaurer des services d'aide en situation de crise dans l'ensemble du Québec.

L'expérience des droits des patients démontre le contraire de ce qu'affirment les psychiatres. Les droits des patients sont fréquemment non respectés, toutes les études sur la question le démontrent. «Non seulement il ne faut pas affaiblir les droits des patients dans les lois actuelles, mais il faut travailler à les renforcer. Il faut cesser de vouloir opposer les droits des patients à ceux des familles et des proches! Il faut augmenter le support aux familles et aux personnes vivant un problème de santé mentale», de conclure Doris Provencher, directrice générale de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

Dans cette optique, Me Jean-Pierre Ménard recommande d'améliorer la formation des psychiatres en lien avec les droits patients ainsi qu'un développement des ressources communautaires en santé mentale, principalement concernant les soins à domicile et le support aux familles.

Source: montréal le 21 janvier 2016
Ménard Martin, Avocats
Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

L'hospitalisation contre le gré du patient critiquée

Des citoyens et des organisations qui défendent les personnes atteintes de maladies mentales dénoncent la violation des droits des personnes hospitalisées contre leur gré en vertu de la loi québécoise P-38. Cette loi d'exception qui vise en principe à protéger les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ne serait pas toujours respectée.

Un texte de **Marie-France Abastado Radio-Canada**

Marie-Hélène Panisset a été internée contre son gré pendant trois semaines, et elle en garde un très mauvais souvenir. Il y a cinq ans, après plusieurs nuits consécutives d'insomnie, elle se présente à l'urgence de l'hôpital Douglas, à Montréal, en espérant qu'on lui donne de quoi trouver le sommeil.

Mais les événements prennent une tournure inattendue quand, au grand désarroi de sa mère et de son conjoint, elle est hospitalisée pour une évaluation psychiatrique contre son gré.

« Ma mère s'énervait, mon chum n'était pas content. Ils ont été priés de partir et tout ce que je sais, c'est que le lendemain matin, je me suis retrouvée aux soins intensifs de l'hôpital psychiatrique. »
Marie-Hélène Panisset

Marie-Hélène Panisset venait en fait de tomber sous le coup de la loi P-38, une loi qui permet d'interner quelqu'un pour lui faire subir une évaluation psychiatrique contre sa volonté. Cette loi d'exception vise en principe à protéger les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

La loi mal appliquée?

Cependant, leurs droits sont parfois bafoués. La loi P-38 n'est pas toujours respectée et les hospitalisations forcées seraient en hausse, selon des groupes de défense des personnes atteintes de maladies mentales.

« Au palais de justice, on constate chaque année une augmentation du nombre de requêtes de garde en établissement. En 1999, il y en avait 1600, en 2014, on est à 3000. »
Ghislain Goulet, de l'organisme Action Autonomie

L'organisme Action Autonomie (Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal) renseigne les malades sur la loi P-38 et sur ce qu'ils peuvent faire si jamais ils sont hospitalisés contre leur gré en vertu de cette loi.

L'organisme recueille également depuis des années des informations sur l'application de la loi P-38. Un travail qu'il lui a bien fallu faire, puisque le ministère de la Santé et des Services sociaux ne s'en est jamais occupé. Et ce, malgré les remontrances du Protecteur du citoyen qui, dans un rapport spécial en 2011, a souligné les nombreux écarts entre la loi et son application. Les problèmes qui y sont soulevés recoupent en grande partie ce que le collectif Action-Autonomie a constaté.

Lien http://bit.ly/1WSmQFW *pour consulter le rapport spécial du Protecteur du citoyen.*

Quels droits ont les malades?

Ghislain Goulet déplore aussi que les médecins incitent les personnes visées à ne pas faire valoir leurs droits.

« Le médecin m'a demandé si j'avais reçu les papiers de la cour. J'ai dit : "Oui, pouvez-vous m'expliquer c'est quoi cette affaire-là?" Et il m'a dit : "Ce serait long à expliquer, mais tout ce que je peux vous dire, c'est ne contestez pas". »
Marie-Hélène Panisset

Marie-Hélène Panisset a finalement été hospitalisée pendant trois semaines et a dû sevrer abruptement son bébé de six mois. Cinq ans plus tard, elle garde un souvenir amer de son séjour à l'hôpital psychiatrique.

Elle a tenté d'obtenir son rapport d'évaluation psychiatrique pour comprendre ce qui s'était passé. On a refusé de le lui donner en invoquant que ce serait mauvais pour sa santé mentale.

« Ils sont paddés de tout bord tout côté pour que quelqu'un qui veut exercer ses droits ne

puisse pas le faire. Même si on le fait de manière très posée, organisée et lucide, c'est interprété comme de la résistance aux soins, et donc, comme un symptôme de la maladie mentale. C'est un catch 22 en fait. »
Marie-Hélène Panisset

Lors de la présentation de son plan d'action en santé mentale 2015-2020 cet automne, le ministre de la Santé, Gaétan Barrette, a reconnu que la portée de la loi P-38 devait être précisée. Celle-ci ne semble donner satisfaction à personne : ni aux malades ni aux familles qui ont encore beaucoup de difficultés à faire hospitaliser un proche.

Lien http://bit.ly/1NFY84B pour écoutez le reportage de Marie-France Abastado diffusé le 17 janvier à l'émission *Désautels le dimanche* sur ICI Radio-Canada Première.

Source : http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2016/01/15/002-sante-mentale-hospitaliser-force-loi-p-38-droits-malades.shtm

Pour plus d'informations concernant l'application de la P-38:

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000695/
MSSS

NOS LIBERTÉS FONDAMENTALES… DIX ANS DE DROITS BAFOUÉS!
http://bit.ly/20hw1BG Action Autonomie

LOI P-38.001: PROTECTION OU COERCITION
http://bit.ly/1RBWFUn Action Autonomie

DES LIBERTÉS BIEN FRAGILES
http://bit.ly/1OA8hnm Action Autonomie

LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT : UNE LOI DE PROTECTION… UNE PRATIQUE D'OPPRESSION
http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection_opp_web.pdf
AGIDD-SMQ

FIN

Drame de Granby

«Elle avait trop bon cœur...»

Huffington Post 19-01-2015

Par:
Robert Dubuc Directeur général du Centre de crise de l'Ouest de l'Île
Anne-Marie Boucher Agente aux communications
Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
Doris Provencher, Directrice générale, Association des groupes de défense de droits en santé mentale du Québec

Le 10 janvier dernier, une femme a été tuée à Granby par son colocataire qui était sorti, quelques jours auparavant, d'un court séjour en hôpital psychiatrique. Un ami de cette femme, interrogé par le *Journal de Montréal*, a commenté ainsi le triste événement: «Il aurait fallu qu'elle porte plainte à la police, mais elle ne voulait pas faire ça. Elle avait trop bon cœur.»

En effet, trop souvent, les premiers intervenants appelés sont les ambulanciers et les policiers, dont l'arrivée peut être interprétée comme une menace par la personne en situation de crise. Bien que démunis, les parents et proches des personnes souffrantes peuvent également hésiter à recourir à cette approche qui peut être vue comme violente ou trop contraignante. Un choix déchirant.

Le drame survenu à Granby nous interpelle en ce qu'il interroge notre capacité, en tant que société, à accueillir la souffrance et la crise en santé mentale. En réponse à cette interrogation, les ressources alternatives et communautaires en santé mentale, trop souvent méconnues par les personnes vivant un problème de santé mentale ou leurs proches, pourraient être une réponse-clé dans la crise en santé mentale, tout en permettant un plus grand respect des droits des personnes.

Ce malheureux événement, qui aurait pu être évité, fait également écho à la sortie récente d'acteurs réclamant un resserrement de la Loi P-38. Actuellement, en considérant qu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui, tout médecin a le droit de la garder durant trois jours en observation, sans son consentement et sans ordonnance d'un juge. Avec un jugement de la Cour, il peut obtenir un internement forcé à la suite d'un examen psychiatrique, généralement d'une durée de 20 à 30 jours.

Adoptée en réponse aux abus du passé, cette loi contrevient au droit fondamental à la liberté, ce qui fait d'elle une loi d'exception. Néanmoins, elle n'est pas, dans les faits, appliquée de manière exceptionnelle et est l'un des outils coercitifs privilégié dans notre société.

Il existe pourtant d'autres alternatives à l'hospitalisation forcée. Développant leur expertise depuis plus de 30 ans, les centres d'intervention de crise, des ressources communautaires ouvertes 24h/7, permettent notamment que la crise soit vécue dans la communauté, très souvent sans hospitalisation. Travaillant dans une approche impliquant le consentement des personnes et leur participation active, les centres de crises évitent les passages à l'acte en créant des liens de collaboration entre la personne, son réseau de confiance et des intervenants du milieu communautaire ou institutionnel. L'intervention des services de crise permet, en toute transparence, d'identifier clairement le risque mais également les facteurs de protection, qui éviteront une aggravation de la situation.

L'hospitalisation et la médicamentation, en revanche, ne permettent pas toujours d'enrayer la violence et ne misent pas suffisamment sur le potentiel des personnes qui souvent, même en crise, profiteraient d'un accompagnement plus humain et misant sur leurs capacités et sur leur désir d'éviter toute escalade.

Dans ces situations, les familles et proches doivent évidemment être mieux entendus et accompagnés, mais pas au détriment des droits des personnes vivant un problème de santé mentale. Les droits ne sont pas à géométrie variable. Ce sont les mêmes pour tous les citoyens et citoyennes du Québec.

Tant de choses peuvent être faites pour prévenir les gestes de violence. Nous gagnerions, collectivement, à rendre plus accessible et à mieux faire connaître les alternatives d'accompagnement et d'accueil de la crise dans la communauté, afin d'accompagner plus tôt les personnes et leurs proches quand une situation dégénère. Les pratiques de proximité ont fait leurs preuves dans certaines villes; or, ces services sont encore trop peu accessibles en régions. Le gouvernement du Québec doit s'assurer que des réponses efficaces, rapides et humaines, respectant les droits des personnes, soient déployées partout au Québec, et ce, tant pour les familles et les proches que pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

FIN

Publication

Les expériences des femmes en psychiatrie

Action Autonomie a présenté le 15 octobre 2015 à la Table des groupes des femmes de Montréal une recherche intitulée : “La reconnaissance des expériences des femmes en psychiatrie”.

Ce rapport de recherche a été produit par Action Autonomie en collaboration avec les chercheures Sue-Anne Macdonald, Audrey-Anne Dumais Michaud et la Table des groupes des femmes de Montréal.

Les objectifs de la recherche étaient les suivants :

- Connaître l’impact des dernières hospitalisations en psychiatrie sur la vie des femmes.
- Mettre en lumière l’expérience particulière des femmes en psychiatrie.
- Identifier des solutions pour que les spécificités des femmes soient considérées lors d’une hospitalisation en psychiatrie.

Quarante trois (43) questionnaires ont été remplis et compilés par des femmes membres d’Action Autonomie. Il y a eu deux focus groupes avec des femmes à Action Autonomie et une rencontre avec des représentantes de groupes de femmes à la Table des groupes des femmes de Montréal.

L’âge moyen des répondantes se situe dans le groupe 41-65 ans. La majorité des femmes ont un revenu de $12 000 et moins.

La plupart des femmes ont un vécu difficile avec la psychiatrie. Celles-ci n’ont pas toujours donné un consentement libre et éclairé lorsqu’elles recevaient des traitements. Plusieurs ne se sont pas senties considérées, respectées et écoutées. Pour certaines, leur vécu de femme n’est pas considéré (maternité, ménopause, contraception…). Certaines ont été victimes de comportements sexistes, misogynes et de violence psychologique.

De plus, des femmes n’ont pas eu de traitements

appropriés en lien avec leurs problèmes physiques et même ceux-ci étaient perçus par le personnel soignant comme des symptômes de santé mentale.

Plusieurs femmes ressentent qu'elles n'ont plus de crédibilité face à l'équipe traitante et même se sentent traitées comme une enfant. La vie privée pour certaines femmes n'a pas été respectée. Elles ont vécu des situations traumatisantes et parfois discriminatoires (ex : le fait d'être femme et d'être identifiée comme ayant un problème de santé mentale.)

Les impacts des hospitalisations dans la vie des femmes ont été les suivants :

- Difficultés à se confier à leur entourage car elles ont peur d'être hospitalisées de nouveau.
- Difficulté à se trouver du travail.
- Peur de perdre leur logement.
- Difficulté d'exécuter des tâches si elles sont surmédicamentées.

Les histoires dévoilées dans le cadre de cette recherche font état de plusieurs situations reconnues comme étant violentes, abusives non respectueuses et non adaptées à la condition des femmes. Ainsi, les femmes demandent des changements aux pratiques psychiatriques et recommandent:

- Considération et écoute par le personnel soignant.
- Prise en compte de leur vécu de femmes.
- Respect de leurs droits (consentement aux soins, vie privée…).
- Formation pour le personnel soignant concernant les droits et les enjeux spécifiques aux femmes.
- Mobilisation des femmes pour revendiquer des pratiques respectueuses concernant la santé mentale.

Pour de plus amples informations vous pouvez lire la recherche sur le site d'Action Autonomie.

http://bit.ly/1MtSbrw

FIN

vol 23 no1, février 20156

AIDE SOCIALE

Des experts pourfendent la réforme libérale

Des chercheurs en travail social estiment que le projet de loi fait fi des constats scientifiques

Marco Fortier, Le Devoir, 22 janvier 2016

Photo: Renaud Philippe Le Devoir

Le projet de loi 70 prévoit entre autres que les nouveaux prestataires devront accepter tout « emploi convenable » qui leur

La réforme de l'aide sociale, qui forcera les nouveaux prestataires à suivre des programmes de retour à l'emploi, rate la cible : le gouvernement Couillard se base sur des *« préjugés »*démentis par la science, affirme un groupe d'universitaires.

Dans une lettre transmise au *Devoir*, des chercheurs en travail social soutiennent que la stratégie de Québec pour réduire le nombre d'assistés sociaux repose sur de *« fausses prémisses »*. L'objectif du projet de loi 70, présenté en novembre, est noble — inciter les gens à trouver du travail —, mais ce n'est pas en coupant dans les prestations d'aide sociale qu'on y arrivera, estiment les signataires, professeurs en travail social à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

« Nous sommes ici dans l'univers des préjugés fortement répandus dans la population à l'égard des bénéficiaires d'aide sociale (par exemple, dépendant, paresseux, fraudeur) », écrit Jean-Yves Desgagnés, directeur du module de travail social de l'UQAR, au nom de cinq de ses collègues. *« Jamais, depuis l'existence de l'aide sociale en 1969, un gouvernement n'était allé aussi loin dans le* workfare [travailler pour recevoir de l'aide] *et la négation des droits fondamentaux des plus pauvres de notre société »*, ajoutent les signataires.

Pour Jean-Yves Desgagnés, il faut mettre en parallèle les coupes de 50 millions à l'aide sociale — donc chez les plus pauvres — et les centaines de millions de dollars offerts aux médecins. *« Indécent »*, selon lui. D'autant plus que le taux d'assistance sociale n'a jamais été aussi bas depuis 1978. Ce taux a baissé de près de 50 % en 20 ans, de 12,8 % à 6,6 %.

Le projet de loi 70, annoncé en novembre dernier, sera examiné en commission parlementaire à compter de la semaine prochaine à Québec. Le gouvernement Couillard fait appel à la carotte et au bâton pour limiter l'accès à l'aide sociale. D'abord, la carotte : les nouveaux demandeurs recevront entre 130 $ et 250 $ par mois, en plus de leur chèque régulier de 616 $, s'ils participent à des programmes pour trouver un emploi ou retourner aux études, par exemple.

En contrepartie, ces nouveaux inscrits à l'aide sociale seront pénalisés s'ils ratent des étapes fixées par leur agent d'aide sociale. Par exemple, leur aide supplémentaire de 250 $ sera coupée s'ils omettent de se présenter aux cours d'aide à l'emploi. Ensuite, leur chèque régulier sera amputé — jusqu'à la moitié de sa valeur — chaque fois qu'ils omettent de suivre les directives pour trouver un emploi.

Les nouveaux prestataires devront aussi accepter tout *« emploi convenable »* qui leur sera proposé, sans quoi ils perdront l'aide de l'État.

Le but de la réforme est simple : briser le *« cercle vicieux »* de la dépendance à l'aide sociale d'une génération à l'autre, fait valoir le ministre Sam Hamad. *« On ne peut pas, comme société, accepter que je suis un enfant de l'aide sociale et que mon ambition, à 18 ans, c'est d'aller chercher un chèque d'aide sociale »*, dit-il en entrevue au *Devoir*.

« La société fait un effort, on demande aussi à la personne de faire un effort. Si on ne fait pas d'efforts dans la vie, on n'a pas de résultats », ajoute le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Pouvoirs arbitraires ?

Plus de 6000 des 17 000 nouveaux demandeurs d'aide sociale viennent d'une famille dont les parents reçoivent de l'aide sociale, selon le ministère. Et plus de 70 % des gens qui font une première demande d'aide ont moins de 29 ans. Le gouvernement veut tout faire pour inciter ces jeunes à travailler ou à retourner sur les bancs d'école.

Sam Hamad affirme que la règle forçant les prestataires à accepter un *« emploi convenable »* sera appliquée avec *« discernement »*. *« On ne veut pas déménager le monde. Si on sait que ça prend du transport coûteux pour occuper un nouvel emploi, que ça coûte cher, on ne le fera pas »*, dit-il. *« Les agents ont quand même un jugement. Ils ont toujours fait leur travail avec discernement. Leur objectif, c'est d'aider la personne. »*

Le professeur Jean-Yves Desgagnés est peu rassuré par Sam Hamad. Le ministre se garde des pouvoirs arbitraires qui laissent peu de place à la science, estime le chercheur en travail social.

Il n'existe par exemple aucune corrélation entre la *« générosité »* des prestations et le nombre de ménages sur l'aide sociale. Le professeur cite une autre étude de l'Université de Montréal selon laquelle 77 % des variations du nombre de prestataires s'expliquent par le taux de chômage.

Les statistiques du mois de novembre 2015 indiquent que 45,2 % des nouveaux demandeurs recourent à l'aide sociale à cause de la fin de leurs prestations de chômage ou de leur insuffisance ; 23,1 % ont demandé de l'aide sociale pour combler des revenus insuffisants ou parce qu'ils étaient en attente d'un revenu provenant probablement d'autres programmes gouvernementaux (accidents de travail, rente du Québec, assurance automobile, etc.) ; 4,5 % demandaient de l'aide en raison de la fin d'études à temps complet, et 27,5 % après la perte d'un conjoint ou pour d'autres raisons.

« Comment justifier dans la population des économies dans les revenus des plus pauvres, d'autant plus que le premier ministre Philippe Couillard a promis que la rigueur n'affecterait pas directement les services et la qualité de vie des citoyen-ne-s du Québec ? », écrivent Jean-Yves Desgagnés et son équipe.

vol 23 no1, février 20156

Le DSM-5: Quand la psychiatrie passe au CONFESSIONNAL

Amnon Jacob Suissa, Ph.D, T.S.
Professeur, Université du Québec à Montréal, École de travail social

Note bibliographique de l'auteur

Amnon Jacob Suissa est professeur à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal où il enseigne des cours touchant au phénomène des dépendances comme problème social ainsi que la méthodologie de l'intervention auprès des familles. Dans une perspective constructiviste des problèmes sociaux, il s'intéresse aux déterminants sociaux des dépendances et leur impact sur les processus d'intervention. Formé en thérapie familiale et sociologue, il est l'auteur d'une centaine d'articles et ouvrages scientifiques. Parmi ceux-ci, Le Monde des AA: alcooliques, gamblers, aux Presses Universitaires du Québec, PUQ (2009).Pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie (2007); Le jeu compulsif: vérités et mensonges (2005) aux Éditions Fidès. Il est l'auteur du chapitre dédié à l'intervention auprès des familles dans le livre Introduction au Travail social (2000, 2007, 2015) et collabore comme personne ressource à l'AITQ. A oeuvré comme intervenant et formateur en DPJ, CLSC, communautés autochtones, SPVM, organismes communautaires à travers le Québec, etc. Il collabore à plusieurs projets de recherche et anime des séminaires dans le cadre de programmes de formation au Canada et à l'international. - Site web : www.amnonsuissa.com

« La recherche médicale a fait des avancées tellement extraordinaires »

Cette citation nous invite à rester alertes quant aux diagnostics de plus en plus nombreux en santé mentale qui se déversent de manière exponentielle sur des conditions principalement sociales. Allen Frances, psychiatre américain ayant dirigé l'équipe du DSM-IV (bible psychiatrique) et professeur émérite à l'université de Duke en Caroline du Nord, décrit le nouveau DSM-5 comme une véritable catastrophe qui multiplie les diagnostics inutiles.

Comme le titre de son dernier ouvrage l'indique Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, il dénonce le discours fondé sur la perte de contrôle généralisée et la médicalisation à outrance de citoyens dits normaux.

En termes de santé mentale, la perspective d'Allen Frances enrichit l'analyse des enjeux entourant la légitimité scientifique de la discipline psychiatrique dite moderne. Fascinée par les apports de la biologie, alors que la discipline psychiatrique ne dispose aucunement de test biologique concret et mesurable comme d'autres branches en médecine, Frances (2013) dénonce les conflits d'intérêt entre intellectuels qui se traduisent historiquement par un processus secret, fermé, voire incapable de s'autocorriger. Il donne l'exemple du rejet catégorique par les comités du DSM-5 de propositions effectuées par 57 associations de santé mentale pour une démarche scientifique indépendante. Il n'hésite pas à parler des risques de sur-diagnostic et donc de srumédicalisation. Parmi les multiples exemples de surmédicalisation dans le DSM-5, mentionnons celui qu'il est commun d'appeler la pathologisation du deuil. Si l'endeuillé passe plus de deux semaines avec une apparence dépressive, il peut-être passible du diagnostic dépressif majeur et donc une prescription potentielle d'antidépresseurs. Alors que le processus du deuil dépend de la pro-ximité du lien affectif qu'occupe le défunt dans la vie de ses proches, des valeurs socioculturelles propres à chaque groupe social et des rituels permettant une reprise graduelle de l'équilibre, on comprend mal le délai restreint de 15 jours comme période qui permet de « digérer » le deuil. Dans son livre intitule: Le deuil impossible: familles et tiers pesants, la psychologue systémicienne Goldbeter-Morinfeld (2005) démontre très bien la complexité du deuil, le facteur temps à respecter et la centralité du défunt dans les dynamiques familiales (tiers pesant) qui peut prolonger la période de récupération dans ce processus.

Comme coordonnateur du DSM-IV, Frances rappelle l'exemple du syndrome d'Asperger,

forme moins sévère d'autisme. L'inclusion de cette condition au DSM-IV prévoyait une multiplication du nombre de cas par trois, or la réalité montre qu'ils ont été multipliés par quarante. En bout de ligne, les résultats démontrent que plusieurs enfants ont porté ce diagnostic alors qu'ils ne correspondaient pas du tout aux critères. Face à ces périls, le psychiatre américain invite les médecins à boycotter le DSM, et les patients à devenir des consommateurs informés. Dans cette logique, et pour se rapprocher d'un diagnostic le plus précis possible, il nous invite à tenir compte des repères suivants dans le processus d'évaluation.

1. Des problèmes moins lourds en santé mentale ont tendance à se résoudre « spontanément » avec le temps et sans aucun besoin de diagnostic proprement dit. Il est plus difficile de diagnostiquer une condition qui présente moins de symptômes et de manifestations sévères. Selon lui, il n' y a pas de démarcation claire entre le trouble mental et la normalité quand on tient compte des populations en général;

2. S'il y a un doute, il est plus sage et moins risqué de sous-diagnostiquer que de surdiagnostiquer. Il est plus facile d'aller vers un diagnostic plus lourd que le contraire;

3. Les enfants et les adolescents sont des groupes plus difficiles à diagnostiquer, car leur dossier relève d'un parcours objectivement moins long en termes de temps, sont sujets à des fluctuations liées aux divers stades de maturation, des usages de substances psychotropes et réagissant fortement aux stress issus des familles et de l'environnement. Ainsi compris, le diagnostic initial a plus de chance d'être inexact, voire inapproprié. L'exemple de la surmédicalisation des jeunes avec le Ritalin en est un bel exemple (Suissa, 2009);

4. Les aînés sont également plus difficiles à diagnostiquer car les symptômes psychiatriques peuvent être causés par des maladies neurologiques ou médicales. Ils sont aussi plus susceptibles aux effets secondaires des médicaments, des interactions et parfois des overdoses;

5. Pour réussir un « bon diagnostic » cela prend du temps. Frances suggère donc de prendre le temps voulu et investir les efforts qu'il faut, car un diagnostic effectué trop rapidement est souvent non fondé. Il n'hésite pas à privilégier des entrevues multiples pour tenir compte de l'évolution du patient dans son contexte familial et social;

6. Dans la mesure où une source unique d'information ne peut être complète et globale, il propose de croiser le maximum d'informations possibles qui peuvent contribuer à un diagnostic plus exact, reflétant ainsi la réalité psychosociale du patient en question;

7. S'il faut tenir compte des diagnostics préalables, il faut rester alerte et vigilant de ne pas s'y fier de manière aveugle. Tenir compte des phases transition dans le parcours longitudinal des patients permet de mieux saisir la dynamique propre à chaque personne;

8. Réviser régulièrement le diagnostic serait un pas dans la bonne direction dans la mesure où les cliniciens peuvent s'y fier de manière trop permanente dans le traitement sans tenir compte des « bons coups » et des changements réalisés par le patient;

9. Se décentrer des symptômes pour inclure le contexte où évolue le patient permet de mieux situer la dynamique propre à chaque patient, car si un diagnostic est inexact cela peut aggraver fortement la condition du patient.

Granger et Vinay (2013) enrichissent les propos de Frances en soulignant que la psychiatrie du DSM-5 relève d'une pensée unique et devrait être mise au banc des accusés et critiquée comme étant un dérapage incontrôlé. Dans cette foulée, Cabut (2013) relève les pétitions et les appels au boycott du DSM-5 afin de dénoncer la fabrication de maladies mentales sans aucun fondement scientifique. À titre d'exemple, l'institut américain de la santé mentale, le plus gros financeur de la recherche en santé mentale à l'échelle mondiale, a pris ses distances avec le DSM-5 en réorientant ses recherches en dehors des catégories telles que présentées.

En France, c'est le mouvement STOP DSM qui porte le combat en dénonçant l'expansion des catégories sans les fondements scientifiques qui pourraient les justifier. Publié pour la première fois en 1952, avec une liste de moins de 60 pathologies, ce code de classification qu'est le DSM est passé à plus de 400 conditions comprises comme des pathologies. Si dans plusieurs pays anglo-saxons, le DSM-5 garde sa main mise sur le processus des diagnostics mentaux, plusieurs pays n'y adhèrent pas pour des raisons d'incompatibilité de valeurs et de culture. Il est utile de rappeler que cet outil de dépistage est d'abord et avant tout une construction sociale et culturelle purement américaine. Dans un article intitulé "How the US exports it's mental illnesses", Watters (2010) démontre l'hégémonie américaine dans la conception et des diagnostics d'une part, et dans le traitement des troubles mentaux à travers le monde, d'autre part. Comment appliquer le même diagnostic de dépression, par exemple, à des personnes qui ne vivent pas du tout les mêmes contextes et conditions et dont les motifs des comportements ne relèvent absolument pas de la même logique (Otéro, 2012). Alors que les ethnopsychiatres nous mettent en garde contre la surmédicalisation des conditions de vie en nous sensibilisant à inclure les réalités culturelles et sociales des personnes et des groupes, le DSM-5 multiplie les diagnostics sans apporter les nuances géographiques et anthropologiques qui s'imposent. Si le contexte psychosocial et culturel dans une société donnée nous permet de mieux comprendre l'origine des conditions qui donnent naissance aux troubles mentaux, à savoir les déterminants sociaux, pourquoi et comment expliquer qu'il y ait un tel acharnement à souscrire à des diagnostics qui visent souvent la pathologisation de l'existence (Gori et Volgo, 2005). Cette approche met en veilleuse le pouvoir d'agir des personnes et de leurs réseaux familiaux et sociaux (Le Bossé, 2012). À ce sujet, on peut se demander également, comment se fait-il qu'il n'y a aucune question qui couvre les familles dans toute l'histoire des DSM alors que celles-ci donnent le ton aux trajectoires où auront lieu les manifestations de troubles mentaux ? Comme outil de classification qui permet de hiérarchiser des centaines de conditions de troubles mentaux, le DSM-5 peut-être utile au plan descriptif, mais sans plus.

À cela, il faut ajouter les dénonciations de la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts participant à l'élaboration du DSM. Ce contrôle du monde Pharma est bien démontré dans les travaux de l'historien américain Lane (2009) qui souligne comment la psychiatrie a médicalisé nos émotions. Idem pour le philosophe québécois Jean-Claude St-Onge dans son dernier livre intitulé Tous fous (St-Onge, 2013). Alors que la consommation de psychotropes a augmenté de 4 800 % aux États-Unis au cours des 26 dernières années, St-Onge parle d'une épidémie de « maladies mentales » largement fabriquée par la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique. En ciblant les thèses de la biopsychiatrie, selon lesquelles la détresse psychologique résulterait d'un déséquilibre chimique dans le cerveau, sans égard au contexte social et personnel des patients, ce chercheur remet en question la prescription massive d'antidépresseurs et d'antipsychotiques aux effets sous-estimés et souvent dévastateurs (anxiété, pensées suicidaires, diabète, AVC, atrophie du cerveau, etc.). Dit autrement, l'exploitation du mal être serait extrêmement lucrative et les compagnies pharmaceutiques sont prêtes à presque tout pour satisfaire l'appétit insatiable de leurs actionnaires via la médicalisation des évènements courants de la vie, essais cliniques biaisés, « corruption » de certains médecins, intimidation des chercheurs, etc.

En bref, ce processus de surmédicalisation est une modalité de contrôle social qui soulève l'enjeu de la conception et du pouvoir de définir de conditions sociales proprement dites (Suissa, 2012). Derrière la psychiatrie dite moderne du DSM-5, se profile en fait le débat entre les approches qui privilégient une version neurochimique du cerveau (brain based-disease approach), biologique, médicale, voire génétique, en bref le modèle médical de la maladie axée sur la pathologie permanente et le paradigme alternatif à celui-ci, soit les diverses conceptions d'inspiration psychosociale. Selon le discours dominant médical, le sujet ayant développé un trouble mental est compris comme une personne qui vit principalement des problèmes intrapsychiques et personnels, de déficience neuronale, de pathologie mentale, il est victime d'une perte de contrôle. Cette valeur de l'individualisation des problèmes sociaux occupe une place prépondérante dans la justification idéologique du discours qui associe souvent problème à une défaillance de nature individuelle. Si la valeur de liberté de choix est une valeur chère à nos démocraties, il n'en demeure pas moins que ce concept demeure abstrait dans la mesure où les choix sont influencés principalement par les forces sociales en présence.

Dit autrement, l'individualisme ne relève pas seulement de l'individu, c'est d'abord une réalité sociale et une idéologie collective qui est valorisée au plan social et économique comme une norme à privilégier.

En résumé, le modèle médical psychiatrique axé sur les dysfonctions s'appuie principalement sur des données recueillies à partir des symptômes, à savoir la symptomatologie au détriment de l'étiologie des conditions psychosociales en question. Comment peut-on évacuer les déterminants sociaux et structurels qui donnent naissance à ces mêmes problèmes ? Peut-on inclure les proches et les réseaux sociaux dans le processus d'évaluation ? Peut-on souffrir sans disparaître (Furtos, 2005) ?

Source: l'Autre Espace, vol 6 no. 2 automne 2015.

FIN

Libre oppinion

Peut-on mourir d'une étiquette?

Par Nathalie Vendruscolo
Différente, comme tout le monde

Le *Huffington Post* Publication: 05/01/2016

Dans ces pages, on ne nomme généralement personne. On prend parfois en exemple des cas individuels mais, par l'anonymat, on leur donne une dimension collective. En n'étant personne en particulier, nos cas deviennent tout le monde. Mais l'édito d'aujourd'hui va faire exception. Parce que c'est important.

Elle s'appelait Caroline George*. Elle était brillante et réservée, parlait couramment quatre langues et aimait le piano. À 24 ans, il s'est passé quelque chose dans sa tête. Un truc sérieux qui l'a fait monter presque nue sur les tables sans avoir pris aucune substance et qui l'a mise en contact direct avec Dieu, Adam et Ève et Patrick Bruel.

J'ignore son diagnostic exact, mais est-ce bien important? Ce qu'il faut retenir, c'est qu'avec une médication convenable, elle a continué son bonhomme de chemin, a pris un appartement, trouvé et gardé un travail. Elle était à peine âgée de 40 ans quand, au bureau, elle a fait un malaise puis une crise de panique ou quelque chose du genre. Aux secours qui sont venus la chercher, elle s'est plainte d'un énorme mal de tête. Puis elle s'est agitée, un peu trop, on dirait. Au vu de son passé médical, on a cru à une crise délirante et on l'a isolée pour qu'elle se calme avant de voir un psychiatre. Caroline est morte d'un ACV, seule dans une chambre des urgences psychiatriques.

Personne de petite taille, Martin Henderson, lui, n'est pas mort, mais il aurait pu. Il a en tout cas gardé de sévères séquelles après qu'un soûlon l'eut lancé violemment sur la chaussée pour faire comme dans un *show* de lancer de nains. Quand on voit une étiquette, il y a ce qui est écrit dessus et ce qu'on lit entre les lignes. Sur une étiquette*Made in China* par exemple, on lit souvent «ça va briser dans deux semaines» et «ça a été fabriqué dans un sous-sol insalubre», pas vrai? Eh bien, sur la tête de

Martin Henderson, sur tout son corps d'ailleurs, il y avait l'étiquette Achondroplasie et son agresseur y a lu «nain - objet - drôle». Et c'est cette étiquette implicite qui a failli tuer Martin.

Yvan Tremblay, lui, s'est ôté la vie il y a un peu plus d'un an, pour ne pas avoir à aller vivre en CHSLD. Ayant une limitation motrice, il a été menacé d'expulsion de son appartement pour des histoires de sécurité et d'assurances: si le feu pognait dans la bâtisse, les secours ne pouvaient pas le sortir. Je ne sais pas l'étiquette que les instances décideuses avaient collée sur le front de Monsieur Tremblay mais ce n'était certainement pas celle «d'humain - capable de faire ses choix» et de «droit à la dignité». Sans compter tous ceux qui meurent dans la solitude parce qu'on leur a collé l'étiquette «vieux - plus bon à rien - rien d'intéressant à dire».

Bref, en cette année nouvelle, mon équipe et moi vous souhaitons tout plein de bonnes choses. Paix, amour, prospérité. Mais surtout, on vous souhaite de rencontrer des personnes qui, avec douceur et humanité, vous décolleront du front toutes les étiquettes imperceptibles qui vous nuisent et vous empêchent de vivre pleinement.

Bien à vous.

*Le nom de famille a été modifié
Une première version de ce texte est parue sur le site de la Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN), sous la rubrique Chroniques.

FIN

vol 23 no1, février 20156

Participation citoyenne

Nous les tout-petits

Espace de parole et d'action citoyenne du Sud-Ouest-Verdun (ESPAC) , un groupe qui nous permet de prendre notre envol

Nous sommes un groupe à but non lucratif. Nous sommes tous des utilisateurs de services québécois francophones et anglophones. Nous faisons partie de la base de la société. Nous sommes là pour aider les gens en difficulté, les gens oubliés du système auxquels les médecins ne savent plus comment les soigner quand la pilule ou les électrochocs ne font plus effet.

Nous comprenons les besoins fondamentaux de notre société. Le gouvernement ne pense qu'à se remplir les poches. Avec les coupures budgétaires du gouvernement Couillard, c'est nous les utilisateurs qui écopent le plus. Ce sont toujours les plus petits dans la société, nous les utilisateurs de services nord-américains qui se font écraser par le même système qui opprime toujours de plus en plus. Il est évident que nous faisons l'objet de coupures budgétaires, mais nous serons toujours prêts à aider les gens à reprendre le dessus sur leur vie.

Savez-vous que même les plus riches de ce monde vivent tous des difficultés au cours de leur vie… tout comme nous les tout-petits?

Nous voulons du travail décent, nous ne sommes pas des paresseux. La base, c'est nous les plus petits. Nous sommes prêts à croire très fort pour que l'injustice qui nous menace puisse disparaître.

Si vous voulez donner une voix aux utilisateurs des services en santé mentale, nous sommes là pour ça. Nous recrutons des nouvelles personnes présentement si vous voulez participer vous avez juste à prendre notre numéro de téléphone.

Pour ma part, je suis un ex-alcoolique, un ex-toxicomane, un ex-détenu et un ex-patient psychiatrique. J'ai passé plusieurs fois à un cheveu de la mort. Si je suis vivant aujourd'hui à 55 ans, c'est à cause de la science médicale. J'ai été très chanceux dans la vie à tel point que lorsque je voyage dans mes souvenirs passés, cela m'effraie. Hella et moi faisons partie des fondateurs de l'ESPAC. Nous sommes un petit groupe qui avons à peu près passé par les mêmes émotions négatives.
Et pour finir, moi, Stéphane Dubreuil, je fais partie de ces tout-petits. Et oui, je suis un ex, ex, ex…

Merci de votre attention.
Stéphane Dubreuil, membre de l'ESPAC

FIN

Pour rejoinder l'ESPAC:
Catherine Saint-Germain (514) 766-0546 #52383

Capsule Protecteur du citoyen

Crédit d'impôt pour solidarité : d'importants changements

Vous recevez le crédit d'impôt pour solidarité ? Prenez note d'importants changements qui entreront en vigueur dès le 1er janvier 2016.

Vos obligations envers Revenu Québec ne seront plus les mêmes

* Le montant qui vous sera versé sera désormais calculé annuellement, selon votre situation financière en date du 31 décembre précédent;
* Sauf de très rares exceptions*, vous n'aurez plus à fournir, comme c'était le cas auparavant, toute information utile concernant un changement à votre situation, et ce, avant la fin du mois où survenait ce changement.

Vous recevrez les remboursements selon une nouvelle fréquence

Quelques mois plus tard, soit en juillet 2016, la fréquence des versements du crédit variera selon le montant total qui vous est accordé annuellement, soit :

- Des versements mensuels si vous touchez 800 $ ou plus;
- Quatre versements par année (juillet, octobre, janvier et avril), si vous touchez plus de 240 $, mais moins de 800 $;
- Un seul versement annuel si vous touchez 240 $ et moins.

Des changements recommandés par le Protecteur du citoyen

Dans son dernier rapport annuel, le Protecteur du citoyen pressait Revenu Québec de mettre fin aux modalités de déclaration mensuelle des personnes admissibles. En janvier prochain, les changements apportés reflèteront une position que défendait le Protecteur du citoyen. Pour plus d'information, consultez **le site Web de Revenu Québec**.

FIN

https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/conseils/capsules/importants-changements-credit-impot-pour-solidarite

Assurance médicaments

Une coalition demande un régime d'assurance médicaments entièrement public

Source: La Presse Canadienne 07 décembre 2015

Une coalition revient à la charge avec sa demande de créer un régime d'assurance médicaments entièrement public; elle affirme que plutôt que de représenter une dépense pour le gouvernement, un tel régime le ferait économiser.

La Coalition solidarité santé a lancé une «campagne citoyenne» en faveur d'un régime d'assurance médicaments entièrement public, qu'elle a baptisée «le remède aux coupures, ça existe».

Le coordonnateur de la coalition, Jacques Benoit, a dit estimer qu'un tel régime ferait épargner entre 1 et 3 milliards par année au gouvernement.

Il fait ainsi le pari qu'en assurant la totalité des Québécois, le gouvernement aurait plus de poids face aux entreprises pour négocier de meilleurs prix pour les médicaments.

À l'heure actuelle, les Québécois paient leurs médicaments à un prix 30 % plus élevé que la moyenne des autres pays développés, selon la coalition.

Dans un rapport publié en mars dernier, le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec notait qu'en 2012, les dépenses totales en médicaments prescrits représentaient pour le Québec près de 7,5 milliards, soit 927 $ par habitant, comparativement à 795 $ par habitant dans l'ensemble du Canada.

FIN

Pour appuyer la campagne:
http://remedeauxcoupures.cssante.com/

vol 23 no1, février 20156

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