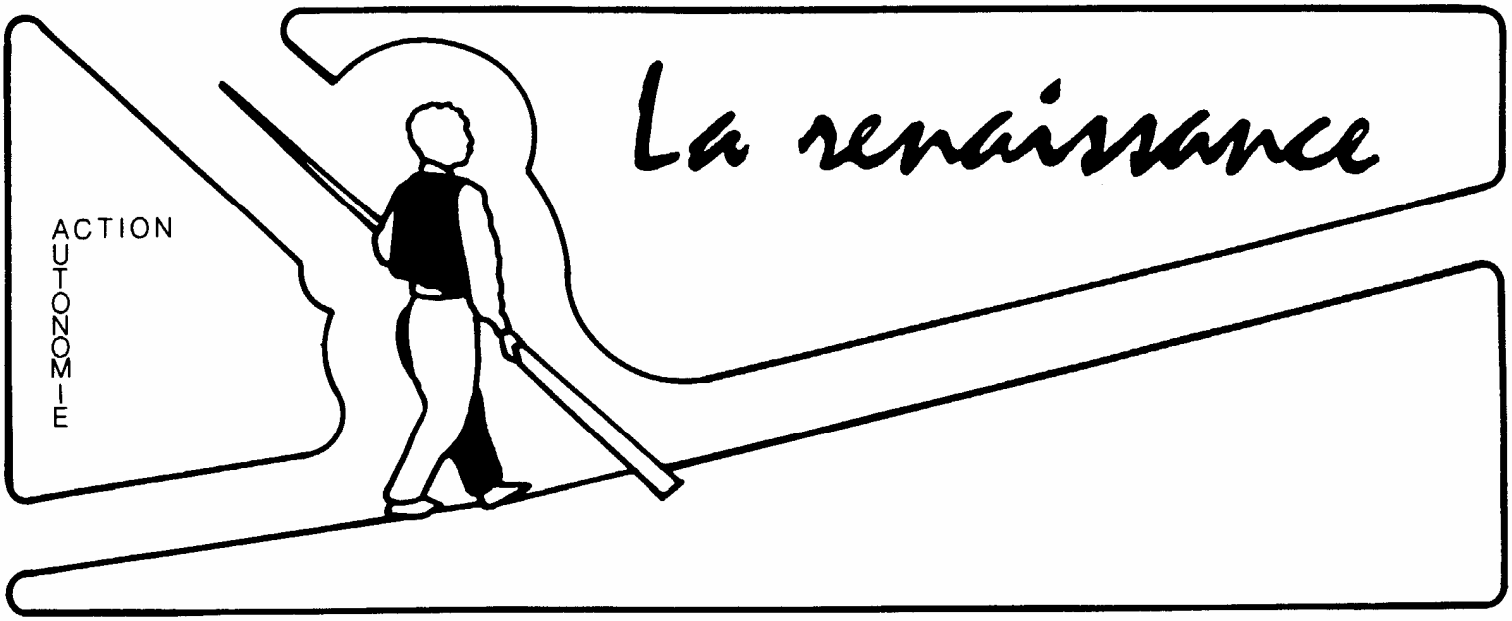


Volume 27 octobre 2020 Numéro 4

Hébergement en santé mentale
Respectez notre autonomie
Témoignage: Confiné en milieu psychiatrique deux mois et demi

La Justice par téléphone en santé mentale
Progrès ou pente glissante?

Lutte à la pauvreté
Taux de mortalité selon les revenus: les écarts se creusent, selon une étude

Psychiatrie critique
Fini les étiquettes psychiatriques

8e journée de l'Alternative en santé mentale

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

Kevin Boire
Pierre Étienne Létourneau
Isabelle Pépin
Nicole Cloutier
Frédéric Mailhot

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, troisième trimestre 2020

8E JOURNÉE DE L'ALTERNATIVE EN SANTÉ MENTALE

...SI ON M'ACCUEILLE ET RESPECTE MES DROITS

La primauté de la personne, c'est le principe premier de la Politique de santé mentale du Québec. Pourtant, on ne prend pas toujours le temps d'écouter la personne et de déconstruire les préjugés. Pourtant, on ne s'assure pas de créer des espaces collectifs pour recueillir l'avis des personnes premières concernées. Dans le fond, la primauté de la personne, c'est d'accueillir la personne et son histoire pour lui offrir l'aide dont elle a besoin. C'est de mettre le respect des droits au coeur de toutes les interventions.

Avec une approche globale en santé mentale, ça irait vraiment mieux !

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

www.jaiunehistoire.com/approcheglobale2020
#ApprocheGlobaleSantéMentale

Vous voulez participer à

La Renaissance

Prochaine parution: février 2021
Date de tombée pour les articles: janvier 2021

Le Billet doux

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

Sommaire

Hébergement en santé mentale
Respectez notre autonomie — pages 3-4

Pratiques abusives en hôpital psychiatrique
Témoignage:
Confiné en milieu psychiatrique deux mois et demi — pages 4 et 5

La Justice par téléphone
La justice par téléphone en santé mentale: progrès ou pente glissante? — pages 5 et 6

Médicaments
Un recours collectif contre des pharmaciens propriétaires peut se poursuivre — page 7

Système de santé
Suivi psychologique long terme en psychiatrie : **allez au privé**! — page 8

8e journée de l'Alternative en santé mentale
Évitons la médicalisation de la crise de santé mentale — page 9
Le 12 octobre dernier — page10
Avec une approche globale en santé mentale, ça irait vraiment mieux! — pages 11 et 12

Des nouvelles d'Action Autonomie — pages 12 et 13

Lutte à la pauvreté
Taux de mortalité selon les revenus: les écarts se creusent, selon une étude — page 14

Psychiatrie critique
Fini les étiquettes psychiatriques — pages 16 à 19

Chroniques

Libre opinion L'Amour est inséparable de la Justice — page 15

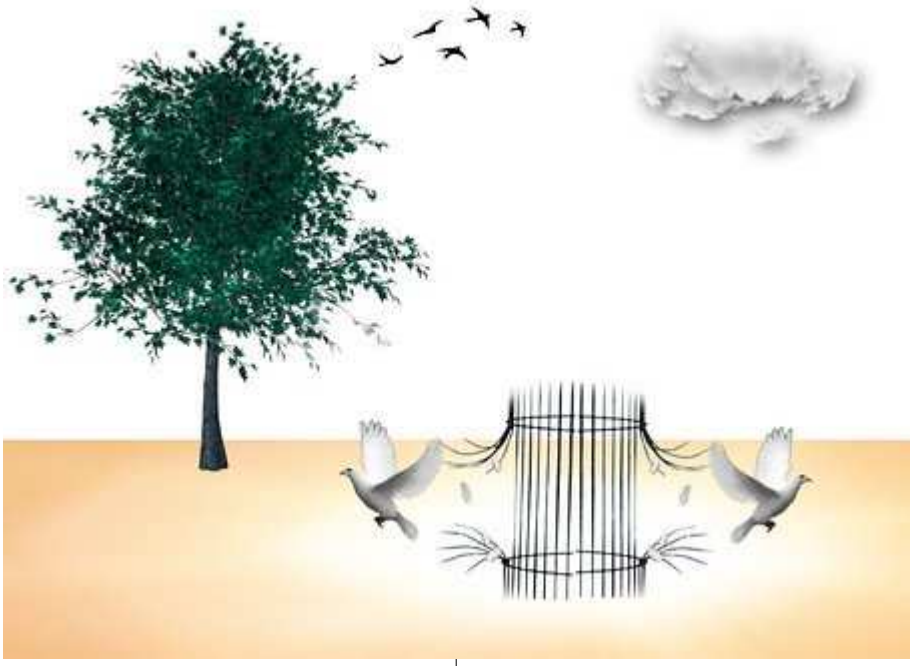
Billet doux LOLLY ET MOI — page 22

Témoignage Ma découverte de la profession de pair-aidant — page 20
De la vue du caissier — page 21

vol 27 no4, octobre 2020

Respectez notre autonomie

Et bien voilà, la deuxième vague de COVID-19 est arrivée et nous (les patients dans les ressources d'hébergement) sommes à nouveau confinés. Nous ne pouvons pas sortir. Seules sont autorisées les sorties essentielles. Nous pouvons sortir seulement si on est accompagnés d'un intervenant. Pourquoi n'ai-je pas le droit d'aller prendre une marche, seul, dans les environs, en portant mon masque et en maintenant la distance de deux mètres? Parce qu'on ne me fait pas confiance!



Tous les gens qui me connaissent savent que je suis parfaitement autonome et responsable. Ils savent très bien que je vais respecter les règles sanitaires lors de mes sorties. Et là, d'un seul coup, on m'impose des mesures mises en place pour gérer des patients qui ne sont pas autonomes ni responsables. En agissant ainsi, on ne respecte pas mon autonomie et on me place dans une situation qui a un impact très négatif sur ma santé mentale. Je sais de source sûre qu'il y a des patients hébergés dans des ressources qui vont à l'école ou au travail en ce moment. Eux on les laisse faire car on ne veut pas leur nuire. Mais moi qui demande à aller prendre une marche pour ne pas virer fou, je n'ai pas le droit. Qui est le plus à risque de se faire contaminer: celui qui est dans une école ou au travail entouré de centaine de gens ou celui qui prend une marche, seul, personne autour de lui, en portant son masque?

En psychiatrie, le nivellement par le bas est la procédure officielle. Les mesures, les protocoles sont établis en pensant aux patients les moins autonomes, les moins responsables, les plus problématiques et ils sont appliqués à tous sans aucun discernement. À cause de ça, plusieurs patients sont brimés dans leur autonomie et leurs droits. On ne leur permet pas de vivre en fonction de l'autonomie qu'ils possèdent. On les traite comme s'ils étaient plus malades qu'ils ne le sont réellement. La psychiatrie crie sur toutes les tribunes qu'elle travaille à rendre les patients autonomes. Lorsqu'on regarde comment elle agit avec eux, on voit bien qu'elle se fout complètement de l'autonomie des patients.

J'ai souvent demandé aux intervenants, thérapeutes, psychiatres,….. pourquoi on agit ainsi. Pourquoi on ne me laisse pas aller prendre des marches, seul, dans le voisinage, pour le bien de ma santé mentale? Réponse: ça serait injuste envers les patients qui ne pourraient pas sortir. Mais quelle connerie!!! Selon cette logique, afin d'être justes envers les handicapés qui ont besoin d'une chaise roulante, nous devrions tous se déplacer en chaise roulante!

Je vous rappelle que votre mission est de rendre les patients autonomes. Si vous voulez y arriver, vous devez les laisser être autonomes. J'ai passé beaucoup d'années en psychiatrie… malheureusement. Je n'ai pas de retard mental, de trouble cognitif, de trouble d'apprentissage ni de trouble de comportement. Je suis pleinement autonome et responsable. Un des plus difficiles combats que je dois mener au quotidien dans le merveilleux monde de la psychiatrie est qu'on me laisse vivre normalement! J'ai souvent dû me battre pour pouvoir faire moi-même mes choses! J'ai aussi dû me battre pour qu'on ne m'impose pas un encadrement débili-

tant dont je n'ai pas besoin. Parfois je gagnais mes combats, mais souvent je devais me plier aux protocoles débiles "parce que c'est comme ça pour tous les patients."

Pour en revenir au deuxième confinement, serait-il possible que les patients autonomes et responsables, ceux qu'on sait qu'ils vont respecter les mesures sanitaires à l'extérieur, puissent aller prendre une petite marche à l'extérieur par eux-mêmes? Sortir accompagné d'un intervenant qui nous surveille représente le même niveau de risque de contamination que sortir seul. Seulement se faire imposer un chaperon ne respecte pas notre autonomie, c'est insultant.

Je dois également parler de comment ce deuxième confinement nous marginalise encore plus. Lors de la première vague, toute la population était confinée. Notre confinement faisait donc du sens et était plus facile à accepter. Depuis que la deuxième vague a pris de l'ampleur et que plusieurs régions sont devenues des zones rouges, le gouvernement a mis en place des mesures très sévères pour minimiser l'impact de la propagation. Le confinement ne fait pas partie de ces mesures, personne dans la société n'est confiné… sauf nous! Nous sommes les seuls confinés parce qu'on ne nous fait pas confiance! Ça, c'est de la marginalisation de premier ordre.

Je comprends qu'on prenne beaucoup de précautions pour éviter que le virus entre dans les ressources d'hébergement. Mais on doit respecter l'autonomie des patients qui sont capables d'appliquer les mesures sanitaires prescrites par les autorités en leur donnant les mêmes droits qu'ont les gens en société. En aucun temps, les mesures mises en place ne peuvent menacer la stabilité mentale des patients. Le confinement prolongé a des conséquences désastreuses sur la santé mentale des gens.

PS: Si les patients autonomes peuvent aller prendre une marche à l'extérieur, ça leur fera le plus grand bien et ça sera sûrement des patients en moins qui auront besoin d'aide pour surmonter les impacts psychologiques du confinement.

Signé Y

FIN

Pratiques abusives en hôpital psychiatrique

Témoignage

Confiné en milieu psychiatrique deux mois et demi

On était confiné dans nos chambres (très petite). On n'avait pas à se déplacer, on nous servait, on nous servait notre bouffe dans notre chambre.

On n'avait aucune autonomie.

On a installé une toilette d'aisance dans la chambre.

On ne sortait presque jamais de notre chambre. Il y avait une petite salle, mais on ne pouvait pas être plus de quatre à la fois.

Le téléphone pour appeler à l'extérieur était dans cette salle, c'était pratiquement impossible d'avoir accès au téléphone. De toute façon je n'avais rien avec moi, je n'avais pas les numéros de téléphone et je ne m'en souvenais plus.

Pour recevoir des appels, ils nous fournissaient un téléphone cellulaire, mais le téléphone fonctionnait très mal, les ondes ne rentraient pas, il fallait se déplacer dans la chambre pour trouver le bon endroit pour que ça marche. Ce n'était pas vraiment fonctionnel. De plus, ils venaient nous voir

pour pas qu'on parle trop longtemps. Il y avait juste un téléphone pour tout le monde.

Ils ne voulaient pas qu'on se parle entre nous. Ils n'aimaient pas les sujets qu'on abordait. Je me souviens une fois j'ai parlé d'Action Autonomie avec un autre patient et on m'a fait des remontrances. Le psychiatre m'a même dit qu'Action Autonomie était de mauvaise influence.

Pour se laver, on avait accès à des douches. On pouvait en prendre à peu près aux trois jours. Mais c'était toujours compliqué, on se faisait dire il est trop tard, ça va aller à demain ou bien on n'a pas de savon, il faut attendre.

Tout était compliqué puis on n'avait aucune information. On n'avait jamais d'aide.

Pas d'activité mais juste des pilules

On nous donnait beaucoup de médicaments, et comme on n'avait rien à faire, on dormait la majorité du temps.

AH oui, pour nous aider à passer le temps ils nous ont donné des crayons de couleur pour dessiner. Un moment donné j'en ai eu assez de dessiner et je me suis départie des crayons. Il y en a qui ont fait des mandalas pendant deux mois, jours après jours….

On n'était pas dans des conditions acceptables, ce n'était vraiment pas un milieu de soin mais plutôt un milieu carcéral.

Propos recueillis par Ghislain Goulet

La Justice par téléphone

La justice par téléphone en santé mentale: progrès ou pente glissante?

Emmanuelle Bernheim et Pierre Pariseau-Legault

Respectivement 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

1er avril 2020 Le Devoir

Nous apprenions la semaine dernière qu'en réponse au coronavirus, des audiences judiciaires urgentes se déroulent désormais au téléphone. C'est le cas des demandes de garde en établissement, soit des procédures visant à hospitaliser contre leur gré des personnes aux prises avec une maladie mentale. Les acteurs judiciaires sont enthousiastes à l'idée de « mettre à l'épreuve les outils technologiques » et de « réduire les déplacements au maximum ». On parle même d'un « legs positif de la pandémie ». Mais sait-on seulement qu'en santé mentale, les audiences en personne sont les fruits de luttes pour les droits qui durèrent plusieurs décennies ?

La lente reconnaissance des droits judiciaires en santé mentale

Dans les années 1970, le gouvernement du Québec s'était montré avant-gardiste en tentant de confier aux tribunaux le soin de déterminer si une personne devait être maintenue contre sa volonté en établissement de santé. Malgré tout, les décisions d'internement et de soins forcés étaient prises sans audience judiciaire par des fonctionnaires n'ayant jamais vu ou entendu les personnes concernées. Ces pratiques ont eu cours jusque dans les années 1990, malgré les mobilisations et revendications politiques de groupes dénonçant des abus de droit répétés et l'absence d'une offre de services adéquate en santé mentale.

Avec la révision du Code civil du Québec et l'adoption de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, les procédures pour garder et soigner contre le gré font désormais l'objet de deux procédures judiciaires distinctes. Les décisions de garde en établissement ne peuvent être prises que par un juge, et ce, après avoir entendu la personne visée. Pour Jean Rochon, ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, en confiant

aux tribunaux le mandat de vérifier que la preuve du danger pour soi ou autrui en raison de l'état mental a bien été faite, cette nouvelle procédure assure que « les patients ne dépendront plus de la décision des médecins ». Il faut dire qu'à l'exception de la mise en quarantaine, la garde en établissement est le seul mécanisme civil permettant de telles restrictions au droit à la liberté.

Une justice en crise

Depuis, le nombre de requêtes de garde en établissement est en augmentation constante, passant de 1591 en 1996 à plus de 3000 en 2018 dans le district judiciaire de Montréal. Loin de la situation idéale imaginée par le ministre Rochon, les requêtes sont entendues par des juges débordés, les personnes visées sont majoritairement absentes sans que l'on sache pourquoi ou se présentent à la cour peu préparées, représentées par des avocats également débordés. Plus de 95 % des requêtes sont accordées et la durée moyenne des audiences oscille entre 5 et 14 minutes.

Les personnes visées par des demandes de garde en établissement expriment bien souvent leur incompréhension des procédures, croient qu'elles sont accusées, qu'on leur reproche quelque chose. Le processus judiciaire est opaque et anxiogène pour qui n'est pas rompu au langage et au formalisme judiciaire, et est souvent vécu négativement. Nous estimons qu'une justice par téléphone est susceptible d'amplifier ces difficultés et de déshumaniser davantage une procédure qui, rappelons-le, est mise en œuvre afin d'imposer aux personnes une hospitalisation qu'elles refusent.

Appel à la prudence

Bien que des efforts aient été faits dans les dernières années afin d'assurer l'accès à des services juridiques, l'absence d'investissement pour assurer l'allocation des ressources judiciaires nécessaires, la dispense systématique d'information juridique adéquate et l'accompagnement des personnes tout au long des procédures en amènent beaucoup à dénoncer une justice à deux vitesses que ne pourraient qu'aggraver des mesures de « modernisation » qui ressemblent davantage à un retour quarante ans en arrière qu'à une innovation.

Les réformes en faveur des droits en santé mentale sont le fruit de longues luttes et sont souvent fragiles. C'est du moins ce que démontre l'histoire des dernières réformes en matière civile et criminelle. Il apparaît, dans ce contexte, essentiel que des modifications susceptibles d'avoir un effet sur la mise en œuvre des droits et sur la compréhension que peuvent avoir les personnes des procédures judiciaires qui les concernent fassent l'objet de débats où toutes les parties seraient entendues. Il ne faudrait pas que dans notre course à l'efficacité, on oublie le sens même de la procédure judiciaire, qui est de protéger les droits. Il existe un danger bien réel de généraliser des pratiques qui, bien que requises en temps de crise, ne sont justifiables ni sous l'angle des droits ni sous l'angle du respect de la dignité des personnes utilisatrices des services en santé mentale.

FIN

vol 27 no4, octobre 2020

Un recours collectif contre des pharmaciens propriétaires peut se poursuivre

Par Mathilde Roy
Protégez-vous, 29 septembre 2020

vol 27 no4, octobre 2020

L'action collective contre des pharmaciens propriétaires qui auraient facturé des honoraires en trop aux clients bénéficiant d'une assurance privée ira de l'avant. La Cour suprême a refusé, jeudi dernier, la demande d'appel des pharmaciens.

Les 22 pharmacies québécoises des bannières Jean Coutu, Uniprix et Pharmaprix visées par le recours collectif essuient donc un deuxième échec, alors que la Cour d'appel avait refusé de les entendre, en mars 2019.

Ces pharmaciens propriétaires pourraient devoir verser des millions de dollars pour des honoraires considérés trop élevés si un juge donne raison au recours collectif, qui a été autorisé par la Cour supérieure en octobre 2018.

Le fait que la Cour supérieure ait donné le feu vert au recours collectif en 2018 ne signifiait pas que la cause avait été remportée, seulement que le juge considérait que les arguments étaient assez sérieux pour justifier la tenue d'un procès. Pour mieux comprendre ce type de processus, lisez notre article sur le fonctionnement des actions collectives.

Les reproches

Le demandeur Bernard Côté, qui est depuis décédé, reproche aux pharmaciens d'avoir facturé des frais «déraisonnables, inéquitables et disproportionnés» aux consommateurs détenant une assurance privée.

Il affirme que les honoraires facturés à ces consommateurs étaient deux à trois fois plus élevés que ceux demandés aux Québécois couverts par le régime public lorsqu'une ordonnance est renouvelée pour deux ou trois mois. «L'objectif du recours vise à corriger une pratique abusive. Pour une même prescription, les différences de prix sont phénoménales», dénonce l'avocat Gilles Gareau, qui mène le dossier.

M. Côté reproche aussi aux pharmaciens de ne pas

avoir divulgué les frais facturés pour exécuter et renouveler les ordonnances.

Les démarches de Bernard Côté ont commencé avant que la Loi sur l'assurance médicaments soit modifiée, en septembre 2017, imposant aux pharmaciens d'indiquer sur leur facture le prix du médicament, la marge du grossiste et leurs honoraires professionnels. Malgré tout, le détail des honoraires d'ordonnance n'est toujours pas divulgué pour certains médicaments, selon Me Gareau.

Les pharmacies visées plaident pour leur part que leur pratique de facturation était conforme aux diverses ententes auxquelles elles sont assujetties. Jointe par courriel, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) a «préféré ne pas commenter pour l'instant puisque le processus judiciaire se poursuit».

Le recours vise tous les Québécois qui ont acheté des médicaments sur ordonnance par l'intermédiaire d'une assurance privée dans les 22 pharmacies visées depuis le 25 octobre 2013. Si vous répondez à ces critères, vous êtes automatiquement inclus dans l'action collective et vous n'avez aucune action à poser. En cas de victoire, vous n'aurez qu'à vous manifester pour réclamer votre dû.

Pour connaître les pharmacies qui font l'objet de cette action collective vous pouvez consulter le site du cabinet d'avocats qui mène ce dossier:
Me Gilles Gareau, ADAMS GAREAU, Avocats

Système de santé

Suivi psychologique long terme en psychiatrie : allez au privé!

Qui peut aider Martine?

Par Kevin Boire,

Martine (nom fictif), qui a un suivi psychiatrique en 2e ligne dans un hôpital sur l'île de Montréal demander au psychiatre traitant la possibilité de voir un psychologue de l'équipe traitante, et ce, à long terme, car elle veut essayer de régler les diables du passé et bien sûr, c'est un travail de longue haleine. On lui répond que ce n'est pas possible, qu'il y a seulement des suivis à court terme, de 10 à 12 sessions. On lui suggère d'aller dans le privé.

Martine a un passé très difficile. Elle consent à prendre la médication qui réduit une partie des symptômes, et ce, malgré les effets secondaires importants avec lesquels elle doit composer. Pour elle, les traumatismes de l'enfance et de sa jeunesse, qui l'ont suivi toute sa vie durant, continuent d'affecter son existence. La médication l'aide à un peu mieux vivre quotidiennement, mais ne règle pas son mal intérieur. Le combat est constant et la ligne est fragile entre fonctionner et être hospitalisée.

L'impossibilité de recevoir une thérapie long terme n'est pas une décision clinique dans son cas, mais bien le résultat du manque de ce type d'aide dans l'établissement. Généralement, le suivi psychologique court terme est offert en première ligne, par exemple dans les CLSC. C'est une intervention en amont et en prévention afin de réduire le recours à l'hospitalisation et de suivi en 2e ligne.

Alors comment se fait-il qu'on offre seulement une thérapie psychologique à court terme pour les personnes qui ont un suivi de 2e ligne en psychiatrie?

Est-ce que, finalement, la pharmacologie est devenue le seul traitement de choix? L'aide psychologique à court terme est-elle là pour pallier à des situations ponctuelles seulement? Est-ce qu'il y a un sentiment d'abandon et d'impuissance face à la réelle capacité de rétablissement des personnes comme Martine? Ou est-ce un calcul du coût-bénéfice entre la médication et la thérapie long terme? Ou peut-être toutes ces réponses?

L'article numéro 3, 1er aliéna de la loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que : La raison d'être des services est la personne qui les requiert.

Les personnes, dont la santé mentale est fragile devraient avoir accès à des services et des soins qui répondent à leur besoin et non pas à celui d'un établissement ou du réseau de santé et des services sociaux.

La non-existence de suivi psychologique à long terme dans un milieu de soins psychiatriques de 2e ligne est, à mon point de vue, empreint de stigma et de préjugés. Difficile de croire qu'une rencontre avec un.e psychiatre aux 3 mois d'une durée de 15 minutes la visite pour renouveler la prescription est suffisante pour faciliter une réelle démarche vers un rétablissement.

Toutes les Martines de ce monde méritent que tout le réseau de santé et de services sociaux au Québec démontre une réelle volonté d'investir dans des soins de santé mentale qui répondent à leurs besoins, ce qui n'est manifestement pas le cas aujourd'hui. Hélas, lorsqu'on va « Causer pour la cause » espérons un plus BELL avenir dans les soins pour les Martines.

Mot de l'Ordre des psychologues du Québec:

« *À maintes reprises, à la fois dans les médias et dans ses représentations auprès des instances gouvernementales, l'Ordre a martelé l'importance d'un accès universel à la psychothérapie, afin d'assurer que toute personne puisse avoir accès à des soins et services psychologiques. L'Ordre a aussi, à de nombreuses reprises, insisté, tant dans la sphère publique qu'auprès des instances concernées, sur l'importance d'une offre de soins et services psychologiques à la hauteur des besoins de la population québécoise. En ce sens, l'Ordre ne peut que réitérer qu'il est primordial que tous les Québécois, sans exception aucune, aient accès aux soins et services de santé psychologique dont ils ont besoin, et ce, peu importe leur situation ou leur niveau de revenu.* »

vol 27 no4, octobre 2020

8e journée de l'Alternative en santé mentale

Évitons la médicalisation de la crise de santé mentale

Par Anne-Marie Boucher, responsable des communications (RRASMQ)

Ce samedi 10 octobre, l'Organisation mondiale de la santé soulignera, à l'échelle du globe, la Journée mondiale de la santé mentale. En ces temps de perturbation et de détresse, cette Journée permettra d'en appeler, globalement, à un investissement accru en santé mentale. Le même jour, une centaine de ressources communautaires et leurs allié.e.s célébreront au Québec la Journée de l'Alternative en santé mentale, et interpelleront le gouvernement québécois afin qu'il adopte une approche globale en santé mentale, axée sur le respect des droits, l'action sur les conditions de vie des personnes et l'accès à une diversité de pratiques et d'approches en santé mentale.

Les statistiques inquiétantes révélées par différentes équipes de recherche depuis le printemps vont dans le même sens : on assiste à une croissance de la souffrance psychologique (notamment les symptômes liés à l'anxiété et à la dépression) et le système de santé mentale se retrouve incapable d'endiguer cette tendance. La médication revient à être encore une fois une réponse prédominante si l'on se fie à la hausse de 20% de prescriptions d'antidépresseurs depuis le début de la pandémie au Québec[1]. Pire, des pratiques asilaires d'un autre siècle (enfermement, infantilisation, contention chimique) effectuent leur retour en force sous prétexte de sécurité sanitaire[2]. Or, il nous semble impératif de réfléchir cette crise de santé mentale de façon globale, de manière à éviter une médicalisation celle-ci.

Décentrer le regard

Réfléchir la médicalisation, c'est décentrer le regard, quitter un instant des yeux l'individu en appel d'aide pour examiner son milieu et ses conditions de vie : son revenu est-il suffisant pour vivre? Cette personne a-t-elle un toit sécuritaire, la capacité de se déplacer dans des lieux significatifs et aidants pour elle? Est-elle victime de violence, est-elle ancrée dans une communauté solidaire et résiliente? Vient-elle de perdre son emploi, craint-elle de perdre sa maison? Plus d'antidépresseurs devrait-il être notre première réponse à ces réalités?

Réfléchir la médicalisation nous engage à interpeller nos élu.e.s : ne pouvons-nous pas faire davantage pour protéger les droits sociaux et économiques de tous et toutes? Le tristement célèbre "camping sur la rue Notre-Dame" fait-il partie, vraiment, de notre projet de société?

Réfléchir la médicalisation, c'est aussi souhaiter que la souffrance ne soit pas systématiquement accueillie comme un enjeu médical, mais comme un enjeu qui fait partie de la condition humaine. Notre détresse face à l'incertitude, notre anxiété dans le cadre du télétravail-famille-*toutte : ce ne sont pas des maladies biologiques! Ce sont des inquiétudes et souffrances à écouter, à accueillir, et à transformer en capacité d'agir.*

Agir autrement

L'incertitude, la perte de sens et l'impuissance, ça use. La reprise de pouvoir, quant à elle, protège la santé mentale. Pour éviter que la crise de la COVID n'ait comme unique réponse de nous envoyer tous et toutes dans les bras d'Ativan, il faut avoir accès à des alternatives : groupes d'entraide et de parole, milieux de vie, entraide de voisinage, accès gratuit et rapide à la psychothérapie et aux autres alternatives qui nous font du bien. Bref, il faut avoir des lieux pour comprendre, se comprendre et se reconnecter à soi et aux autres, bref, ce que proposent, à leur échelle, les ressources alternatives en santé mentale depuis plus de 40 ans.

Plusieurs le disent : il faut pouvoir accueillir autrement, plus rapidement. Il faut cesser de déshabiller les services psychosociaux du réseau de la Santé (au profit de la santé physique) et privilégier l'action en prévention en santé mentale, dans des logiques volontaires et non-invasives. Il faut également tabler sur la force des groupes communautaires en santé mentale qui, déjà sous-financés avant la crise, ont, malgré les défis et les contraintes nouvelles, maintenu leurs portes ouvertes et offrent toujours du soutien à des milliers de citoyens et citoyennes.

On dit que la crise est une occasion d'apprentissage et de transformation. Utilisons cette crise pour sortir du *statu quo et adopter une approche globale en santé mentale, enfin!*

1-https://www.ledevoir.com/societe/sante/586403/sante-mentale-la-pandemie-pese-lourd-sur-le-moral?
2-Selon plusieurs témoignages reçus notamment par Action Autonomie et le RRASMQ.

8e journée de l'Alternative en santé mentale

Le 12 octobre dernier, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) a souligné la 8e journée de l'Alternative et a profité de l'occasion pour rappeler l'importance de toujours placer les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale au cœur de toutes les décisions qui les concernent.

« La santé mentale est un droit, au même titre que le droit de se loger de façon sécuritaire ou de se nourrir adéquatement et ces droits sont interdépendants. C'est pour ça que nous militons pour une approche globale en santé mentale qui prenne en compte les déterminants sociaux qui l'influencent » explique Yves Brosseau, président du conseil d'administration du RRASMQ.

Cette vision, les membres du RRASMQ et les personnes qui fréquentent leurs ressources espèrent la voir se traduire dans le nouveau Plan d'action interministériel en santé mentale prévu pour 2021. « Il est important que ce nouveau plan prévoie de soutenir et de faciliter l'accès de toutes et tous à une variété de pratiques et d'approches. La médication ne convient pas à tout le monde, il faut qu'il y ait des alternatives accessibles partout sur le territoire », souligne Mathilde Lauzier, co-responsable au développement des pratiques et à la formation au RRASMQ .

Pour y arriver, le RRASMQ préconise d'impliquer les personnes concernées, et ce, de l'élaboration du plan jusqu'à l'évaluation des services. « Il est essentiel que ce nouveau plan favorise la pleine participation des personnes et l'exercice de leurs droits » , explique Jean-François Plouffe, membre du comité politique du RRASMQ. C'est dans cet esprit, afin de porter leurs voix auprès des élu·e·s, que les personnes fréquentant les ressources alternatives en santé mentale ont rédigé la plateforme Trois chantiers pour une approche globale en santé mentale, un document présentant 11 revendications. Celles-ci rappellent la primauté de la personne, l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et l'accès aux pratiques et approches alternatives.

Le RRASMQ invite le gouvernement à prendre le temps de consulter ce document mais également les personnes vivant avec un problème de santé mentale et les organismes alternatifs qui leur viennent en aide. « L'urgence, pour nous, ce n'est pas d'avoir un plan d'action mais bien d'avoir un plan d'action qui amène les changements nécessaires pour que ça aille vraiment mieux pour les personnes » conclut Anne-Marie Boucher, responsable des communications au RRASMQ.

Avec une approche globale en santé mentale, ça irait vraiment mieux!

vol 27 no4, octobre 2020

Par Anne-Marie Boucher, Responsable des communications et de l'action sociopolitique au RRASMQ

Depuis plusieurs années, de nombreux acteurs politiques, des mouvements citoyens ou des chercheur.e.s en appellent à une commission d'enquête (ou parlementaire) sur le système de santé mentale. Or, qu'est-cequi fait problème? Et que pourraient être les solutions apportées? Afin d'élucider ces deux questions, l'équipe du RRASMQ a organisé une tournée de ses ressources membres en 2018-19, afin de rencontrer les personnes qui fréquentent ces ressources et analyser avec eux la situation. En est ressortie une campagne de revendications qui sera au coeur de la Journée de l'Alternative cette année, et dont le cri du coeur va comme suit : «Avec une approche globale en santé mentale, ça irait vraiment mieux!»

Au tout début de la tournée de réflexion, nous avions récolté des paroles et témoignages, et en avions fait une analyse sommaire : quels sont les dénis de droit qui reviennent le plus souvent? À partir de cette analyse, les régions participant au Regroupement ont choisi UN déni de droit à partir duquel elles souhaitaient travailler. Ce déni de droit a ensuite fait l'objet de séances de réflexions et de partages qui ont permis de cerner la situation, d'en étaler les causes et conséquences et de réfléchir à une revendication qu'ils souhaiteraient porter conjointement[1] .

À partir des revendications de chaque région s'est forgée la Plateforme de revendications Trois chantiers pour une approche globale en santé mentale. Ces trois chantiers rassemblent les principaux changements espérés par les personnes fréquentant les ressources alternatives en santé mentale, et vise à influencer l'élaboration du prochain Plan d'action interministériel en santé mentale du gouvernement québécois.

Espoirs de changement

Mais quels sont ces trois chantiers à entamer et poursuivre? La primauté de la personne, l'action sur les déterminants sociaux de la santé et le soutien aux pratiques alternatives à la médication sont les trois grands axes autour desquels s'articulent les revendications.

La primauté de la personne, premier chantier, en est un des plus évidents: c'est le principe premier de la Politique de santé mentale (1989) et du dernier Plan d'action en santé mentale Faire ensemble et autrement. Or, ce principe tarde à se réaliser pleinement, et il faut continuer à promouvoir le respect des droits, la participation collective des personnes premières concernées, ainsi que l'attention plus globale envers la personne et son histoire. La primauté de la personne devrait pourtant être le fil rouge de toute intervention : «rien sur nous sans nous» demeure un slogan qui a toute sa pertinence !

Le second chantier, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, implique de concevoir la santé mentale du point de vue du droit à la santé : pour que ce droit se réalise, il faut impérativement lutter contre les inégalités sociales et contre la pauvreté. Les déterminants de la santé qui ont été mentionnés comme étant plus pressants par nos membres sont le revenu, le logement et l'accès au transport, mais on pourrait également y ajouter l'environnement et la protection contre les violences et discriminations.

Le troisième chantier, qui touche plus particulièrement les pratiques en santé mentale, part de l'idée qu'il faut que les bons soins arrivent au bon moment, et que ce soit des soins adéquats et souhaités par la personne. En cela, une écoute attentive et accueillante est une condition de base

pour que la personne ait rapidement accès à ce qui lui convient le mieux, que ce soit de l'accompagnement médical, psychologique ou psychosocial ou le passage par un centre de crise communautaire.

De plus, nous souhaitons sortir d'une culture du «Médicament d'abord» afin de proposer une diversité d'alternatives gratuites aux citoyen.ne.s en quête d'un soulagement ou d'un mieux-être. Pour les personnes qui prennent une médication psychotrope, nous sommes persuadés que l'approche de la Gestion autonome de la médication gagnerait à être mieux connue par les personnes et les professionnel.le.s de la santé.

Vous aimeriez appuyer ces trois grands chantiers de revendications? En l'absence de consultations régionales en présence menées par le MSSS cet automne, nous tenterons de nous faire entendre autrement, persuadés qu'un Plan d'action en santé mentale ne pourrait que s'améliorer si son élaboration est nourrie par la parole des personnes premières concernées.

Pour en savoir davantage sur la campagne en cours: www.jaiunehistoire.com/ approcheglobale2020

1- La démarche Se donner du souffle est à découvrir! Pour en savoir davantage sur cette démarche de réflexion et d'animation : www.rrasmq.com/sedonnerdusouffle/

Des nouvelles d'Action Autonomie

Dès septembre, nous avons évalué une centaine d'offres de services reçues au cours de l'été et rencontré cinq candidat.es pour combler le poste vacant de conseillère et chargé.e de dossier. Catherine Serrano-Parent a été choisie en raison de son expérience, de sa formation et des valeurs qu'elle porte, relativement à la primauté de la personne.

Parallèlement, le conseil d'administration et l'équipe de travail ont préparé et tenu notre assemblée annuelle qui a réuni une trentaine de membres, malgré la nécessité et les difficultés liées à une rencontre à distance. Il y a eu élections et les onze postes au conseil d'administration sont à nouveau comblés. Bienvenue à de nouveaux et nouvelles membres au conseil : Nathalie Deguire, Marc-André Jobin et Hella Geoffroy. Et un grand merci à Mitsou Lefebvre-Lafrance qui a complété ses trois mandats. Merci aussi à Angelina Mendez et à Marie-Laurence Tousche. Leurs collaborations ont été appréciables et utiles à notre organisme.

D'autre part, notre calendrier d'activités de l'automne a pris forme : l'offre de formation a débuté, réunissant un bon nombre de participant.es, et des activités d'information et de partage sont à venir, le tout à distance. Nous avons aussi pris des engagements pour offrir prochainement des formations dans différents organismes communautaires.

Différents travaux avancent à bon rythme : à l'aide individuelle, nous sommes très sollicités par des personnes qui ont besoin d'aide pour faire respecter leurs droits, particulièrement en cette période de pandémie : certaines font face à des mesures de confinement nettement abusives, dans des ressources d'hébergement en santé mentale et dans certains hôpitaux.

Quelques nouvelles concernant nos dossiers collectifs. La rédaction de notre rapport de recherche sur les autorisations judiciaires de soins avance; nous espérons en faire une présentation publique vers la fin de l'hiver. Sur la question de la stigmatisation associée au duo « vieillissement et santé mentale », la production d'une vidéo vient d'être terminée. Elle s'ajoute aux outils de formation sur le sujet. Concernant les électrochocs, une rencontre avec quelques professeurs-chercheurs intéressés par notre approche critique nous laisse espérer le début d'un projet de recherche.

Nicole Cloutier, coordonnatrice

Un message de Catherine, une nouvelle venue à Action Autonomie

Bonjour aux membres et partenaires d'Action Autonomie!

Je me présente, Catherine; je suis nouvelle dans l'équipe d'Action Autonomie depuis le début du mois d'octobre 2020. Je suis très heureuse de pouvoir m'impliquer dans le collectif à titre de conseillère et chargée de dossiers en défense des droits. Déjà, j'ai eu le plaisir de rencontrer les membres d'une équipe chaleureuse, engagée et riche en expériences.

Mon premier contact avec la défense des droits en santé mentale fut à l'organisme Prise II, une ressource alternative dans laquelle j'ai réalisé mon stage en travail social. Rapidement, je me suis sentie interpellée par le mouvement alternatif, par sa vision critique de la psychiatrie et du modèle biomédical, ainsi que par ses valeurs de démocratie, d'entraide et de justice sociale. Puis, durant les deux dernières années, j'ai travaillé comme formatrice en alphabétisation populaire au Tour de lire dans Hochelaga-Maisonneuve. J'y ai accompagné des adultes dans leurs démarches d'apprentissage de la lecture et de l'écriture, ainsi que dans la défense de leurs droits sociaux. En parallèle, je m'implique comme bénévole au GRIP-Montréal, un organisme en prévention des toxicomanies avec une approche de réduction des méfaits.

Bref, on peut dire que j'ai un faible pour le milieu communautaire! En effet, je crois profondément que les organismes communautaires sont essentiels pour aller vers une société plus inclusive, solidaire et respectueuse des droits humains. Je crois que c'est en luttant ensemble que nous pourrons combattre les injustices et les violences exercées par notre système de santé.

Je serai enchantée de participer à ces changements collectifs avec vous, et au plaisir de vous rencontrer!

Catherine Serrano-Parent

COVID-19

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

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

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

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

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

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

Action Autonomie

Taux de mortalité selon les revenus: les écarts se creusent, selon une étude

Bob Weber, La Presse Canadienne, 28-09-2020

«Dans l'ensemble, nous n'avons fait aucun progrès pour la réduction des inégalités en matière de santé», conclut le coauteur de l'étude.

On savait déjà que les Canadiens démunis ont plus de risques de mourir prématurément que les mieux nantis: une nouvelle étude semble démontrer que cet écart ne fait que se creuser depuis 25 ans.

L'étude, publiée lundi dans le Journal de l'Association médicale canadienne, rappelle que les risques de mourir avant l'âge de 75 ans ou de causes évitables diminuent pour presque tout le monde dans la société. Mais ces risques diminuent beaucoup plus rapidement pour les riches que pour les pauvres — et ce, depuis une génération.
L'écart se creuse tant pour les femmes que pour les hommes, selon l'étude. Par ailleurs, les risques d'un décès précoce et évitable augmentent, en fait, chez les femmes les moins instruites.

«Dans l'ensemble, nous n'avons fait aucun progrès pour la réduction des inégalités en matière de santé», conclut le coauteur de l'étude, Faraz Shahidi, de l'Institut pour le travail et la santé à Toronto. «L'ampleur de ces inégalités de mortalité est encore plus grande qu'on ne le pensait auparavant.»

M. Shahidi et son coauteur, Abtin Parnia, ont analysé plus de 16 millions de fiches provenant de cinq recensements différents et ont divisé les revenus en cinq groupes. L'étude a révélé que pour les hommes du groupe «à revenu élevé», le taux de mortalité avant l'âge de 75 ans avait diminué de près de 50 % entre 1991 et 2016. Pour ceux du groupe aux revenus les plus faibles, ce taux n'avait diminué que de 34 % pendant ces 25 ans.

Les niveaux d'éducation ont révélé le même schéma d'écarts. Les décès prématurés chez les hommes qui avaient un diplôme d'études postsecondaires ont diminué de 47 %, comparativement à 21 % pour les hommes sans diplôme d'études secondaires.
Mêmes constats chez les femmes: les décès prématurés chez celles à revenu élevé ont diminué de plus de 40 %, mais de 19 % chez les moins riches. Et les taux de mortalité des femmes qui avaient un diplôme universitaire ont baissé de plus d'un tiers, mais de moins de 2 % pour celles qui n'avaient pas de diplôme d'études secondaires.

«Des solutions politiques concrètes»
M. Shahidi a trouvé des résultats similaires lorsqu'il a examiné les décès évitables causés par des comportements ou des conditions traitables. Les taux de mortalité ont augmenté pour les femmes peu scolarisées — jusqu'à 12 % pour celles qui n'ont pas terminé leurs études secondaires.

Les liens entre le revenu, l'éducation et la santé ont été bien établis par des recherches antérieures, a rappelé M. Shahidi. L'élimination des écarts dans les taux de mortalité précoce est «pratiquement impossible» sans réduire les écarts de revenu et d'éducation qui contribuent à les créer, estime le chercheur. «En l'absence d'action politique, nous avons tendance à voir ces inégalités se creuser.
«Il existe des solutions politiques très concrètes que (les gouvernements) peuvent mettre en place pour aborder et inverser cette tendance.» Ces mesures comprennent une hausse des salaires, une fiscalité plus progressive, une aide sociale généreuse, une assurance-emploi plus facile d'accès et la protection de la sécurité de l'emploi.

«C'est en grande partie par manque d'action politique que nous avons permis, en tant que société, que ces inégalités se creusent au fil du temps», a déclaré M. Shahidi. «Ces inégalités en matière de santé sont fondamentalement enracinées dans les conditions quotidiennes. Et les conditions sociales et économiques quotidiennes sont ce qu'elles sont, pour les gens, en raison de décisions politiques.»

vol 27 no4, octobre 2020

vol 27 no4, octobre 2020

L'Amour est inséparable de la Justice

La pauvreté freine notre liberté, c'est un poids qui nous est imposé de l'extérieur, à travers des conditions de vie que l'on peut qualifier d'injustes, intenables et sur lesquelles on a peu de contrôle. On fait porter le poids sur le dos de l'individu et cela devient comme une prison dont il devient de plus en plus difficile de s'échapper. S'en sortir ne dépend pas seulement de notre choix, il faut créer un contexte social favorable et cela ne dépend pas que de notre bon vouloir pour nous affranchir de ce marasme. Tenir ferme est essentiel, mais les obstacles sont nombreux et ils paraissent parfois infranchissables.

Vouloir se libérer est un premier pas. On y parviendra par un cheminement qui sera souvent difficile, qui encouragera la liberté collective et qui contribuera à faciliter chaque pas et qui permettra de valoriser tous nos efforts. Ces derniers ne sont pas toujours bien reconnus et ils ne rapportent pas toujours tous les effets escomptés. Très souvent la sortie de pauvreté nous semble impossible tant les obstacles se multiplient, et tant l'accumulation de problèmes est grande et il ne faut pas se culpabiliser si c'est difficile, cela n'est pas de notre faute.

Vivre solidaires est salvateur, et il est vital de partager. C'est notre plus grande richesse qui se donne ainsi : l'être, l'amour et la justice. Je parle ici autant d'un partage de société que d'un partage de personnes à personnes. La communauté généreuse rayonne le don de soi-même! Le don est qualitatif et il nous enchante! C'est par le don de soi que nous nous révélons le mieux les uns aux autres. Et il nous devient naturel, le partage des biens de nécessités en part égales ou selon les besoins respectifs. En divisant, nous multiplions à l'infini! Et pourtant nous ne devrions pas avoir à demander ni à quémander, encore moins à dépendre de la charité. La solidarité nous soude ensemble.

La solidarité est d'abord et avant tout humaine et elle nous permet d'accomplir un monde probe (honnête et intègre) fondé sur des bases saines. L'entraide amène à reconnaître les individus dans toute leur plénitude et dans toute l'étendue de leurs talents. Ce qui a le plus de valeur, c'est le cœur. L'important est que chacun et chacune puissent se réaliser dans leur âme et conscience avec toutes leurs possibilités. La

solidarité nous fait élaborer et fortifier des liens solides et durables.

La mise en commun de toutes nos ressources constitue un principe qui est au fondement de toute société juste. Chacun et chacune devraient avoir l'entière liberté de se procurer tout le nécessaire pour vivre en bien être complet et en plein épanouissement. En dehors de toute gêne, hors de tout embarras. L'indigence est un sort inacceptable pour qui que ce soit. Vivre le rassemblement de toutes nos forces autour et au service de la vie, c'est donner une dimension d'engagement social et humain à notre existence. Et c'est toute la collectivité qui en bénéficie. C'est en nous reliant avec sens les uns avec les autres que nous trouvons les voies empreintes de la paix. Nous sommes des êtres de relations et il ne faut jamais tenir personne en état d'exclusion ni en état de servitude. Justice et Paix s'embrassent!

Maintenant, au vu et au su de toutes ces considérations, nous pouvons former l'affirmation suivante : En incluant les personnes, la solidarité et la justice sociale, l'Amour amène la vie à son plus haut niveau d'accomplissement. En définitive, c'est cet Amour intégrateur qui transcende tout. Ce juste ensemble se conçoit comme un tout uni et entier. L'Amour est inséparable de la Justice!

Enfin, réunir les conditions pour que tous les peuples puissent sortir de la pauvreté ne devrait pas être considéré comme une utopie, mais comme un engagement premier et viscéral, primordial, pour tous les acteurs impliqués. Cela devrait être l'objectif numéro 1 de tout gouvernement qui se respecte et qui veut être au service de la population!

FIN

Par Frédéric Mailhot-Houde

Fini les étiquettes psychiatriques

Par Sami Timimi

(Google traduction)

Le nouveau Manuel diagnostique et statistique (DSM5) doit être publié prochainement. Le DSM est la «bible» moderne du diagnostic en psychiatrie. Pourtant, il y a peu ou pas de preuves pour soutenir l'idée que les catégories utilisées dans DSM sont soit basées sur une science solide, soit cliniquement utiles. J'ai donc décidé plus tôt cette année qu'il était temps de lancer une campagne.

Je l'ai appelé: «Plus d'étiquettes psychiatriques». Mes arguments sont principalement empiriques, basés sur un examen des preuves. J'ai pensé qu'il était important de démontrer que c'est la science qui nous dit que le système de diagnostic psychiatrique est une mauvaise idée. En résumé, mon examen a révélé que:

• Les diagnostics psychiatriques ne sont ni fiables ni valides.

• L'utilisation du diagnostic psychiatrique ne facilite pas les décisions de traitement.

• Le pronostic à long terme des problèmes de santé mentale s'est aggravé au fil des ans.

• Le recours au diagnostic psychiatrique augmente la stigmatisation.

• Le diagnostic psychiatrique impose à d'autres cultures des croyances occidentales sur la détresse mentale.

• D'autres modèles fondés sur des données probantes pour organiser des soins de santé mentale efficaces sont disponibles.

Les diagnostics psychiatriques ne sont pas fiables.

La validité se réfère à la question de savoir si un diagnostic particulier a une correspondance significative avec quelque chose qui existe objectivement dans le monde réel et «naturel». Par exemple, que le terme «dépression» s'applique à un processus psychologique et / ou physiologique qui peut effectivement être identifié, et qu'un processus similaire se produit chez des personnes du monde entier atteintes de cette maladie.

L'échec de la recherche scientifique à révéler une anomalie biologique spécifique pour identifier un diagnostic psychiatrique - ou d'ailleurs tout marqueur physiologique ou psychologique - est bien reconnu. Contrairement au reste de la médecine, qui a développé des systèmes de diagnostic basé sur des théories testables sur les causes de la maladie, les diagnostics psychiatriques se sont établis simplement grâce au droit de vote des conseils de psychiatres qui décident entre eux quand une nouvelle catégorie de diagnostic doit être créé.

En psychiatrie, les diagnostics sont des descriptions d'ensembles de comportements qui vont souvent de pair. En soi, un diagnostic psychiatrique ne peut pas vous dire sur la cause, la signification ou le meilleur traitement.

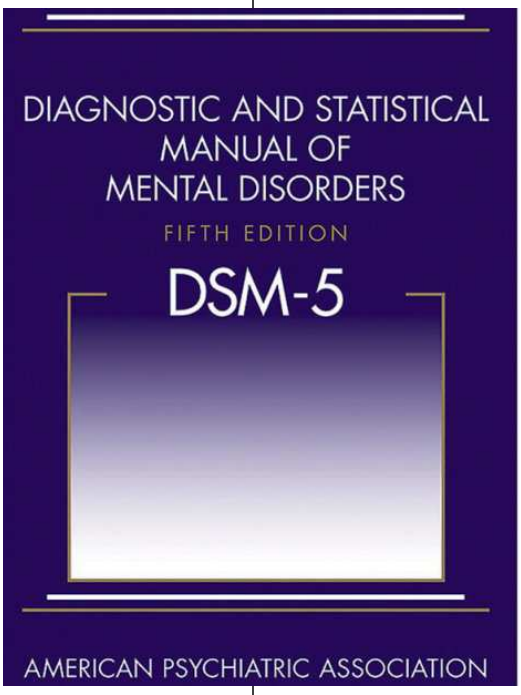
Même les descriptions de comportements qui constituent les critères des diagnostics psychiatriques présentent de grands croisements entre eux. Par exemple, la «distractibilité» peut être trouvée dans des diagnostics tels que le TDAH, l'anxiété, la dépression et l'autisme, tout comme l'agressivité, les difficultés à nouer des relations avec les pairs et l'agitation. Ce problème découle du fait que la base des catégories ne sont que des symptômes (comportements) et non des signes (différences organiques réelles et mesurables).

Si, comme cela semble probable, nos diagnostics ne reflètent pas de réelles différences dans notre biologie, il y a toujours un risque de préjudice si nous les utilisons comme s'ils nous parlaient des causes.

La fréquence à laquelle les patients reçoivent plus d'un diagnostic illustre le manque de clarté sur ce que signifie ou représente un diagnostic. Une comorbidité généralisée (c'est-à-dire donner à une personne plus d'un diagnostic simultanément) indique des lacunes fondamentales dans la compréhension des «limites naturelles» même des formes les plus graves de détresse mentale. Le diagnostic principal qu'un individu reçoit change souvent, et cela se fait au moyen d'un jugement subjectif plutôt que d'un test

scientifique. C'est-à-dire que le changement se produit en raison d'une croyance différente de la part du médecin effectuant le diagnostic plutôt qu'en raison d'un nouveau test, par exemple.

Et donc, quand un clinicien prétend qu'un patient est cliniquement déprimé, ou a un TDAH, ou a un trouble bipolaire, ou autre, non seulement il essaie de transformer quelque chose basé sur une opinion subjective en quelque chose qui semble scientifique, (…) quelque chose de subjectif en quelque chose de «concret». Cela provoque une sorte de «vision tunnel» où la version diagnostique psychiatrique des événements devient l'histoire dominante et les autres façons de voir la situation sont poussées de côté. Par conséquent, si quelqu'un croit que le TDAH est un trouble «réel» qui existe dans le cerveau et qui dure potentiellement toute la vie, cette personne - et ceux qui la connaissent - peuvent en venir à agir selon cette croyance. Il s'agit de créer une prophétie pessimiste auto-réalisatrice.



La «fiabilité» fait référence à la mesure dans laquelle les cliniciens peuvent s'entendre sur les mêmes diagnostics lorsqu'ils évaluent indépendamment une série de patients. Les recherches concernant la fiabilité des principales catégories diagnostiques donnent des résultats allant du pur hasard à l'accord parfait, mais les études en milieu clinique montrent une fiabilité particulièrement médiocre. En soi, cela indique que les diagnostics psychiatriques ne sont pas valides, car il faut être en mesure de s'entendre de manière cohérente sur les personnes à inclure comme «cas» dans une catégorie particulière avant de pouvoir commencer à examiner si la description est valide.

Il existe également une mauvaise correspondance entre les niveaux de déficience et le nombre de symptômes requis pour de nombreux diagnostics psychiatriques. Ainsi, de nombreuses personnes sous le seuil d'un diagnostic ont en fait des niveaux de déficience plus élevés que ceux ci-dessus. À l'inverse, de nombreuses personnes qui atteignent le seuil pour un diagnostic positif peuvent en fait avoir des niveaux de déficience relativement faibles.

L'utilisation du diagnostic psychiatrique ne facilite pas les décisions de traitement

L'appariement du diagnostic avec un traitement spécifique n'a pas d'effet statistiquement significatif (que ce soit pour un médicament spécifique ou une psychothérapie spécifique). Un résultat positif pour le traitement des troubles psychiatriques est le plus fortement lié à des facteurs autres que le traitement, tels que les circonstances sociales. Par exemple, lorsqu'une personne reçoit un traitement, l'association la plus forte pour l'amélioration est «le développement d'une bonne relation thérapeutique avec le clinicien».

De nombreux traitements médicamenteux psychiatriques (comme les traitements psychologiques) reposent davantage sur ces «facteurs non spécifiques», comme la qualité de la relation entre le professionnel et l'usager du service, que sur les effets thérapeutiques spécifiques à la maladie. Par exemple, on suppose généralement que les médicaments commercialisés comme antidépresseurs «corrigent un déséquilibre chimique». Cependant, l'effet placebo est beaucoup plus important que tout effet pharmacologique. (L'effet placebo se produit lorsqu'une personne rapporte un effet positif même si elle a reçu un traitement simulé, par exemple une pilule de sucre plutôt qu'un traitement actif.)

Plusieurs revues comparant les résultats de différents essais ont conclu que la plupart des avantages des `` antidépresseurs " peuvent être expliqués par l'effet placebo, avec seulement un petit effet attribué au médicament - une petite quantité, en outre, qui est peu susceptible d'être cliniquement significative. pour la grande majorité des patients. Des études portant sur la mesure dans laquelle des facteurs non techniques (tels que la relation thérapeutique) affectent le résultat ont montré que, que ce soit avec un traitement psychoactif ou non, ces facteurs sont beaucoup plus influents que le modèle de traitement utilisé.

Le pronostic à long terme des problèmes de santé mentale s'est aggravé

Au cours du dernier demi-siècle, et contrairement au reste de la médecine, aucune amélioration globale des résultats de santé mentale à long terme n'a été obtenue par les pays riches et industrialisés. Cependant, certaines études suggèrent que la santé mentale en Occident s'aggrave. Par rapport à il y a quelques décennies, plus de personnes reçoivent des diagnostics tels que la schizophrénie chronique. Ceci est particulièrement vrai pour les jeunes, qui sont aujourd'hui plus nombreux que jamais étiquetés avec un handicap de longue durée en raison d'un état mental. Les taux de prescriptions de médicaments psychiatriques pour les jeunes augmentent d'année en année sans aucune preuve d'accompagnement que leurs résultats en matière de santé mentale à long terme s'améliorent.

Le recours au diagnostic psychiatrique augmente la stigmatisation

Des enquêtes sur les attitudes du public à l'égard de la maladie mentale ont révélé une augmentation dans les pays occidentaux du nombre de personnes qui croient que les maladies mentales sont «une maladie comme les autres» causée par des anomalies biologiques du cerveau. Cependant, un grand nombre d'études ont montré que l'attribution de problèmes de santé mentale à la biologie est associée à des attitudes négatives du public, telles que la croyance que les patients sont imprévisibles et dangereux, et une peur associée d'eux et le désir de les garder à distance. Il semble que l'approche diagnostique du «modèle médical» ait un impact significativement négatif qui entraîne une augmentation de la stigmatisation plutôt qu'une réduction.

Le diagnostic impose des croyances occidentales sur la détresse mentale à d'autres cultures

Les pays du monde entier sont encouragés à adopter les croyances occidentales et à reconnaître des diagnostics comme le TDAH, la dépression et la schizophrénie. C'est ce qu'on appelle «l'alphabétisation psychiatrique». Cependant, comme déjà indiqué, les résultats - en particulier pour les problèmes de santé mentale les plus graves - ont été systématiquement meilleurs dans les pays en développement que dans les pays développés. Dans le processus d'encouragement à l'adoption de modèles psychiatriques occidentaux, nous sous-entendons non seulement que les cultures qui tardent à adopter ces idées sont `` en retard '', mais nous pouvons également saper les pratiques locales efficaces et détourner l'attention des facteurs qui font une différence santé mentale, comme les problèmes économiques. Par exemple, plusieurs études internationales concluent que plus la disparité entre les riches et les pauvres est grande dans toute société, plus la santé mentale est mauvaise.

Les manuels psychiatriques et leurs catégories ont été vulgarisés au cours des cinquante dernières années et les diagnostics sont régulièrement discutés dans les médias. En conséquence, il est largement soutenu qu'une proportion importante de la population souffre de maladie mentale, qu'il s'agit d'un problème mondial, que cela représente un fardeau économique important et qu'il y a de bonnes raisons d'investir dans des mécanismes améliorés de détection. et traitement. Cependant, il y a peu de preuves pour soutenir l'idée que vulgariser les diagnostics de santé mentale et convaincre les décideurs de la nécessité de diagnostiquer et de traiter plus de personnes est en fait bénéfique pour la santé mentale.

Il y a eu une variété de campagnes afin d'augmenter les taux de diagnostic et de traitement. Par exemple, au début des années 1990, le Royal College of Psychiatrists et le Royal College of General Practitioners du Royaume-Uni ont lancé leur campagne «Defeat Depression». L'objectif était de sensibiliser le public à la dépression, de réduire la stigmatisation, de former les médecins généralistes à la reconnaissance et au

traitement, et de rendre les conseils et le soutien spécialisés plus facilement disponibles. Malheureusement, les évaluations qui ont suivi la campagne n'ont pas permis de détecter des améliorations significatives des résultats cliniques. Cependant, la campagne a abouti à une augmentation rapide de la prescription d'antidépresseurs et à une augmentation de la médicalisation du malheur et de la détresse.

Contrairement à d'autres domaines de la santé publique, la santé mentale dans les sociétés dotées des services les plus développés semble être la plus pauvre. Dans de telles sociétés, les «épidémies» de diagnostics psychiatriques - par exemple, le TDAH, l'autisme, la dépression, le trouble bipolaire - n'ont émergé et se sont popularisées que ces dernières années. S'il existe des raisons politiques, sociales et culturelles complexes à ces «épidémies», elles sont encouragées par l'émergence et la vulgarisation de nouvelles catégories diagnostiques qui changent ensuite nos idées sur la nature de la détresse et sur ce que signifie être une personne.

Des modèles alternatifs fondés sur des preuves pour organiser des soins de santé mentale efficaces sont disponibles

Nous connaissons déjà bon nombre des facteurs associés à une plus grande probabilité de développer un problème de santé mentale. Ceux-ci comprennent les traumatismes émotionnels ou psychologiques (en particulier les traumatismes de la petite enfance), l'adversité, la pauvreté, le mode de vie et le fonctionnement de la famille.

De plus, évaluer les niveaux de déficience et de détresse fournirait une façon beaucoup plus précise et moins stigmatisante de catégoriser les problèmes de santé mentale que d'utiliser des étiquettes psychiatriques.

Le message de la recherche sur les résultats des traitements est que les services de santé mentale peuvent les améliorer, mais pas en utilisant des catégories de diagnostic pour choisir des modèles de traitement. Il est important de se concentrer plutôt sur le développement de relations significatives avec les utilisateurs des services, des relations qui les incluent pleinement dans la prise de décision.

De plus, nous savons que l'impact le plus important sur les résultats découle de facteurs externes au traitement, tels que la situation sociale d'une

personne et les niveaux de soutien. Cela signifie que les services doivent apprendre à travailler avec la réalité vécue par les gens, et pas simplement avec «l'espace entre les oreilles».

Développer la base de connaissances et les services de cette manière donnerait aux services de santé mentale et aux praticiens une meilleure chance d'améliorer la vie de ceux avec qui ils travaillent. Cela aiderait également à briser les barrières de longue date entre les services de santé mentale et le reste de la médecine en permettant le développement de paradigmes fondés sur des preuves et qui incorporent correctement une compréhension de la façon dont le bien-être physique et mental sont étroitement liés l'un à l'autre. De tels paradigmes non diagnostiques pourraient alors aider les patients, qu'ils présentent des symptômes physiquement inexpliqués, une détresse grave ou une psychose, sans avoir à les qualifier de «malades mentaux».

Source: **https://asylummagazine.org/2012/05/no-more-psychiatric-labels/**

Sami Timimi est un psychiatre pour enfants et adolescents consultant et directeur de la formation médicale au Lincolnshire Partnership Foundation Trust. Il écrit dans une perspective critique de la psychiatrie et a publié de nombreux articles et livres, y compris Une introduction directe aux problèmes de santé mentale des enfants et plus récemment Le mythe de l'autisme: médicaliser la compétence sociale et émotionnelle des hommes et des garçons. Il est membre fondateur de l'International Critical Psychiatry Network.

Témoignage

Ma découverte de la profession de pair-aidant

Été 2019. J'étais étudiante et je me cherchais un emploi d'été. Une amie m'avait conseillée de postuler pour un poste d'auxiliaire de recherche en santé mentale. Ayant moi-même reçu des diagnostics de troubles de santé mentale, je n'étais alors pas certaine d'être la personne appropriée pour l'emploi. À vrai-dire, je crois que j'en avais honte car cela me rappelait des épisodes qui m'avaient ralentie considérablement dans mon parcours scolaire et professionnel.

Néanmoins, je me sentais motivée et impliquée. Je n'avais pas d'études en psychologie, ni même en relation d'aide, mais je me disais que plusieurs notions que j'ai apprises dans mes cours d'anthropologie pouvaient m'aider. L'une d'elles est l'approche subjective; nous devons toujours nous rappeler que nous avons notre propre bagage personnel ainsi que les autres individus. C'est pourquoi il est nécessaire de comprendre la perception de la personne par-rapport à sa société, reliée à son vécu et sa personnalité plutôt que de s'en tenir uniquement à l'étude d'une société. Autrement dit, l'individu n'est pas un simple objet scientifique entièrement déterminé par le moule de sa culture, mais une personne qui peut partager ses connaissances personnelles à autrui et qui a sa propre façon de voir les choses.

J'ai finalement été retenue. Nous étions alors deux stagiaires dans le même bateau. Notre premier emploi à toutes les deux dans le monde de la recherche. La recherche en question concernait le rétablissement des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale. On y abordait le rétablissement clinique, le premier auquel l'on pense lorsque l'on y réfléchit, mais aussi le rétablissement personnel. C'est-à-dire le point de vue de la personne en rétablissement, ses objectifs, ses opinions, ses besoins et ses défis. Le concept entier du rétablissement personnel me rappelait alors beaucoup l'approche subjective de l'anthropologie, où l'individu a son mot à dire sur sa propre société et sur les traitements qu'il reçoit de ses pairs.

C'est au cours de cet emploi que j'ai pris connaissance des pairs-aidants; un concept encore très récent : une personne ayant reçu un diagnostic de trouble de santé mentale, qui partage son vécu afin de donner de l'inspiration à des personnes qui partagent une condition similaire. Dans cette perspective, nous sortons alors du contexte médicalisé purement objectif et l'on accorde une importance au rétablissement personnel qui, bien que complémentaire au rétablissement clinique, n'est pas toujours mis de l'avant surtout dans la communauté scientifique. Le pair-aidant parle de son histoire, la démédicalise et montre à ses clients que oui, leurs vécus sont valides. Il apporte ainsi son expertise et travaille en collaboration avec des intervenants, psychiatres et travailleurs sociaux dans l'objectif de couvrir l'ensemble des besoins des clients.

Moi et ma coéquipière devions rédiger des capsules vidéo adressées aux jeunes afin de démystifier les troubles de santé mentale mais aussi de parler de la profession de pair-aidant, que l'on souhaite faire reconnaître. J'ai rencontré de merveilleuses personnes impliquées, introspectives et bienveillantes. Des personnes qui donnent de l'espoir et du soutien, qui savent que l'objectif de prendre un café une fois par semaine avec un ami peut comporter des défis à surmonter et beaucoup de courage pour certaines personnes. Pour une étudiante comme moi qui a commencé sa vie d'adulte avec plusieurs diagnostics et qui se décourageait facilement en y pensant, cette découverte m'a donné une bonne dose de courage et j'ai pu constater que j'étais en train de me rétablir, moi aussi.

J'ai alors de nouveau pensé à mes réflexions de départ; « suis-je bien qualifiée pour ce poste si j'ai reçu des diagnostics et que je vis moi-même des problèmes au quotidien ? » Je n'avais pas pensé un instant que de parler de telles conditions pouvait apporter quelque chose dans un contexte professionnel ou que ça pouvait être à l'origine d'une forme d'expertise. D'où l'importance de *détabouiser* tout ce qui touche la santé mentale, plus particulièrement au travail. Dans un univers où la productivité et le perfectionnement sont sans-cesse mis de l'avant, cela implique certainement de nombreuses initiatives et remaniements, mais cela est une autre histoire.

Pour plus d'informations sur les pairs-aidants: https://www.ampaq.ca

Par Isabelle Pépin

vol 27 no4, octobre 2020

De la vue du caissier

Quand je travaillais à la caisse dans une épicerie l'an passé, je parlais à beaucoup de gens, mais brièvement et sans vraiment élaborer. Je mettais beaucoup d'emphase pour offrir un beau bonjour accueillant et agréable. J'aimais beaucoup mon travail. Dans mes expériences de travail, j'ai construit toute une culture pour accomplir le travail d'équipe avec une collaboration efficace. Quand je quitte un emploi, tout le monde de l'équipe me connaît très bien.

L'exposition à la caisse est un modèle valable d'usage de mesures d'hygiène systémique. C'est simple et sécuritaire d'y travailler. Toutefois, quand je parle aux gens, la répétition me force à me restreindre à toujours dire les mêmes choses et c'est difficile d'être compris. Je parviens cependant à observer les gens avec beaucoup de nuances et à apprendre à socialiser davantage.

Dans un contexte où l'on est exposé à des mesures de sécurité importantes à cause de la COVID-19, on doit prendre la peine de construire sa culture personnelle, malgré le fait que l'apprentissage génère des doutes. Dans mon cheminement de vie autonome, je me suis créé ma propre culture de la vie quotidienne. C'est une pratique qui m'aide à me maintenir.

J'utilise le renouvellement comme moyen de construction et je remarque qu'en vieillissant je dois m'assurer plus souvent de constater si les choses sont à réparer. Il faut les reconstruire plus souvent.

Dans le moment, on s'imprègne de nouveaux développements pleins de questions intenses sur l'hygiène, la technologie et les restrictions liées à la consommation. On ne sait pas bien si on gardera ces constructions. Néanmoins, mon expérience de vie me rappelle qu'on ne peut pas tout réinventer à la fois.

En travaillant à la caisse, j'ai appris à porter un jugement sur le coût d'un aliment. Encore plus, j'ai développé une culture sur ce que je veux manger. C'est un apprentissage qui demande et qui rapporte beaucoup. **J'enrichis donc aussi ma culture en travaillant; je mange mieux.**

La beauté d'un bon repas est parfois ce qui nous pousse à vouloir le manger et la chimie alimentaire est plus vaste qu'on ne se l'imagine. Je cuisine en improvisant à chaque repas et je ne peux pas passer un mois sans m'acheter un beau et grand gâteau. J'ai hâte de reprendre le travail.

Pierre-Étienne Létourneau

Devenez membre d'Action Autonomie

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

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

Devenir membre c'est :

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

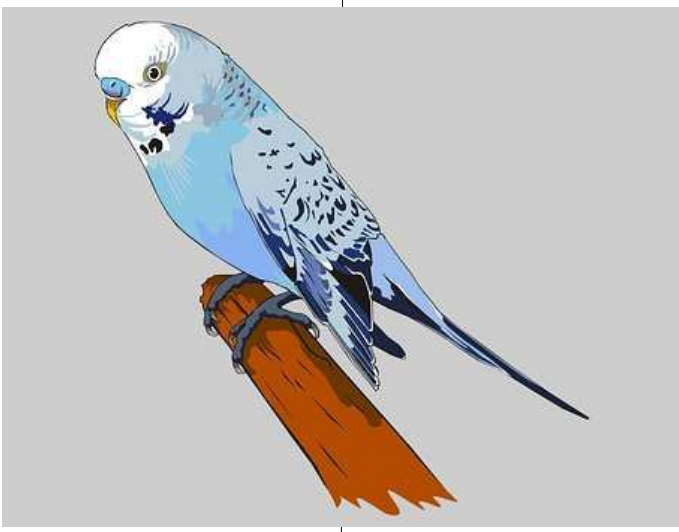
Pour en savoir plus contactez nous au 514-525-5060

LOLLY ET MOI

Avoir un animal de compagnie, c'est plus que de la zoothérapie en clinique.

Avoir un ami poilu ou avec des plumes (genre : chat, chien, ou oiseau), c'est une histoire d'amour Il faut en prendre soin. Le nourrir et le toiletter. C'est un engagement de plus d'une dizaine d'années.

On n'achète pas un petit ami pour l'abandonner dehors et l'oublier juste comme ça. C'est une relation d'amour et de partage. C'est un ami fidèle. En ce qui concerne la zoothérapie, qui peut s'empêcher de flatter un chat (une boule d'amour) ou un chien (il ne vous quittera jamais). Même une perruche peut être spéciale (on peut jouer avec). Les animaux sont intelligents et enjoués.



Ça me rappelle une visite au "pet shop". Il y a beaucoup de perruches en train de jouer dans des cages. Je n'ai pu résister. J'y ai adopté Lolly, une très belle femelle verte que j'ai aimée pour plus d'une dizaine d'années.

Chez moi, je l'ai installée dans une cage avec la porte toujours ouverte. En fait, on partageait tout mon 3 ½. Elle revenait dans sa cage pour manger et dormir.

Il faut partager sa vie avec un animal pour vraiment les comprendre. Il y a de petits inconvénients; Lolly aimait se percher sur la pôle des rideaux dont elle défaisait des bouts de fil. Pour moi, c'est « cute ».

J'ai plein de souvenirs uniques. Elle se perchait souvent sur mon épaule pour jouer avec mon oreille.

Il arrivait souvent qu'elle vienne manger dans mon assiette. Elle aimait beaucoup les patates pilées et même le ste3ak dont elle arrachait des fibres pour les manger (une perruche carnivore!...) C'est rare, mais chaque animal a ses particularités et une personnalité bien à lui.

Tiens!... Lolly aimait aussi la vodka. Je lui en donnais à l'occasion, très rarement en fait, qui veut d'une perruche alcoolique.

Elle jouait souvent avec moi. Une fois, elle m'a même rejoint dans la baignoire… j'étais assis dans l'eau et elle s'est posée sur ma cuisse. Elle en a profité pour faire sa toilette en étendant ses ailes dans l'eau et en se secouant après.

Je pouvais faire un livre de ces souvenirs. En fait, j'ai partagé ma vie avec Lolly, jusqu'à sa mort et même après…

Un après-midi, j'ai entendu plein de bruits de sa cage. J'ai accouru : elle était en convulsion dans le fond de sa cage. J'ai appelé le vétérinaire. Il m'a dit de venir le voir. Il devait fermer, mais il m'a attendu quand même.

J'ai enveloppé Lolly avec des linges au fond d'une casserole c'était l'hiver. Chez le vétérinaire, elle est décédée d'un arrêt cardiaque, même avec de la nitro.

J'ai ramené sa dépouille. J'ai bricolé un cercueil et je l'ai enterré dans le sous-bois derrière chez moi.

Je garde de beaux souvenirs de Lolly. Il y en a un que je garde dans un album photo. Je l'avais photographiée perchée sur sa boîte de graines préférées. Je suis sûr qu'elle avait posé pour moi, pour que je garde ce souvenir.

Peut-être vous vous demandez pourquoi je vous raconte ces tranches de vie commune avec Lolly?

Eh! Bien, c'est à cause de la pandémie… De tels partages peuvent aider à garder le sourire, même derrière un masque!...

Sincèrement,
Roger JR Boisvert

FIN

vol 27 no4, octobre 2020

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