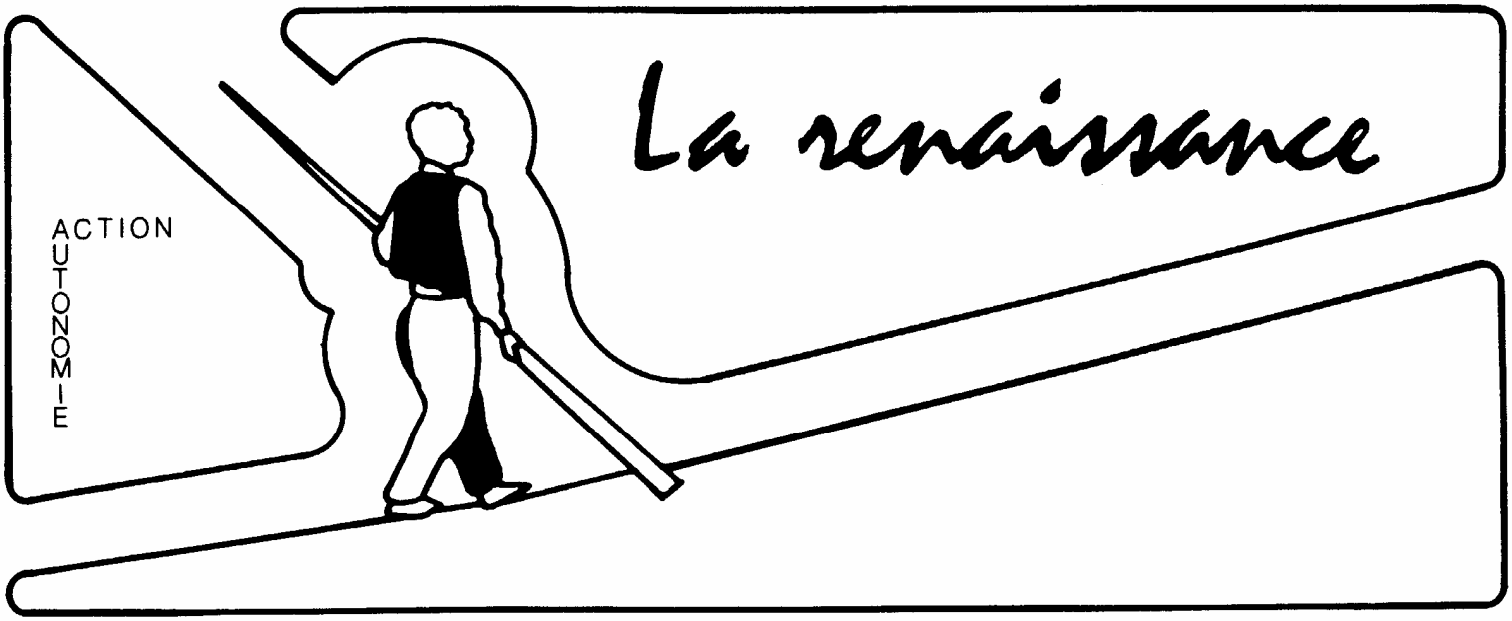


Volume 27 janvier 2020 Numéro 1

Psychiatrie

Il y a urgence à humaniser nos hôpitaux
Pour une commission d'enquête sur les soins en santé mentale

Électrochocs

Un traitement controversé mis en place à l'Hôpital Jean-Talon

Discrimination pré-embauche

Le questionnaire médical préembauche de la CSDM attaqué devant les tribunaux

Droit à la santé et masquage diagnostique

Quand t'es pas cru, t'es cuit !

Vient de paraître

Chocs "Moi, Marc Grinsztajn, ai subi une série de chocs électriques et perdu la mémoire."

Témoignage

Le logement social avec soutien communautaire

La Renaissance

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

Comité journal

Roger Boisvert
Anne-Marie Chatel
Denis Morneau
Huguette Doyon
Ghislain Goulet
Marc-André Jobin
Francine Santerre Dupuis

Collaborateurs, collaboratrices

Nicole Cloutier *Jean-François Plouffe*

Production

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

Pour plus de renseignements, communiquer avec:

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

Crédit s photo:
Pixabay
RRASMQ

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, premier trimestre 2020

Bonne année

l'équipe du comité journal

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: avril 2020
Date de tombée
pour les articles: mars 2020

Le Billet doux

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

Sommaire

Psychiatrie

Il y a urgence à humaniser nos hôpitaux — pages 3 et 4
Pour une commission d'enquête sur les soins en santé mentale — pages 4 et 5

Électrochocs

Un traitement controversé mis en place à l'Hôpital Jean-Talon — page 6

Discrimination pré-embauche

Le questionnaire médical préembauche de la CSDM attaqué devant les tribunaux — pages 7 et 17

Temps d'attente dans les urgences

Jusqu'à 44 heures d'attente en psychiatrie à Montréal — pages 8 et 9

50 ans d'aide sociale

À combien se chiffre le droit à l'aide sociale au Québec? — pages 9 à 11

Droit à la santé et masquage diagnostique

Quand t'es pas cru, t'es cuit ! — page 13 et 14

Dossier médicaments

7 antidépresseurs à éviter selon Prescrire (2019) — pages 16 et 17

Autorisation judiciaire de soins

La Cour supérieure rejette la demande du CHUM qui voulait héberger de force un itinérant de 77 ans — page 18 et 19

Chroniques

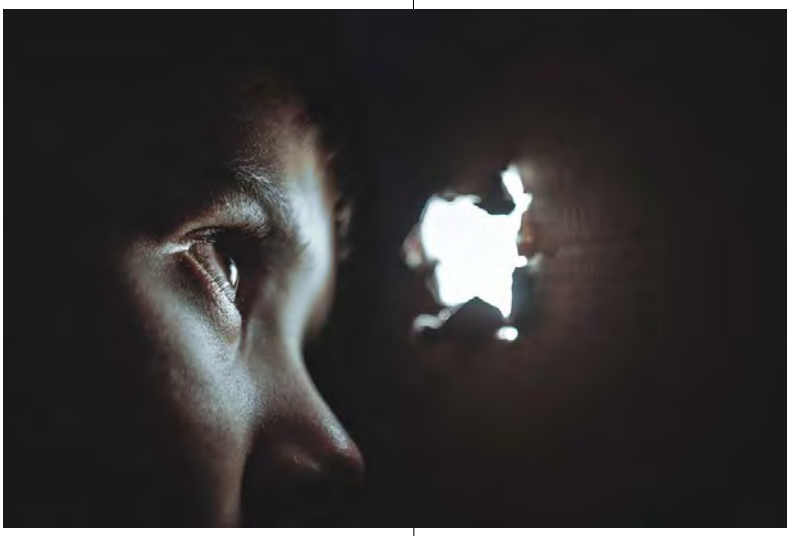
ET PSY ALORS … — page 22

Chronique: Innovation: A prendre avec une pilule — page 20
Opinion: Première, deuxième et troisième ligne. Quand la santé mentale est le parent pauvre du système de santé. — pages 21-22
Témoignage Le logement social avec soutien communautaire — pages 14 à 16
Vient de paraître *Chocs* "Moi, Marc Grinsztajn, ai subi une série de chocs électriques et perdu la mémoire." — page 20
Chanson **"**Elle pleure dans la nuit" — page 17
Devenir membre d'Action Autonomie — page 19

Il y a urgence à humaniser nos hôpitaux

Dans la section Débat de La Presse + du 18 novembre, les psychiatres Stéphane Proulx et Florence Chanut en appellent au resserrement des mesures de sécurité dans les unités psychiatriques des hôpitaux montréalais. Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, propose d'apporter un autre éclairage à cette question, celui des personnes qui, de gré ou de force, utilisent les services en psychiatrie.

Durant l'année 2014, plus de 3000 requêtes ont été présentées au district de Montréal de la Cour du Québec pour priver des personnes de leur liberté en vertu des dispositions de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001).



Sur la base des conclusions d'examens psychiatriques plus ou moins rigoureux, exécutés le plus souvent illégalement, sans le consentement et à l'insu des personnes concernées, les hôpitaux obtiennent, à l'issue d'audiences expédiées en quelques minutes, l'autorisation du tribunal de garder ces personnes de force, pour une période qui atteint fréquemment 30 jours. C'est la garde en établissement. Elle est acceptée par les juges dans 97% des cas.

Que se passe-t-il durant cette période de réclusion forcée? Dans la majorité des cas, les patientEs sont tout d'abord dépouilléEs de toutes leurs possessions qui sont mises sous clé : vêtements, papiers d'identité, telephone, cellulaire, etc. Ils ne sont vêtus que de la jaquette de l'hôpital. Leurs objets personnels pourront leur être rendus peu à peu, surtout s'ils «collaborent» bien à leur traitement. Sans tenir compte de la loi qui l'oblige à obtenir leur consentement aux soins, le personnel de l'hôpital imposera souvent la prise de médicaments, sans donner d'information sur la nature du produit ni sur ses effets. Dans plusieurs cas, des personnes sont menacées d'une prolongation de la durée de leur hospitalisation forcée si elles refusent la médication.

En cas de résistance, on aura aussi recours, entre autres sanctions, à la contention à l'aide de sangles ou de vêtements qui ressemblent beaucoup aux anciennes camisoles de force; et on confinera la personne à un espace clos, souvent après lui avoir administré un tranquillisant, toujours sans son consentement.

Le psychiatre devient alors le maître de la destinée du patient durant toute la durée de sa garde. C'est lui qui décidera non seulement des modalités de sa médication, mais aussi de son accès à ses vêtements, de sa participation aux (rares) activités de loisir offertes, de la possibilité d'une courte sortie de groupe sous étroite surveillance, de la présentation au tribunal d'une nouvelle demande visant à prolonger la garde, etc.

Pressé par les contraintes d'un système de soins basé sur la performance et la productivité, le personnel hospitalier néglige d'offrir aux patients ce dont ils ont le plus besoin : l'écoute, le dialogue, la compréhension de leur histoire de vie et du contexte psychosocial qui les a menés en psychiatrie.

Laissée à elle-même durant des semaines dans un environnement contraignant et peu propice à un retour à l'équilibre émotionnel, la personne ne peut souvent que développer des frustrations et de la colère face au traitement dont elle fait l'objet et qui ne répond pas à ses besoins. Dans certains cas, elle développera une phobie des hôpitaux, qui freinera à l'avenir son recours à des soins requis par son état de santé, autant physique que mentale.

La garde en établissement sera souvent suivie d'une autorisation judiciaire de soins et/ou d'hébergement. La personne sera forcée par le tribunal (qui accueille 99% des requêtes des hôpitaux) à prendre des médicaments qui lui occasionnent d'importants effets secondaires, ou à aller vivre dans un lieu d'hébergement qu'elle n'a pas choisi, ou une combinaison des deux.

Ce type d'autorisation dure généralement autour de trois années et est fréquemment renouvelé, parfois pour le reste de la vie de la personne concernée.

Le milieu de la psychiatrie dispose d'un arsenal de moyens destinés à imposer ses biais biomédicaux aux personnes qui y sont prises en charge, souvent malgré elles. Plutôt que d'en appeler à un resserrement sécuritaire, les psychiatres devraient se conformer aux lois, réévaluer leurs pratiques, convenir que la culture ambiante en psychiatrie peut contribuer à générer des comportements agressifs et considérer, au-delà de diagnostics parfois discutables, leurs patientEs dans leur globalité humaine et citoyenne.

FIN

Jean-François Plouffe
Chargé de dossiers et de communications
Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal

Pour une commission d'enquête sur les soins en santé mentale

3 décembre 2019 IDÉES Le Devoir

Par Emmanuelle Bernheim et Pierre Pariseau-Legault
Professeure au département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal, et infirmier clinicien et professeur au département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais

La ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, s'est montrée ouverte à la création d'une commission d'enquête sur les soins en santé mentale, demandée par une centaine de familles endeuillées à la suite du suicide d'un proche « victime d'un système dysfonctionnel ». C'est l'occasion idéale d'une remise en question structurelle qui se fait attendre depuis trop longtemps.

Au moment de la mise sur pied du système de santé et des services sociaux au tournant des années 1970, le Québec est à l'avant-garde en reconnaissant que l'« amélioration de l'état de santé de la population » passe par l'« amélioration de sa condition sociale ».

Pourtant, en santé mentale, les restrictions à la couverture publique de services psychosociaux, les problématiques d'accès aux services, l'absence de soins individualisés et la défaillance répétée à consulter et à écouter les groupes sociaux concernés ont pour effet de réduire notre conception collective de la question à sa seule dimension biomédicale.

C'est ce que révèlent également l'utilisation de plus en plus répandue des médications psychotropes, le fait que les équipes multidisciplinaires ont toujours été dirigées par des médecins, les litiges interminables autour de la reconnaissance des compétences des autres professionnels et la diminution des ressources nécessaires à une offre de services psychosociaux de qualité.

Les enjeux sociaux et structuraux de la santé mentale, bien que clairement démontrés, n'existent nulle part dans le discours public. Il n'est donc pas surprenant de constater que les

vagues successives de désinstitutionnalisation n'ont pas été accompagnées des ressources communautaires nécessaires à l'accueil, au soutien et au suivi en communauté.

Dangerosité

Dans un tel contexte d'indisponibilité des services, le personnel médical est le plus souvent chargé de parer au plus urgent auprès de personnes en crise ou laissées à elles-mêmes. La crise est d'ailleurs devenue le quotidien des établissements chargés d'offrir des soins et des services de santé mentale.

À cela s'ajoute une réalité plutôt difficile à entendre, c'est-à-dire qu'il est difficile de prédire de manière fiable le suicide avec les outils cliniques actuellement développés. Lorsque l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire est positive, une panoplie de mesures coercitives sont mises en oeuvre si la personne concernée refuse de se plier aux interventions préconisées : internement forcé, mise en isolement et parfois l'imposition d'un traitement.

Alors que les services sont difficilement accessibles et peu variés, les patients en santé mentale, plus que tout autre patient, peuvent ainsi se voir forcés de recevoir des soins dont ils ne veulent pas, dans un contexte qu'ils n'ont pas choisi et s'en trouver plus fragilisés.

La réponse offerte à la souffrance et à la détresse est souvent déshumanisante et humiliante. Alors que la crise est devenue une situation courante en santé mentale, il est temps d'agir en prévention plutôt qu'en réaction de la souffrance humaine.

Structures

Cette gestion de crise constante, qui sélectionne les cas les plus graves et laisse les autres à eux-mêmes, mais qui peut également agir dans la coercition, constitue une violation évidente des droits des citoyens : droit de recevoir des services adéquats, personnalisés et sécuritaires, d'une part, et droit au consentement et au refus de soins, d'autre part.

Ces droits, qui peuvent sembler opposés, sont dans les faits complémentaires et ils doivent être au coeur des travaux d'une commission d'enquête sur les soins en santé mentale. Le droit de recevoir des services dépend des ressources disponibles dans chacun des établissements. Or, depuis 15 ans, plusieurs décisions gouvernementales ont eu pour effet concret la diminution des services et la violation systématique du droit de recevoir des services en santé mentale.

Quant au droit de consentir et de refuser des soins, il est la pierre angulaire de la relation thérapeutique et du droit médical. Il veut que les patients puissent prendre des décisions de soins conformes à leur volonté, par exemple choisir d'opter pour une thérapie psychologique plutôt que pour de la médication.

Éviter des drames en santé mentale implique la mise en oeuvre de ces deux droits : le droit d'accès à des services variés et correspondant aux besoins de la personne, mais aussi le droit de choisir parmi ces soins selon sa propre volonté. Ainsi, une commission d'enquête sur les soins en santé mentale devra entendre et prendre au sérieux les demandes des personnes concernées, mais également éviter de formuler une réponse strictement légale ou biomédicale à la souffrance humaine et aux problématiques sociales qui y contribuent.

FIN

Dossier Électrochocs

Psychiatrie : Un traitement controversé mis en place à l'Hôpital Jean-Talon

Montréal le 28 novembre 2019. L'Hôpital Jean-Talon à Montréal s'apprête à installer et mettre en fonction une machine à électrochocs.

Le comité Pare-Chocs, Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, l'Écho des femmes de la Petite Patrie ainsi que Le Rebond, ressource alternative en santé mentale de la Petite Patrie, dénoncent cette dérive de la psychiatrie qui s'intensifie depuis quelques années.

« Alors que l'on peine à organiser des services de première ligne accessibles et de qualité, on ne trouve mieux que d'investir dans une technique qui date de plus de 80 ans et qui fait l'objet d'importantes contestations partout en occident[1] » souligne Ghislain Goulet, porte-parole du comité Pare-Chocs.

« Nous réagissons vivement face à cette initiative et nous contestons ce virage vers l'utilisation d'une technique désuète, violente et déshumanisante plutôt que vers une proposition de solutions plus humaines et modernes[2.] » souligne madame Martinez, porte-parole de l'Écho des femmes de la Petite Patrie.

Les personnes visées par cette technique sont des personnes vulnérables, principalement des femmes et des personnes âgées. Deux électrochocs sur trois sont administrés à des femmes.

1- *Dès 2003, un rapport d'expert commandé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux concluait que « Les incertitudes quant à l'efficacité et aux risques de l'ECT demeurent importantes. Il est donc nécessaire de recueillir plus de données à cet égard. »* On y énonçait aussi sept recommandations pour baliser l'utilisation des électrochocs. Mais aucune suite n'y a été donnée.

2- Dainius Pūras, Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé, affirmait que « *Le traitement des personnes souffrant de dépression doit s'éloigner de la forte dépendance aux médicaments et aux interventions médicalisées et s'intéresser davantage à la lutte contre les inégalités et les « déséquilibres de pouvoir » qui sous-tendent souvent cet état. »*

Un dossier à suivre!

vol 27 no1, janvier 2020

Le questionnaire médical préembauche de la CSDM attaqué devant les tribunaux

Louise Leduc, La Presse 2-10-2019

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a déposé, hier, une demande d'action collective contre la Commission scolaire de Montréal (CSDM), s'attaquant ainsi à son questionnaire médical préembauche qu'elle juge discriminatoire, a appris *La Presse*.

C'est la première fois depuis sa création, en 1976, que la CDPDJ dépose une telle demande d'action collective. Elle estime que son recours touche « des centaines, voire des milliers » de personnes qui postulent bon an, mal an à la CSDM.

La CDPDJ réclame que la CSDM soit condamnée à payer 10 000 $ en dommages punitifs et moraux à toute personne qui, depuis le 1er octobre 2016, a posé sa candidature et a eu à remplir le questionnaire.

Dans le recours déposé à la Cour supérieure, la CDPDJ fait valoir qu'en demandant à ses candidats qu'ils dévoilent tout problème de santé physique ou mentale, passé ou actuel, la CSDM viole notamment leur droit au respect de la vie privée et contrevient à la Charte des droits et libertés.

Peu importe l'emploi pour lequel ils postulent — en enseignement, en gestion, en entretien, etc. —, les candidats à un poste à la CSDM sont tenus de déclarer s'ils prennent des médicaments d'ordonnance, s'ils ont quelque problème que ce soit de nature musculo-squelettique, un problème d'ouïe, de vision, s'ils ont déjà subi un accident, etc.

Une personne ne devrait jamais avoir à choisir entre le respect de ses droits fondamentaux et la possibilité d'avoir un emploi.
Me Stéphanie Fournier, avocate à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, en entrevue à La Presse

Rappeler à l'ordre

Par son action, qui ne vise pour l'instant que la CSDM, la CDPDJ dit vouloir envoyer un message clair aux autres employeurs qui sont nombreux — notamment au gouvernement du Québec — à faire remplir de tels questionnaires. « On souhaite rappeler aux employeurs qu'ils ont l'obligation de se conformer à la Charte et qu'ils doivent revoir leurs processus. On veut aussi rappeler aux candidats qu'ils ont des droits », indique Me Fournier.

Si, pour certains types d'emploi, certaines aptitudes ou qualités peuvent être attendues — un emploi très physique, par exemple —, la CDPDJ estime qu'un employeur ne peut pas avoir un questionnaire « mur à mur » comme celui de la CSDM.

À la CSDM, le questionnaire est assorti de l'avertissement suivant : « Toute fausse déclaration ou omission peut entraîner le rejet de votre candidature ou, advenant votre embauche, la résiliation du lien d'emploi. Par conséquent, en cas de doute, il est préférable de déclarer toute information en lien avec votre état de santé. »

Déjà en 2015, la CDPDJ dénonçait dans La Presse le questionnaire de la CSDM. Si le recours n'est intenté que quatre ans plus tard, c'est qu'il a fallu du temps pour trouver le cas type, la personne qui serait le visage de l'action collective, explique Me Fournier.

"Celui ou celle qui est embauché ne veut pas partir en guerre contre son nouvel employeur."
Me Stéphanie Fournier, avocate à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Et s'il n'obtient pas le poste, il ne veut pas avoir la réputation de fauteur de troubles et avoir du mal à trouver un emploi ailleurs, ajoute-t-elle.

La demande d'action collective a été déposée le jour même où le gouvernement présentait un projet de loi devant mener à l'abolition des commissions scolaires. Si elles sont démantelées, Me Fournier croit que, comme ç'a été le cas dans le réseau de la santé, la responsabilité, d'un point de vue juridique, suivra la nouvelle entité.

Suite à la page 17

Malgré les promesses de la CAQ, les patients attendent 1h20 de plus sur civière

JUSQU'À 44 HEURES D'ATTENTE EN PSYCHIATRIE

Héloïse Harchambault, journal de Montréal, 4-11-2019

L'arrivée au pouvoir de la CAQ n'a pas eu d'effet bénéfique sur les urgences : les délais d'attente sur civière ont augmenté de 1 heure 22 min depuis un an. Et les médecins craignent le pire avec la saison de la grippe à nos portes.

«Les chiffres sont indubitablement pires cette année, malheureusement», réagit le Dr Gilbert Boucher, président de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ).

«C'est extrêmement inquiétant», ajoute la Dre Ewa Sidorowicz, directrice des soins professionnels au Centre universitaire de santé McGill (CUSM). On n'est pas vraiment sortis de l'hiver dernier. On est inquiets face à l'hiver qui s'en vient.»

Patrick Déry, analyste associé senior à l'IEDM, était à Politiquement incorrect sur QUB radio:

La CAQ ne fait pas mieux

Durant la campagne électorale, la Coalition avenir Québec (CAQ) avait promis aux Québécois qu'ils pourraient voir un médecin en 90 minutes, à l'urgence.

Mais loin de s'améliorer, le délai moyen a plutôt empiré de six minutes depuis un an, et atteint 2 heures 27 min, montrent les récents chiffres du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS), obtenus par Le Journal.

Entre avril et octobre, les patients ont attendu en moyenne 14 heures 48 min sur une civière à l'urgence, soit 1 heure 22 min de plus qu'à la même période l'an dernier.

«On est revenus trois ans en arrière, avoue le Dr Boucher. On ne dit pas que la CAQ n'a pas fait le travail, mais la demande augmente.»

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, la hausse des délais est attribuable aux nombreuses visites des aînés de 75 ans et plus.

La grippe sera forte

Par ailleurs, l'arrivée de la grippe inquiète l'ASMUQ, qui s'attend à une forte saison. À ce sujet, le Dr Boucher exhorte le ministère à agir en amont pour éviter la crise.

«Ce n'est pas juste en disant "on va ouvrir des cliniques de grippe cet hiver" qu'on va régler le problème. Il faut attaquer le processus au complet», dit celui qui a 18 ans d'expérience.

Aussi, 15 hôpitaux enregistrent une durée moyenne de séjour de plus de 20 heures sur civière, dont certains en régions. L'hôpital Royal Victoria (CUSM) obtient le pire délai, à 27 heures 26 min. Il s'agit d'un bond de 11 heures en deux ans.

Équipes fatiguées

«On est rendus à un point d'hyper saturation», avoue la Dre Sidorowicz.

Le CUSM est en discussions avec le ministère pour ouvrir de nouveaux lits, et songe à rediriger des patients vers d'autres hôpitaux moins spécialisés. Par ailleurs, la pénurie de personnel a un impact sur le terrain.

«Il ne faut pas se leurrer, nos équipes sont fatiguées », dit le Dr Boucher. Toutes ces minutes qui se rajoutent, ça finit par être difficile.»

URGENCES PSYCHIATRIQUES (à Montréal)
44 HEURES D'ATTENTE

Pavillon Albert-Prévost ► 44 h 19
Institut Douglas ► 20 h 52
Institut universitaire en santé mentale ► 16 h 14

Pendant que plusieurs voix s'élèvent pour réclamer de meilleurs services en santé mentale, l'attente dans les urgences psychiatriques est en forte hausse à Montréal et dépasse même les 44 heures dans un hôpital.

Au pavillon Albert-Prévost, l'attente sur civière a atteint 44 heures 19 min en moyenne, entre avril et octobre.

Plus du double

C'est plus du double, par rapport à la même période l'an dernier (21 heures), montrent les données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

«Tout délai est un délai de trop», concède Marc Labonté, directeur du programme santé mentale au Centre intégré de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Questionné sur la forte augmentation des délais, il explique que la façon de comptabiliser les transferts a été modifiée cette année.

Idées suicidaires, psychoses : toutes sortes de problèmes amènent les patients à l'urgence.

«C'est clair qu'on a des travaux à faire, dit-il. On a bon espoir de pouvoir s'améliorer grandement. On doit travailler fort pour rendre les lits disponibles.»

Selon lui, les délais à l'urgence ne sont pas causés par un manque de budget, mais dépendent plutôt d'une meilleure organisation des congés au sein des unités.

Par ailleurs, la direction assure que les patients installés sur une civière sont dans un environnement sécuritaire, et ne sont pas placés dans des corridors.

(…)

À l'institut Douglas, le chiffre est aussi peu reluisant, à près de **21** heures d'attente sur une civière.

À l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, une hausse de 4 heures est enregistrée cette année, pour atteindre **16** heures 14 min.

FIN

50 ans d'aide sociale

À COMBIEN SE CHIFFRE LE DROIT À L'AIDE SOCIALE AU QUÉBEC?

La Loi de l'aide sociale a été adoptée il y a cinquante ans. Cette loi a pu donner l'impression que l'État québécois, alors en pleine Révolution tranquille, s'imposait le devoir de garantir un revenu de base à tout un chacun. À y regarder de plus près, on constate cependant que jamais, depuis son adoption, cette loi n'est parvenue à atteindre ce but.

En 2019, une personne assistée sociale vivant seule reçoit 644 $ par mois comme prestation de base. En se référant à la mesure du panier de consommation (MPC), un indicateur qui rend compte de la pauvreté sous l'angle de la couverture des besoins de base (vêtements, nourriture, logement et transport), on s'aperçoit que cette prestation ne permet de couvrir que 42 % de ces besoins. Si on ajoute à cela les différentes mesures fiscales (crédit d'impôt pour solidarité et crédit pour la TPS), le revenu disponible d'une personne assistée sociale s'élève à 776 $ par mois, ce qui correspond à la couverture de 51 % des besoins de base.

La nette insuffisance des prestations pour assurer la couverture des besoins de base vient contredire le principe même du programme d'aide sociale, qui est d'accorder à la personne sans revenus une aide financière lui permettant d'assurer sa subsistance.

Le défaut initial

Le 2 décembre 1969, le gouvernement québécois adopte la Loi de l'aide sociale. Le cœur de cette loi est l'introduction d'un droit universel à l'assistance sociale. Selon l'article 3 de la Loi, ce droit est accordé « sur la base du déficit qui existe entre les besoins d'une famille ou d'une personne seule et les revenus dont elle dispose ». Jamais remis en cause, ce droit est le socle sur lequel repose encore aujourd'hui le système d'aide sociale.

Le but de l'aide sociale, comme stipulé à l'article 6 de la Loi, est de combler « les besoins ordinaires et spéciaux d'une famille ou d'une personne seule qui est privée de moyens de subsistance ». Pour que ce but ne se transforme pas en vœu pieux, le gouvernement doit s'assurer d'octroyer une aide financière à la hauteur des besoins des prestataires.

Au cours de l'étude du projet de loi à l'automne 1969, les partis d'opposition et les groupes invités en commission parlementaire pressent le ministre de la Famille et du Bien-être social d'alors, Jean-Paul Cloutier, de dévoiler le montant des prestations envisagé par le gouvernement. Le 20 novembre 1969, Cloutier dépose un document où apparaît finalement le « niveau projeté » des prestations. Les montants prévus sont de 80 $ (environ 549 $ en dollars constants de 2019) pour une personne seule et de 214,42 $ (environ 1 474 $ en dollars constants de 2019) pour une famille de deux adultes et deux enfants.

Le ministre reconnaît alors que ces montants sont inférieurs à ceux d'autres provinces canadiennes et à ceux proposés par le Dispensaire diététique de Montréal, qui représentait pourtant la référence en matière de « budget de subsistance ». Le ministre cherche ainsi à s'assurer que le niveau des allocations « n'incitera pas ceux qui ont actuellement des emplois à venir grossir le rang des assistés sociaux et délaisser leur emploi[1] ».

Le barème officiel des prestations d'aide sociale, publié le 7 novembre 1970 dans la Gazette officielle, confirme les projections du gouvernement. Une personne seule pourra recevoir entre 91 $ et 106 $ par mois (selon le lieu de résidence) et une famille de deux adultes et deux enfants entre 198 $ et 213 $. Quant aux personnes seules de moins de 30 ans et à celles vivant en chambre ou pension, leur allocation sera au maximum de 75 $ par mois[2] .

Prévenir la dépendance sociale

Le gouvernement de l'Union nationale admet que les prestations d'aide sociale sont insuffisantes pour assurer la subsistance. C'est pourquoi il permet aux personnes assistées sociales de se tourner vers le marché du travail, pour combler le manque à gagner. Les gains de travail permis sont, à l'époque, de 25 $ par mois pour une personne seule et de 40 $ pour une famille. Des gains plus élevés entraînent une diminution de la prestation. « Il ne faut pas enlever […] l'incitation au travail et à gagner un certain revenu, dit le ministre Cloutier. […] C'est pour cela qu'il y a une marge entre l'allocation effectivement versée[3] » et le niveau de subsistance.

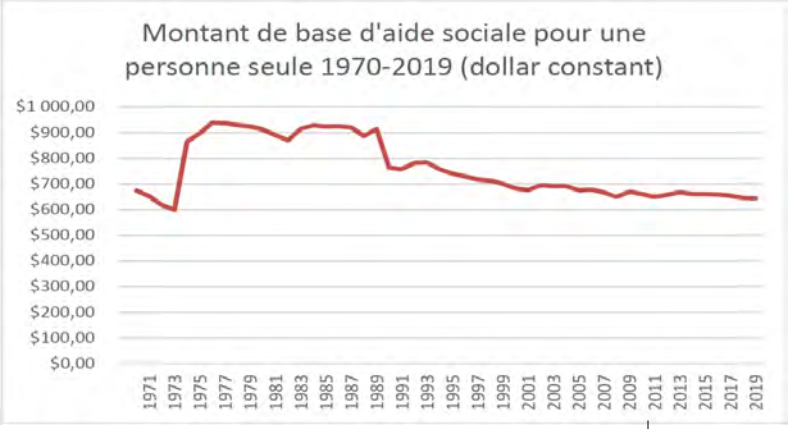
Les autorités gouvernementales cherchent ainsi à prévenir la « dépendance sociale » des personnes qui reçoivent de l'aide financière de l'État. En octobre 1970, Claude Castonguay, nouvellement élu et ministre des Affaires sociales, affirme : « Pour une fraction importante de l'opinion publique, la dépendance sociale s'explique par les attitudes de certains récipiendaires d'allocations sociales qui préfèrent les allocations au travail, refusant même de travailler, se satisfaisant de leur situation médiocre[4] ».

Pour éviter la dépendance sociale, les personnes assistées sociales doivent demeurer « actives ». Pour conjurer les « attitudes de passivité et d'apathie » (dixit Castonguay), le gouvernement met en place des mesures de réinsertion à l'emploi au moyen, entre autres, du programme de « Retour à la vie normale » dont le but est de « trouver des emplois à près de 50 000 assistés sociaux qui sont aptes au travail[5] ».

Le gouvernement qui a instauré l'aide sociale est aussi celui qui a établi la marche à suivre pour mener à bien sa « gestion ». Les différentes réformes qui ponctuent l'histoire de l'aide sociale québécoise n'auront qu'accentué la logique mise en place dès les premières années du programme.

Le reste de l'histoire

Jeter un coup d'œil à l'évolution de la prestation de base (voir graphique) permet de constater qu'à aucun moment depuis l'instauration de



l'aide sociale, les prestataires n'ont pu satisfaire leurs besoins de base. Selon la MPC, estimée à 18 335 $ pour l'année 2018[6] , il faut environ 1 530 $ par mois pour couvrir les besoins de base d'une personne au Québec. L'aide sociale a toujours été, et de loin, inférieure à ce montant (mutatis mutandis).

Le graphique montre qu'après avoir plafonné entre 1974 et 1988, la prestation de base n'a cessé de diminuer depuis. Des réformes adoptées en 1988 (Loi sur la sécurité du revenu) et 1998 (Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale), orientées vers le retour à l'emploi, de même que les cinq années consécutives de non-augmentation et de non-indexation (de 1994 à 1998) sont responsables de la perte de valeur du chèque d'aide sociale.

Qu'est-ce qui explique que la prestation de base actuelle est l'une des plus basses jamais accordée? Une partie de la réponse provient du fait que l'État attribue davantage son aide financière à partir de mesures fiscales (crédits d'impôt remboursables ou non remboursables) qui n'apparaissent pas sur le chèque d'aide sociale. Une personne assistée sociale vivant seule retire ainsi, au total, environ 776 $ par mois, un supplément de revenu de 132 $ par rapport à sa seule prestation. Toutefois, on le constate, même avec les mesures fiscales, le montant total actuel de l'aide sociale représente une baisse notable par rapport aux prestations accordées dans les années 1970 et 1980.

De maigres prestations minent le droit à l'aide sociale. Le gouvernement québécois n'a jamais véritablement cherché à combler « les besoins ordinaires et spéciaux d'une famille ou d'une personne seule qui est privée des moyens de subsistance », bien que ce soit là le but de l'aide sociale. Souhaitons que dans un avenir rapproché le gouvernement sache suppléer à cette importante lacune et accorde, pour une première fois, des prestations à la hauteur des besoins des personnes en situation de pauvreté.

FIN

Source: Collectif pour un Québec sans pauvreté

1 Journal des débats de la Commission permanente de la Famille et du Bien-être social, 11 septembre 1969.
2 Gazette officielle du Québec, 102e année, vol. 102, n° 45, 7 novembre 1970.
3 Journal des débats de la Commission permanente de la Famille et du Bien-être social, 20 novembre 1969.
4 Bulletin : retour à la vie normale, Québec, ministère de la Famille et du Bien-être social, vol. 2, n°4, décembre 1970,
5 Bulletin : retour à la vie normale, Québec, ministère de la Famille et du Bien-être social, vol. 1, n°2, juillet 1969, p. 3.
6 Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, La pauvreté, les inégalités et l'exclusion sociale au Québec : état de situation 2018, Québec, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2018, p. 9

Droit à la santé et masquage diagnostique

Quand t’es pas cru, t’es cuit !

Par Anne-Marie Boucher, Responsable aux communications du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

Les données nous l’indiquent. Les personnes nous le confirment. Quand on vit avec un problème de santé mentale, ou un diagnostic psychiatrique dans notre dossier, notre espérance de vie diminue. Les causes seraient nombreuses : moins bonne santé générale, effets secondaires de certains psychotropes sur nos organes, diabète, problèmes cardiaques, ralentissement des activités… Une dernière de ces causes, et non la moindre : le masquage diagnostique. Le masquage diagnostique se définit comme l’attribution de symptômes de maladie physique à un trouble de santé mentale déjà diagnostiqué. La personne se retrouve alors avec un diagnostic de maladie physique ou un traitement qui, s’il correspond au problème arrivera trop tard.

« Ta parole est folle, quand t’as un problème de santé mentale. »

Activité “Se Donner du souffle,” Action Autonomie, mars 2019

Dans le courant de la dernière année, des intervenantes de plusieurs ressources alternatives nous ont mentionné que des membres de chez eux s’étaient butés à une absence de soins pour des problèmes de santé physique. La raison : ces personnes n’étaient pas crues par le personnel soignant qui les recevaient au triage ou en examen. C’est dans ta tête… ça doit être à cause de ton trouble de personnalité limite… ces douleurs-là sont dues à ton anxiété! À l’été 2018, nous avons procédé à une collecte de témoignages sur cette réalité et nous avons constaté que de nombreuses personnes avaient reçu ce genre de réponse à leurs maux physiques. Ces réponses, servies par des professionnel-le-s souvent surmené-e-s et parfois en mal d’empathie, semblent malheureusement assez fréquentes pour que des chercheurs s’y penchent, pour tenter d’en comprendre les causes et, surtout, pour dégager des pistes de solution.

Quels impacts connus sur les personnes?

Les recherches autour du phénomène du masquage diagnostique ont débuté dans les années 1980, et plusieurs chercheurs s’y intéressent depuis. En 2013, une étude anglaise explorait les vécus des personnes dans les services en soins physiques (l’un des cinq milieux où les personnes sont le plus victimes de discrimination) et a souligné la fréquence des témoignages suivants : « Je ne me sens pas écouté. On ne me croit pas. On me dit que mes symptômes sont un signe de mon trouble mental. On ne m’a pas examiné .»

Selon une autre étude, menée en Australie cette fois, la présence d’un diagnostic en santé mentale dans le dossier d’une personne influence toute la relation entre le ou la professionnel-le de la santé et la personne soignée. Dans ce contexte, les professionnels sont moins portés à prescrire des prises de sang, des examens physiques approfondis, etc. Les personnes affirment avoir vécu des conséquences sur leur santé, des complications suite à des chirurgies, des cancers qui ont été découverts trop tard et qui s’avèrent alors impossibles à soigner.

Lors d’une journée d’analyse sociopolitique menée à Montréal, le 4 avril dernier, les personnes présentes ont témoigné vivre également des situations où elles ne sont pas écoutées ni crues. Leurs droits ne sont pas toujours respectés, notamment le droit à l’information, au consentement ou à l’accompagnement. Les courts témoignages suivants, recueillis lors d’une activité de partage à Action Autonomie, en mars dernier, en

témoignent :

« Quand tu as un diagnostic, c'est eux qui en jugent, ils ne font pas confiance en notre jugement. »

« Les intervenantEs ne me traitent pas de la même manière, si ils, elles ont lu notre dossier. »

Lors de la rencontre régionale du 4 avril, les impacts de cette forme de stigmatisation ont été explorés par les participantEs : elle pousse certaines personnes au désespoir, au repli sur elle-même et à la perte de confiance envers les intervenantEs du réseau de la santé.

Et le personnel du réseau de la Santé?

Mais quelles sont les pratiques qui font une différence face au masquage diagnostique? Dans le dernier Plan d'action en santé mentale 2015-2020, il était mentionné que le réseau de la santé et des services sociaux devait inclure, dans son plan sur la primauté de la personne, « 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 ». Or, nous constatons que la primauté de la personne est une valeur difficile à faire vivre lorsqu'on ne croit pas la parole ou encore, lorsque le temps d'écoute s'amenuise comme peau de chagrin. Si le contexte organisationnel du réseau de la santé met une pression lourde sur les employéEs qui accueillent les personnes, il faut constater surtout que le milieu de la santé n'est pas exempt de préjugés à l'égard des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Il est en effet essentiel de lutter contre les préjugés qu'intériorisent les personnes à même d'offrir des soins de santé physique et mentale. Selon deux chercheurs, certaines infirmières peuvent adopter des attitudes discriminatoires en fonction de certains diagnostics perçus comme plus pénibles: elle peuvent démontrer par exemple plus de préjugés et de pratiques discriminatoires, notamment à l'égard des personnes diagnostiquées d'un trouble de personnalité limite, perçues comme étant plus difficile, agaçante, manipulatrice ou à la recherche d'attention . Dans une autre recherche, on constate aussi que certaines infirmières plus âgées peuvent parfois contribuer à perpétuer les préjugés à l'égard de certainEs patientEs perçuEs comme étant plus demandant en temps et attention.

Pour Marie-Claude Jacques, professeure en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke menant un projet de recherche sur le masquage diagnostique, il est essentiel que la lutte à la stigmatisation se fasse en formant mieux le personnel et les gestionnaires, ou en mettant en place des postes d'infirmières de liaison ou de pairs-aidants pour mieux aider les personnes à naviguer dans le réseau de la santé. La lutte aux préjugés est un enjeu majeur, de même que l'accès à l'information pour les personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Il faudrait également, et surtout, que les situations soient dénoncées par les personnes qui les ont vécu, et que des lois et mesures viennent changer durablement la situation pour tous et toutes. Bref, c'est une invitation à transformer le regard sur les personnes ayant reçu un diagnostic, et à s'assurer que ces dernières ne soient pas victimes de discrimination, quelles qu'elles soient.

FIN

Le logement social avec soutien communautaire

Le logement social a changé ma vie! Il a littéralement transformé mes conditions de vie en me permettant de me réaliser plus pleinement comme individu et comme citoyen et en me donnant un accès un peu plus complet aux biens de première nécessité. Ce changement fut bienvenu dans ma vie, car le logement précédent où j'ai habité durant une quinzaine d'années auparavant était devenu gravement insalubre à un point avancé à cause en partie de mon trouble de santé mentale, la pauvreté étant aussi une cause importante de cette dégringolade et aussi une bien malheureuse négligence.

C'est une amie à moi qui m'a conseillé de faire une demande pour obtenir un logement social là où elle-même habitait déjà, et elle a été convaincante pour moi qui avais tendance à repousser toutes les offres d'aide pour la maison.

Elle m'a dit : « Obtenir un logement social, c'est la chance d'une vie. Quand on fait le bilan de sa vie, si on a manqué cette chance, on va le regretter ».

J'ai donc fait une demande et j'ai passé l'entrevue préalable pour que l'on me connaisse : j'ai été surpris de l'accueil positif malgré les difficultés que je vivais. Chantale, l'intervenante de milieu responsable m'a dit : « Vous êtes exactement le genre de personne qu'on cherche ». La priorité était donnée à « des gens qui ont eu de la misère dans la vie ».

Et en fin de compte j'ai été rapidement accepté, car c'était une nouvelle maison et j'étais donc un des premiers sur la liste d'attente. J'ai eu une chance inouïe! Et je leur en suis profondément reconnaissant!

Je me souviens qu'une amie intervenante chargée des dossiers collectifs à Action Autonomie m'avait dit : « Le logement social, c'est le premier et le plus important déterminant de la santé mentale! C'est celui qui influence le plus, continuellement ». Hé! bien! Les changements qui se sont ensuivis pour moi ont été majeurs!!

Ma maison nouvelle est devenue ce que j'ai toujours désiré qu'elle soit : une base pour élaborer mes plans d'action, un point d'appui d'où je peux prendre élan pour réaliser mes objectifs de vie. Cette maison est ma maison réelle, trouvée après toutes ces années d'errances et de recherches. En trouvant ma maison, mon tipi, mon igloo, ma casa nostra, mon abri infini, mon humble palais, je me suis trouvé moi-même! Dans cette maison, je forge mon identité tel que je veux être réellement! En épanouissant toutes mes possibilités!

En logement social, la dimension humaine est inscrite au cœur de notre réalité comme une priorité que l'on aime à qualifier d'absolue parce que nous y tenons énormément. C'est ce qui nous pousse vers l'avant, c'est ce qui nous engage les uns envers les autres dans le respect et l'amitié, c'est ce qui fonde notre mode d'être ensemble. C'est ce qui nous réunit, comme une communauté! Or, nous avons avec nous une personne exceptionnelle qui nous engage à cette accep-

tation inconditionnelle de l'autre. Chantale est intervenante de milieu avec nous et grâce à son excellent sens du dialogue et de l'écoute, à son dynamisme et à son esprit de non-jugement qui est profondément bénéfique, nous devenons meilleurs les uns envers les autres. Cela nous inspire à garder le cap sur la paix si parfois nos caractères s'entrechoquent. En grandissant, nous vivons les uns près des autres, voisins, voisines, en partageant du temps ensemble, des repas et des activités choisies ensemble, organisées avec les stagiaires de l'université, ainsi que Noémie qui a été engagée à temps plein après son stage. Et nous l'aimons beaucoup.

L'accès à un logement social me libère, pour une part, de la servitude matérielle liée à l'argent et au loyer. Ce n'est pas mon revenu qui a augmenté, ce sont mes dépenses pour le loyer qui ont diminué. Cela m'a redonné de la liberté d'une façon extraordinaire! Le logement social me donne la garantie que j'ai un toit sur la tête, à un prix décent, accessible à mon petit budget, selon mon revenu. Je suis comme protégé de tout dommage . La seule contrepartie qui m'est demandée, c'est de bien prendre soin du logement qui m'est imparti.

Ainsi, la subvention qui m'est accordée sert uniquement pour les coûts d'entretien et de la maintenance sans qu'intervienne une notion de profit pécuniaire, ce n'est pas mercantile. C'est comme un service à la communauté pour les citoyens qui rend plus effective la réalisation de nos droits, afin de pouvoir vivre décemment, quel que soit notre revenu. Cela nous donne une maison pour vivre. C'est notre maison.

Pour les groupes communautaires, le logement social est un droit, il ne s'agit pas uniquement d'une faveur ou d'une grâce accordée selon l'arbitraire. Ce droit, relève d'une dignité inaliénable, il est incontournable et inconditionnel. Toutes personnes dans le dénuement devraient pouvoir s'en prévaloir lorsque le besoin s'en fait sentir et ce en temps raisonnable. Car l'accès au logement social est une nécessité vitale de première importance dans une société où les prix des loyers sont devenus de plus en plus exorbitants.

Nous croyons que le logement devrait être soustrait aux règles du marché capitaliste de façon qu'il ne soit plus conditionné par les lois de la spéculation qui permettent aux propriétaires d'en augmenter toujours davantage le prix. Beaucoup de citoyens s'étouffent pour payer les loyers qui deviennent inaccessibles aux plus pauvres d'entre nous.

Le logement ne devrait pas être traité comme une marchandise, mais comme un bien premier dont on ne peut se passer et qui par conséquent devrait demeurer également accessible à tous les citoyens. Le logement devrait être retiré de la sphère de marchandisation économique de façon que personne ne puisse plus s'accaparer éhontément le profit monnayable au détriment de ceux qui s'appauvrissent de plus en plus dans leurs conditions de vie. C'est à cette vision d'une Justice élémentaire et primordiale que répond le logement social.

Au chapitre de la santé, grâce au logement social, ma vie a été grandement améliorée. Premièrement : Finie l'insécurité-alimentaire perpétuelle. Je peux manger à ma faim, jusqu'à la fin du mois, à tous les mois. Deuxièmement : Finie l'insécurité généralisée : en m'assurant de meilleures conditions de vie, mon niveau de stress a énormément baissé, je récupère la sécurité personnelle qui me manquait. Ainsi, je me fais plus confiance, je vais plus facilement vers les autres, j'ai plus d'ouverture à la vie, et je communique ce que je vis avec plus d'enthousiasme et d'aisance. Je suis plus heureux! Le logement social me libère de toute une

série de contraintes qui pesaient lourd sur moi et me maintenaient dans un demi-enfermement. Je suis libéré. Troisièmement : Il me devient plus facile de faire face aux problèmes : ceux-ci prennent moins une ampleur colossale et incontrôlable; les solutions me sont plus facilement accessibles et atteignables, plus à portée de mains. Quatrièmement : Je constate une capacité d'autoguérison largement accrue pour moi , pour des symptômes physiques et aussi psychiques. Le logement social n'annule pas le diagnostic en santé mentale, mais il facilite la vie grandement. J'ai la nette impression que le logement social agit comme un puissant médicament à l'effet durable.

Cinquièmement : Je suis en train, petit à petit, de corriger un problème grave et récurrent d'insomnie profonde.

Pour conclure : Obtenir un logement social est un événement fondateur dans une vie, qui oriente les voiles d'une façon extrêmement constructive, en captant les effluves bénéfiques, en nous redonnant du pouvoir, en contribuant à faire de nous des sujets libres et égaux. En nous libérant de conditions de vie opprimantes et appauvrissantes. Le logement social permet de rétablir la trajectoire d'une vie sur des bases solides : il permet de construire; il favorise la santé; il nous donne accès à nos propres ressources intérieures; il nous rend possible de participer pleinement à notre société, en nous impliquant comme on le souhaite avec des groupes communautaires! Merci!!

Frédéric Mailhot-Houde

Montréal, le 16 mai 2019

7 antidépresseurs à éviter selon Prescrire (2019)

La revue *Prescrire* a actualisé, dans son numéro de février 2019, sa liste « des médicaments à écarter des soins et à remplacer par de meilleures options car leur balance bénéfices-risques est défavorable dans toutes leurs utilisations ».

Sept antidépresseurs figurent dans cette liste de 93 médicaments plus dangereux qu'utiles. Ils exposent plus que les autres à des risques graves sans avoir une meilleure efficacité, estime la revue.

Ces antidépresseurs sont les suivants :

« L'agomélatine (Valdoxan), d'efficacité non démontrée au-delà de l'effet placebo, expose à des hépatites et des pancréatites, des suicides et des agressions, des atteintes cutanées graves (dont des syndromes de StevensJohnson). » (L'antidépresseur Valdoxan devrait être retiré du marché, estime Prescrire - 2016.)

« La duloxétine (Cymbalta ou autre), un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, expose aux effets indésirables des antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS), et en plus à des troubles cardiaques liés à son activité noradrénergique, dont des hypertensions artérielles, des tachycardies, des troubles du rythme cardiaque.

La duloxétine expose aussi à des hépatites et des hypersensibilités avec des atteintes cutanées graves (dont des syndromes de Stevens-Johnson). »

Le citalopram (Seropram, Celexa…) et l'esci-talopram (Seroplex, Lepraxo, Cipralex…), « des antidépresseurs IRS, exposent à un surcroît d'allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme et de torsades de pointes par rapport à d'autres antidépresseurs IRS, ainsi qu'à des surdoses aux conséquences plus graves. » (Citalopram et escitalopram : préférer d'autres antidépresseurs de la même classe, conseille Prescrire - 2016.)

« Le milnacipran (Ixel ou autre) et la venlafaxine (Effexor LP ou autre), des antidépresseurs non imipraminiques, non IRS,

vol 27 no1, janvier 2020

non inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO), ont une activité sérotoninergique et une activité noradrénergique.

Ils exposent aux effets indésirables des antidépresseurs IRS, et en plus à des troubles cardiaques liés à leur activité noradrénergique, dont des hypertensions artérielles, des tachycardies, des troubles du rythme cardiaque, et des allongements de l'intervalle QT de l'électrocardiogramme et, pour la venlafaxine, à un risque élevé d'arrêts cardiaques en cas de surdose. » (L'antidépresseur venlafaxine (Effexor) est à écarter en raison d'effets cardiovasculaires selon Prescrire - 2015.)

« La tianeptine (Stablon ou autre), d'efficacité non démontrée, expose à des hépatites, des atteintes cutanées graves parfois mortelles dont des éruptions bulleuses, et des toxicomanies. »

Les antidépresseurs « ont en général une efficacité modeste, souvent d'apparition lente », mentionne la revue.

Psychomédia avec source : Prescrire.
Tous droits réservés.

Suite de la page 7

La CSDM n'était pas disponible hier pour commenter l'affaire.

Une pratique répandue

En 2016, 28 organismes défendant entre autres des personnes atteintes de sida, de cancer, de maladies cardiaques ou de problèmes mentaux avaient dénoncé ces questionnaires d'embauche jugés discriminatoires qu'exigeait notamment le gouvernement du Québec lui-même.

En septembre, Le Nouvelliste a révélé quant à lui l'existence d'un questionnaire que devaient remplir tous les parents de la Mauricie et du Centre-du-Québec désireux d'adopter un enfant au Québec par l'entremise de la Direction de la protection de la jeunesse. Le questionnaire obligeait les gens à un grand déballage de leur vie sexuelle, allant de la masturbation à leur capacité à atteindre une érection ou l'orgasme, en passant par la fréquence de leurs relations intimes et la satisfaction qu'ils en tirent.

Devant le tollé que l'article a soulevé, le questionnaire a été retiré.

Elle pleure dans la nuit

Parfois nos vies chavirent
Le vent renverse nos joie
Pour elle la vie s'arrête
Son naufrage est assuré

Une fleur sans soleil
La prison la dpj
La tempête souffle encore
Sur sa vie en profondeur

Refrain

Elle pleure dans la nuit
Tout le chagrin de sa vie
Elle pleure dans la nuit
Toutes les larmes de son corps

Elle pleure dans la nuit
Pour trouver l'accord de sa vie
Elle pleure dans la nuit
Cherchant la lumiere pour sa vie

Les marques sur son corps
Représentent sa misère
Tentative de suicide
Où la mort est solution
L'argent maudite argent

Ou trouver un avocat
L'argent est pour l'argent
Prostitué mais pourquoi pas

Refrain

J'aimerais te dire je t'aime
Du plus profond de mon cœur
Voila je te dit je t'aime
Je t'aime pour ta sainte vie

Refrain

Elle marche dans la nuit
Elle danse dans la nuit
Elle erre dans la nuit
Elle pleure dans la nuit

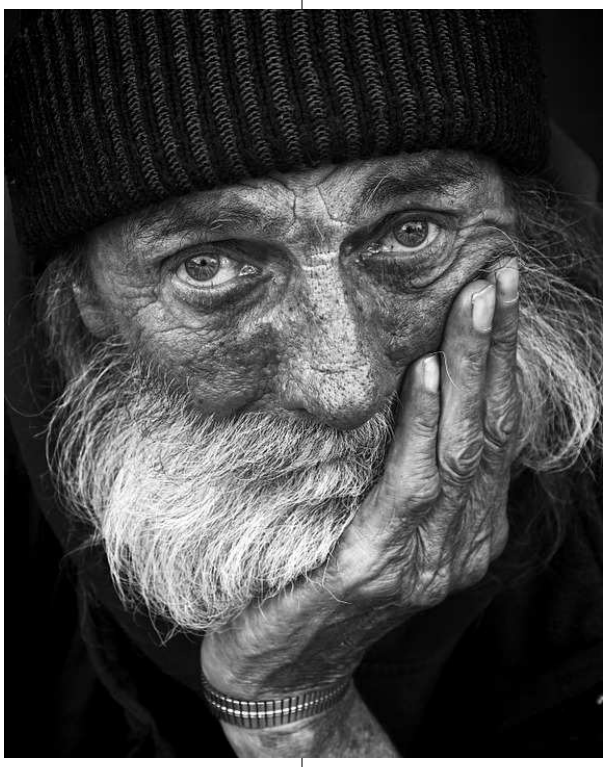
Fin : Paroles et musique
Marc-André Jobin

La Cour supérieure rejette la demande du CHUM qui voulait héberger de force un itinérant de 77 ans

Élisabeth Fleury - Le Soleil 2019-11-12

Le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) a échoué dans sa tentative de faire héberger de force un itinérant de 77 ans qu'il estimait inapte à consentir. La Cour supérieure a donné raison au septuagénaire, un lecteur boulimique qui a fait des études poussées et qui a passé 40 ans au service du même employeur, mais qui a fait le choix de vivre dans la rue.

Robert (prénom fictif) vit dans les rues de Montréal depuis plus de 10 ans. Été comme hiver, il dort à l'extérieur, là où il peut. À 77 ans, il n'a ni domicile fixe, ni parent connu, ni conjointe, ni enfant. Ses comportements sont «souvent à la marge de l'acceptable», note le juge Michel Yergeau. Son hygiène corporelle laisse à désirer et lui ferme des portes. La tendance du vieil homme à la «prodigalité» (ou générosité excessive) au bénéfice de personnes plus jeunes que lui n'est pas non plus sans inquiéter, mentionne encore le juge Yergeau. Robert est également atteint d'un «syndrome de thésaurisation compulsive» qui le pousse à accumuler des objets inutiles.



Le 2 mai dernier, au cours de la nuit, Robert est victime d'une brutale agression qui le laisse gisant dans la rue jusqu'à ce que des policiers le remarquent. Il est hospitalisé au CHUM pour une fracture du fémur.

«L'âge aidant, l'homme apparaît vulnérable aux aléas que la vie dans la rue lui réserve», observe le juge.

D'un autre côté, note le magistrat, Robert est un homme instruit qui s'exprime «avec aisance et clarté». Titulaire d'un baccalauréat ès arts, il passe quelques années à voyager avant de poursuivre des études en philosophie à la maîtrise, puis au doctorat. Entre 1972 à 2012, il travaille comme manœuvre et comme cadre dans une fabrique.

«Au cours de son témoignage, il porte attention aux questions qu'on lui pose, demande au besoin de les préciser et y répond de façon calme et ordonnée dans un français dont la qualité le démarque. Il est cohérent lorsqu'il répond, autant aux questions de son avocat qu'en contre-interrogatoire. Il ne manifeste pas de confusion même si le débit est un peu ralenti», souligne le juge Michel Yergeau,

Lecteur boulimique

Robert mentionne avoir toujours été et être encore un lecteur boulimique, «Ce n'est pas parce qu'on est itinérant qu'on ne lit pas *Le Monde diplomatique, Le Figaro, Le Devoir* ou le *New York Times*, répond-il à une question de son avocat», rapporte le juge Yergeau.

Le vieil homme dit bien connaître les aléas de la vie d'itinérant et refuse de se priver de la liberté que cette vie lui procure. Il n'a aucun problème de consommation et n'a recours à aucun antidépresseur, antipsychotique ou stabilisateur de l'humeur. «Il doit néanmoins prendre des médicaments reliés, entre autres, à une hernie hiatale, une hyperplasie bénigne de la prostate et à une cirrhose secondaire à une hépatite C non traitée», mentionne le juge.

Placé, mais libre

Après avoir obtenu son congé du CHUM et à la suite d'une ordonnance provisoire d'hébergement, Robert est placé dans un centre d'hébergement le

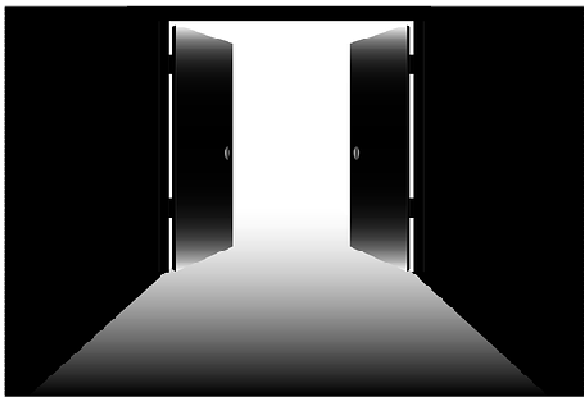
11 juillet. Il y vit encore, dit s'y plaire tant qu'il demeure libre de ses allées et venues, mais refuse qu'on l'oblige à y demeurer.

Pour la gériatre du CHUM qui a témoigné, Robert présente une déficience cognitive majeure mixte (vasculaire et Alzheimer) qui le rend inapte en raison de son absence de jugement et d'autocritique. Selon elle, le défendeur «ne prend pas la mesure des problèmes de santé qui l'affectent et ne comprend pas les risques inhérents au fait de retourner à l'itinérance plutôt que d'avoir un toit sur la tête et des préposés autour de lui pour assurer la prise des médicaments, rappeler les règles d'hygiène et préparer les repas».

Le psychiatre appelé à témoigner en défense estime pour sa part que Robert ne montre aucun signe de la maladie d'Alzheimer, pas plus qu'il ne présente de signes précurseurs d'une dégénérescence neurocognitive qui permettent de diagnostiquer un trouble neurocognitif majeur. Le médecin attribue plutôt les choix de vie particuliers de Robert «à une personnalité excentrique et marginale qui l'aura mené vers une vie solitaire».

Le juge Michel Yergeau est d'avis que le Tribunal doit rejeter la demande d'autorisation d'hébergement du CHUM. «Mais cette conclusion découle évidemment d'un instantané pris à l'intérieur d'un cas qui ne cessera pas d'évoluer, nuance-t-il. L'état général du défendeur pourrait se dégrader, ses capacités cognitives se réduire, ses forces l'abandonner. Si [Robert] demeure aujourd'hui apte à faire des choix en matière de soins et que le moment n'est pas venu de décider à sa place, la situation pourrait changer s'il devait s'avérer qu'il est atteint d'Alzheimer.»

FIN



Devenez membre d'Action Autonomie

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

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

Devenir membre c'est :

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

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

Action Autonomie

INNOVATION

A prendre avec une pilule

À chaque jour, on entend parler de diverses manifestations de troubles mentaux qui sont plus ou moins bien contrôlés.

Les diagnostics demandent une organisation de divers symptômes sous forme de spectre dans une approche biopsychosocioéconomique. Les personnes touchées peuvent avoir certaines neurotransmissions défec-tueuses et une per-sonnalité non adaptée à la société car trop préoccupée par sa pauvreté.

Une kyrielle de problèmes variés demande une approche préventive visant à cerner les influences afin d'agir thérapeutiquement autour de la personne au centre de l'intervention. Cela en prenant soin de maintenir la viabilité économique de la société.

Voici une approche collaborative mise de l'avant par les membres du Drummondville Psychiatric Association (DPA) soutenue et financée par une filiale de la Pharmaceutique Downup (très connue pour son Fuldol).

On s'applique à cibler des troubles de la psyché et de l'adaptation rencontrées chez des personnes consultant un psychiatre. Avec un échantillon suffisant, on collige les symptômes qui seront ensuite classés selon les effets d'une molécule choisie qui a été administrée aux patients.

Selon les symptômes bridés, combinés avec un retour des patients à la productivité, on peut ensuite diagnostiquer un spectre qui est contrôlé par cette molécule.

La nouveauté est que l'on trouve une maladie pour chaque pilule. Pouvant ainsi agir avant même le diagnostic.

Cette approche est très efficace et proactive. C'est une contribution novatrice contribuant au bon fonctionnement du citoyen dans sa société. Ici, je cite mon directeur marketing : « à chaque pilule son malade et l'économie se porte bien ». Ce succès nous encourage à aller plus loin et explorer les effets préventifs.

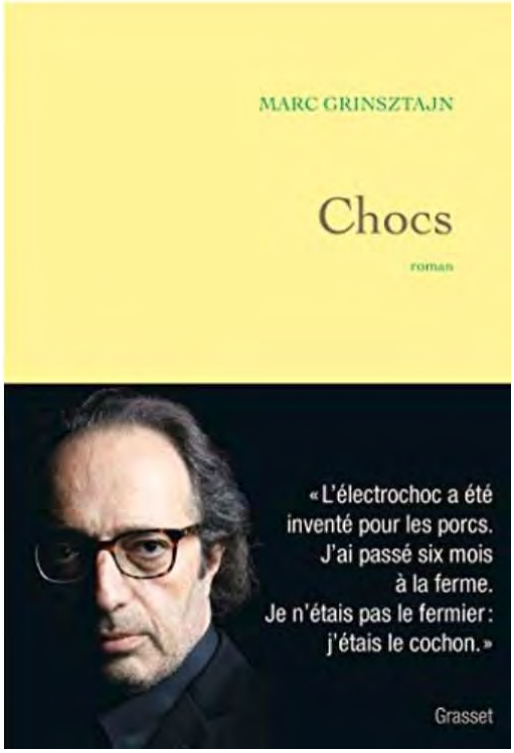
FIN

Roger jr Boisvert
Dr Crocnick

Vient de paraître

Chocs " Moi, Marc Grinsztajn, ai subi une série de chocs électriques et perdu la mémoire. "

L'auteur, interné six mois dans un service psychiatrique, s'est vu administrer une thérapie par électrochocs à la suite de laquelle il a d'importantes pertes de mémoire. Avec humour, il évoque sa solitude dans un monde où prévaut la mémorisation de codes secrets et de mots de passe, et s'interroge sur la prédominance de ce traitement dans la psychiatrie contemporaine.



Chocs, par Marc Grinsztajn, Grasset, 384 p. Paru le 18 novembre 2019

vol 27 no1, janvier 2020

vol 27 no1, janvier 2020

Première, deuxième et troisième ligne. Quand la santé mentale est le parent pauvre du système de santé.

Depuis la création du Plan d'action en Santé mentale (PASM) 2005-2010, la philosophie d'intervention prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) passe par différentes lignes de service lorsqu'il s'agit de santé mentale. La première et la plus importante est la première ligne. En vertu de cette approche, les patients et patientes suivis par des psychiatres doivent se voir redirigés vers un médecin de famille. Quand la situation de l'utilisateur de service se dégrade, l'omnipraticien peut consulter un psychiatre par voie téléphonique, par courriel ou autrement afin de lui demander conseil sur la marche à suivre. À cette étape, le psychiatre ne rencontre pas le patient. Dans les cas les plus sérieux, alors que l'utilisateur de service est au plus mal, il a l'opportunité, toujours selon le PASM, d'être référé à un psychiatre. C'est ce qu'on appelle la deuxième ligne. Tout cela bien entendu dans un monde idéal.

Dans les faits, des citoyenEs sont tombéEs entre deux chaises. Après un suivi en psychiatrie ils se sont retrouvés sans omnipraticien. C'est ce que l'on appelle une rupture de services et les conséquences peuvent devenir problématiques lorsqu'elles entraînent un sevrage brusque de médicament. Par contre d'autres utilisateurs de service se sont vu attribuer un médecin de famille ce qui n'est pas forcément gage de transition harmonieuse et de résultat satisfaisant. Le PASM n'est pas novateur, en ce sens que les traitements offerts par des omnipraticiens demeurent ceux de la pharmacopée traditionnelle. Bien que la Régie de l'assurance-maladie prévoie une rétribution pour les médecins de famille qui pratiquent de « la psychothérapie» ont-ils vraiment la formation nécessaire pour le faire? Ce ne sont pas des psychologues. Les omnipraticiens sont-ils plus réceptifs à accompagner un patient dans le cadre d'une gestion autonome de médicament (GAM) que les psychiatres ? On peut avoir des réserves...

Une bonne partie des médecins de famille croient être en mesure d'assurer le suivi de cette nouvelle clientèle, mais pourtant il existe un bon nombre de médecins généralistes qui ne se sentent pas à l'aise pour prendre en charge des patients autrefois

traités en psychiatrie. Certains même ne veulent pas de ces nouveaux venus. Beaucoup de citoyens qui ont des problématiques en santé mentale préfèrent pourtant consulter des omnipraticiens, car ils trouvent cela moins stigmatisant que de voir un psychiatre.

D'autres préféreraient conserver le suivi qu'ils avaient. Le PASM vise-t-il à créer artificiellement une nouvelle génération de Dr Welby ? On peut douter du résultat. Les médecins de famille n'ont pas plus de temps à accorder à leurs patients que les psychiatres. Ils n'ont cependant ni la formation ni leur expérience. Cela dégénère parfois comme dans l'exemple qui suit.

Une utilisatrice de service qui avait un suivi serré avec sa psychiatre et une infirmière confia que son équipe traitante savait reconnaître chez elle les signes de déséquilibre et intervenir à temps en lui conseillant de communiquer en tout temps avec elles, en la référant au besoin à un centre de crise ou en ajustant sa médication si nécessaire. Toutefois en accord avec le PASM. elle se vit référée à son médecin de famille . Celle-ci ne détecta pas les signes avant-coureurs d'un épisode de manie et ce qui passa peut être pour de la bonne humeur ou de l'optimisme, se termine par quatre mois d'hospitalisation... La patiente dans cette affaire demeure persuadée qu'une telle situation ne se serait pas produite si on lui avait permis de conserver son précédent suivi. Cet exemple ne sert cependant pas à faire l'apologie de la psychiatrie.

Trop souvent, le mal-être vécu par des

personnes vulnérables résulte de leurs piètres conditions socio-économiques. L'approche médicamenteuse préconisée par la psychiatrie ne règle pas le problème. Qui plus est, il demeure difficile de concevoir qu'un même patient se voit attribuer des diagnostics différents dépendamment du psychiatre consulté, ce qui arrive plus souvent que l'on pense. Qui dit diagnostics différents dits médicaments différents ce qui laisse perplexe... De même, les traitements par électrochocs en plus d'être inefficaces engendrent des dommages au cerveau et entachent la mémoire. Afin que les patients puisent donner leur consentement éclairés aux traitements ils doivent en connaître les avantages et les risques ce qui est loin d'être toujours le cas. Malgré tout la psychiatrie a quand même une utilité et répond à de réels besoins.

Dans les PASM 2005-2010 et suivants, on constate la volonté de remplacer les psychiatres par les médecins généralistes et l'on peut se questionner sur les raisons de ce changement de paradigme. La réponse se trouve peut-être dans la pénurie de psychiatres. La présidente de l'association des psychiatres du Québec, la Dre Karine Jizart, affirme que l'arrivée de nouveaux diplômés ne parvient à combler les départs à la retraite. Elle confirme également ce que l'on craignait c'est-à-dire que toutes les régions du Québec ont besoin de plus de psychiatres. Selon elle, le sous-financement en santé mentale dépasse la pénurie de psychiatres en ce sens qu'il manque de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes et d'infirmiers et qu'au Québec il n'y a pas d'infirmière praticienne dans le domaine.

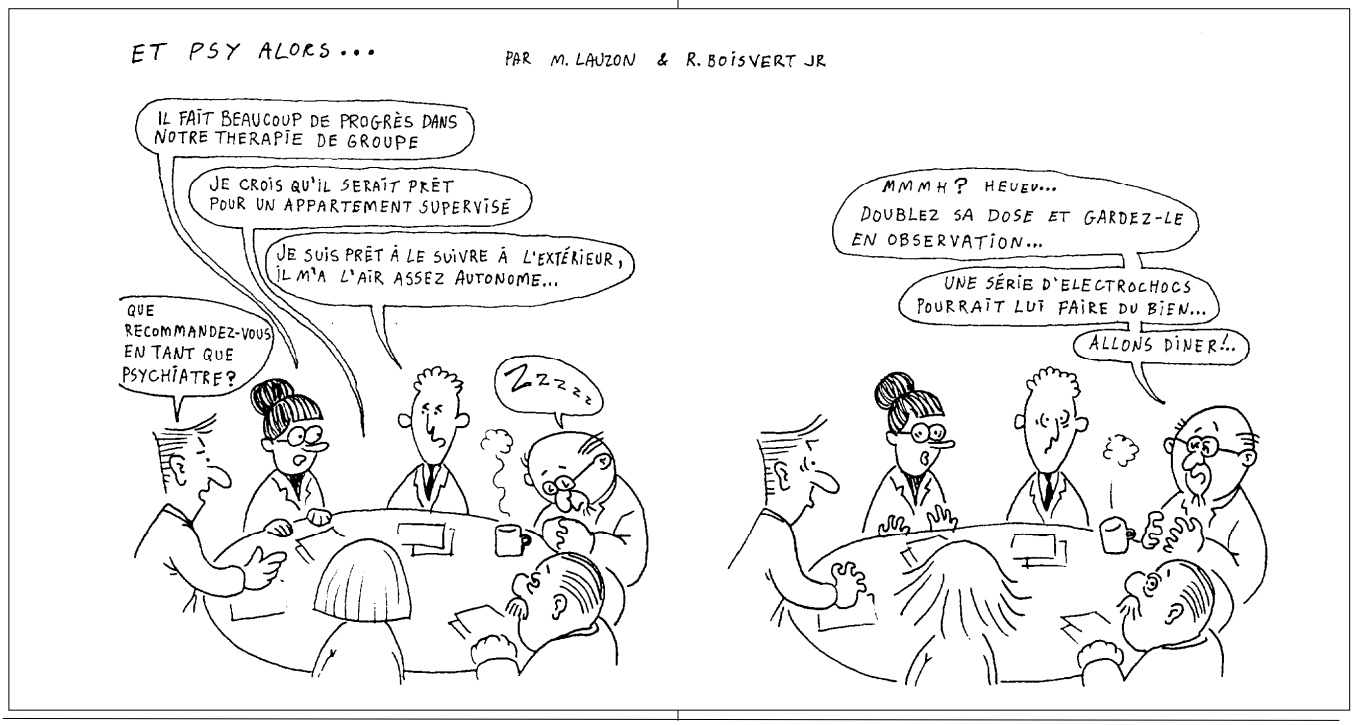
Qui plus est, le coût des consultations peu importe le spécialiste demeurera toujours plus élevé que celle d'un médecin généraliste. Le PASM serait-il un écran de fumée dont l'objectif consiste à masquer le manque de ressources en santé mentale.

À travers tout cela où est l'intérêt des utilisateurs et utilisatrices de service. Le PASM avec ses lignes un, deux et trois répond-il aux besoins de la population?

Le choix des utilisateurs de service quant à leur équipe traitante devrait être respecté et une relation de confiance ne devrait jamais se briser au nom d'un dogme quel qu'il soit. Ce serait à juste titre faire preuve d'un préjugé favorable que de respecter la faculté de choisir.

De plus, si le MSSS avait voulu être novateur et proposer également une approche non médicale, donner accès à des suivis en psychologie auraient répondu à un besoin criant. De l'écoute active sans approche pharmacologique puisque bien souvent les médicaments ne servent qu' à masquer la souffrance. Mais on peut toujours rêver car la santé mentale demeure le parent pauvre du système de santé. Une aide ppsychologique gratuite existe à l'heure actuelle, mais elle est limitée dans le temps et comporte une liste d'attente qui en limite l'accès.

Anne-Marie Chatel



Joignez-vous à

ACTION AUTONOMIE

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

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

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

Bienvenue

Action Autonomie

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