



Bilan sur
l'état des droits
en santé mentale
en Outaouais

Changer
nous ferait tous du **bien**

Une étude de Droits-Accès de l'Outaouais
mars 2014

Changer
nous ferait tous du bien

Planification de l'étude : Daniel St-Jean

Cueillette de données : Éline Tremblay, Marie Jacque Fortin et Daniel St-Jean

Traitement des données : Éline Tremblay, Marie Jacque Fortin, Julie Desrochers et Daniel St-Jean

Analyse des données : Daniel St-Jean, Éline Tremblay, Marie Jacque Fortin, Clara Lanoé, Mathieu Déziel-Parent, Katharine Larose-Hébert, Émilie Couture-Glassco, Mirane Nouh Omar et Alexandre Métras

Rédaction : Daniel St-Jean, Marie Jacque Fortin et Éline Tremblay

Comité de lecture : Sept citoyens et citoyennes concernés, dont des personnes utilisatrices, des acteurs du milieu de la santé et des personnes intéressées provenant de divers milieux

Approbation : Conseil d'administration de Droits-Accès du 13 mars 2014

Correction : Chloé Séradori, Julia Couture-Glassco et Jacynthe Bélisle

Mise en page : Geneviève Paquette et Daniel St-Jean

Photo de la couverture Colourbox

Production : Droits-Accès de l'Outaouais (2014), 145, rue Eddy, Gatineau, Qc.
J8X 2W7/819-777-4746
www.droitsaccés.com droitsaccésout@qc.aira.com

Impression : Imprimerie Vincent Gatineau, Québec

ISBN : 978-2-9812202-3-3

Dépôt légal : Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2014
Bibliothèque et archives Canada, 2014

AVIS AUX LECTEURS

Indépendamment des individus et de leurs compétences, toutes les critiques attribuées ci-après aux pratiques de certaines professions doivent être interprétées dans le contexte d'un réseau dysfonctionnel et d'une organisation du travail qui, selon nous, déshumanisent leur travail et entrave parfois leurs obligations légales et déontologiques.

De toutes les maladies majeures qui affligent l'Occident, les seuls patients qui ont vu leur espérance de vie décliner sont ceux qui souffrent de maladie mentale grave.

David Healy, psychopharmacologue

L'idée qu'une nouvelle psychiatrie puisse être entièrement fondée sur les neurosciences est une illusion dangereuse. En réalité, les psychiatres traitent des problèmes qu'ils comprennent à peine.

Joel Paris, psychiatre
Université McGill

*Le succès du Plan d'action en santé mentale du MSSSQ dépend de façon importante de l'adhésion du monde médical.
On pense ici aux psychiatres dont les pratiques sont appelées à être modifiées.*

Le Protecteur du citoyen du Québec

SOMMAIRE

PRÉFACE	11
IMPORTANT MESSAGE À NOS PARTENAIRES DU RÉSEAU.....	13
MISSION ET MANDAT DE DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS	15
PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE	17
MÉTHODOLOGIE	19
CONTEXTE HISTORIQUE	23
FRÉQUENCE ET GRAVITÉ DES ABUS	25
TABLEAUX DES DOUZE PRINCIPAUX ABUS DE DROITS RÉPERTORIÉS EN SANTÉ	29
1: NON-RESPECT DU DROIT DE REFUSER SES ÉVALUATIONS ET DE CONTESTER SA GARDE	31
2. RECOURS CROISSANT À L'IMPOSITION DE SOINS	33
3. NON-PARTICIPATION DES PERSONNES UTILISATRICES À LEUR PLAN DE SOINS INDIVIDUALISÉ ET/OU D'INTERVENTION.....	35
4. RECOURS AU CHANTAGE, AUX MENACES ET AUX REPRÉSAILLES	37
5. RECOURS ABUSIF AUX MESURES DE CONTRÔLE (MÉCANIQUES ET CHIMIQUES) ..	39
6. NON-RESPECT DU DROIT D'ÊTRE INFORMÉ SUR SON ÉTAT DE SANTÉ ET SES TRAITEMENTS	41
7. MANQUE DE RESPECT ENVERS LES PERSONNES UTILISATRICES	43
8. NON-RESPECT DU DROIT AU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ	45
9. PROFILAGE SOCIAL ET/OU DISCRIMINATION	47
10. PRISE EN CHARGE TARDIVE AUX URGENCES.....	49
11. QUALITÉ ALÉATOIRE DES SERVICES DE SUIVI EXTERNES	51
12. RISQUES ET DÉRIVES DES AIRES ADAPTÉES DES URGENCES	53
ANALYSE DES CAUSES DES ABUS	55
PRÉSENTATION DE CINQ DES PLUS IMPORTANTES CAUSES DE CES ABUS	57
ANALYSE DE L'EFFET DE CES ABUS SUR LES PERSONNES UTILISATRICES	89
PROCESSUS D'ALTÉRATION DE LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES UTILISATRICES	97

EFFETS NOCIFS DU RECOURS À L'IMPOSITION DE SOINS EN SANTÉ MENTALE	99
CONCLUSION	105
RECOMMANDATIONS	107
BIBLIOGRAPHIE.....	111
LES ANNEXES	117
DROITS DES USAGERS DES SERVICES DE SANTÉ AU QUÉBEC.....	119
OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES DES MÉDECINS, DES INFIRMIERS-ÈRES ET DES TRAVAILLEURS SOCIAUX AU QUÉBEC	130
DROITS DES USAGERS ET POUVOIRS DES PSYCHIATRES	139
RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC :.....	141
ACRONYMES.....	173

Préface

« Too often the human services dehumanize and depersonalize those who come to receive services [...] » (Deegan, 1990, p. 301)

Il n'y a pas si longtemps, Patricia Deegan (1990) soulignait l'importance de reconnaître l'humanité des personnes que l'on soigne. Elle nous rappelait d'ailleurs que l'oubli de cette humanité que nous partageons avec ces personnes contribue à une rupture interpersonnelle profonde laissant place à l'émergence et la normalisation de pratiques inhumaines. Dans les milieux de soins, les manifestations de cette rupture sont polymorphes et se manifestent quotidiennement. Nous dégageons ainsi des écrits de Deegan un besoin criant quant à nos obligations professionnelles de développer des pratiques réflexives qui se conforment aux valeurs de nos codes déontologiques respectifs. Il nous apparaît évident que ces valeurs sur lesquelles reposent nos pratiques sont à risque d'être compromises dans les milieux de travail. Cela veut dire qu'il est facile d'oublier l'humanité que nous partageons avec ceux que l'on soigne dans un **système davantage centré sur l'efficacité et l'efficience que sur la personne elle-même**. Au cœur de notre démarche réflexive, il ne faut pas oublier que par l'entremise de notre formation professionnelle, la société nous accorde un certain pouvoir sur la vie des gens. Comme le dit si bien Deegan (1990), avec ce pouvoir vient une grande responsabilité et un grand risque. D'une part, nous avons la responsabilité de ne jamais perdre de vue cette humanité qui nous unit en respectant la dignité et la souveraineté de chaque être humain, peu importe sa condition sociale et son état de santé. D'autre part, le risque est de s'identifier davantage aux rôles professionnels que nous exerçons qu'aux personnes que nous sommes. Cet élément essentiel devrait influencer nos interactions professionnelles.

Dans un même élan réflexif, ce rapport, dans lequel l'état des droits en santé mentale en Outaouais est décrit, se veut un outil fondamental dans le développement d'une éthique des pratiques en psychiatrie. S'inspirant d'une approche inductive qui cherche à répertorier le vécu des personnes et par le fait même l'opérationnalisation des pratiques dans les milieux psychiatriques, Droits-Accès Outaouais dresse un portrait révélateur des réalités auxquelles font face les utilisateurs d'un système en dérive; un système d'institutions et d'intervenants qui, dans certains cas, ne respecte pas les droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale; un système où un écart existe entre la loi et son application sur le terrain (Protecteur du Citoyen, 2011) un système où la citoyenneté s'avère incertaine pour la personne aux prises avec un problème de santé mentale. Au sein de nos institutions psychiatriques, l'expérience citoyenne de ces personnes représente bien souvent une lutte pour le droit à la reconnaissance et au respect.

Cette lutte à laquelle nous faisons référence est une lutte contre ces pratiques psychiatriques qui portent atteinte à la dignité humaine. Lorsqu'on ne reconnaît pas une personne comme citoyenne et ayant des droits, force est de constater qu'on ne lui reconnaît pas son humanité. Ainsi, comme l'indique le rapport de Droits-Accès Outaouais, le processus d'hospitalisation, les rapports de force entre soignants-soignés et les pratiques institutionnelles qui y sont rattachées, donnent lieu à une modification progressive des rapports à soi-même et à autrui. Ce sont ces nouveaux rapports, conséquences des atteintes au corps et à la dignité, qui se traduisent par une attaque à son identité citoyenne; une identité qui, vraisemblablement, est vidée de son sens. Ainsi, les pratiques psychiatriques en vigueur, celles que nous considérons routinières, naturelles et même thérapeutiques doivent être problématisées afin de faire place au changement. Ce rapport se veut donc un premier pas vers ce changement, fondé sur une éthique des pratiques en milieux psychiatriques.

Jean Daniel Jacob, IA, PhD

Professeur agrégé, École des Sciences infirmières
Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Ottawa

Important message à nos partenaires du réseau

Notre organisme est un ardent défenseur d'un réseau de santé public universel, accessible et gratuit. S'il nous arrive souvent de le critiquer, ce n'est jamais parce que nous lui voudrions du mal, mais bien au contraire, parce que nous lui souhaitons ce qu'il y a de meilleur.

Nous reconnaissons d'emblée la tâche difficile à laquelle font face quotidiennement les employés du réseau. Nous savons aussi qu'il s'y réalise encore de grands accomplissements. Nous reconnaissons enfin que la vaste majorité des personnes qui y travaillent sont dévouées, généreuses et de bonne foi.

Le travail des organismes communautaires, et plus particulièrement celui de Droits-Accès, demeure cependant d'exiger du réseau qu'il reconnaisse ses propres dérives et qu'il se donne un plan sérieux pour les redresser dans un délai planifié.

Nous avons beaucoup d'échanges avec ceux qui travaillent dans ce réseau et ceux-ci sont généralement francs, ouverts et chaleureux. Par contre, nous y rencontrons aussi de la résistance, de la résignation et du déni.

L'objectif de cette étude n'est pas d'attaquer des individus, mais bien d'identifier les dérives, les erreurs, les croyances erronées et les « façons de faire » qui sont nocives et dangereuses autant pour les utilisateurs que pour les soignants eux-mêmes. Nous sommes convaincus qu'un plus grand respect des droits des personnes utilisatrices de services serait un bénéfice important pour les soignants et rendrait leur travail plus enrichissant, plus motivant et plus efficace.

Dans les pages qui suivent, nous avons rigoureusement décrit ce que nous-mêmes et des centaines de personnes utilisatrices de services constatons depuis des années. Au-delà de la vision critique que cette étude implique, notre espoir est de vous rejoindre, de vous sensibiliser et de vous engager dans un renouvellement des pratiques, avec nous et avec les personnes utilisatrices de services.

Au plaisir de continuer à travailler avec vous.

L'équipe de Droits-Accès de l'Outaouais

Mission et mandat de Droits-Accès de l'Outaouais

Droits-Accès de l'Outaouais est l'organisme régional de promotion et de défense des droits en santé mentale. Cet organisme existe depuis bientôt 25 ans et vient en aide à plus de 1 250 personnes par année. Financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ce dernier reconnaît l'action de Droit-Accès à travers un cadre de référence qui précise son mandat, ses valeurs et ses modes d'intervention. À ce titre, Droits-Accès aide, informe et accompagne (individuellement et collectivement, et selon la volonté des personnes) des personnes utilisatrices de services en santé mentale dans leurs recours pour qu'ils puissent faire valoir eux-mêmes leurs droits.

Notre organisme porte plutôt la voix de personnes utilisatrices qui ne sont pas entendues, à qui on impose souvent le silence et qui se sentent exclues alors qu'elles sont, selon la loi, celles qui doivent être considérées en tout premier lieu, lorsqu'il est question des services relatifs à leur état de santé physique et mentale.

Présentation de la démarche

Cette étude sur l'état des droits en santé mentale est une première en Outaouais et elle aura exigé plus de deux années de travail intense et rigoureux. Vous y trouverez douze tableaux exprimant les principaux abus de droits vécus dans le réseau public par des personnes utilisatrices des services recevant également de l'aide et un accompagnement de Droits-Accès de l'Outaouais.

Ces tableaux sont suivis de notre analyse des conséquences de ces abus sur les personnes utilisatrices. De plus, une analyse des causes structurelles ayant contribué à l'émergence de ces abus vous sera présentée. Enfin, une série de recommandations est adressée aux institutions appelées à jouer un rôle dans la correction de ces dérives.

Les histoires des personnes utilisatrices ayant rendu possible ce bilan sont celles de personnes provenant de divers horizons socio-économiques et culturels. Par contre, beaucoup d'entre elles sont des personnes appauvries, marginalisées et vulnérables.

Vos réactions, commentaires et suggestions face à cette étude sont appréciés et peuvent nous être transmis via notre courriel, par téléphone ou en personne. Le suivi de cette étude consistera à rencontrer les dirigeants de chaque CSSS ainsi que l'Agence régionale dans le but de nous assurer que ce document ait une utilité pratique et serve ceux pour qui nous oeuvrons tous : les personnes utilisatrices des services de santé.

Bonne lecture et bonne réflexion.

Méthodologie

SOURCES

Notre équipe a entrepris la présente étude en novembre 2011. Notre premier objectif fut d'identifier les sources d'information qui nous permettraient de colliger l'ensemble des difficultés et abus formulés par des personnes utilisatrices au sujet des services en santé mentale reçus en Outaouais au cours des cinq dernières années. Les sources identifiées auxquelles nous avons eu recours sont les suivantes :

- Les dossiers individuels et collectifs des personnes qui ont utilisé les services de Droits-Accès de l'Outaouais contenus dans nos archives;
- Les doléances et les plaintes formulées par des personnes utilisatrices en santé mentale;
- L'expérience et la mémoire cumulées de nos employés;
- Nos statistiques annuelles;
- Les rapports annuels des commissaires locaux et régionaux aux plaintes, et;
- La recension des écrits relatifs au réseau et aux pratiques en psychiatrie.

ÉCHANTILLONNAGE

Chaque année, depuis au moins cinq ans, notre organisme reçoit annuellement les commentaires et demandes d'aide et d'accompagnement de 300 à 500 personnes utilisatrices des services publics de santé mentale. Cela représente 40 % à 60 % de l'ensemble de nos interventions. Nos archives contiennent près de 350 dossiers étoffés concernant ces mêmes services.

Depuis dix ans, nous avons aussi accompagné près de 100 personnes pour porter plainte auprès d'un commissaire local ou régional du milieu de la santé en Outaouais.

Enfin, il faut aussi comprendre que 50 % des personnes qui viennent vers nous le font pour d'autres raisons que l'accès aux services de santé, mais demeurent des personnes utilisatrices de ces mêmes services. À ce titre, elles en ont une connaissance dont elles nous font part régulièrement.

TRAITEMENT DES DONNÉES

Afin de permettre aux lecteurs d'avoir une vision périphérique du phénomène que nous tentons de cerner, nous avons choisi de présenter les principaux abus de droits répertoriés sous forme de tableaux.

Chacun des tableaux correspond donc à l'un des douze grands types d'abus de droits répertoriés. Chacun des douze abus ainsi présentés est décrit en fonction des cinq caractéristiques suivantes :

- Le type de services dans le cadre duquel se produisent ces abus;
- Les responsables de la planification et de la livraison de ces services;
- La nomenclature des articles de droits et d'obligations déontologiques auxquels chaque abus est lié;
- Des explications permettant de mettre en contexte chaque type d'abus et;
- Une nomenclature des effets que ces abus ont sur les personnes utilisatrices.

PROCESSUS DE VALIDATION

Au cours de la phase de rédaction initiale et lors de groupes de discussion auprès des personnes utilisatrices de services, nous nous sommes ponctuellement tournés vers des intervenants et des gestionnaires du réseau afin de préciser ou de valider certaines de nos informations ou hypothèses de travail. Cette démarche a été de trois ordres :

- Des discussions téléphoniques ou en personne, ainsi que des échanges de documents en vigueur avec une vingtaine d'acteurs du réseau de la santé mentale de l'Outaouais;

- Des rencontres avec les équipes en santé mentale des cinq CSSS de la région;
- Le traitement de toute l'information obtenue sur le réseau, entre autres dû à notre participation au Comité régional de l'Agence sur l'application de la Loi p-38.001.

Après avoir organisé toutes ces informations et dressé le portrait des principaux abus de droits, nous avons soumis les résultats à ceux qui vivent ces situations de près, soit des personnes utilisatrices des services en santé mentale.

Pour ce faire, nous avons mené les démarches suivantes :

- Des entrevues individuelles avec 5 personnes utilisatrices ayant reçu nos services concernant les difficultés relatives aux services en santé mentale;
- Quatre groupes de discussion, composés d'une trentaine de personnes utilisatrices d'organismes communautaires en santé mentale de la région.

RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE DE VALIDATION

Initialement, notre collecte de données nous avait permis d'identifier un large éventail d'abus. Cependant, suite au processus de validation, nous avons recentré notre travail sur ceux qui se révélaient les plus significatifs. Or, il est à noter que cette démarche est venue confirmer la plupart de ces abus. La démarche nous aura permis d'atténuer certaines critiques, d'en préciser d'autres et, surtout, de raffiner nos explications sur les causes et les effets des abus. Tout compte fait, le nombre d'abus de droits ainsi accrédité s'est alors stabilisé aux 12 qui vous seront présentés ci-après.

Cet exercice a permis :

- de colliger la fréquence de ces abus ainsi que leur gravité selon certains critères;
- d'en établir certaines des causes;
- d'analyser les conséquences de ces abus sur les personnes.

Contexte historique

Comme toutes les autres sociétés occidentales dotées d'un réseau public de santé, le Québec a, à partir des années 1990, tenté de juguler la croissance de ses dépenses en santé et services sociaux. La stagnation démographique, le vieillissement de la population et les tendances économiques dictées par le néolibéralisme (contrôle de la dette et privatisation des services de l'État) ont alors justifié cette rationalisation des dépenses en santé. Par contre, la croissance des salaires, due à la rareté de certains soignants (principalement médecins et infirmières), et celle des coûts systèmes (exemples : autres salaires, infrastructures, équipements médicaux de pointe et médicaments) ont rendu ce contrôle des dépenses presque impossible.

Au terme de deux décennies de tentatives répétées de réforme, force est de constater que nous sommes passés d'un réseau dont nous étions fiers à un réseau difficilement accessible, de moins en moins gratuit et moins centré sur sa raison d'être, soit les personnes utilisatrices de services. Dans un autre ordre d'idée, les services privés de santé représentent déjà le tiers des dépenses globales faites en santé au Québec (RIOCM, 1998). Pourtant, il n'y a pas encore eu de véritable débat public à propos de l'avenir de ce bien commun qu'est le réseau public de santé et de services sociaux.

La déconstruction du réseau des années 1960 à 1980 a-t-elle pour but de nous préparer à un changement de vocation ou à sa privatisation? Dans un tel cas, qu'advierait-il des citoyens qui, comme la plupart des personnes utilisatrices des services en santé mentale, seraient incapables de se payer de tels services au privé? Quelles conséquences tout cela aurait-il sur la stabilité sociale et la santé publique?

C'est dans ce contexte que nous soulevons la question de la qualité des services publics pour susciter un débat nous permettant de réorganiser le réseau de la santé et des services sociaux autour des moyens disponibles et des besoins de la population.

Fréquence et gravité des abus

LES CRITÈRES D'ÉVALUATION DE LA FRÉQUENCE ET DE LA GRAVITÉ DES ABUS

Les pages qui suivent contiennent des tableaux permettant de mieux cerner les abus de droits constatés dans le réseau par nos usagers et nos employés au cours des cinq dernières années. Pour débiter cette présentation, nous vous expliquons tout d'abord sur quelle base la fréquence et la gravité de ces abus ont été évaluées.

Critères de fréquence :

Sur la base des dossiers que nous détenons, de la fréquence de chaque abus répertorié, de nos statistiques annuelles et des confirmations obtenues lors du processus de validation, nous avons choisi d'attribuer une cote de fréquence des abus étalée sur une échelle de 1 à 3.

- Une **cote (3)** équivaut à un abus que nous considérons ancré dans les pratiques;
- Une **cote (2)** équivaut à un abus préoccupant et assez fréquent, mais qui ne nous semble pas encore ancré dans les pratiques;
- Une **cote (1)** équivaut à une forme d'abus ponctuel et nécessitant un suivi immédiat.

Critères de gravité :

Pour ce qui est de la gravité de ces abus, nous nous en sommes remis à la quantité et à l'importance de chaque article et de chaque loi bafoués par les abus répertoriés :

- une **cote de gravité de niveau (3)** pour chaque atteinte à un droit consenti par la *Charte des droits et libertés* du Québec;
- une **cote de gravité de niveau (2)** pour une atteinte à un droit consenti par le *Code civil du Québec*, la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* ou la *Loi p-38.001*;
- une **cote de gravité de niveau (1)** pour l'atteinte à une obligation déontologique (médicale, infirmière ou du travail social).

Les pages qui suivent vous présentent un tableau vous permettant de saisir l'ensemble du phénomène ainsi que les niveaux de fréquence et de gravité de chacun des douze types d'abus de droits répertoriés dans les services publics de santé mentale en Outaouais.

Fréquence et gravité des abus

	Types d'abus de droits	COTE DE FRÉQUENCE		Charte des droits (3)	Code Civil (2)	L'SSSS et P.38.001 (2)	Codes de déontologie (1)	COTE DE GRAVITÉ TOTAL
1	Non-respect du droit de refuser ses évaluations et de contester sa garde.	3		12	8	8	10	38
2	Utilisation croissante des impositions de soins : garde en établissement et autorisation judiciaire de soins.	2		9	4	8	14	35
3	Non participation des personnes utilisatrices à leur plan d'intervention (P.I.)	3		3	2	10	16	31
4	Recours au chantage, aux menaces et aux représailles.	3		6	4	6	14	30
5	Recours abusif aux mesures de contrôle (physique, mécanique, chimique et isolement).	2		6	6	8	10	30
6	Non-respect du droit d'être informé de son état de santé et de ses traitements.	3		3	6	8	8	25
7	Manque de respect envers les personnes utilisatrices.	3		12	-	4	12	28
8	Non-respect du droit au consentement libre et éclairé.	3		6	4	4	10	24
9	Profilage social et/ou discrimination.	1		12	-	4	7	23
10	Prise en charge tardive aux urgences (p-38.001)	2		6	-	6	3	20
11	Qualité aléatoire des services de suivi externe, incluant l'hébergement.	1		6	-	6	8	15
12	Risques et dérives des aires adaptées des urgences.	2		6	-	6	-	12
	Total			87	34	78	112	311
	%			28 %	11 %	25 %	36 %	100 %

Note: Veuillez vous référer aux définitions de la fréquence et de la gravité des pages 25 et 26.

Tableaux des douze principaux abus de droits répertoriés en santé mentale en Outaouais

Chacun de ces douze abus de droits vous est ci-après présenté sous forme de tableau. Ces douze tableaux se suivront en ordre décroissant de leur gravité. Chacun de ces tableaux comporte quatre types d'informations soit : le nom de l'abus (titre du tableau), les articles et les lois concernés, une explication de l'abus et une liste des effets de cet abus sur les personnes utilisatrices.

En ce qui concerne les types de services dans le cadre desquels surviennent ces abus, et les postes ou fonctions imputables de ces services, nous avons cru bon de ne les spécifier qu'une seule fois, plutôt que de les répéter dans chaque tableau, puisqu'ils sont presque toujours les mêmes. Les voici expliqués ci-dessous :

- **LES TYPES DE SERVICE ET LEUR EMPLACEMENT :** Il s'agit des salles d'urgence de la région et leur aire adaptée ainsi que des unités psychiatriques (ou les sections réservées à cette clientèle dans d'autres unités) des centres hospitaliers qui en disposent. Cela inclut également tout autre lieu où peut se dérouler un processus de garde préventive, provisoire et/ou et les autorisations judiciaires de soins. Finalement, on réfère aussi aux services où se vivent les suivis externes, intensifs ou non, ainsi que les lieux d'hébergement (RI, RTF ou organismes communautaires).
- **LES PERSONNES IMPUTABLES DE CES SERVICES ET DE LEUR QUALITÉ:** Il s'agit du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et sa direction de la santé mentale, les administrateurs des CSSS, des présidents directeurs généraux de

l'agence régionale de la santé et des CSSS de l'Outaouais. On réfère également aux directions responsables des services de santé mentale de ces mêmes CSSS et celles de leur salle d'urgence, les directions des services professionnels (DSP) et aux directions des services infirmiers (DSI) des CSSS. Finalement, on renvoie aussi aux cadres responsables des services de santé mentale des CSSS ainsi qu'aux professionnels du réseau intervenant auprès des personnes utilisatrices de services en santé mentale.

1: Non-respect du droit de refuser ses évaluations et de contester sa garde

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de sa dignité Art. 23 : Procès juste et équitable Art. 32 : Habeas Corpus</p> <p>CODE CIVIL DU QUÉBEC Art. 11 : Consentement aux soins Art. 26 : Consentement</p> <p>CODE DE PROCÉDURE Art. 779 : Signification LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droit aux services adéquats Art. 9 : Consentement requis</p> <p>LOI P.38.001 Art. 21 : Contestation d'une garde</p> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 14: Favoriser les mesures d'éducation et d'information Art. 28 : Consentement Art. 29 : Information Art. 50 : Soins nécessaires Art. 97 : Fournir les renseignements</p>	<p>La première occasion qu'a une personne utilisatrice de services de contester sa garde survient lorsque des évaluations psychiatriques lui sont suggérées en garde préventive afin d'évaluer son niveau de dangerosité. Or, les psychiatres tentent rarement d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne utilisatrice pour ces évaluations. Un consentement libre et éclairé consiste à informer la personne de la nature, de l'objectif et des conséquences du soin à prodiguer (telle que l'évaluation) sans qu'aucune pression ne soit exercée en faveur ou en défaveur de ce soin. L'absence d'un tel consentement explique que leur contestation soit rarement rendue possible.</p> <p>Le personnel soignant perçoit généralement la résistance des personnes utilisatrices de services face à leur garde comme un refus de collaborer aux soins qu'il leur offre, plutôt que comme une intention légitime de défendre leur droit fondamental à la liberté.</p> <p>L'établissement demandeur d'une garde participe au mépris des droits fondamentaux de ces personnes utilisatrices de services en demandant généralement une réduction des délais de signification ou une dispense alors qu'il devrait savoir, depuis 1999, que cela nuit considérablement à la préparation du défendeur (personne utilisatrice de services).</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Atteint l'intégrité</p> <p>Suscite un sentiment de peur ou de panique</p>

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CODE DE DÉONTOLOGIE INFIRMIER Art. 40 : Information Art. 41 : Consentement</p> <p>CODE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX Art. 3.01.04 : Relation de confiance, respect Art. 3.02.04 : Information Art. 3.02.08 : Comportement irréprochable</p>	<p>Certaines médications prescrites au cours des heures qui précèdent l’audience au tribunal peuvent jouer un rôle défavorable pour le défendeur. Dans ces cas, la capacité de la personne utilisatrice de services de participer à sa défense est affectée par des décisions d’ordre clinique faisant de la sécurité l’unique facteur considéré. Cette pratique témoigne du manque de considération au droit fondamental des personnes utilisatrices de services à un procès juste et équitable.</p> <p>Après l’autorisation de la garde par le tribunal, les personnes utilisatrices de services sont de nouveau gardées dans l’ignorance de leur droit de contester immédiatement cette dernière devant la Cour d’appel du Québec ou le <i>Tribunal administratif du Québec</i> (TAQ).</p> <p>De plus, même lorsque certaines personnes utilisatrices de services expriment l’intention de contester leur garde autorisée, le personnel soignant est pris au dépourvu.</p> <p>Ce personnel affirme alors ne pas disposer des outils nécessaires pour les aider rapidement en ce sens (non-disponibilité du formulaire de contestation, du numéro du T.A.Q. et du télécopieur permettant de le transmettre).</p>	

2. Recours croissant à l'imposition de soins (garde en établissement et autorisation judiciaire de soins)

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité Art. 23 : Procès juste et équitable</p> <hr/> <p>CODE CIVIL du Québec Art. 10 : L'intégrité de la personne Art. 11 : Consentement aux soins</p> <hr/> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 8 : Information sur son état de santé Art. 9 : Consentement Art. 10 : Participation</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 18 : Relation de confiance Art. 55 : Qualité d'exercice Art. 97 : Renseignements</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 11 : Ne pas abuser de la confiance des personnes utilisatrices de services Art. 28 : Relation de confiance Art. 29 : Respect Art. 37 : Interdiction de violence physique, verbale ou psychologique Art. 40 : Information Art. 41 : Consentement</p>	<p>L'utilisation croissante de l'imposition de soins, qui doit être une exception, est en voie, dans bien des cas, de devenir la norme. Les établissements l'utilisent en tant que traitement thérapeutique, mais aussi souvent à cause des lacunes de l'organisation des services elle-même (prévention, psychothérapeute, crise et suivis). Nous savons que le nombre de gardes en établissement augmente chaque année depuis l'entrée en vigueur de la Loi P.38.001 en 1999 et depuis cinq ans, on remarque également une augmentation encore plus affolante (de 250 à 400 entre 2008 et 2013) des gardes préventives ainsi que du recours aux autorisations judiciaires de soins en nombre et en durée.</p> <p>De plus, ces ordonnances accordent aux établissements une latitude de plus en plus grande quant aux traitements et à l'obligation d'hébergement des citoyens et citoyennes, tout en privant la personne de son droit fondamental à la liberté.</p> <p>Au cours de ces hospitalisations imposées, le recours aux mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques) ainsi qu'à d'autres formes non encadrées de coercition nous sont rapportés.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Crée de la confusion</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p> <p>Infantilise la personne</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p> <p>Suscite des idéations suicidaires</p>

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX</p> <p>Art. 3.01.01 : Considérations éthiques</p> <p>Art. 3.01.04 : Relation de confiance, respect</p> <p>Art. 3.02.04 : Information</p> <p>Art. 3.03.02 : Information</p> <p>Art. 3.05.01 : Intérêt du client</p>		

3. Non-participation des personnes utilisatrices à leur plan de soins individualisé et/ou d'intervention

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <p>CODE CIVIL DU QUÉBEC Art. 11 : Consentement aux soins</p> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droit aux services adéquats Art. 8 : Information sur son état de santé Art. 9 : Consentement requis Art. 10 : Participation</p> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 4 : Respect, dignité Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance Art. 28 : Consentement Art. 97 : Fournir renseignement contenu au dossier</p> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 28 : Relation de confiance Art.30 : Respect, valeurs et convictions</p>	<p>Généralement, l'élaboration des plans d'intervention se fait sans la participation de personnes utilisatrices de services, celle-ci étant pourtant prévue par la loi.</p> <p>Ce plan d'intervention, préétabli par l'équipe multidisciplinaire, est ensuite imposé de façon rigide.</p> <p>Le personnel soignant invoque souvent le désintérêt de la personne, son incapacité à comprendre (alors qu'elle n'a souvent pas été jugée inapte) ainsi que le manque de temps pour justifier la non-participation de la personne utilisatrice de services à son plan d'intervention.</p> <p>Souvent, les milieux soignants croient justifié d'attendre le suivi post-hospitalisation pour permettre la participation de la personne utilisatrice à son plan de soins ou d'intervention.</p> <p>Il existe donc une contradiction entre ce que la LSSS garantit à la personne utilisatrice et ce que le personnel soignant lui reconnaît.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Crée de la confusion</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p> <p>Inhibe le désir de reprendre du pouvoir sur sa vie</p> <p>Infantilise la personne</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>Art. 41 : Consentement</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX</p> <p>Art. 3.01.01 : Considérations éthiques</p> <p>Art. 3.01.04 : Relation de confiance, respect</p> <p>Art. 3.02.01 : Intégrité et objectivité</p> <p>Art.3.02.03 : Information et accord sur le mandat</p> <p>Art. 3.02.04 : Information</p> <p>Art. 3.02.08 : Comportement irréprochable</p> <p>Art. 3.03.02 : Information</p> <p>Art. 3.05.01 : Intérêt du client</p>		

4. Recours au chantage, aux menaces et aux représailles

TYPES DE DROITS	EXPLICATION DE L'ABUS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>CODE CIVIL Art. 10 : L'intégrité de la personne Art. 11 : Consentement aux soins</p> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droits aux services adéquats Art. 9 : Consentement requis</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 4 : Dignité Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance Art. 28 : Consentement Art. 97 : Renseignements</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 11 : Ne pas abuser de la confiance des personnes utilisatrices de services Art. 28 : Relation de confiance Art. 29 : Respect</p>	<p>La culture de soins des unités psychiatriques amène le personnel soignant à confondre la notion de protection des personnes utilisatrices de services avec celle du contrôle de celles-ci.</p> <p>Par exemple : les sorties au cours desquelles une personne utilisatrice de services doit être accompagnée pour sa protection lui sont souvent accordées en échange d'une soumission à une médication qu'elle a pourtant le droit d'accepter ou de refuser.</p> <p>Une telle pratique est tout à fait contraire aux articles des lois de la santé et P.38.001 qui sont exclusivement une ordonnance de garde et non de traitement. C'est ainsi que le fait de quitter l'unité, de prendre part à une activité, d'aller prendre l'air ou de fumer, peut être utilisé par le personnel soignant comme des privilèges négociables.</p> <p>L'usage même du terme « privilèges » sous-entend l'idée que ceux-ci peuvent être accordés à certains et refusés à d'autres. Or, les motifs invoqués pour accorder ou non un privilège à une personne utilisatrice de services ne sont pas nécessairement liés à sa protection, mais à toutes sortes d'autres facteurs, tels que la gestion des conduites et des comportements attendus, le manque de ressources, l'organisation physique et l'organisation du travail.</p> <p>Ce rapport de marchandage entre le soignant et le</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Crée de la confusion</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Atteint l'intégrité</p> <p>Suscite un sentiment de peur ou de panique</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p> <p>Inhibe le désir de reprendre le pouvoir sur sa vie</p> <p>Infantilise la personne</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

TYPES DE DROITS	EXPLICATION DE L'ABUS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>Art. 30 : Respect des valeurs Art. 37 : Interdiction de violence physique, verbale ou psychologique Art. 41 : Consentement</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX Art. 3.01.01 : Considérations éthiques Art. 3.02.01 : Intégrité et objectivité Art. 3.02.08 : Comportement irréprochable</p>	<p>soigné nuit considérablement au lien de confiance nécessaire entre eux et essentiel à l'élaboration et à l'application des plans d'intervention.</p> <p>Dans ce contexte les personnes utilisatrices de services qui résistent à la renonciation ainsi exigée de leurs droits subissent des représailles et y réagissent en provoquant une punition additionnelle.</p>	

5. Recours abusif aux mesures de contrôle (mécaniques et chimiques)

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>CODE CIVIL Art. 10 : L'intégrité de la personne Art. 11 : Consentement aux soins</p> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droits aux services adéquats Art. 9 : Consentement requis Art. 118.1.: Mesures de contrôle</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 4 : Dignité Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance Art. 28 : Consentement Art. 50 : Soins nécessaires Art. 55 : Qualité d'exercice</p> <hr/>	<p>Une part importante des personnes hospitalisées en unité psychiatrique ne sont pas en garde en établissement ou sous surveillance constante. Malgré tout, leur liberté de circuler à l'extérieur de l'unité est entravée par le fait que chacune de ces unités est barrée.</p> <p>Depuis 2004, le MSSSQ s'est doté d'orientations ministérielles visant la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques. Toutefois, le Collège des médecins continue de nier l'existence des contentions chimiques, faisant en sorte que ces contentions ne sont aucunement répertoriées.</p> <p>Dans les faits, le recours aux mesures de contrôle, y compris chimiques, est indéniable, particulièrement auprès des trois clientèles les plus vulnérables : les personnes âgées, les personnes vivant avec un problème de santé mentale et celles qui vivent avec une déficience intellectuelle.</p> <p>Qui plus est, le milieu soignant nie ou élude le fait que certaines pratiques telles que les plans de chambre et les permis de circuler sont des formes d'isolement et de contentions déguisées, mais non répertoriées.</p> <p>Plusieurs des mesures de contrôle appliquées aux urgences sont le résultat d'une dégradation de l'état mental des personnes utilisatrices de services qui est due à leur prise en charge tardive et à l'environnement inadéquat auquel elles sont confinées. La plupart des mesures de contrôle appliquées aux urgences précèdent la décision médicale qui doit les autoriser et celles-ci sont mal documentées.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Atteint l'intégrité</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p> <p>Participe à la dégradation de son état de santé (anxiété, paranoïa, lésions corporelles, etc.)</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Suscite des idéations suicidaires</p>

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 28 : Relation de confiance Art. 29 : Respect Art. 37 : Interdiction de violence physique, verbale ou psychologique Art. 41 : Consentement</p>	<p>Il est documenté que le recours aux contentions et à l'isolement exige davantage de ressources humaines (Lebel et Goldstein, 2005). Or, c'est aussi par manque de ressources soignantes que le milieu hospitalier en arrive à recourir à la contention et à l'isolement (manque d'intervenants de crise ou psychosociaux). Dans notre réseau, c'est à des gardiens de sécurité payés par le MSSSQ qu'est souvent confiée cette surveillance un pour un.</p> <p>La modification de la culture organisationnelle et des pratiques ainsi que l'environnement provoquerait des changements significatifs à la baisse du recours aux mesures de contrôle sans avoir à ajouter des ressources humaines.</p> <p>De plus l'éthique des soignants est mise en péril par de telles pratiques dénoncées comme étant des traitements cruels, inhumains, dégradants et associés à la torture (l'Organisation des Nations Unies, 1996).</p>	

6. Non-respect du droit d'être informé sur son état de santé et ses traitements

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>CODE CIVIL Art. 10 : L'intégrité de la personne Art. 11 : Consentement aux soins Art. 24 : Consentement aux soins</p> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 8 : Information sur son état de santé Art. 9 : Consentement requis Art. 10 : Participation</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 14 : Information Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance Art. 28 : Consentement Art. 29 : Information Art. 97 : Renseignements</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 40 : Information Art. 41 : Consentement</p>	<p>L'information sur le diagnostic, les symptômes, l'évolution de l'état de santé, ainsi que sur la médication, est livrée au mauvais moment (en crise), de manière incomplète ou dans un langage inaccessible à la personne utilisatrice de services.</p> <p>Dans ces circonstances, le consentement aux soins des personnes utilisatrices de services est obtenu de manière non éclairée (nature et effets du traitement, procédures utilisées, effets secondaires, conséquences d'une non-intervention et alternatives).</p> <p>Le personnel soignant invoque le manque de temps pour justifier le non-respect du droit à l'information des personnes utilisatrices de services.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Crée de la confusion</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Atteint l'intégrité</p> <p>Inhibe le désir de reprendre du pouvoir sur sa vie</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p> <p>Infantilise la personne</p>

7. Manque de respect envers les personnes utilisatrices

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité Art. 10 : Droit à l'égalité</p>	<p>La tendance du personnel soignant est de s'isoler à l'intérieur du poste de garde, suggérant ainsi aux personnes utilisatrices de services leur peu d'intérêt pour l'établissement d'un lien de confiance.</p> <p>Cela entraîne un manque de connaissance et une indifférence du personnel soignant face aux droits des personnes utilisatrices de services.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p>
<p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droit aux services adéquats</p>	<p>L'usage du tutoiement et de termes inappropriés (« petite madame » et « petit monsieur ») ou de tons de voix condescendants ou trop sévères sont souvent employés.</p> <p>L'accueil des nouvelles personnes utilisatrices de services se résume souvent au rappel des règlements.</p>	<p>Inhibe le désir de reprendre le pouvoir sur sa vie</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p>
<p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 4 : Respect de la dignité Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance</p>	<p>La disponibilité du personnel soignant est souvent déficiente, alors qu'il est attendu que les personnes utilisatrices de services se rendent immédiatement disponibles à la demande du personnel soignant.</p>	<p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Infantilise la personne</p>
<p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 11 : Abus de confiance Art. 28 : Relation de confiance Art. 29 : Respect Art. 30 : Respect des valeurs Art. 37 : Interdiction de violence physique, verbale ou psychologique.</p>	<p>Toute remise en question ou doléance des personnes utilisatrices de services au sujet de leur traitement ou de la vie dans l'unité est généralement ignorée par le personnel soignant.</p> <p>Toutes les émotions jugées trop intenses font l'objet de répression soutenue par le personnel soignant.</p> <p>En garde préventive, les personnes utilisatrices de services sont amenées menottées par des policiers devant tout le monde.</p> <p>Être détenu contre son gré, faire l'objet d'une surveillance constante et être réprimandé par un</p>	<p>Augmente la stigmatisation</p>

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX</p> <p>Art. 3.01.01 : Considérations éthiques</p> <p>Art. 3.01.04 : Relation de confiance, respect</p> <p>Art. 3.02.01 : Intégrité et objectivité</p> <p>Art. 3.02.08 : Comportement irréprochable</p>	<p>soignant devant tout le monde est en soi une forme d’humiliation et d’atteinte à l’estime de soi.</p> <p>Certaines personnes ont été victimes d’abus (physiques ou sexuels) et se retrouvent dans la même unité fermée que d’autres personnes ayant un passé d’agresseur.</p> <p>Le personnel soignant interprète de manière univoque que toute résistance de la personne utilisatrice comme étant nécessairement une manifestation symptomatique de son problème de santé mentale. Dans la culture de la psychiatrie, la résistance au traitement est une preuve de l’existence de la folie pour laquelle la personne a été hospitalisée. Une telle façon de soigner exclut, pour la personne utilisatrice, toute possibilité de donner son avis sur les traitements qu’elle reçoit.</p>	

8. Non-respect du droit au consentement libre et éclairé

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>CODE CIVIL Art. 10 : L'intégrité de la personne Art. 11 : Consentement aux soins</p> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 9 : Consentement requis</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDECINS: Art. 4 : Respect, dignité Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance Art. 28 : Consentement Art. 29 : Information Art. 97 : Fournir les renseignements</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 28 : Relation de confiance Art. 29 : Respect Art. 40 : Information Art. 41 : Consentement</p>	<p>En psychiatrie, la recherche du consentement libre et éclairé des personnes utilisatrices de services tarde à s'installer dans les pratiques du personnel soignant; la difficulté n'étant pas d'obtenir la réponse de la personne utilisatrice de services (consentement ou refus), mais plutôt d'obtenir la réponse souhaitée par le personnel soignant (consentement).</p> <p>Il est patent de constater combien le manque de temps (l'aptitude des personnes utilisatrices de services n'est pas proprement évaluée) et l'organisation des services jouent des rôles majeurs dans cette difficulté à obtenir un consentement libre et éclairé.</p> <p>Tous les hôpitaux du Québec ont recours au même formulaire standardisé de consentement général aux soins. Ce formulaire est signé par toute personne consciente et requérant des soins en salle d'urgence, ce qui pourrait inclure les personnes utilisatrices de services en santé mentale et ceux qui y sont amenés contre leur gré.</p> <p>Il est possible que les médecins considèrent que ce consentement signé les dispense de rechercher le consentement libre et éclairé des personnes utilisatrices de services qu'ils souhaitent ensuite évaluer. Or ce formulaire est essentiellement un document d'admission et n'est en aucun cas un consentement aux soins.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Crée de la confusion</p> <p>Atteint l'intégrité</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p> <p>Infantilise la personne</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
	<p>D'autre part, l'usage de la signature de ce formulaire de consentement indique qu'on reconnaît l'aptitude à consentir de personnes utilisatrice de services.</p>	

9. Profilage social et/ou discrimination

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité Art. 10 : Droit à l'égalité</p> <hr/> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droit aux services adéquats</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 4 : Respect, dignité Art. 17 : Conduite irréprochable Art. 18 : Relation de confiance Art. 23 : Discrimination</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 2 : Discrimination Art. 29 : Respect Art. 30 : Respect des valeurs</p>	<p>Certains sous-groupes de personnes utilisatrices de services sont davantage profilés, et/ou discriminés par le réseau de la santé (personnes itinérantes et marginales, personnes âgées, personnes dont le diagnostic est le « <i>trouble de la personnalité</i> », personnes immigrantes, personnes vivant avec une déficience intellectuelle, personnes toxicomanes ou encore les « habitués » des services).</p> <p>En raison de ce profilage et des préjugés qui les accompagnent, le réseau a tendance à répondre aux besoins qu'il présume être ceux de ces personnes, plutôt que de répondre aux besoins exprimés par celles-ci.</p> <p>Le personnel soignant a alors une attitude défensive basée sur des peurs, un manque de connaissances et des préjugés à leur égard.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Crée de la confusion</p> <p>Atteint l'intégrité</p> <p>Provoque la résistance face au traitement</p> <p>Infantilise la personne</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

10. Prise en charge tardive aux urgences (p-38.001)

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droit aux services adéquats Art .7 : Soins appropriés</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS Art. 4 : Respect, dignité Art.17 : Conduite irréprochable Art. 23 : Discrimination</p>	<p>L’Outaouais est l’une des rares régions du Québec à considérer le moment de la prise en charge comme étant le moment où la personne utilisatrice de services rencontre un premier médecin plutôt qu’au moment du triage.</p> <p>La situation des personnes amenées en garde préventive est traitée comme une urgence de moyenne intensité alors qu’il s’agit d’un danger grave et immédiat qui doit être abordé comme une situation nécessitant une intervention quasi immédiate (entre 15 et 30 minutes).</p> <p>Ces personnes utilisatrices de services sont malheureusement gardées durant des heures par des policiers, des préposés ou des gardiens de sécurité avant d’être pris en charge, alors que leur état mental est présumé grave au point de les avoir amenées là contre leur gré (la Loi p-38.001).</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant</p> <p>Suscite l’agressivité et/ou la soumission</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

11. Qualité aléatoire des services de suivi externes, incluant l'hébergement

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices /respect Art. 5 : Droits aux services adéquats Art. 14 : Période d'hébergement</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS Art. 28 : Relation de confiance Art. 29 : Respect Art. 30 : Respect des valeurs</p> <hr/> <p>CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX Art. 3.01.01 : Considérations éthiques Art. 3.01.04 : Relation de confiance, respect Art. 3.02.04 : Information Art. 3.03.02 : Information Art. 3.05.01 : Intérêt du client</p>	<p>On observe des difficultés, au sein des suivis externes, à assurer des services de qualité. En effet, les délais dans la mise en place du suivi, le nonaccès aux spécialistes, la discontinuité du lien avec l'intervenant (en lien, entre autres, avec le roulement du personnel) et les bris de communication sont trop fréquents et hautement nuisibles au rétablissement de la personne utilisatrice de services.</p> <p>D'autre part, les établissements de santé proposent et signent des ententes avec des services d'hébergement externes (RI/RTF/organismes communautaires). Par contrat et contre rémunération, ces établissements confient donc une partie de leur responsabilité légale à des tiers.</p> <p>Or, notre expérience nous démontre que certaines formes de négligence et d'abus peuvent avoir lieu, pouvant s'échelonner sur des années, dans certains de ces services externes sans que les établissements responsables ne s'en rendent compte et/ou ne les corrigent.</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Inhibe le désir de reprendre le pouvoir sur sa vie</p> <p>Infantilise la personne</p> <p>Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

12. Risques et dérives des aires adaptées des urgences

TYPES DE DROITS	CONSTATS	EFFETS SUR LA PERSONNE
<p>CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS Art. 1 : Liberté, intégrité, sûreté Art. 4 : Sauvegarde de la dignité</p> <hr/> <p>LSSSS Art. 3 : Lignes directrices/respect Art. 5 : Droits aux services adéquats</p> <hr/> <p>Loi P.38.001 Art. 17 : Appels confidentiels</p>	<p>La création des aires adaptées remonte au début des années 2000, suite à des événements dramatiques survenus aux urgences.</p> <p>Ces aires ont aussi été des réponses aux critiques du milieu à l'égard de l'atteinte à la dignité imposée aux personnes utilisatrices de services vivant des situations de crise dans la salle d'urgence générale.</p> <p>Quoique différente d'un CSSS à l'autre, l'organisation physique de ces aires a connu, avec le temps, des améliorations, surtout à Gatineau.</p> <p>Par contre, le recours à ces unités barrées a aussi pour conséquence de priver les personnes utilisatrices de services qui ne sont pas en garde préventive, de leur liberté la plus fondamentale.</p> <p>On installe dans ces aires barrées toute personne nécessitant une surveillance constante et ce, qu'elle soit ou non en processus de mise sous garde.</p> <p>Ces personnes en attente d'être vues par un médecin peuvent être ainsi gardées illégalement durant des périodes allant de quelques heures à quelques jours.</p> <p>Durant cette attente, des personnes sans statut clair se voient privées de certains droits et libertés, de faire des appels en toute confidentialité, de sortir ou de disposer des leurs effets personnels (sac à main, cellulaire, etc.).</p>	<p>Atteint la dignité</p> <p>Suscite l'agressivité et/ou la soumission</p> <p>Participe à la dégradation de son état</p> <p>Augmente la stigmatisation</p>

Analyse des causes des abus

PRÉAMBULE

En 2010, la *Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé* tenait à Montréal un forum rassemblant les présidents-directeurs-généraux des établissements de santé. L'un des principaux messages mis de l'avant par ce forum fut de constater que le contrôle de la qualité des services de santé était devenu un gouffre et que la seule solution à ce problème dépendait du leadership de ses dirigeants.

Leadership, leadership, leadership! Le Canada doit investir davantage dans le leadership médical et clinique. Nous devons savoir au juste qui doit se charger d'assurer au sein du système de santé le leadership qui permettra de s'attaquer au gouffre de la qualité des soins

Or, dans un contexte de crise, de coupures, de changements perpétuels de direction et de réorganisations fréquentes, la dernière décennie aura grandement affaibli ce leadership. La barque du réseau de la santé tangué; ses dirigeants ont été mis en contention par les politiques et leurs comptables.

Face à l'incompréhension et le manque de communication, les soignants et les gestionnaires, dans leur souffrance respective, semblent s'être repliés sur eux-mêmes. C'est de cette façon que la confiance et les liens entre ces deux groupes ont été rompus. Dans un tel contexte de survie, il n'est donc pas surprenant que la qualité des services soit devenue une préoccupation plutôt secondaire.

Pourtant, il existe dans ce réseau des centaines de professionnels sincères et dévoués, et tout autant de personnel de soutien proche des personnes utilisatrices. Par contre, la situation présente laisse croire que la meilleure part de chacun (l'humanisme) perd en importance, et laisse sa place à l'efficience/efficacité uniquement. Cela finit, pour les personnes utilisatrices

de services, par n'avoir d'autre résultat que des protocoles ne correspondant pas à leurs besoins.

Notre réseau public ne se redressera pas sur la seule base du contrôle des dépenses. Cet objectif ne peut être celui qui nous remobilisera. Pour avoir du sens, le réseau doit être porteur d'un projet humain, aussi emballant pour ceux qui y œuvrent que pour ceux qui en ont besoin. Pour ce faire, le réseau doit d'abord avoir une vision claire et partagée de ses limites et de ses possibilités.

Or, le seul projet qui puisse être vraiment de cette nature est celui qui replace la personne utilisatrice de services et son mieux-être global au centre de toute décision et de toute action, un projet qui redonne aux soignants leur qualité de soignants et qui repose sur l'éthique et les jugements professionnels avisés.

Dans la confusion générale produite par les chambardements récents, cet objectif fondamental est presque devenu un tabou. Cette idée même de soins adéquats, de qualité, accessibles et bienveillants fait peur, puisqu'elle nous force à prendre conscience de l'étendue qui nous en sépare.

C'est cet objectif que poursuit la présente étude, en tentant d'engager une discussion avec nos partenaires dans le but de trouver des solutions satisfaisantes pour les personnes, leurs proches et les différents professionnels et gestionnaires du réseau.

Présentation de cinq des plus importantes causes de ces abus

- 1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux agit sous des influences qui sont contraires aux besoins de la population;**
 - 1.1 Des choix politiques orientés et très discutables
 - 1.2 Des choix irrespectueux envers les personnes utilisatrices de services
 - 1.3 Une fausse politique ministérielle de réduction des contentions
 - 1.4 Un refus injustifiable de mettre en place un processus de plainte indépendant
 - 1.5 Un refus de faire une évaluation de la qualité des services
 - 1.6 Une attente de douze ans avant de reconnaître les abus d'application de la Loi p-38.001
 - 1.7 Une imposition aux personnes utilisatrices d'une réduction considérable de l'aide non médicale
2. Le contrôle des dépenses du réseau occupe une telle place dans l'esprit des dirigeants que toutes les autres priorités sont devenues secondaires, incluant les droits de leurs usagers;
3. L'organisation des services en santé mentale menace la survie du réseau et nuit à la santé de ses personnes utilisatrices;
4. Le réseau ne fait aucune évaluation qualitative de lui-même;
5. Les services psychiatriques sont hermétiques, repliés sur eux-mêmes et parfois dépassés;

Note : Avec humour et dans le but d'alléger notre propos, nous nous sommes permis d'attribuer candidement des diagnostics psychiatriques à chacune des cinq causes d'abus expliquées ci-dessous.

1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux agit sous des influences qui sont contraires aux besoins de la population;

Diagnostic :

Délire, isolement social et mauvaises habitudes de vie... politique.

1.1 Des choix politiques orientés et discutables :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ) est responsable des réformes ayant mené aux dérives actuelles. Tous les gouvernements, partis, premiers ministres et ministres s'étant succédé à Québec depuis 20 ans ont failli dans l'accomplissement de ce qu'ils disaient pourtant possible, soit « *faire plus et mieux avec moins* ».

Nous n'accusons pas l'entièreté des gestionnaires d'être incompetents; il va sans dire que des efforts ont été fait et que beaucoup de travail a été accompli. Cependant, nous croyons que les problèmes structurels et l'absence d'une vision globale entravent toutes les démarches amorcées. Nous sommes déçus, voire indignés, de constater l'état actuel d'épuisement et d'incohérence de notre réseau. Considérant la panoplie d'engagements électoraux et de réformes promettant des améliorations tangibles, comment justifier cette situation lamentable? Ceci étant dit, nous refusons encore de croire que cette tâche était et demeure impossible.

L'obsession du contrôle de la dette publique, le désir de la population de conserver son réseau intact tout en applaudissant des réductions d'impôt, l'intention avouée des gouvernants de mettre les dépenses de leurs ministères au service du développement économique (entre autres pharmaceutiques), ainsi que le pouvoir prépondérant consenti au monde médical dans l'appareil ministériel, font peser sur notre réseau un risque

accru de distorsions et d'influences contraires aux besoins réels de la population.

La première de ces influences indues gravitant autour du plus important ministère de l'État québécois est celle d'un nombre disproportionné de médecins dans des postes clefs. C'est ainsi qu'au cours de la dernière décennie, le billet de l'idéologie médicale en est même venu à « teinter » l'ensemble des services sociaux. Cela a occasionné par le fait même un alignement unidirectionnel de nature biomédicale des autres formes d'interventions (soins infirmiers, travail social, psychothérapie, etc.), et ce, bien souvent au détriment d'approches moins curatives.

Cette subordination des autres professionnels du réseau face à la profession médicale étant déjà patente au niveau clinique, lui accorder une instance supplémentaire de contrôle politique et de gestion met en péril la mission sociale complémentaire du MSSSQ, tout comme la collaboration interdisciplinaire éthiquement souhaitable. Nous voulons de plus rappeler qu'une telle façon de faire est coûteuse, qu'elle nuit à la qualité des services et nous empêche d'être plus performants. Ce déséquilibre de pouvoir et de reconnaissance entre les professions a aussi pour effet d'établir des rapports malsains et contre-productifs entre les professionnels, en plus de dérouter des changements qui seraient parfois salutaires. Cette dynamique nous apparaît d'aurant plus inacceptable du fait que ce sont les personnes utilisatrices qui finissent par subir les conséquences des guerres d'égo de ceux qui les soignent.

Un tel problème émerge lorsque la majorité des ministres et sous-ministres de la Santé et des Services sociaux en viennent à être exclusivement composée de médecins, et que cette tendance se perpétue dans de nombreux autres postes de direction au sein des Agences régionales et des CSSS. Ceci étant dit, nous n'insinuons pas que le fait d'être un médecin

équivalent à être un mauvais décideur. Les médecins occupent bien évidemment une place essentielle dans le réseau. Par contre, bien que leur apport soit incontournable, leurs champs d'action et d'expertise se concentrent avant tout sur l'hôpital, les aspects curatifs, l'observation, les durées d'hospitalisation, les examens et la technologie, et non sur l'ensemble du fonctionnement d'un réseau de santé et de services sociaux.

Puisque les médecins sont une « denrée rare », en Outaouais comme ailleurs, et qu'ils sont pressés, voire opprimés, leur capacité à assurer le développement du lien de confiance avec les personnes utilisatrices est réduite. Ils sont donc de moins en moins les témoins directs de la volonté de ceux qu'ils soignent. En psychiatrie, une telle distance est inacceptable pour les personnes et contre-productive sur un plan d'organisation du travail. Or, accorder autant de pouvoir aux médecins induit un risque d'écart nocif entre ce qu'ils croient nécessaire et les besoins réels de leurs patients. C'est pour cette raison que l'apport professionnel des infirmiers et des travailleurs sociaux doit, particulièrement en psychiatrie, être ravivé et redéployé.

Dans un souci d'accroissement du bien-être et de la qualité des soins, il devient essentiel d'accorder, dès l'hospitalisation, une plus grande reconnaissance aux problématiques sociales sous-jacentes, ne relevant pas d'abord de l'expertise médicale, que sont les déterminants sociaux de la santé. L'hospitalisation est parfois une étape nécessaire dans un parcours de soins, mais rappelons-nous qu'elle n'a pour objectif que le retour le plus rapide possible à l'autonomie. Or, en psychiatrie, bien des hospitalisations s'avèrent non nécessaires ou trop longues, ce qui affecte particulièrement le maintien ou le développement de l'autonomie. En outre, les hospitalisations prolongées ou à répétition mettent en péril l'insertion sociale et ultimement, le bien-être des personnes utilisatrices.

Sur un plan strictement économique, l'hospitalisation, havre des médecins, est ce qui est le plus dispendieux dans le réseau. Or, considérant son coût, l'existence d'un hôpital a peu d'impact sur la santé d'une population. Grâce à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nous savons depuis plus de cinquante ans que ce qui a réellement un impact sur la santé d'une personne, ce sont les déterminants sociaux de la santé, soit le niveau de revenu, l'éducation, le logement et les liens sociaux, pour ne nommer que ceux-ci (Agence de santé publique du Canada, 2013).

L'accessibilité à un hôpital ne se situe qu'au 10e rang sur les 12 vecteurs de santé identifiés (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Pourtant, toutes les réformes mises de l'avant par nos gouvernements depuis 1995 ont eu pour effet de recentrer les services en santé mentale autour d'une psychiatrie qui privilégie des hospitalisations trop rapides, parfois trop longues et extrêmement coûteuses. De plus, cette approche soignante nous semble souvent peu efficace, socialement destructrice pour les personnes utilisatrices et très propice aux abus de droits.

Dans un tel contexte, il devient encore plus important de considérer le fait que les services psychiatriques de deuxième ligne s'adressent généralement à des citoyens dont le revenu annuel est inférieur à 16 mille dollars. De là notre constat que bien des crises en santé mentale ont pour source des difficultés économiques et psychosociales. Or, puisque l'organisation actuelle des services impose un contact obligatoire avec une psychiatrie qui sous-estime largement ces facteurs, il n'est pas surprenant que les mêmes personnes doivent revenir si souvent vers un traitement qui escamote cette part cruciale et critique de l'aide requise.

L'approche essentiellement médicamenteuse imposée aux personnes utilisatrices et la subordination du travail social au

pouvoir psychiatrique participent, selon nous, à la chute de la qualité des services des dernières années. Or, s'il est clair que les médicaments camouflent bien les symptômes, ils facilitent également l'abandon de ces personnes dans des conditions de vie similaires à celles qui les amènent à être en crise. Ces conditions de vie nocives sont pourtant occultées par le calme apparent induit par une médication qui permet de croire que tout est réglé, stabilisé et satisfaisant. Or, cette relative stabilité et cette satisfaction sont souvent uniquement celles des soignants et de l'entourage, et beaucoup moins celle de la personne concernée.

Alors que la pauvreté rend vulnérable à la *maladie* et que la *maladie* rend vulnérable à la pauvreté, notre réseau semble avoir perdu tout désir et tout lieu de réflexion sur les déterminants sociaux de la santé et sur la justice sociale. Il nous apparaît même que les services publics (incluant le MSSSQ et sa direction de la santé mentale), ainsi que certains ordres professionnels et syndicats négligent leur rôle social de protection des citoyens les plus vulnérables.

Or, cet abandon, d'abord individuel, puis collectif, des plus pauvres, nous coûte cher autant socialement qu'économiquement. De cet abandon social résulte, selon notre expérience, une partie du phénomène d'itinérance. C'est aussi cette absence de réflexion du milieu de la santé sur ses propres actions qui pousse la psychiatrie actuelle à embourber les urgences, à entraîner des dépassements de coût, à inhiber les services de prévention et à favoriser l'enlèvement des personnes utilisatrices dans la pauvreté et l'exclusion sociale.

La situation socio-économique d'une personne utilisatrice vivant seule et recevant des prestations d'aide sociale pourrait être exprimée comme suit : elle n'a généralement pas droit à la prestation pour contrainte sévère à l'emploi et doit essentiellement subvenir à ses besoins grâce à l'aide sociale de

base, soit 604 dollars par mois. Avec un tel revenu, il est donc vital d'avoir accès à un logement à prix modique pour éviter de devoir vivre en chambre. Toutefois, même avec un loyer à prix modique, elle a *toute la misère du monde* à se nourrir et boucler ses fins de mois.

Il a été démontré que les chances d'une personne vivant de l'aide sociale d'être anxieuse et dépressive sont de 85 % supérieures à celle d'une personne de revenu moyen (ICIS, 2009). C'est donc dire que la maigreur planifiée de l'aide sociale rend malade et que nos gouvernants n'ont aucune raison d'ignorer ce fait en lien direct avec le premier des déterminants de la santé. Cette pauvreté qui rend malade multiplie ensuite des recours onéreux à des soins et des médicaments. Or, tous les médicaments d'une personne vivant une telle situation sont assumés par l'État. La valeur mensuelle des médicaments ainsi consommés par les bénéficiaires de l'aide sociale varie entre 100 et 400 dollars. C'est donc dire que, dans la vaste majorité des cas, l'État aurait un avantage autant économique, social que de santé, à augmenter les revenus des bénéficiaires de l'aide sociale. D'une part, cette mesure lui coûterait non seulement moins cher en frais de médicaments, mais aussi en frais d'hospitalisation. D'autre part, nous estimons que ce revenu mensuel plus décent permettrait aux bénéficiaires de l'aide sociale d'être en meilleure posture pour reprendre en main de manière plus durable, leur santé, leur vie et leur rôle dans la société.

En ne reconnaissant pas ce cercle vicieux et en encourageant une approche de soins en santé mentale qui mise essentiellement sur une consommation de médicaments de plus en plus effrénée, le MSSSQ ne permet pas concrètement à ces citoyens appauvris le mieux-être promis par la LSSSS. Dans bien des cas, la médication ne fait qu'enfermer chimiquement les personnes utilisatrices dans une pauvreté de plus en plus

permanente, pauvreté à laquelle elles finissent par s'abandonner durablement.

Face à un tel état de fait, beaucoup de personnes utilisatrices sont habitées par une intense révolte intérieure qui, malgré qu'elle soit empreinte de dignité, est alors perçue comme dangereuse par leurs soignants. Cherchant désespérément une alternative à cette vie bloquée entre la pauvreté et la surmédication, leur quête, parfois malhabile, se trouve plus souvent qu'autrement refusée et ignorée, sinon brutalement contrecarrée. En effet, de nombreux intervenants psychosociaux du réseau, pris dans l'engrenage de cette doctrine du médicament, réagissent alors en gardien de celle-ci plutôt qu'en défenseur des droits et du mieux-être de leurs usagers. Quel travailleur social oserait remettre en question la médication d'un psychiatre à la demande de son usager? Pourtant, est-il nécessaire de rappeler que le travail social implique de manière incontournable la défense des droits des personnes aidées?

C'est souvent dans de telles circonstances que l'arsenal médico-légal et coercitif du réseau s'abat sur ces personnes. Supporté par des lois défailantes (pensons à la Loi p-38.001) et des tribunaux aveuglés par l'absence de contre poids, tout se conjugue alors pour ramener ces personnes à l'hôpital, où le médicament *salvateur* sera réimposé sans la personne et contre sa volonté. Une telle façon de soigner n'a aucune chance d'être perçue comme positive. Les milieux de la santé et de la justice pourront bien continuer d'user de leurs pouvoirs de coercition, ils ne feront qu'étouffer plus longtemps le questionnement pourtant fondé et utile que nous soumettent, chaque année, des milliers de citoyens (Dorvil, 2006). Est-ce vraiment de cette manière que nous souhaitons aider et est-ce à une telle entreprise que doivent servir nos impôts ?

Des compressions à répétition ont, au cours des ans, été imposées aux services non médicaux en santé mentale ce qui a

alourdi considérablement la charge de travail des travailleurs sociaux. En plus d'une augmentation du nombre de personnes à voir, les travailleurs sociaux doivent prendre un temps important volé aux personnes utilisatrices afin de fournir des comptes-rendus statistiques de toutes leurs interventions. Or, à terme, ces statistiques quantitatives ne nous apprennent rien sur la qualité des services et semble, avant tout, devoir principalement servir à des fins politiques. Ces coupures ont donc signifié une écoute et une disponibilité moins grande qui affectent grandement les liens de confiance tout comme la qualité des services. Est-ce nécessaire de souligner que cela participe à la négation des droits de ces personnes? Or, la surmédicalisation de la santé mentale et, son corollaire, l'affaiblissement du rôle social du réseau, découlent tous de choix imposés par nos gouvernements successifs et aucun d'entre eux n'a, jusqu'à ce jour, démontré d'intention concrète de le reconnaître, ni d'affronter les dérives d'intervention que cela a engendré.

Comme nous le verrons dans la section qui suit, il faut ajouter à ces choix du MSSSQ (faits, selon nous, sous influence), sa politique du médicament qui, depuis 2007, a privé les citoyens de centaines de millions de dollars. Ces cadeaux à l'industrie pharmaceutique ont essentiellement été faits dans un but de développement économique. Du même coup, on privait ainsi de ces ressources un réseau de santé déjà mal en point à qui était simultanément imposées des coupures drastiques qui font encore très mal aux usagers des services en santé mentale.

1.2 Des choix budgétaires nuisibles aux personnes utilisatrices :

Le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ) représente près de 43 % du budget du gouvernement du Québec. En effet, sur les 70 milliards de dollars que représente l'ensemble des dépenses gouvernementales annuelles, près de 20 milliards sont

injectés en santé par le MSSSQ alors que près de 10 autres milliards de dollars le sont par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Secrétariat du Conseil du trésor, 2013).

Les 20 milliards de dollars dépensés annuellement par le MSSSQ sont principalement répartis entre les salaires des employés du réseau, les édifices, les programmes et les autres coûts systèmes. Quant aux dépenses de la RAMQ, elles sont réparties entre le salaire annuel des médecins (6,3 milliards de dollars par année) et les médicaments (3,4 milliards de dollars) (RAMQ, 2013). La RAMQ n'est cependant pas la seule agence gouvernementale à défrayer le coût de certains médicaments. À cette dépense de la RAMQ, il nous faut aussi ajouter les médicaments remboursés, entre autres, par la SAAQ, la CSST, l'IVAC, etc. Or, l'ensemble de ces dépenses gouvernementales en médicament a été multiplié par 13, passant de 260 mille dollars en 1985 à plus de 3,47 milliards de dollars en 2012 (ICIS, 2013). Cette seule dépense en médicaments représente près de 12 % de toutes nos dépenses publiques en santé.

Qui plus est, la masse salariale des médecins du Québec a fait un bond prodigieux de 67 % depuis 2007 (Lessard, 2014), alors que les 430 mille employés de l'État (dont près de 220 milles en santé

(MSSSQ, 2013) n'ont vu la leur n'augmenter de que de 22 % pour la même période (Lessard, 2014). Il faut aussi rappeler que ce sont les médecins spécialistes qui s'approprient la part la plus importante de cette croissance. Le choix du gouvernement, en cette matière, a été de céder aux chantages des médecins de quitter le Québec si leur salaire n'était pas équivalent à celui de leurs confrères ontariens et américains. Or, si notre choix est d'agir en ce sens à répétition, une part

astronomique de nos maigres ressources de santé sera toujours prioritairement absorbée par cette seule dépense.

Pendant ce temps, à peine 1,2 milliard des 20 milliards de dollars dépensés par le MSSSQ sont destinés à la santé mentale (MSSSQ2014), et ce, bien que les problèmes de santé mentale soient en forte croissance. C'est donc dire que notre ministère de la santé y investit à peine 6 % de ses ressources (4 % si l'on ajoute les dépenses de la RAMQ).

De plus, cette petite somme consentie aux services en santé mentale représente à peine 18 % du salaire global versé aux médecins du Québec. Tout ceci nous amène à penser que les dépenses gouvernementales en santé sont avant tout une affaire médicale, pharmaceutique et, bien sûr, de béton (développement économique oblige).

Pour aller plus loin dans notre compréhension du phénomène pharmaceutique, il est important de rappeler que le gouvernement du Québec a maintenu en place, entre 2007 et 2013, une politique du médicament (IREC, 2012) qui fut un véritable gaspillage des fonds publiques destinées à la santé. En effet, le Québec est la seule province canadienne à avoir garanti un avantage supplémentaire à son industrie pharmaceutique (celle du brevet et celle de la protection supplémentaire de 15 ans). À toute fin pratique, cela signifie simplement que notre généreux ministère garantit à certaines compagnies pharmaceutiques qu'il continuera de lui acheter ses médicaments durant quinze ans, et ce, même s'ils lui coûtent plus cher que d'autres médicaments équivalents et également disponibles sur le marché. Bien que ce double avantage ait été stoppée en janvier 2013, il n'en demeure pas moins que les dépenses encourues au cours des sept années où il fut consenti se totalisent à près de 770 millions de dollars. (RAMQ, 2012, 2013; MSSSQ, 2010) Une telle somme, investie

judicieusement, aurait permis l'embauche de plus de 1500 travailleurs sociaux pour une période de dix ans.

Selon une étude de l'IREC (2012), le quatrième objectifs de cette politique gouvernementale du médicament donne véritablement au MSSSQ un mandat de développement de l'industrie pharmaceutique qui pose un sérieux problème d'indépendance. Toujours selon cette étude, le MSSSQ devrait plutôt travailler au développement de la santé publique et réduire l'actuelle influence de l'industrie sur les professionnels de la santé.

Pour l'Outaouais, à peine 2 % de la dépense annuelle de la RAMQ en médicament nous permettrait d'embaucher une trentaine de psychologues, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires. Or, ce sont ces postes d'intervention de première ligne et de suivi dans la communauté qui ont beaucoup souffert des compressions des dernières années. Plutôt que d'avoir automatiquement recours à la carte soleil et à la « baguette magique » du médicament, les personnes utilisatrices doivent pouvoir aisément recourir à l'alternative psychosociales pour calmer ou prévenir les crises et améliorer leurs conditions de vie. Contrairement à tous les engagements d'amélioration des services et de contrôle des dépenses, la logique du MSSSQ en ce domaine a plutôt mené au sacrifice de ce qui permettait de prévenir les crises (services psychosociaux) et au développement de son corolaire, unrecours accru à ce qui coûte le plus cher (hôpital-médecins-médicaments).

Tout ceci étant dit, le MSSSQ agit et prend des décisions qui nous semblent souvent en rupture avec les réalités du terrain, réalités dont il devrait pourtant être l'expert. Or, les priorités budgétaires du ministère semblent souvent destinées à servir, avant tout, la satisfaction des besoins extrinsèques des médecins et des pharmaceutiques plutôt que les droits et les services

fondamentaux des citoyens qui doivent vivre avec un problème de santé mentale. Très concrètement, c'est cette même logique ministérielle qui a mené, en novembre dernier, à la disparition du seul poste de travailleur social destiné à la clientèle en santé mentale à l'urgence du centre hospitalier de Gatineau.

Les personnes vivant avec un problème de santé mentale représentent pourtant près du tiers des attentes aux urgences. N'est-ce pas déjà un signe alarmant nous indiquant que ces personnes sont mal desservies et mal soignées (nommons ici, l'effet de la porte tournante)? Les personnes utilisatrices n'ont en effet pas d'autres choix que de se buter sans fin à ce mur que représente pour elles les urgences. D'abord conçues pour des problèmes de santé physique, les urgences ont non seulement du mal à répondre adéquatement aux besoins des personnes utilisatrice mais ce sont des lieux où leurs droits sont quotidiennement bafoués.

Malgré quelques améliorations notables mais récentes et encore fragiles, ces urgences continuent de représenter, pour les personnes utilisatrices, un milieu de traitement stigmatisant, dans lequel sont vécus des rapports malhabiles et provocants où l'on a continue de recourir indument à des gardiens de sécurité, à des serrures, à une force excessive et à des injections non conformes et brutales. Les choix budgétaires et d'organisation de services ont beaucoup contribué à ces dérives qui sont, en soi, des gestes méprisants envers ceux qui souffrent de telles difficultés.

Notre pratique nous confirme aussi que les milieux de travail sont de plus en plus toxiques pour l'équilibre mental des citoyens. Or, le milieu de la santé n'échappe pas à ce phénomène. En effet, un nombre croissant d'employés du réseau de la santé font maintenant partie de nos usagers. Cet employeur public tente, comme beaucoup d'autres, de dépister le bilan de santé mentale de leurs employés, et ce, avant même

de les embaucher. Nous sommes d'ailleurs convaincus qu'il agit, en ce domaine, sur une base discriminatoire et que cette pratique contre nature et tordue est le résultat du contrôle contre productif des dépenses à tout prix inoculé par le MSSSQ à son propre réseau.

De plus, lorsqu'un employé du réseau « craque », et l'ambiance actuelle les y pousse, le réseau le traite souvent d'une manière aussi cavalière que le plus vil des employeurs. Alors que la mission du réseau est de favoriser la santé, l'équilibre et l'inclusion sociale de ses usagers, ce réseau devient, pour ses propres employés, une « machine » à briser, à exclure et à abandonner. Toutes ces dérives sont, selon nous, directement attribuables aux décisions politiques qui ont retiré aux CSSS leur mission sociale et les ont transformés en une « entreprise » comme une autre, livrée aux dictats d'un marché économique lui-même hors de contrôle.

Comme nous le verrons ci-dessous, ce même ministère a démontré, à bien d'autres reprises au cours des ans, son manque de sensibilité envers certains des enjeux les plus cruciaux pour les personnes utilisatrices des services en santé mentale.

1.3 Une fausse politique de réduction des contentions :

Après des décennies de pressions en ce sens, pressions appuyées par une montagne de recherches et de méta-analyses, ce ministère s'est finalement doté, en 2002, d'orientations ministérielles concernant les mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques. La réduction, voire l'élimination de ces mesures était au cœur de cette démarche. (MSSQ, 2002).

Non seulement le MSSSQ faisait-il alors publiquement référence à la forme chimique des contentions, mais il incluait cette notion, tout comme l'objectif de leur réduction, dans son plan d'action en santé mentale. Au cours des mois qui suivirent cette annonce, des comités régionaux furent mis sur pied afin d'assurer une mobilisation des régions en ce sens et une formation s'en suivit. Toutefois, lorsque nous avons voulu enfin aborder l'aspect chimique des contentions, un mémo du MSSSQ mit fin à cette démarche. Le Collège des médecins ayant invoqué la nécessité d'avoir des discussions préalables avec le MSSSQ à ce sujet, les rencontres et le plan d'action de notre comité régional furent suspendus.

En 2004, le Collège des médecins nia l'existence des contentions chimiques. Il affirma alors publiquement que l'utilisation de toute médication est exclusivement thérapeutique et que, par le fait même, elle ne serait jamais utilisée dans le but de restreindre les mouvements d'une personne. (AGIDD-SMQ, 2004).

Pourtant, plusieurs médecins ont, depuis, affirmé publiquement que certains médicaments sont effectivement utilisés comme des outils de contrôle mis à leur disposition, principalement dans des contextes de perte cognitive et d'autonomie, de dangerosité ou d'agitation extrême. Il va sans dire que les domaines de la psychiatrie, de la déficience intellectuelle et de

la gériatrie sont particulièrement propices à l'usage de telles contentions.

Les années qui suivirent l'entrée en vigueur de la politique ministérielle de réduction permirent de constater une diminution du recours aux contentions mécaniques et physiques traditionnelles. Cependant, cette réduction impliqua aussi un recours croissant à la forme chimique du contrôle des personnes utilisatrices de services et celle-ci, n'ayant pas de reconnaissance officielle, elle ne peut être convenablement encadrée, comptabilisée et contrôlée.

Dans ce dossier, nous considérons que le MSSSQ n'a créé qu'une diversion, et ensuite camouflé une problématique importante, tout en en refilant directement les conséquences aux personnes utilisatrices. N'oublions pas que la contention sous toutes ses formes, bien qu'elle soit utilisée comme une mesure de « sécurité », est vécue subjectivement par la personne la subissant comme une forme de violence; une violence institutionnalisée et banalisée, qui demeure tout de même une atteinte fondamentale aux droits.

La réduction du recours aux contentions mécaniques et physiques donnait, d'une part, bonne presse au MSSSQ, mais d'autre part (et cela était prévisible) mettait en place un environnement très favorable à leur remplacement par des contentions chimiques. La soumission passive du MSSSQ face à la position du Collège des médecins au sujet de la contention chimique provoqua donc un phénomène accéléré et à grande échelle du recours aux contentions chimiques.

Depuis, il nous est devenu très difficile, voire impossible, de documenter et d'avoir quelque'emprise que ce soit sur cette pratique et ce, surtout parceque le MSSSQ a refusé d'encadrer le recours aux contentions chimique, le Collège des médecins le lui interdisant. Or, les témoignages des personnes utilisatrices,

et même de nombreux soignants, nous confirment que cette pratique existe indiscutablement. Les abus les plus dangereux sont ceux qui sont tus : un silence qui résonne lourdement dans les hôpitaux de l'Outaouais.

Le MSSSQ semble ignorer ce phénomène de contention chimique, en sachant pertinemment qu'il a volontairement omis de l'encadrer et que les droits fondamentaux des personnes utilisatrices sont, depuis, violés en toute impunité. Comment pouvons-nous aider les personnes utilisatrices à se prémunir contre une pratique abusive qui n'« existe » pas officiellement, mais qui fait malgré tout des ravages dans la vie quotidienne de milliers de citoyens? Pour le MSSSQ, ces personnes sont-elles des citoyens de deuxième classe?

Ce type de contentions est extrêmement insidieux. Il interfère non seulement dans la participation des personnes utilisatrices à leurs propres soins, mais également, dans leur capacité d'entreprendre les démarches légales visant à faire respecter leurs droits les plus fondamentaux. En effet, comment peuvent-elles être crédibles et écoutées par un tribunal lorsque leur médication trouble leurs pensées, ralentit leur élocution et leurs mouvements?

Dans certains cas, cette médication peut apaiser des symptômes et permettre une meilleure participation à un processus de défense, mais plus souvent qu'autrement, elle accroît la confusion et la somnolence au point de devenir plus handicapante que les symptômes qu'elle voulait calmer. Or, les milieux cliniques ne se préoccupent pas de ce genre d'enjeux liés aux droits de ceux qu'ils disent pourtant vouloir aider.

Tout cela nous amène à nous questionner sur la démocratie elle-même. En effet, quel serait le but d'élire des représentants s'ils consentent à ce qu'une corporation privée vienne ensuite invalider une politique décidée par un ministre de la Santé dans

le but de mieux protéger les personnes utilisatrices de service en santé mentale?

Depuis maintenant dix ans, le MSSSQ demeure muet face à un changement qu'il estimait pourtant nécessaire pour rendre justice à ces citoyens. Dans ce contexte, le courage du MSSSQ nous apparaît aussi mince que son respect des droits fondamentaux des personnes vivant un problème de santé mentale.

1.4 Refus de mettre en place un vrai processus de plainte :

En vue des modifications à la Loi de la santé de 2006, notre regroupement (AGIDD-SMQ) demandait au MSSSQ de revoir son mécanisme de plaintes, afin de lui donner plus de poids et de le distancier du réseau lui-même. Cet objectif a été partiellement atteint par deux mesures : 1) les commissaires aux plaintes ne relèvent plus directement des présidents-directeurs-généraux (PDG) des établissements, mais de leur conseil d'administration, où siègent tout de même ces PDG; 2) lorsque le plaignant n'est pas satisfait du traitement de sa plainte, il peut, après un délai de 45 jours, faire appel de la décision de première instance auprès du Protecteur du citoyen du Québec qui, lui, est tout à fait indépendant du réseau.

Par contre, ces mesures sont loin de ce que nous demandions en 2006, soit que les commissaires locaux aux plaintes relèvent directement du Protecteur du citoyen (AGIDD-SMQ, 2005). Cette requête nous a été refusée et, encore aujourd'hui, les commissaires aux plaintes des établissements de santé relèvent de Conseils d'administration, habitués à s'en remettre presque entièrement à leur PDG. En effet, ce sont les PDG des établissements qui embauchent les commissaires aux plaintes et déterminent le nombre d'heures de travail ainsi que les

ressources matérielles qui leur sont accordées, alors que ces derniers sont appelés à porter un regard critique sur les services dont sont responsables ces mêmes PDG.

Nous sommes tout à fait conscients que les commissaires aux plaintes font, souvent à leur corps défendant, des efforts importants pour changer des pratiques qu'ils jugent nuisibles aux respects des droits des usagers. Par contre, ces commissaires sont peu écoutés, ont peu de pouvoir et d'influence et comprennent très bien que leur modération est garante de leur maintien en emploi.

Il faut enfin savoir qu'il est interdit à ces commissaires aux plaintes d'examiner tout acte médical que contient souvent une plainte. En effet, seul le Collège des médecins est légalement autorisé à examiner une telle plainte. Or, les personnes utilisatrices de services en santé mentale peuvent difficilement espérer voir l'ensemble de leur plainte réglée par ce procédé ne permet pas de juger des impacts médicaux, pourtant si présents dans ces services.

1.5 Refus de faire une évaluation de la qualité des services :

Dans ses rapports annuels des dernières années, le Protecteur du citoyen du Québec a, à maintes reprises, insisté auprès du ministre de la Santé afin qu'il évalue qualitativement les services en santé mentale ainsi que le taux d'achèvement de son Plan d'action. Non seulement les ministres ont-ils jusqu'à maintenant refusé de donner suite aux recommandations formulées par le gardien des services publics -le Protecteur - mais ils refusent d'expliquer sur leur refus et leur silence persistant à ce sujet.

Alors que le manque d'évaluation de la qualité est déjà un problème endémique dans les établissements de santé, le peu de

considération accordée par les ministres de la Santé à cette question nous laisse pantois et nous permet de penser que le mauvais exemple en la matière provient des niveaux plus élevés de la hiérarchie de ce ministère.

1.6 Une attente de douze ans avant de reconnaître les abus d'application de la Loi p-38.001 :

Lorsque le gouvernement du Québec a adopté la Loi p-38.001 (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes et pour autrui) en juin 1998, sa gestion en fut confiée au MSSSQ, qui s'engageait alors à en évaluer l'application après cinq ans.

Alors que les dérives d'application de cette loi commencent à lui être présentées dès 2003 (AGIDD-SMQ) et que d'autres constats de ces dérives lui seront de nouveau acheminés : Action Autonomie (2005, 2007, 2009), Pro-Def Estrie (2005), AGIDD-SMQ (2009), Droits-Accès de l'Outaouais (2010), Le Protecteur du citoyen (2011). Le MSSSQ ne commence à s'y intéresser réellement qu'en 2007 soit près d'une décennie après son entrée en vigueur.

De plus, son optique n'est pas d'abord de s'intéresser aux abus de son propre réseau, mais plutôt d'évaluer l'impact des services communautaires de crise du Québec. Un premier consultant est donc embauché afin de faire un portrait national de ces services. Toutefois, insatisfait de la première version du rapport de son consultant, le MSSSQ le limoge et reprend le travail avec un second consultant. Le MSSSQ tardera ensuite jusqu'en 2011 avant de rendre ce rapport public (MSSSQ, 2011).

Par conséquent, le MSSSQ aura donc mis douze ans pour en arriver à une reconnaissance partielle et partielle des abus de son système de santé en la matière. Depuis ce temps, aucune ligne

directrice et aucun changement notable n'ont été proposés par le MSSSQ à ce sujet.

Or, pendant ce temps d'inaction, les droits fondamentaux des personnes utilisatrices de services continuent d'être bafoués et, en Outaouais, le recours aux gardes en établissement est en ascension fulgurante. Une telle absence d'empressement relève-t-elle d'un manque de leadership, d'intérêt ou d'un simple calcul économique et politique?

1.7 Imposition aux personnes utilisatrices d'une réduction considérable de l'aide non médicale en santé mentale :

L'« avalement » de la centaine de CLSC du Québec par les hôpitaux de leur territoire en 2007 a été une décision du gouvernement d'alors. La réduction de l'accès aux services en santé mentale via les seuls urgences et cabinets privés de médecin, ainsi que le passage presque obligatoire des personnes par la psychiatrie avant de pouvoir accéder à toute autre forme d'aide en santé mentale, découlent aussi de décisions politiques et d'organisation de services. Or, ces décisions ont signifié des pertes et des reculs néfastes pour les personnes utilisatrices :

- Embourbement des salles d'urgence et la multiplication des abus de droits des personnes qui s'y retrouvent en crise (délais d'attente nuisibles à la santé mentale, dégradation des états de crise, recours à la coercition, etc.);
- Éradication de toute approche alternative, alors considérée comme des dédoublements de services, autant dans le réseau que chez les organismes communautaires;
- Réduction considérable de l'accès à de l'aide psychothérapeutique (maintenant plus de 18 mois d'attente);

- Médicalisation accélérée des problèmes sociaux et des deuils normaux vécus au cours d'une vie;
- Glissement dramatique du travail infirmier du *care* vers le *cure*;
- Réduction de la reconnaissance et de l'importance du rôle des organisateurs communautaires en CLSC;
- Priorité accordée systématiquement à l'installation de la médication avant l'introduction de toute autre aide non médicale;
- Pression accrue imposée à tout aidant non médical au sujet de l'observance des usagers envers la médication recommandée.

Si de telles approches peuvent parfois paraître plus efficaces à court terme, elles demeurent, à moyen et long terme, un gouffre financier ainsi qu'une catastrophe sur les plans social et humain.

Les objectifs d'une telle approche ne nous semblent donc pas, à priori, être destinés au mieux-être global des personnes, mais bien davantage destinés à plaire à ceux qui croient savoir « jouer de la castonguette (i.e. carte soleil), du pilulier et de la calculatrice » .

Ces constats faits par des milliers de personnes accompagnées par nos services exigent que tous les acteurs sociaux et politiques se questionnent à savoir : pour qui le MSSSQ doit-il travailler avant tout?

2. Le contrôle des dépenses du réseau occupe une telle place dans l'esprit des dirigeants que toutes les autres priorités sont devenues secondaires, incluant les droits des usagers

Diagnostic :

Schizophrénie et danger grave pour autrui

Les droits des personnes utilisatrices des services de santé sont au coeur de ce qui régit assez largement notre société démocratique, à savoir la Charte des droits et libertés, le Code civil du Québec, la LSSSS et les différents codes de déontologie des professions reliées à la santé.

Le respect de ces droits est, en lui-même, LA qualité des services. Une personne utilisatrice dispose de ces droits afin de pouvoir se sentir en confiance entre les mains de ses soignants. L'outil le plus précieux d'intervention pour les soignants et les gestionnaires du réseau est donc le respect de ces droits. Avec les élus et les gestionnaires, les professionnels en sont les premiers gardiens. Sans ces droits et sans leur respect effectif et intégral, il n'y a plus de raison d'être pour un réseau public universel et gratuit.

Or, si les dirigeants de ce réseau ont bel et bien continué à invoquer l'importance de ces droits, force est de constater que les pressions politiques et financières qui leurs sont imposées, les ont distraits considérablement de ce rôle fondamental et fondateur. (Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay & Pinard, 2006)

On ne peut tout simplement pas poursuivre deux priorités contradictoires, d'un côté, affirmer que le respect des droits est primordial et que tous sont sur un pied d'égalité, et d'un autre, faire du contrôle des dépenses le moteur de tout changement. Cela est un non-sens idéologique tout autant que pratique. Servir deux maîtres à la fois est toujours hasardeux, mais soumettre des milliers de citoyens en situation de vulnérabilité à une telle logique démontre l'irresponsabilité des élus.

En soi, vouloir contrôler les dépenses n'est pas un objectif futile. Par contre, faire reposer législativement sur ce contrôle le maintien en poste des dirigeants du réseau équivaut à leur imposer, avec une arme sur la tempe, une gestion risquée et fort réductrice des milieux soignants. Cette façon de faire nous apparaît être une attaque frontale aux lignes directrices de la LSSSS.

En plus de cette interdiction de déficits imposée aux dirigeants, le MSSSQ exige de chaque CSSS l'atteinte de cibles essentiellement quantitatives et à court terme. Une telle forme de gestion, qu'elle soit *Lean* ou *Fat*, demeure de courte vue et ressemble davantage à une opération visant à maximiser l'accessibilité aux services (quantité), aux dépens de leur qualité même.

Il ne suffit pas seulement d'avoir vu ou rencontré une personne pour pouvoir affirmer qu'on l'a aidée. Encore faut-il l'avoir vue en temps utile, avoir pris le temps d'agir correctement avec elle et assurer le suivi nécessaire. Or, l'approche actuelle et apparemment efficace nous a sensiblement éloignés des bénéficiaires de la prévention et du maintien des états de santé. La démonstration de cette croissance statistique du nombre de citoyens rencontrés en cours d'année semble bien plus utile aux jeux partisans des politiciens qu'à la population elle-même.

Si nous ne doutons pas de la possibilité de bien soigner dans un cadre budgétaire collectivement responsable, nous doutons fortement qu'un réel contrôle des dépenses puisse s'opérer en sabotant les services préventifs en santé mentale, au profit de services de deuxième ligne extrêmement coûteux et parfois plus destructeurs que probants.

3. L'organisation des services en santé mentale menace sa propre survie et nuit à la santé des personnes utilisatrices

Diagnostic :

Comportement suicidaire avec danger grave et immédiat

Les ressources en santé mentale sont restreintes et ne devraient pas être compromises. Or, dans l'état actuel des choses, il nous apparaît probable que l'organisation de ces services menace sa propre pérennité.

Les résidents de l'Outaouais ayant besoin de services en santé mentale se retrouvent dans deux groupes assez distincts :

1. **Le groupe (A)** composé de ceux qui requièrent une aide préventive, souvent psychosociale et qui vise à prévenir une crise, leur permettant ainsi d'éviter la dégringolade sociale, la pauvreté et la chronicité qui les menacent;
2. **Le groupe (B)** composé de ceux qui sont en crise et dont l'urgence et la gravité de l'état incitent à requièrent des interventions immédiates, lourdes et coûteuses (hospitalisation et l'imposition de soins).

Après avoir discuté de cette hypothèse avec plusieurs personnes du milieu, nous estimons que l'écart des ressources entre ces deux clientèles s'est accentué avec les années et que le groupe (B), qui ne représente pas plus de 25 % des demandeurs de services, absorberait près de 75 % des ressources disponibles.

Or, moins nous nous occupons de ceux qui demandent une aide préventive et de première ligne pour éviter que leur état ne se dégrade, plus nous augmentons le nombre potentiel de personnes qui devront intégrer le groupe (B). Cette croissance du nombre de personnes du groupe (B), qui requiert une aide plus coûteuse, pousse ensuite le réseau à couper de nouveau dans les minces ressources disponibles pour le groupe (A).

Une telle façon de faire n'est ni *lean*, ni équitable, ni efficiente, ni utile à moyen et à long terme. On note un recours quasi obligatoire aux urgences pour avoir accès à de l'aide en santé mentale, un écart marqué entre les services offerts par ces urgences - pensées en fonction de la santé physique et les besoins en santé mentale, ainsi qu'une tendance des médecins à hospitaliser plus rapidement ici qu'ailleurs. Tous ces éléments font tout cela fait en sorte que bien des personnes en crise psychosociale sont inutilement poussées vers des états de crise, de dépendance et de chronicité aussi dispendieux que socialement contre-performants.

Enfin, il faut aussi savoir que les abus de droits augmentent dramatiquement avec l'importance de la prise en charge et de la coercition. Autrement dit, plus on attend que les situations se dégradent avant d'aider, plus on augmente la lourdeur des cas et des dépenses, et moins on respecte les droits de ces personnes.

4. Le réseau ne fait aucune évaluation qualitative de lui-même

Diagnostic :

Déni, manque d'autocritique et paranoïa

Outre l'évaluation obligatoire du taux d'achèvement des objectifs ministériels, la culture actuelle du réseau de la santé n'inclut pas de réelles pratiques de *monitoring*, d'évaluation et de mesure de la qualité des services.

Pourtant, plusieurs instances existantes poursuivent cet objectif à différents niveaux : le MSSSQ lui-même, l'Agence régionale, les conseils d'administration des CSSS, les mécanismes de régulation de la gestion des établissements (agrément), les comités de vigilance des CSSS, les directions des services professionnels et celles des soins infirmiers, les organismes reconnus d'agrément, les commissaires aux plaintes, les corporations professionnelles, et enfin, les processus d'encadrement, de formation, de supervision et d'évaluation du personnel.

Nous pourrions longuement élaborer sur les limites, le manque de ressources, les failles ou le laxisme de la plupart de ces mécanismes. Par contre, nous nous limiterons à affirmer que la force réunie de tous ces mécanismes n'arrive pas à prévenir, à dépister, à infléchir et à corriger de façon durable les défaillances de la qualité des services, particulièrement, mais pas exclusivement en santé mentale.

Comment un réseau, en processus de transformation, croit-il pouvoir réussir à fournir des services de qualité, s'il ne juge même pas nécessaire d'évaluer le fonctionnement des mécanismes censés sonner l'alarme? Or, ces « alarmes » qui ne sonnent plus contribuent à cette impression d'abandon, d'impunité, d'étouffement et *d'omerta* que dénotent plusieurs intervenants du milieu (cadres, professionnels, syndiqués et personnel de soutien inclus).

Il faut aussi souligner combien les employés de ce réseau se sentent largement abandonnés à eux-mêmes, rarement évalués et que leur supervision laisse souvent à désirer en ce qui à trait au savoir-être, à la connaissance et au respect des droits, au jugement professionnel ainsi qu'aux obligations déontologiques. (Sarrazin, 2011).

Afin d'illustrer plus concrètement notre propos en lien avec les services en santé mentale, nous vous soumettons les deux exemples suivants : l'usage du mécanisme de plaintes des personnes utilisatrices dans la correction des lacunes et l'évaluation de la dangerosité des usagers en crise;

4.1 L'usage des plaintes des usagers dans l'amélioration des services :

Le mécanisme de traitement des plaintes est prévu par la loi de la santé (LSSSS) et a pour but l'amélioration des services. Or, pour que cela soit possible, il faut que ces plaintes soient documentées, vérifiées, transmises aux administrateurs et que les gestionnaires en tiennent compte de manière formelle dans le but de favoriser ou, lorsque nécessaire, d'imposer les changements requis. Or, si ces plaintes existent et qu'elles sont véritablement documentées et transmises, il semble bien que leur vérification soit parfois entravée par le réseau lui-même. De plus, ces plaintes semblent peu utilisées comme levier, par les administrateurs comme par les cadres, dans le but d'apporter des correctifs. Malgré sa « cuirasse », le réseau n'est pas totalement hermétique et il est possible pour nous d'affirmer que ce mécanisme peut mettre des années à infléchir certaines pratiques ou certains comportements hautement discutables de la part de services ou d'employés faisant l'objet de plaintes répétitives, parfois même sans succès.

4.2 L'évaluation de la dangerosité :

L'un des domaines où l'impact sur les droits des personnes utilisatrices de services est extrêmement important en

santé mentale est celui de l'évaluation de la dangerosité. Or, la capacité à gérer correctement le risque que représentent, non pas les personnes utilisatrices elles-mêmes, mais bien ceux qui les évaluent, passe considérablement sous le radar du réseau. Malgré des avancées prometteuses, mais restreintes, ce domaine d'intervention nécessite un encadrement et une supervision constante, durable et spécifique. De ces trois conditions dépendra toujours le contrôle d'un phénomène de société (la gestion du risque et la peur d'un danger mal défini) dont les dérives sont frappantes et documentées.

En effet, les soignants dans ce domaine semblent confondre l'évaluation subjective de leurs propres peurs avec celle de la dangerosité présumée d'une personne utilisatrice. Cette évaluation du danger nous semble être souvent empreinte d'une « paranoïa institutionnelle » découlant des valeurs et des préjugés personnels d'évaluateurs abandonnés et isolés dans leur pratique. Cette « paranoïa institutionnelle » pourrait être liée à des drames survenus dans le passé dans certains établissements de santé de la région.

Quant au jugement professionnel des intervenants, il nous semble souvent empreint de quatre phénomènes : 1) leur faible connaissance des lois et des droits des usagers; 2) le manque de soutien et la faiblesse de leur encadrement éthique; 3) le manque d'alternatives à l'hospitalisation créé par une organisation dysfonctionnelle des services; et 4) l'ignorance des effets psychologiquement et socialement destructeurs du fait d'être hospitalisé contre son gré. Abandonnés à eux-mêmes, ces intervenants ont tendance à être insécures dans leur évaluation et à se laisser guider par la peur de se tromper ou d'être réprimandé, voire poursuivis.

Or, une évaluation aussi improvisée du danger implique automatiquement un transfert à la personne utilisatrice du risque que le soignant refuse ainsi de gérer. Nous souhaitons rappeler

que la formation continue a énormément souffert des coupures et que l'absence totale d'encadrement de cette loi (p-38.001), entre 1999 et 2011, nous a empêchés de constater toute l'ampleur de ses dérives. Puisque ces dérives sont maintenant entrées dans nos pratiques, combien de temps et d'efforts seront nécessaires avant que des corrections permettent enfin aux usagers de voir leurs droits fondamentaux respectés?

5. Les services psychiatriques sont hermétiques, repliés sur eux-mêmes et parfois dépassés

Diagnostic :

Narcissisme et repli social

Une « *meilleure pratique* » (nouvelles approches et autres données dites probantes) est une pratique novatrice développée sur le terrain et de manière marginale depuis quelques années. Cette pratique a été remarquée, observée et traduite en modèle théorique par le milieu universitaire, ce qui attira finalement l'attention du réseau à son endroit. (Santé Canada, 2002).

Souvent, notre réseau considère comme une « *meilleure pratique* » une pratique existant depuis déjà dix ou quinze ans. Bien qu'il soit pertinent et intéressant d'inclure ce type de pratique au sein du réseau, cette approche a déjà, à plusieurs égards, été déclassée par de nouvelles pratiques se développant présentement sur le terrain et répondant mieux à la réalité des personnes utilisatrices. Le facteur dynamique et continu du développement des connaissances s'allie difficilement à la bureaucratisation d'un réseau centralisé et éloigné des réalités locales.

Le réseau public de santé semble être constamment en retard d'une génération sur les besoins actuels de ses personnes utilisatrices. Pourtant

notre réseau public accepte d'expérimenter au niveau médical, nommons par exemple les nouveaux médicaments sans données probantes supportant leur usage, et consent à l'utilisation de pratiques peu éprouvées, telles que l'électroconvulsion. Pourquoi, notre réseau ne fait-il pas preuve d'autant d'ouverture au niveau psychosocial? Depuis trop longtemps le réseau de la santé, notamment celui de l'Outaouais, est demeuré particulièrement réfractaire à certains changements de pratiques pourtant survenus ailleurs depuis longtemps. On peut penser par exemple au recours à la gestion autonome des médicaments (la GAM, pourtant pensée au Québec), aux ressources intermédiaires en santé mentale, à la psychiatrie communautaire de plusieurs pays d'Europe, à l'abolition législative du recours à toute forme de contentions et d'isolement au Danemark (Hamers et Huizing, 2005), etc.

Il suffit de se rappeler les plus récents slogans ministériels aux formules vagues tels que : *la personne au centre de nos préoccupations*, *l'appropriation du pouvoir à parts égales* et *le rétablissement*, pour comprendre cette résistance et cette étanchéité du réseau.

Pourquoi notre réseau n'arrive-t-il pas à développer ce réflexe de se tourner vers son environnement naturel, de demeurer à l'affût et de se renouveler plus rapidement qu'il ne le fait présentement?

En santé mentale, au Québec, des pratiques novatrices sont pourtant présentement en développement, et elles répondent à des besoins criants auxquels, non seulement le réseau ne répond pas, mais dont il est parfois la cause, menant ainsi à la création de ces nouvelles pratiques.

Ainsi, de nombreuses approches déjà existantes répondent à des besoins importants d'utilisateurs, tout en continuant d'être ignorées et marginalisées par le réseau : la formation et l'information sur les médicaments, comme mode de consentement plus libre et mieux éclairé aux soins; la gestion autonome des médicaments (GAM), comme mode de rétablissement plus personnalisé; la défense des droits comme mode d'appropriation de pouvoir sur sa vie; *les entendeurs de voix* comme mode d'autogestion des hallucinations; les milieux de création comme mode d'expression et de gestion des trop-pleins de stress et d'anxiété; l'aide entre pairs comme mode d'insertion et de

solidarité sociale; l'éducation populaire comme école de citoyenneté, etc. (Gagné, 1996)

Qu'attend ce réseau de service en santé mentale, malade et parfois destructeur d'autonomie, pour s'ouvrir à ce qui lui ferait le plus grand bien? Tout cela apporterait pourtant une bouffée d'air dans des pratiques d'un autre âge et un changement de paradigme dont les bases inspirantes et souvent peu coûteuses pourraient même redynamiser les intervenants, les équipes et les gestionnaires.

Analyse de l'effet de ces abus sur les personnes utilisatrices de services en santé mentale

Méthodologie

Afin de valider les effets que les abus répertoriés ont sur les personnes, nous avons procédé à des entrevues individuelles ainsi qu'à des groupes de discussion. Vingt-trois personnes ont été rencontrées à cet effet au cours de l'automne 2012, dans trois des cinq territoires sociosanitaires de l'Outaouais. Toutes ces entrevues ont été transcrites. Par la suite, nous avons travaillé en équipe afin de relever, de regrouper, de nommer et de résumer les effets des abus nommés par ces personnes utilisatrices des services en santé mentale. Ce processus nous a amenés à identifier les quatre catégories d'effets suivantes :

1. l'atteinte à la dignité;
2. l'atteinte au corps et à l'esprit;
3. la rupture thérapeutique;
4. l'altération de la citoyenneté.

Analyse

Les expériences difficiles alors décrites par ces personnes se déroulent principalement aux urgences et en unité psychiatrique, mais aussi, bien que plus rarement, au cours de leur suivi externe. Dans la plupart des cas, leur récit exprime une transformation progressive de leurs rapports à eux-mêmes

et à autrui. Cette transformation implique une fragilisation de leur confiance en eux, une diminution de l'estime qu'ils avaient jusque-là, un manque de crédibilité ainsi qu'une fragilisation de la confiance et de l'estime que les autres leur vouent, suite à leur passage en psychiatrie. Ces premières pertes les entraînent ensuite, soit dans un abandon d'eux-mêmes et dans une prise en charge par le système de santé ou, encore, dans une résistance farouche à tout traitement. À terme, cela implique inévitablement une dégradation et une chronicité de leur état de santé.

Il convient de souligner que le recours aux services psychiatriques de seconde ligne résulte en une prise en charge assez invasive des personnes. Une telle approche implique un contrôle « total » des modalités d'un quotidien minutieusement réglementé. Ces institutions se caractérisent aussi par un mode de fonctionnement interne assez unique dont les règles de conduite (autant formelles qu'informelles) s'avèrent bien différentes de celles que l'on retrouve dans d'autres départements ou à l'extérieur des murs de l'hôpital.

Au-delà des conceptions altruistes des soins psychiatriques, il est important de souligner les rapports de sujétion et de soumission qui sont imposés aux personnes de manière explicite et implicite. Dans ces milieux, tout dans l'environnement physique, réglementaire et relationnel fait rapidement comprendre aux personnes qu'elles sont contraintes de se soumettre à l'autorité en place, ainsi qu'à toutes les demandes de ceux qui la représentent.

Comme nous l'ont indiqué les participants, participantes de cette étude, c'est ainsi que s'opère, à travers divers procédés interpersonnels, une dégradation de l'image de soi, due à des rapports qui incluent des atteintes à la dignité ainsi qu'à l'intégrité du corps et de l'esprit.

1- Atteinte à la dignité

(Dignité, infantilisation, dépersonnalisation et stigmatisation) :

Selon Honneth (2000) on entend par atteinte à la dignité toute pratique psychiatrique qui enlève à la personne utilisatrice de services certains droits, pourtant universellement reconnus, au sein de la société et qui, d'autre part, fait comprendre à une personne que sa valeur sociale est jugée négativement. Toujours selon Honneth, les droits auxquels nous faisons ici référence sont ceux que tout citoyen et toute citoyenne peut légitimement s'attendre à voir respectés, satisfaits.

Lorsque les agissements des soignants ignorent ou ne reconnaissent pas une personne comme personne de droits, force est de constater qu'on ne lui reconnaît pas le même degré de responsabilité et d'importance au sein de la société. La privation de ces droits représente donc une atteinte à l'autonomie ainsi qu'à l'estime de soi, et il devient difficile, dans ces circonstances, de s'envisager soi-même comme membre à part entière de la société (Honneth, 2000). À cette non-reconnaissance d'une personne comme individu de droits, s'ajoutent les processus institutionnels/sociaux et interactionnels qui participent à l'abaissement social d'une personne que l'on juge comme étant inférieure. Il est donc question ici de pratiques qui, dans leur application, participent au dénigrement de milliers de citoyens et citoyennes chaque année. Ces pratiques abusives se perpétuent ensuite par ce que l'on qualifie de « chosification des individus ».

Voici d'ailleurs quelques exemples de ce que les personnes rencontrées avaient à dire à ce sujet :

« À l'urgence, j'ai souvent l'impression de ne pas être pris au sérieux et de ne pas être cru. On me dit tout le temps d'aller prendre une cigarette pour me calmer. Être laissé à l'urgence au minimum 3-4 heures comme ça c'est difficile. »

« Je me suis senti vraiment insulté lors de mon admission à l'hôpital. Le médecin a dit que le jugement me concernant était déjà rendu et que j'étais coupable (le sujet était évalué pour aptitude à subir son procès). Je me sentais vraiment insulté, car je savais que ce n'était pas vrai. »

« En général, lors de mes hospitalisations, on n'était pas trop à l'écoute de mes besoins. Je me sentais ignorée lorsque j'allais au poste de garde demander des choses et qu'on ne m'écoutait pas. Les employés me regardaient bizarre et je ne me sentais pas comme un humain. »

2- Atteinte au corps et à l'esprit

(intégrité, idées suicidaires, dégradations de l'état mental) :

On entend par atteinte au corps ces pratiques psychiatriques qui atteignent la personne dans son intégrité physique. Par exemple, nous nous devons de souligner l'utilisation trop présente des contentions physiques, et celle grandissante des contentions chimiques, en milieu hospitalier. Or, le recours à de telles contraintes a des effets très néfastes aux plans physique et psychologique chez les personnes qui les subissent. Ces pratiques, que l'on qualifie de thérapeutiques (ex. plan de chambre, calmants, isolement, etc.), deviennent problématiques dans la mesure où elles retirent systématiquement « à un être humain toute possibilité de disposer pleinement et librement de son corps » (Honneth, 2000).

Par exemple :

« À (nom de l'hôpital), c'était juste 15 minutes de sortie de ma chambre par heure. Je ne sais pas pourquoi, je pense qu'on ne voulait pas me voir dans le corridor. »

On peut ainsi associer ces atteintes au corps à des formes banalisées de violence institutionnelle par lesquelles une personne impose à une autre certaines contraintes. Certes, les effets de ces contraintes sont bien souvent manifestés par des douleurs physiques. Toutefois, comme nos résultats le démontrent, la particularité de telles atteintes ne réside pas exclusivement dans des douleurs physiques et psychologiques, mais aussi dans le fait que cette douleur s'accompagne, chez la victime, d'un sentiment d'humiliation :

« À (nom de l'hôpital), on m'a baissé les culottes devant tout le monde pour me faire une piqûre d'urgence. Je n'ai pas aimé ça du tout, c'était humiliant. J'ai aussi pris tellement de médicaments là-bas qu'en sortant, j'étais accoutumés. »

Toute violence physique, quelle qu'en soit la nature, la raison et la légalité, change inévitablement le rapport qu'une personne a avec les autres, comme avec elle-même, dans la mesure où cette violence l'affecte tant au niveau physique que psychologique.

3- La rupture thérapeutique

(lien de confiance, confusion, agression, soumission, peur, panique) :

L'expérience négative exprimée par bon nombre des personnes se traduit généralement par une rupture thérapeutique. Dans certains cas, cette alliance thérapeutique n'a tout simplement jamais été installée entre la personne utilisatrice de services et ses soignants. Or, dès que cette alliance est absente ou rompue, la personne utilisatrice de services sent généralement une diminution ou une perte totale de son sentiment de sécurité, dans un milieu où, bien souvent, elle est gardée captive par ces mêmes soignants avec qui

elle n'a pas d'alliance. Graduellement, cela a pour effet de la distancier de ses soignants et des soins qu'elle percevait alors comme hostiles;

« Une fois, mon médecin de famille m'a donné un papier afin que je me présente à l'hôpital pour risque de suicide et que je n'attende pas. J'ai attendu très longtemps dans une petite chambre. J'ai demandé à être vu, mais personne est venu. J'ai fini par avaler ce qu'il y avait dans un contenant pour avoir de l'attention. J'ai fini par voir le médecin qui m'a humilié devant tout le monde. Il a dit à tous les autres employés ce que j'avais fait devant moi. »

« La psychiatre m'a dit que j'étais un criminel » (le sujet était à l'hôpital pour subir une évaluation pour aptitude à subir son procès). « Elle ne me laissait jamais parler. Elle était toujours accompagnée lorsqu'elle me rencontrait et elle ne m'a jamais dit pourquoi. Elle ne s'approchait pas de moi non plus. »

Évidemment, tous les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux s'entendent sur l'importance de créer un lien de confiance qui permet de maximiser le traitement des personnes utilisatrices. Par contre, à la lumière des témoignages obtenus, il est clair que les gestionnaires et les professionnels de la santé mentale n'ont pas réussi à mettre en place les conditions nécessaires afin d'assurer la constance de cette alliance thérapeutique, pourtant jugée essentielle.

4- L'altération de la citoyenneté

(résistance au traitement, inhibition de l'empowerment, prise en charge, dégradation de l'état de santé) :

Lorsque l'on discute d'altération de la citoyenneté, on entend d'une part une nouvelle relation à soi-même, et d'autre part, une nouvelle relation aux autres ainsi qu'aux institutions. En résumé, l'identité d'une personne se construit généralement selon ce que les autres, et surtout les personnes en

autorité, lui reconnaissent. Ces nouvelles relations, issues des atteintes au corps, à la dignité et à l'esprit, se traduisent par une vision diminuée de soi-même en tant que personne et citoyen/citoyenne de droit.

Les témoignages qui nous ont été transmis lors de notre recherche nous portent donc à emprunter à Goffman (2002), la notion de « *mort civile* ». En effet, la personne qui ne trouve pas une place valable pour elle-même dans la société et dans les services de santé, pourtant conçus pour l'aider, en vient à croire que son existence est sans but.

Ce constat, découlant de la manière dont elle a été traitée, pousse la personne à la marginalisation ou au repli social. Or, plusieurs des personnes interrogées nous ont mentionné que leurs besoins n'avaient pas été pris en compte par les services de santé et qu'ils n'avaient pas été consultés dans des décisions qui les concernaient pourtant en tout premier lieu.

Par conséquent, il est normal qu'une personne ainsi traitée résiste aux interventions malhabiles du personnel soignant ou, au contraire, qu'elle s'abandonne et se laisse totalement prendre en charge par un système qu'elle perçoit alors comme trop puissant pour elle. Dans bien des cas, l'altération de la citoyenneté résulte plus directement de la dégradation de l'état de santé de la personne, étant à la fois une cause et une conséquence de tels traitements.

Le cumul des effets liés aux pratiques psychiatriques contribue à véhiculer une conception voulant que les personnes utilisatrices des services en santé mentale soient des personnes différentes des autres utilisateurs du domaine de la santé. Elles sont donc abordées et traitées comme des « autres » ou des citoyens de deuxième classe :

« On me disait tu as ça comme symptômes, donc on va te faire ce traitement-là. Je sentais que j'étais juste un cas comme ça. On me traitait comme c'était écrit dans les livres. Lorsque je suis sorti, j'étais encore plus en détresse. »

Par contre, certaines des personnes interrogées nous ont expliqué qu'elles avaient pu retrouver plus tard leur identité citoyenne, entre autres, grâce à une participation à la vie de certains organismes communautaires. Voici quelques témoignages en ce sens :

« J'ai vraiment su ce qu'est la bipolarité avec (nom d'une ressource communautaire). Ça m'aide beaucoup dans ma vie. À l'hôpital, j'ai signé des papiers sans savoir ce que c'était. Je me sentais délaissée et garrochée. »

« À l'hôpital, j'ai trouvé que le personnel était cloisonné. Personne ne m'a informé des ressources dans la communauté ou préparé pour ma sortie. Il n'y a pas de communication entre l'hôpital et le communautaire. Depuis que je suis arrivée ici (ressource d'hébergement), je me sens bien. J'ai trouvé ma place et je fais des progrès. »

En somme, l'identité individuelle résulte d'un processus complexe qui se définit, entre autres, à travers les rapports qu'entretiennent les personnes avec les intervenants, intervenantes des services de santé mentale.

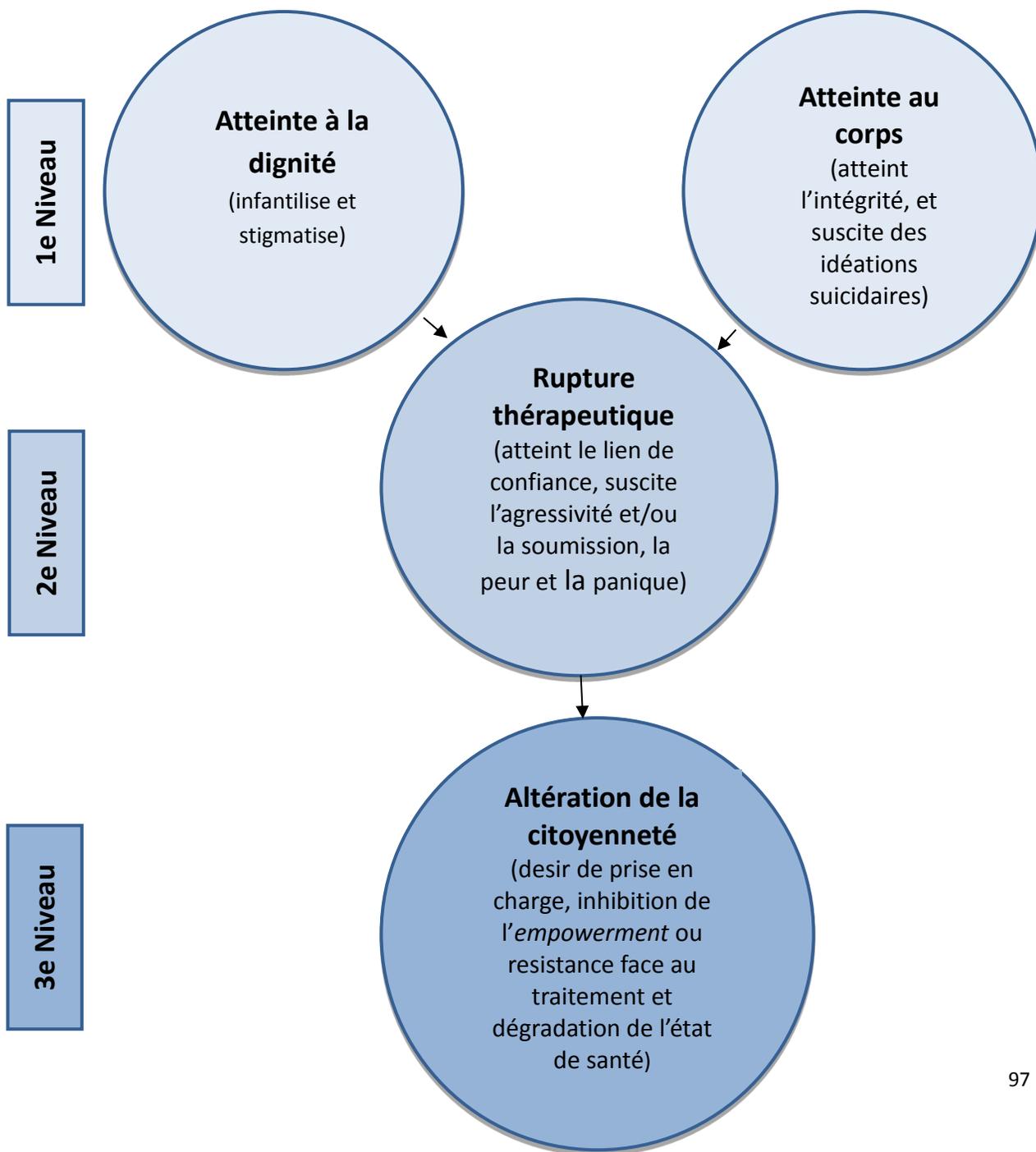
Conclusion : Au cours de nos entrevues avec ces personnes utilisatrices, nous avons pu constater que certaines personnes ont enduré longuement les conséquences des abus de droits subis en cours de traitements ou durant un suivi externe. Dans certains cas cela les a amenés à vivre carrément en marge de la société (altération de la société).

Exclus à divers degrés d'une insertion sociale et d'un rétablissement pourtant promis par l'État, ces personnes se sentent comme des individus de seconde de classe, étiquetés, jugés et socialement stigmatisés. Les effets de telles pratiques sont destructeurs pour la justice et cela représente un gaspillage humain et social inadmissible.

Note : Voir tableau du modèle théorique de cette analyse à la page suivante

Processus d'altération de la citoyenneté des personnes utilisatrices de services en santé mentale

- Voir ci-après une liste non exhaustive des effets non recherchés de deux phénomènes en lien avec le présent chapitre soit les médicaments et les impositions de soins.



Effets nocifs du recours à l'imposition de soins en santé mentale (garde en établissement et autorisation judiciaire de soins)

Préambule :

La loi prévoit que pour des raisons exceptionnelles et graves, les soignants et/ou les tribunaux peuvent autoriser un recours à l'imposition de soins. Toutefois, nous pensons que ce recours de plus en plus fréquent à de telles procédures d'exception est souvent le résultat des défaillances de l'organisation des services du réseau. Tous les groupes de défense de droit en santé mentale du Québec en sont également arrivés à la conclusion que beaucoup de ces recours mènent à des abus encore plus graves et plus durables que ceux qu'ils prétendent pourtant vouloir éviter.

Pour la personne à qui on les impose, ces mesures d'exception recèlent une capacité de violence institutionnelle documentée, mais encore banalisée par les milieux soignants comme par les tribunaux. Cette violence subie par les victimes laisse chez elles des blessures indélébiles parfois aussi importantes qu'un viol ou un rapt.

Une plus grande retenue et une meilleure gestion du risque de la part des milieux soignants sont donc nécessaires, car ces mesures, qui permettent parfois de sauver une vie, en brisent cependant plusieurs autres en cours de route.

Parmi les effets pervers possibles du recours à ces formes de coercition et de contrôle, nous retenons les suivantes :

- 1- Atteinte aux droits parmi les plus fondamentaux (la liberté, l'intégrité, la dignité, le droit à un procès juste et équitable et sans discrimination basée sur un handicap);
- 2- Atteinte à l'autonomie;

- 3- Atteinte à la santé physique et mentale;
- 4- Favorise la stigmatisation et le repli social;
- 5- Favorise l'humiliation publique et l'exacerbation des préjugés;
- 6- Favorise la judiciarisation, la psychiatisation ainsi que la marginalisation;
- 7- Favorise la perte d'emploi;
- 8- Favorise les ruptures relationnelles, amoureuses et d'affaire;
- 9- Favorise la perte de la garde des enfants;
- 10- Favorise l'augmentation des coûts ou la perte de son assurance vie;
- 11- Accroît les risques de perdre le logement durant ou des suites d'une hospitalisation;
- 12- Favorise la rupture durable du lien de confiance avec les services de santé;
- 13- Perte de la cote de sécurité nécessaire à l'emploi;
- 14- Participe à la précarisation ou à la perte du revenu et de celui de la famille;
- 15- Favorise l'exacerbation de certains symptômes (paranoïa, panique, anxiété et dépression, idées suicidaires).

Effets accélérant de la médication sur l'exclusion sociale des personnes

Préambule :

Si les médicaments peuvent calmer certains symptômes, ils ont aussi des effets secondaires importants et même néfastes sur les liens sociaux, sur l'identité et l'appartenance, la vie quotidienne, l'anonymat, la vie familiale et affective, le rendement au travail, en plus d'avoir des incidences économiques aussi importantes que destructrices. Chez les moins de 35 ans, là où les troubles concomitants (santé mentale et toxicomanie) font présentement des ravages inimaginables, plusieurs personnes nous affirment qu'elles sont conscientes des risques des drogues illégales qu'elles consomment, préférant malgré tout l'impact destructeur de ces dernières aux effets débilitants des drogues légales qui leurs sont recommandées.

Voici une liste non exhaustive des principaux effets socialement handicapants dont se plaignent régulièrement les personnes utilisatrices face à leur médication en santé mentale :

- 1- Prise de poids importante;
- 2- Perte de libido;
- 3- Ralentissement moteur;
- 4- Ralentissement intellectuel;
- 5- Accès réduit aux capacités et à la mémoire affectives;
- 6- Impression de la personne d'être distante d'autrui ou de ne pas être entièrement elle-même;
- 7- Mouvements incontrôlés et répétitifs;
- 8- Sudation excessive;
- 9- Salivation excessive ou sècheresse buccale;

- 10- Multiplication de la médication quotidienne afin de contrer les effets secondaires des médicaments principaux;
- 11- Problèmes gastriques, du sommeil ou de l'éveil;
- 12- Effets de sevrage difficile à chaque modification de la médication;
- 13- Recommencement de toutes les longues démarches d'adaptation aux effets à chaque modification de médicament voulue ou imposée par le médecin;
- 14- Résistance très significative des médecins face à toute demande de modification ou de diminution de médicament;
- 15- Effets de facultés affaiblies ou apparence de facultés affaiblies pouvant entraîner une perte de son permis de conduire.

Effet cumulé des abus de droit sur les personnes utilisatrices

Les abus de Droit		/12
1	Atteint la dignité	12/12
2	Augmente la stigmatisation	11/12
3	Affecte le lien de confiance avec le personnel soignant	10/12
4	Participe à la dégradation de l'état de santé	10/12
5	Suscite l'agressivité et/ou la soumission	10/12
6	Provoque la résistance au traitement	8/12
7	Maintient la personne utilisatrice de services dans l'ignorance et la prise en charge par défaut	7/12
8	Infantilise la personne	7/12
9	Atteint l'intégrité physique et psychologique	5/12
10	Inhibe le désir de reprendre le pouvoir sur sa vie	5/12
11	Engendre de la confusion	5/12
12	Suscite des idéations suicidaires	2/12
13	Suscite un sentiment de peur ou de panique	2/12

Note : Le tableau ci-dessus exprime le cumul des effets sur les personnes utilisatrices des abus de droit des douze tableaux précédents.

Conclusion

Nous n'avons aucune raison de penser que des sommes importantes et supplémentaires seront injectées en santé dans un avenir prévisible. Au contraire, nous entrevoyons le risque que de nouvelles coupures soient imminentes. D'autre part, la multiplication des diagnostics inspirés du DSM-V et notre style de vie actuel continueront, encore un certain temps, de favoriser la résurgence de ce qu'on appelle *les troubles mentaux*.

Il nous faut donc rapidement entrevoir des moyens moins coûteux, moins invasifs et plus durables d'apporter une aide aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Pour ce faire, nous devons absolument tenir compte de trois facteurs :

1. les besoins des usagers tels que définis par eux-mêmes;
2. l'importance de recentrer nos interventions en amont plutôt qu'en aval des crises;
3. le développement d'un réseau de services de santé mentale qui travaille principalement en dehors du cadre hospitalier et qui agit directement sur les déterminants sociaux de la santé.

Afin d'atteindre cet objectif, il nous faudra cependant renoncer aux interventions exclusivement basées sur le contrôle chimique des personnes et de leurs symptômes puisqu'une telle approche ne répondra jamais aux besoins fondamentaux d'une bonne partie d'entre elles.

Pour ce faire, nous devons commencer par consentir à retirer aux services de deuxième ligne une partie de leurs ressources pour mieux les transmettre à ceux de première ligne, particulièrement en

prévention, en intervention psychosociale, en organisation communautaire et en suivi.

Une telle réorganisation devra aussi répondre aux préoccupations que les personnes utilisatrices nous soulignent souvent, soit le désir de cesser d'être « pressé » afin de permettre des interventions de qualité et favoriser la durabilité des liens qui s'établissent entre elles et ceux qui leur viennent en aide. Le rétablissement demande du « temps », qui ne peut être prescrit et qui émerge d'une relation de confiance durable avec le personnel soignant.

Enfin, il nous faut impérativement augmenter les ressources destinées à la formation et la supervision des intervenants afin de promouvoir l'importance et la nécessité d'une approche plus humaine et respectueuse de la personne, de ses différences, de ses droits et de sa dignité. Ce n'est qu'autour de ces pistes de solution qu'un réseau de services en santé mentale a des chances de s'améliorer et de s'épanouir avec, en son sein, des soignants et des personnes utilisatrices plus satisfaits d'eux-mêmes et plus engagés les uns envers les autres.

Nous vous remercions d'avoir lu ce bilan qui est le résultat de bien des efforts, mais aussi celui d'une indignation issue du témoignage des personnes utilisatrices de services en santé mentale qui souhaitent tout simplement de se faire écouter et respecter !

Recommandations

AU RÉSEAU DE LA SANTÉ :

1- Pour un contrôle plus éthique des dépenses...

Que toute démarche de contrôle des dépenses ne puisse dorénavant être planifiée et appliquée sans avoir d'abord fait l'objet d'une évaluation succincte, mais écrite et publique, démontrant son impact futur sur l'accès, la qualité, la prévention, la promotion et la continuité des services. De plus, cette évaluation devrait être obligatoirement approuvée par le Conseil d'administration du CSSS concerné.

2- Pour un mécanisme de plainte efficace et indépendant...

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec revoie le mécanisme de plainte du réseau afin d'assurer que les commissaires aux plaintes locaux et régionaux soient directement rattachés au Protecteur du citoyen du Québec. Il est nécessaire que ceux-ci disposent de meilleurs outils pour remplir leur mandat d'intervention préventive soient : de meilleures disponibilités en temps utile, d'outils d'enquête plus efficaces, d'un mode officiel de transmission des plaintes aux administrateurs des CSSS et au MSSSQ et d'un usage plus efficace des plaintes en lien avec les dossiers des employés et avec leur ordre professionnel.

3- Pour un retour à des services de promotion et de prévention en santé mentale...

Que des services de première ligne soient redéployés en se basant d'abord sur les déterminants sociaux de la santé, sur la documentation des problèmes socio-économiques et non médicaux vécus par les personnes ainsi que sur la promotion des changements nécessaires dans les autres services gouvernementaux qui leur viennent en aide (aide sociale, logement, retour aux études, réinsertion professionnelle, etc.)

4- Pour réinvestir dans la formation aux professionnels...

Que chaque CSSS mette sur pied une formule souple et ciblée de formation continue sur l'éthique d'intervention, les droits des usagers, les effets secondaires des médicaments et les obligations déontologiques. Ces formations seraient destinées principalement aux omnipraticiens, aux psychiatres, au personnel infirmier et aux travailleurs sociaux oeuvrant dans les services de crise, de santé mentale et d'urgence.

5- Pour un meilleur accès aux services en santé mentale...

Que chaque CSSS de l'Outaouais se dote d'un point de chute territorial (centre de jour) qui soit sans rendez-vous, offrant un service essentiellement psychosocial, non soumis à un avis ou à une évaluation psychiatrique préalable et basé sur les principes de la pédiatrie sociale et que l'hôpital Pierre-Janet soit pourvu d'une urgence régionale exclusivement pensée en fonction des urgences psychiatriques.

6- Pour offrir des alternatives aux usagers...

Que les directions des services en santé mentale de chaque CSSS s'ouvrent aux pratiques alternatives existantes en santé mentale, qu'elles en fassent la promotion au sein de leur organisation et en facilitent la mise sur pied et l'accès pour les personnes utilisatrices de services.

7- Pour un forum régional paritaire sur la santé mentale...

Que l'Agence régionale, le CH Pierre-Janet du CSSS de Gatineau et Droits-Accès de l'Outaouais unissent leurs efforts afin de préparer, tenir et assurer le suivi d'un forum de deux jours sur la transformation des services en santé mentale en Outaouais.

Que ce forum assure une participation égale des usagers et d'organismes communautaires en santé mentale et d'autre part, de gestionnaires, de professionnels du réseau et d'universitaires intéressés par ce service.

AUX CORPORATIONS PROFESSIONNELLES :

8- Pour une revalorisation des professions...

Que les corporations professionnelles des médecins, des infirmières et des travailleurs sociaux entreprennent une évaluation des modalités d'application de leur code de déontologie dans un réseau en difficulté et en perpétuelle transformation.

Que ces ordres proposent ensuite à leurs membres et au réseau des façons concrètes et fiables d'assurer un meilleur respect des règles déontologiques et, du même coup, la protection du public.

À LA COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE DU QUÉBEC

9- Pour que la Charte ait une plus grande signification...

Que la CDPDJ entreprenne une vaste enquête sur les abus de droits fondamentaux des personnes utilisatrices les plus vulnérables du réseau SSS (personnes âgées, déficience intellectuelle, santé mentale et centres jeunesse).

AUX UNIVERSITÉS QUÉBÉCOISES :

10- Pour aider le réseau et ses usagers...

Que les départements de médecine des universités ajoutent au curriculum de formation des psychiatres des cours sur les données probantes des traitements, les effets secondaires des médicaments, les droits de la personne et l'éthique, ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé.

À AGRÉMENT CANADA :

11- Pour une évaluation des résultats...

Que agrément Canada revoient son approche et ses outils d'évaluation des services en santé mentale des établissements, et ce, dans le but de vérifier la qualité effective des services et le respect effectif des droits des usagers.

AUX MÉDIAS :

12- Pour que le journalisme demeure une œuvre utile...

Que les médias s'ouvrent, s'informent et se forment mieux afin d'éviter de colporter eux-mêmes les préjugés ambiants au sujet des problèmes de santé mentale, de leurs causes, de leurs traitements et des personnes qui en souffrent.

Bibliographie

ACTION AUTONOMIE MONTRÉAL. (novembre 2005). Des libertés bien fragiles : Étude sur l'application de la loi p-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Montréal, Québec. 65 pages

ACTION AUTONOMIE MONTRÉAL. (mai 2007). Loi PPDG-38.001: protection ou coercition. Rapport de recherche portant sur l'application de la loi pour les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Montréal, Québec. 153 pages

ACTION AUTONOMIE MONTRÉAL. (octobre 2009). Nos libertés fondamentales... Dix ans de droits bafoués : Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Montréal, Québec. 113 pages

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. (2013). Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#unhealthy>

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE FILIALE DE MONTRÉAL. (1991). *Les conséquences néfastes des interventions en santé mentale : les effets iatrogeniques*. Éditions la rose blanche inc.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ). (2000). Isolement et contention : Pour s'en sortir et s'en défaire. Montréal, Québec. 487 pages.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ). (2003). Pour un tribunal des recours administratifs du Québec qui respecte la liberté, mémoire présentée à la Commission des institutions dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi 35. Montréal, Québec. 14 pages.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ). (novembre 2004). Contention chimique : Quand s'arrête le contrôle et où commence le traitement? Dénoncé de position par l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec. Montréal, Québec.. 12 pages.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ). (2005). Mémoire concernant le projet de la loi 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. Montréal, Québec. 35 pages.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ). (2006). Ensemble pour s'en sortir et s'en défaire : Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle. Montréal, Québec. 26 pages.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) ET LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (mai 2006). Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale. Montréal, Québec. 19 pages.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE (AGIDD-SMQ). (2009). La garde en établissement : Une loi de protection... Une pratique d'oppression. Montréal, Québec. 36 pages

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. (2013). Code de déontologie. Éditeur officiel du Québec. Repéré à <http://www.cmq.org/~media/Files/ReglementsFR/cmqcodedeontofr.pdf>

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. (2004). Contention chimique : Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle? Collège des médecins. 7 pages

COLLIN J, OTERO M, MONNAIS L (eds.) (2006). Le médicament au cœur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe. *Collection Problèmes Sociaux Intervention Sociale, Ste-Foy*, Presses de l'Université du Québec. 300 pages

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. (novembre 2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : problèmes et options pour le Canada*. Ottawa, Ontario. 94 pages.

DAOUST-BOISVERT, Amélie. (19 février 2014). La santé et les services sociaux ont coûté près de 37.4 milliards. *Le Devoir*

DEEGAN, P. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*, 18:3, pp. 301-313

Dorvil, H., Collin, J., Otero, M., Monnais, L. (sous la dir.). (2006). Prise de médicaments et désinstitutionnalisation. (*Le médicament au cœur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Montréal: PUQ. pp. 35-66

DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS. (2010). Portrait des gardes en établissement et étude des audiences de la cour du Québec. Gatineau, Québec. 186 pages.

FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. (2010). Rapport du quatrième forum. Paramètres de la qualité des services de santé: Le rôle du dirigeant. Compte rendu du Forum des PDG. Ottawa, Ontario. 21 pages.

GAGNÉ J. (1996). L'approche alternative en santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, volume 9, numéro.2, pp.137-146.

GAGNÉ J. (2001). Une histoire qui se répète. *Relations*, numéro 661, pp.16-19.

GOFFMAN, E. ([1968] 2002). Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux. *Revue française de sociologie*. pp. 228-229

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. (1975). Charte des droits et libertés de la personne, Québec. Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1998). Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Québec. Éditeur officiel du Québec, L.R.Q. chapitre. P.38-001.

HAMERS, J. P. H., & Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Z Gerontol Geriat*, volume 38, numéro 1, pp. 19-25.

HOLMES, D. & Murray, S. (2011). Civilizing the Barbarian: A Critical Analysis of Behaviour Modification Programs in Forensic Psychiatry Settings. *Journal of Nursing Management*, 19 (3), pp. 293-301

HOLMES, D., Murray, S., Perron, A., & Jacob, J. D. (2008). Le mouvement sur les données probantes: état de la situation. *Santé mentale*, 130, pp.2-4.

HONNETH, A. (2013). La lutte pour la reconnaissance. Collections : Folies essais (numéro 576). Gallimard. 352 pages

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2013). Dépenses en médicaments au Canada, de 1985 à 2012. 119 pages.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. (2009). Le lien entre le statut socioéconomique et l'hospitalisation pour une dépression. 18 pages.

INSTITUT DE RECHERCHE EN ÉCONOMIE CONTEMPORAINE. (2012). Politique du médicament : un virage s'impose. Numéro 20. 8 pages

JACOB, J. D. (2012). Working in a violent environment: The pitfall of integrating security imperatives into forensic psychiatric nursing. Dans D. Holmes, T. Rudge & A. Perron (Eds) *(Re)Thinking Violence in Health Care Settings: A Critical Approach*. (pp.315-324). Surrey: Ashgate.

JACOB, JD & Holmes, D. (2011). Working Under Threat: Fear and Nurse-Patient Interactions in a Forensic Psychiatric Setting. *Journal of Forensic Nursing*, 7, pp. 68-77

LESSARD, D. (2014, 20 février). Négociations difficiles en vue. *La Presse*.

LEBEL, J., GOLDSTEIN, R. (septembre 2005). The Economic Cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services*. Volume 56, numéro 9. pp. 1109-1114

LE PROTECTEUR DU CITOYEN. (2011). Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c.P-38.001). 61 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2014). Comptes de la santé 2011-2012 à 2013-2014. (4^{ème} édition). Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux . 32 pages

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 27 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 97 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (mai 2006). Lignes directrices relatives au comité de vigilance et de la qualité et au commissaire aux plaintes et à la qualité des services dans les agences de la santé et des services sociaux. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 22 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2008). Cadre de référence : Le pouvoir d'intervention du commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 36 pages

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2011). Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. 124 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2013). Salariés (infirmières, etc.) et cadres des établissements publics et privés conventionnés et des ASSS du Réseau de la Santé et Services sociaux : dénombrement et rémunération. Repéré à <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?id=Lz7Uvx/L/EA=>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2014). Contour financier – Dépenses par programme et par région – 2012-2013. Repéré à <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=3NPZDGiEx/I=>

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. (2013). Code de déontologie, Éditeur officiel du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM

ORDRE PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC. (2013). Code de déontologie. Éditeur officiel du Québec. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM

ORGANISATION DES NATIONS UNIES. (1996). Recueil des Traités et accords internationaux enregistrés ou classés et inscrits au répertoire au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies.

OTERO, M. (automne 2005). « Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation », Cahiers de recherche sociologique. Numéro 41-42, , pp. 5-16.

OTERO, M. (hiver 2006). « La santé mentale enfermée entre le corps et la norme », Équilibre. Revue de l'Association canadienne pour la santé mentale. Volume. 1, numéro 1, pp. 32-4

OTERO, M. (2010). « Les fous n'existent qu'en société, » Revue du Cremis, Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance. Volume 3, numéro 1, pp. 16-20.

OTERO, M. (2012). L'ombre portée. Éditions du Boréal. 376 pages

PAILLÉ, P. (1994). « L'analyse par théorisation ancrée », Cahiers de recherche sociologique, Cahiers de recherche sociologique. Numéro 23, pp.147-181.

PRO-DEF ESTRIE. (2005). La perte de liberté... ça se questionne! Recommandations sur la garde en établissement à partir du profil estrien, 1995-2005, Sherbrooke. 18 pages.

QUÉBEC. (2005). Loi sur les services de santé et les services sociaux. Québec. Éditeur officiel du Québec, L.R.Q. chapitre S-4.2.

QUÉBEC. (2008). Code civil du Québec, 16e Éditions, Québec. .

RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC. (2013). Rapport annuel de gestion 2012-2013. Québec. 152 pages

REGROUPEMENT INTERSECTIONNEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL.(avril 1998). Équilibre, notre déséquilibre. Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal. Montréal, Québec, 94 pages.

RODRIGUEZ L., BOURGEOIS L., LANDRY Y., GUAY L. et PINARD J-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*. Presses de l'Université du Québec. Collection : Problèmes sociaux et interventions sociales. Québec. 336 pages

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L., CORIN, E., et POIREL, M. L. (2001). « Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée ». Revue québécoise de psychologie, XXII. Numéro 2, pp. 201-223.

SANTÉ CANADA. (2002). Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des personnes âgées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Ottawa, Santé Canada, 161 pages.

SARAZIN, S. (2011). L'impact de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004 sur l'exercice du travail social en santé mentale : le cas du CSSS Gatineau, École de service social, Université d'Ottawa. 364 pages.

SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU QUÉBEC. (2013). Budget de dépenses 2013-2014 : Plans annuels de gestion des dépenses des ministères et organismes. 205 pages.

ST-AMAND, N. (automne 2001). « Dans l'ailleurs et l'autrement : pratiques alternatives et service social », Reflets, Revue ontarienne d'intervention sociale et communautaire, 7(2), pp. 30-74

St-ONGE, J-C. (2004). L'Envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique. Éditions Écosociété. 311 pages.

ST-ONGE, J-C. (2013). Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique en psychiatrie. Édition Écosociété. 372 pages.

LES ANNEXES

Droits des usagers des services de santé au Québec

Extraits de la Charte québécoise des droits et libertés (version de juillet 2002)

Libertés et droits fondamentaux

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.
2. Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.
3. Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.
4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.
5. Toute personne a droit au respect de sa vie privée.
9. Chacun a droit au respect du secret professionnel.

Droit à l'égalité dans la reconnaissance et l'exercice des droits et libertés

10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.
Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

Droits politiques

23. Toute personne a droit, en pleine égalité, à une audition publique et impartiale de sa cause par un tribunal indépendant et qui ne soit pas préjugé...

Droits judiciaires

32. Toute personne privée de sa liberté a droit de recourir à l'*habeas corpus**

**Habeas corpus : Sois maître de ton corps.*

Loi votée au XVIIe siècle par le Parlement anglais et garantissant la liberté individuelle, qui évite l'arbitraire de la détention par une justification judiciaire de celle-ci en donnant le droit au détenu de comparaître immédiatement.

Droits économiques et sociaux

48. Toute personne âgée ou toute personne handicapée a droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation.

<p>Extrait du Code civil du Québec (version du 1^{er} août 2008)</p>

L'intégrité de la personne

10. Toute personne est inviolable et à droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Consentement aux soins

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Cas d'urgence

- 13.** En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile.
Le consentement de l'utilisateur, utilisatrice de services lui-même est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne.

- 24.** Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une expérimentation doit être donné par écrit.

Il peut toujours être révoqué, même verbalement.

- 26.** Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal ne l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné qu'en l'absence d'opposition de la personne.

- 27.** S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal (...).

- 28.** Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'un examen psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être

effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

- 29.** Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Code de procédure

- 779.** La demande ne peut être présentée au tribunal ou au juge à moins d'avoir été signifiée à la personne qui refuse l'évaluation ou la garde au moins deux jours avant sa présentation.

Cette demande est aussi signifiée à une personne raisonnable de sa famille ou, le cas échéant, au titulaire de l'autorité parentale, au tuteur, curateur, mandataire ou à la personne qui en a la garde ou qui démontre un intérêt particulier à son égard; à défaut, la demande est signifiée au curateur public.

Exceptionnellement, le juge peut dispenser le requérant de signifier la demande à la personne concernée s'il considère que cela serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui, ou s'il y a urgence

Lignes directrices

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:
 - 1.° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;
 - 2.° le respect de l'utilisateur, utilisatrice de services et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;
 - 3.° l'utilisateur, utilisatrice de services doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;
 - 4.° l'utilisateur, utilisatrice de services doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;
 - 5.° l'utilisateur, utilisatrice de services doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Information sur les services

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

Droits aux services

5. Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans, à la fois, scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

Choix du professionnel et de l'établissement

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou de services sociaux rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'à un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

Soins appropriés

7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état.

Information sur son état de santé

8. Tout utilisateur, utilisatrice de services des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant. Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de service qu'il a reçu.

Consentement requis

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'un soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.
Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur, utilisatrice de services ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances, et de la manière prévue aux articles 10 et suivants du Code civil du Québec (voir plus bas).

Participation

10. Tout utilisateur, utilisatrice de services a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de service individualisé. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

NOTE : Un tel consentement doit être libre (fait sans pression, menace ou chantage) et éclairé (après avoir reçu et pu considérer l'ensemble de l'information sur les effets probables de son refus et de son consentement).

Accompagnement

11. Tout utilisateur, utilisatrice de services a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Période d'hébergement

14. Un établissement ne peut cesser d'héberger un utilisateur, utilisatrice de services qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familiale ou il pourra recevoir les services que requiert son état.

Accès au dossier

17. Tout utilisateur, utilisatrice de services de 14 ans et plus a droit d'accès à son dossier. Toutefois, l'établissement peut lui en refuser l'accès momentanément si, de l'avis de son médecin traitant ou du médecin désigné par le directeur général de l'établissement, la communication du dossier ou d'une partie de celui-ci causerait vraisemblablement un préjudice grave à la santé de l'utilisateur, utilisatrice de services. Dans ce cas, l'établissement, sur la recommandation du médecin, détermine le moment où le dossier ou la partie dont l'accès a été refusé pourra être communiqué à l'utilisateur, utilisatrice de services et en avise celui-ci.

Tiers concerné

18. Une personne utilisatrice de services n'a pas le droit d'être informé de l'existence ni de recevoir communication d'un renseignement le concernant et contenu dans son dossier qui a été fourni à son sujet par un tiers et dont l'information de l'existence ou la communication permettraient d'identifier le tiers, à moins que ce dernier n'ait consenti par écrit à ce que ce renseignement et sa provenance soient révélés à la personne utilisatrice.

Confidentialité

19. Le dossier d'un utilisateur, utilisatrice de services est confidentiel et nul ne peut y avoir accès, si ce n'est avec le consentement de l'utilisateur, utilisatrice de services ou de la personne pouvant donner un consentement en son nom. (Quelques personnes peuvent toutefois avoir accès au dossier d'une personne utilisatrice de services, sans son consentement, un tribunal, un ministre, un coroner, un enquêteur et un commissaire aux plaintes).

118.1 La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.
L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une telle mesure est prise, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier, incluant une description du moyen utilisé, de la période durant laquelle elle a été utilisée et du comportement qui l'a motivée.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, la diffuser auprès de ses utilisateurs et procéder annuellement à son évaluation.

Extrait de la Loi p-38.001 (version du 1^{er} juin 2008)

Lorsque vous êtes en garde préventive, provisoire ou en garde établissement, vous avez, de plus, les droits supplémentaires suivants :

Examens périodiques

- 10.** Lorsque le tribunal a fixé la durée d'une garde à plus de 21 jours, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis aux échéances suivantes :
- 1- 21 jours à compter de la décision prise par le tribunal en application de l'article 30 du Code civil;
 - 2- par la suite, à tous les trois mois.

Fin de garde

- 12.** La garde prend fin sans autre formalité :
- 1- aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant;
 - 2- dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10 (*soit 21 jours après le jugement du tribunal*) si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit;
 - 3- dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonné;
 - 4- par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

Information

- 14.** L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement.
- 15.** Dès la prise en charge de cette personne par l'établissement, ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.
- 16.** Tout établissement qui met une personne sous garde à la suite d'un jugement visé à l'article 9 doit, lors de la mise sous garde de cette personne et après chaque rapport d'examen prévu à l'article 10 (voir plus haut), remettre à cette personne un document conforme à l'annexe (Document d'information sur les droits et recours).

Appel confidentiel

- 17.** Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications.

L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. Elle doit être formulée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et versée à son dossier.

Aucune restriction ne peut toutefois être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

Levée de la garde

- 18.** Lorsque la garde prend fin, l'établissement doit immédiatement en informer la personne qui était gardée.

Contestation du maintien d'une garde

- 21.** Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre.

Obligations déontologiques des médecins, des infirmiers-ères et des travailleurs sociaux au Québec

CODE DE DÉONTOLOGIE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Devoirs généraux du médecin

2. Le médecin ne peut se soustraire, même indirectement, à une obligation ou à un devoir contenu dans le présent code.

Ajout qui concerne l'art. 14 :

3. Interprété largement, l'art. 3 peut s'appliquer : Le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert, tant sur le plan individuel que collectif.
4. Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne.
11. Le médecin doit, dans l'exercice de sa profession, engager pleinement sa responsabilité civile. Il ne peut l'éluder ou tenter de l'éluder, ni requérir d'un patient ou d'une personne une renonciation à ses recours en cas de faute professionnelle de sa part.
14. Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce.

Devoirs et obligations du médecin envers le patient, le public, la profession

Qualité de la relation professionnelle

- 17.** Le médecin doit avoir une conduite irréprochable envers toute personne avec laquelle il entre en relation dans l'exercice de sa profession, notamment envers tout patient, que ce soit sur le plan physique, mental ou affectif.
- 18.** Le médecin doit chercher à établir et à maintenir avec son patient une relation de confiance mutuelle et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle.
- 23.** Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin.
- 25.** Le médecin doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles de son patient sur des questions qui ne relèvent pas du domaine de la santé.

Liberté de choix

- 26.** Le médecin doit reconnaître le droit du patient de consulter un confrère, un autre professionnel ou une autre personne compétente. Il ne doit en aucune façon porter atteinte au libre choix exercé par le patient.
- 27.** Le médecin doit, lorsqu'il émet une ordonnance, respecter le droit du patient de la faire exécuter à l'endroit et auprès de la personne de son choix.

Consentement

28. Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal, un consentement libre et éclairé.
29. Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter.

Qualité d'exercice

50. Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.
55. Le médecin ne doit pas diminuer les capacités physiques, mentales ou affectives d'un patient, sauf si cette diminution est requise pour des motifs préventifs, diagnostiques ou thérapeutiques.
56. Le médecin doit informer, le plus tôt possible, son patient ou le représentant légal de ce dernier, de tout incident, accident ou complication susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences significatives sur son état de santé ou son intégrité physique.

Accessibilité et rectification des dossiers

94. Le médecin doit donner suite, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de sa réception, à toute demande faite par son patient dont l'objet est de prendre connaissance ou d'obtenir copie des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet.
95. Le médecin peut exiger du patient des frais raisonnables n'excédant pas le coût de la reproduction ou de la transcription de ces documents et le coût de la transmission d'une copie de ceux-ci. Le médecin qui entend exiger de tels frais doit, avant de procéder à la reproduction, à la transcription ou à la transmission, informer le patient du montant approximatif qu'il sera appelé à déboursier.

- 96.** Le médecin qui refuse au patient l'accès à un renseignement contenu dans un dossier constitué à son sujet doit, sur demande écrite du patient, l'informer par écrit des motifs de son refus et les inscrire au dossier.
- 97.** Le médecin doit fournir au patient qui en fait la demande, ou à telle personne que celui-ci indique, tous les renseignements qui lui permettraient de bénéficier d'un avantage auquel il peut avoir droit.
- 102.** Le médecin doit donner suite, avec diligence, à toute demande écrite faite par un patient, dont l'objet est de reprendre possession d'un document que le patient lui a confié.

CODE DE DÉONTOLOGIE DES INFIRMIERS-ÈRES DU QUÉBEC

Relation entre l’infirmière, l’infirmier et son client

Généralités

2. L’infirmière ou l’infirmier ne peut refuser de fournir des services professionnels à une personne en raison de la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l’orientation sexuelle, l’état civil, l’âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l’ascendance ethnique ou nationale, l’origine ou la condition sociale, le handicap ou l’utilisation d’un moyen pour pallier ce handicap.

L’infirmière ou l’infirmier peut cependant, dans l’intérêt du client, le référer à une autre infirmière ou un autre infirmier.

5. L’infirmière ou l’infirmier doit respecter le droit du client de consulter une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne de son choix.
6. L’infirmière ou l’infirmier qui est informé de la tenue d’une enquête ou qui a reçu signification d’une plainte sur sa conduite ou sa compétence professionnelle ne doit pas harceler, intimider ou menacer la personne qui a demandé la tenue de l’enquête ni toute autre personne impliquée dans les événements reliés à l’enquête ou à la plainte.

Devoirs inhérents à l’exercice de la profession

11. L’infirmière ou l’infirmier ne doit pas abuser de la confiance de son client.

Relation entre l’infirmière, l’infirmier et son client

Relation de confiance

28. L’infirmière ou l’infirmier doit chercher à établir et maintenir une relation de confiance avec son client.

29. L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec respect envers le client, son conjoint, sa famille et les personnes significatives pour le client.
30. L'infirmière ou l'infirmier doit respecter, dans les limites de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession, les valeurs et les convictions personnelles du client.

Comportements prohibés

37. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de violence physique, verbale ou psychologique envers le client.

Information et consentement

40. L'infirmière ou l'infirmier doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'il lui prodigue.
41. Lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier, ce dernier doit fournir au client toutes les informations requises.

On note une distinction dans le code entre les infirmières œuvrant dans le secteur public et le non-public, les infirmières du secteur public étant soumises à des lois particulières¹. *En l'espèce de cette différence n'importe peu puisque le code et les lois allèguent que les infirmières ont le devoir de donnée suite à toute demande faite par le client dont l'objet est de prendre connaissance ou d'obtenir copie des renseignements qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet ainsi que des demandes de rectifications de renseignements contenus dans le dossier.*²

¹ Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.S-4.2, Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., c.A-2.1

² Art. 59 et 62 du Code.

Conditions et modalités d'exercice du droit du client à l'accès et à la rectification des renseignements contenus dans tout dossier constitué à son sujet

Dispositions applicables aux infirmières et aux infirmiers exerçant dans un secteur autre que le secteur public concernant les conditions et modalités d'exercice du droit du client à l'accès aux renseignements contenus dans tout dossier constitué à son sujet.

- 62.** L'accès aux renseignements contenus dans un dossier est gratuit. Toutefois, l'infirmière ou l'infirmier peut exiger du client des frais raisonnables pour la transcription, la reproduction ou la transmission de ces renseignements.
- 63.** L'infirmière ou l'infirmier peut refuser au client l'accès à un renseignement contenu dans un dossier constitué à son sujet lorsque la divulgation entraînerait vraisemblablement un préjudice grave pour le client ou pour un tiers. L'infirmière ou l'infirmier doit alors en aviser le client par écrit.
- 66.** À la demande écrite du client, l'infirmière ou l'infirmier doit transmettre, sans frais, à toute personne qui avait transmis à l'infirmière ou l'infirmier les renseignements visés par l'article 64 ainsi qu'à toute personne à qui ces renseignements ont été communiqués, selon le cas:
 - 1.** une copie des renseignements corrigés;
 - 2.** une attestation que des renseignements ont été supprimés;
 - 3.** une attestation que des commentaires écrits ont été versés au dossier.

L'infirmière ou l'infirmier ne peut, dans l'exercice de sa profession, se dégager de sa responsabilité civile personnelle.

Il lui est notamment interdit d'insérer une clause excluant directement ou indirectement, en totalité ou en partie, cette responsabilité ou d'être partie à un contrat de services professionnels contenant une telle clause.

CODE DE DÉONTOLOGIE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU QUÉBEC

Devoirs et obligations envers le client

Dispositions générales

- 3.01.01.** Le travailleur social tient compte des considérations éthiques des clientèles et du contexte dans lequel il va œuvrer. Avant d'accepter un mandat et durant son exécution, le travailleur social tient compte des limites de sa compétence et des moyens dont il dispose. Il n'entreprend pas des travaux pour lesquels il n'est pas préparé sans obtenir l'assistance nécessaire.
- 3.01.04.** Le travailleur social fait tout en son pouvoir pour établir et maintenir une relation de confiance entre lui-même et son client. À cette fin, notamment, le travailleur social:
- a)* s'abstient d'exercer sa profession d'une manière impersonnelle;
 - b)* respecte, dans toutes ses interventions, les valeurs et les convictions de son client.

Intégrité et objectivité

- 3.02.01.** Le travailleur social s'acquitte de ses obligations professionnelles avec intégrité et objectivité.
- 3.02.03.** Le travailleur social informe dès que possible son client de l'ampleur et des conséquences du mandat que ce dernier lui a confié ou qu'un tiers lui a confié à son sujet et il doit obtenir son accord à ce sujet.
- 3.02.04.** Le travailleur social expose à son client, de façon complète et objective, la nature et la portée du problème qui lui est soumis, des solutions possibles et de leurs implications.
- 3.02.08.** Le travailleur social se comporte, à l'égard de son client, d'une façon digne et irréprochable sur tous les plans.

Disponibilité et diligence

3.03.02. Le travailleur social fournit à son client les informations nécessaires à la compréhension et à l'évaluation des services rendus ou à rendre.

Indépendance et désintéressement

3.05.01. Le travailleur social subordonne son intérêt personnel à celui de son client.

Droits des usagers et pouvoirs des psychiatres

LA LOI RECONNAIT À L'USAGER LE DROIT...

LA LOI ET LA PRATIQUE ACCORDENT AU PSYCHIATRE LE POUVOIR...

D'accéder à son propre dossier médicale

D'interdire à son usager , durant une période qu'il détermine d'avoir accès à son propre dossier lorsqu'il croit que cela peut nuire à son état de santé mentale

De se plaindre des services reçus dans un établissement public de santé

D'échapper aux mécanismes de plainte du réseau (incluant le Protecteur du citoyen du Québec), ce qui impose à l'usager de devoir s'en remettre au Collège des médecins dont les procédures sont reconnues par son actuel président comme faisant preuve de laxisme, même dans les cas de fautes graves.

D'être informé de la raison ainsi que des effets désirés et non désirés de tout traitement et de toute médication,

Dans un contexte de rareté des médecins et de débordement des services, de ne plus se sentir tenu de respecter cette obligation et ce, sans qu'aucun mécanisme de régulation (légal et/ou déontologique) n'intervienne,

D'accepter ou de refuser toute évaluation et tout traitement,

D'omettre cette recherche du consentement libre et éclairé de l'usager et de procéder aux traitements (exemple : les évaluations) sans qu'aucun mécanisme de régulation (légal/déontologique) n'intervienne.

D'être signifié (avisé) par le tribunal qui entendra sous peu sa cause et de droit d'être entendu par ce tribunal.

De refuser à l'usager son droit d'être signifié (avisé) par écrit qu'un tribunal entendra sous peu sa cause et l'empêcher d'être entendu par ce tribunal appelé à juger de la demande de ce même psychiatre de réduire les libertés fondamentales de cette personne.

Ressources alternatives en santé mentale au Québec :

VALEURS :

- 1. Une conception globale de la personne et de la communauté :** Il est important de ne pas uniquement considérer les difficultés et les symptômes; les interactions sociales, culturelles, économiques ou d'autres éléments environnementaux sont tout aussi importants.
- 2. Une perspective de reprise de pouvoir et de citoyenneté :** Il faut dépasser le développement d'habiletés conformistes ou d'adaptation face au stress pour promouvoir une pleine citoyenneté permettant de participer aux changements sociaux dans un contexte démocratique.
- 3. Une personnalisation de l'accueil :** La participation ou le membership doit se faire sur une base volontaire. On évite l'usage de diagnostics ou de grilles fermées d'évaluation, le but étant de respecter ou de réinstaurer le sentiment de dignité, car le recours à des services ne devrait pas engendrer un sentiment de honte.

4. Un ancrage dans la communauté réelle : Les ressources alternatives ne se limitent pas uniquement à la distribution de services, car elles sont empreintes des préoccupations des communautés desquelles elles émergent. Afin d'éviter une logique d'exclusion, les ressources alternatives s'inscrivent dans une dynamique globale de la communauté.

5. Une contestation du quasi-monopole de la perspective biomédicale : Cette perspective tend à légitimer la stigmatisation et l'exclusion des personnes et on ne peut réduire de tels problèmes à des termes médicaux.

6. Un projet continu de changements sociaux : Promouvoir la poursuite du projet démocratique consistant à participer à une société toujours plus ouverte et plus juste possible.

Membres du regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec

SOURCE D'ESPOIR TÉMIS

Membre régulier

01 - Bas-du-Fleuve

Adresse

763, rue Commerciale Nord
Témiscouata-sur-le-Lac (Québec)
G0L 1E0

Coordonnées

Téléphone : 418-854-0009
Télécopieur : 418-854-5541
Courriel : sourcedespoir@bellnet.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

SOURCE D'ESPOIR est un organisme communautaire et alternatif offrant un milieu de vie venant en aide aux personnes vivant ou ayant vécu des problèmes affectifs, émotionnels, de dépendance et/ou de santé mentale.

CENTRE D'ENTRAIDE L'HORIZON

Membre régulier

01 - Bas-Saint-Laurent

Adresse

52 Fraserville
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2B6

Coordonnées

Téléphone : 418-862-2333
Télécopieur : 418-862-8309
Courriel : entraide@lhorizon.ca
Site Internet : www.lhorizon.ca

Qui sommes-nous ?

LE CENTRE D'ENTRAIDE L'HORIZON offre à la population adulte de la MRC de Rivière-du-Loup un milieu de vie permettant à la personne d'améliorer sa qualité de vie émotive. Ainsi nos choix d'intervention chercheront d'abord à permettre à la personne de reprendre du pouvoir sur sa vie. Activités diverses dans le but de former, de regrouper, de solidariser, d'aider et de soutenir.

LE PÉRISCOPE DES BASQUES

Membre régulier
01 - Bas-Saint-Laurent

Adresse

15, rue Notre-Dame Est
Trois-Pistoles (Québec)
G0L 4K0

Coordonnées

Téléphone : 418-851-3398
Télécopieur : 418-851-2882
Courriel : periscope@bellnet.ca
Site Internet : Non disponible

LA TRAVERSÉE, ASSOCIATION KAMOURASKOISE EN SANTÉ MENTALE

Membre régulier
01 - Bas-Saint-Laurent

Adresse

1202, 4e Avenue
La Pocatière (Québec)
G0R 1Z0

Coordonnées

Téléphone : 418-856-5540
Télécopieur : 418-371-0596
Courriel : latraverseesm@videtron.ca
Site Internet : www.la-traversee.net

RAYON DE PARTAGE EN SANTÉ MENTALE

Membre régulier
01 - Bas-Saint-Laurent

Adresse

67, rue Desbiens
Amqui (Québec)
G5J 3P5

Coordonnées

Téléphone : 418-629-5197
Télécopieur : 418-629-1570
Courriel : rayondepartage@globetrotter.net
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

<p>LE RAYON DE PARTAGE est une ressource alternative ayant pour but de favoriser l'autonomie et briser l'isolement des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, afin de leur permettre de se réapproprier le pouvoir sur leur vie.</p>

LE MARIGOT

Membre régulier
01 - Bas-Saint-Laurent

Adresse

196, rue St-Georges
Matane (Québec)
G4W 2B4

Coordonnées

Téléphone : 418-562-4247
Télécopieur : 418-562-4241
Courriel : lemarigot@globetrotter.net
Site Internet : Non disponible

LA BOUFFÉE D'AIR DU KRTB

Membre régulier
01 - Bas-Saint-Laurent

Adresse

9, rue du Domaine
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2P6

Coordonnées

Téléphone : 418-867-3699
Télécopieur : 418-867-9917
Courriel : bouffeedair@bellnet.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

<p>LA BOUFFÉE D'AIR DU KRTB est un organisme à but non lucratif dont la mission est d'accueillir et d'héberger pour de courts séjours, toute personne dont la santé mentale est ou risque d'être menacée.</p>
--

CENTRE DE RENCONTRE LE PHARE

Membre régulier
02 - Saguenay/Lac St-Jean

Adresse

293, rue Onésime-Côté
Ville de La Baie (Québec)
G7B 3J7

Coordonnées

Téléphone : 418-544-9301
Télécopieur : 418-544-9304
Courriel : info@centrephare.com
Site Internet : www.centrephare.com

CENTRE L'ESCALE DE JONQUIÈRE

Membre régulier
02 - Saguenay/Lac St-Jean

Adresse

3958, rue de la Fabrique
Jonquière (Québec)
G7X 3N2

Coordonnées

Téléphone : 418-547-3644
Télécopieur : 418-547-9304
Courriel : escale@qc.aira.com
Site Internet : www.escale.org

CENTRE LE BOUSCUEIL

Membre régulier
02 - Saguenay/Lac St-Jean

Adresse

57, avenue Roberval
Roberval (Québec)
G8H 2N7

Coordonnées

Téléphone : 418-275-0341
Télécopieur : 418-275-6431
Courriel : bouscueil@cgocable.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Ressource alternative dont la mission est d'apporter du soutien aux personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale qu'il s'agisse de difficultés passagères ou persistantes.

RELAIS LA CHAUMINE

Membre régulier
03 - Capitale-Nationale

Adresse

850, 3e Avenue
Québec (Québec)
G1L 2W9

Coordonnées

Téléphone : 418-529-4064
Télécopieur : 418-529-1189
Courriel : chaumine@bellnet.ca
Site Internet : www.relaislachaumine.org

Qui sommes-nous ?

LE RELAIS LA CHAUMINE est un organisme communautaire alternatif d'aide et d'entraide en santé mentale. C'est d'abord un lieu de rencontre et d'échanges dont le principal objectif est de venir en aide aux personnes vivant ou ayant vécu des difficultés d'ordre psychologique et/ou psychiatrique.

PIVOT CENTRE-DU-QUÉBEC

Membre régulier

04 - Mauricie et Centre-du-Québec

Adresse

795, rue Cormier
Drummondville (Québec)
J2C 6P7

Coordonnées

Téléphone : 819-478-3134
Télécopieur : 819-478-5630
Courriel : pivot_cdq@cgocable.ca
Site Internet : www.pivot-cdq.org

Qui sommes-nous ?

Organisme sans but lucratif constitué en 1989; atelier de travail adapté.

Mission : Améliorer la situation des personnes aux prises avec des troubles sévères de santé mentale en leur offrant un accès au travail.

Objectifs : Permettre l'exercice de leur droit au travail aux personnes atteintes de troubles émotionnels; permettre la réacquisition, le maintien et le développement des habitudes et des habiletés de travail, développement de l'autonomie de ces personnes.

LA RUCHE AIRE OUVERTE

Membre régulier

04 - Mauricie et Centre-du-Québec

Adresse

107-690, rue Monseigneur Panet
Nicolet (Québec)
J3T 1W1

Coordonnées

Téléphone : 819-293-6416
Télécopieur : 819-293-8339
Courriel : ruche.nicolet@sogetel.net
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

LA RUCHE AIRE OUVERTE est un organisme communautaire en santé mentale qui s'adresse aux adultes. Nous offrons l'opportunité aux personnes aptes à pouvoir retrouver leur autonomie, de demeurer en logement de transition supervisé afin de reprendre du pouvoir sur leur vie et d'intégrer éventuellement un logement autonome. Nous sommes également un milieu de vie et d'entraide où les personnes peuvent venir échanger entre elles et/ou participer à des activités éducatives, sociales et récréatives.

GROUPE FACILE D'ACCÈS

Membre régulier

04 - Mauricie et Centre-du-Québec

Adresse

546 rue St Eugène
La Tuque (Québec)
G9X 2T6

Coordonnées

Téléphone : 819-523-4952
Télécopieur : 819-523-4952
Courriel : facile.acces@lino.sympatico.ca
Site Internet : Non disponible

RÉSEAU D'AIDE LE TREMLIN

Membre régulier

04 - Mauricie et Centre-du-Québec

Adresse

625 rue Lindsay
Drummondville (Québec)
J2B 1H8

Coordonnées

Téléphone : 819-474-1895
Télécopieur : 819-474-1947
Courriel : direction@tremlin.org
Site Internet : www.tremlin.org

Qui sommes-nous ?

LE RÉSEAU D'AIDE LE TREMLIN est un organisme alternatif et communautaire sans but lucratif dont la mission est d'offrir aux personnes confrontées à des problèmes de santé mentale des services qui s'appuient sur le potentiel aidant des gens de notre communauté. Notre philosophie de base est que la personne soit maître d'œuvre de sa démarche.

CENTRE L'ÉLAN

Membre régulier

05 - Estrie

Adresse

209, rue de Hatley
Magog (Québec)
J1X 3G2

Coordonnées

Téléphone : 819-843-8885
Télécopieur : 819-843-8702
Courriel : centelan@aide-internet.org
Site Internet : www.centrelelan.org

LA CORDÉE RESSOURCE ALTERNATIVE EN SANTÉ MENTALE

Membre régulier
05 - Estrie

Adresse

305, rue Dufferin
Sherbrooke (Québec)
J1H 4M5

Coordonnées

Téléphone : 819-565-1226
Télécopieur : 819-565-5192
Courriel : lacordee@lacordeerasm.org
Site Internet : www.lacordeerasm.org

VIRAGE SANTÉ MENTALE

Membre régulier
05 - Estrie

Adresse

209, rue des Érables
Weedon (Québec)
J0B 3J0

Coordonnées

Téléphone : 819-877-2674
Télécopieur : 819-877-5111
Courriel : viragesm@abacom.com
Site Internet : www.aide-internet.org/virage

L'AUTRE RIVE

Membre régulier
05 - Estrie

Adresse

925, rue Conseil
Sherbrooke (Québec)
J1G 1L6

Coordonnées

Téléphone : 819-564-0676
Télécopieur : 819-564-8143
Courriel : lautrive@abacom.com
Site Internet : www.autre-rive.ca

Qui sommes-nous ?

L'AUTRE RIVE : Organisme communautaire composé principalement de permanents, a comme mandat d'informer et d'accompagner les personnes souffrant d'un trouble anxieux vers l'atteinte d'une vie satisfaisante et la récupération de son autonomie. Les personnes souffrant de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie (anxiété) sociale, d'anxiété généralisée, etc. seront invitées à utiliser l'approche cognitive-comportementale dans leur cheminement vers leur rétablissement.

L'ÉVEIL DE COATICOOK

Membre régulier
05 - Estrie

Adresse

240, rue Roy
Coaticook (Québec)
J1A 1J3

Coordonnées

Téléphone : 819-849-3003
Télécopieur : 819-849-6275
Courriel : leveil@videotron.ca
Site Internet : www.eveilcoaticook.ca/

Qui sommes-nous ?

L'ÉVEIL : Vise le maintien et la réinsertion dans la communauté des personnes qui ont des difficultés d'ordre émotionnel ou des problèmes liés à la santé mentale. C'est aussi un milieu de vie à caractère familial, un lieu d'appartenance où l'intervention est adaptée aux besoins de la personne en cheminement qui vit avec un trouble de santé mentale grave.

LE RIVAGE VAL ST-FRANÇOIS

Membre régulier
05 - Estrie

Adresse

423, rue Principale Nord
Richmond (Québec)
J0B 2H0

Coordonnées

Téléphone : 819-826-5303
Télécopieur : 819-826-3507
Courriel : info@le-rivage.org
Site Internet : www.le-rivage.org

L'ENSOLEILLÉE

Membre régulier
05 - Estrie

Adresse

4663, rue Dollard
Lac-Mégantic (Québec)
G6B 1G5

Coordonnées

Téléphone : 819-583-5727
Télécopieur : 819-583-5728
Courriel : ensoleil@axion.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

L'ENSOLEILLÉE est une ressource alternative qui permet de chercher et de trouver avec vous des moyens de rétablir, de développer et de maintenir un sentiment de bien-être émotionnel, d'harmonie intérieure

PROJET PAL

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

861 De L'Église
Verdun (Québec)
H4G 2N3

Coordonnées

Téléphone : 514-767-4701
Télécopieur : 514-767-5304
Courriel : projet.pal@rocler.qc.ca
Site Internet : www.projetpal.com

MAISON SAINT-JACQUES

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

1629, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
H2L 3Z1

Coordonnées

Téléphone : 514-526-4132
Télécopieur : 514-526-2731
Courriel : info@maisonstjacques.com
Site Internet : www.maisonstjacques.com

LES DÉPRIMÉS ANONYMES

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

65 De Castelnau Ouest, bur. 100
Montréal (Québec)
H2R 2W3

Coordonnées

Téléphone : 514-278-2130
Télécopieur : 514-278-5677
Courriel : danonym@cooptel.qc.ca
Site Internet : www.deprimesanonymes.org

Qui sommes-nous ?

LES DÉPRIMÉS ANONYMES INC. offre un service téléphonique gratuit, anonyme et confidentiel d'écoute et de référence. La ligne d'écoute est accessible 7 jours par semaine, de 8 h à minuit.

MAISON ST-DOMINIQUE

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

20, rue Guilbault Est
Montréal (Québec)
H2X 1A1

Coordonnées

Téléphone : 514-845-7793
Télécopieur : 514-845-1444
Courriel : msd@qc.aira.com
Site Internet : www.maisonst-dominique.org

ACCÈS-CIBLE S.M.T.

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

55, av. Mont-Royal Ouest, bur. 1010
Montréal (Québec)
H2T 2S6

Coordonnées

Téléphone : 514-525-8888
Télécopieur : 514-525-9249
Courriel : info@acces-cible-smt.qc.ca
Site Internet : www.acces-cible.org/

CENTRE D'ENTRAIDE LE PIVOT

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

3164, boul. Langelier
Montréal (Québec)
H1N 3A6

Coordonnées

Téléphone : 514-251-1869
Télécopieur : 514-251-9629
Courriel : pivot@qc.aira.ca
Site Internet : Non disponible

CENTRE D'ACTIVITÉS POUR LE MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE ÉMOTIONNEL (CAMEE)

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

11 700, boul. L'Archevêque
Montréal (Québec)
H1H 3B6

Coordonnées

Téléphone : 514-327-3035
Télécopieur : 514-327-8322
Courriel : info@camee.ca
Site Internet : www.camee.ca

CENTRE SOUTIEN-JEUNESSE DE ST-LAURENT

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

1790 de Salaberry, suite 14
Montréal (Québec)
H3M 1K4

Coordonnées

Téléphone : 514-744-1288
Télécopieur : 514-856-1636
Courriel : centresoutien-jeunesse@hotmail.com
Site Internet : Non disponible

CENTRE DE SOIR DENISE-MASSÉ

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

1713 rue Amherst
Montréal (Québec)
H2L 3L5

Coordonnées

Téléphone : 514-525-8059
Télécopieur : 514-525-9346
Courriel : den.mass@gmail.com
Site Internet : www.denise-masse.org

L'AUTRE MAISON

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

5240, rue Wellington
Montréal (Québec)
H4H 1M9

Coordonnées

Téléphone : 514-768-0098
Télécopieur : 514-768-6462
Courriel : autremaison@qc.aira.com
Site Internet : Non disponible

MAISON L'ÉCLAIRCIE DE MONTRÉAL

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

10 375, rue Papineau
Montréal (Québec)
H2B 2A3

Coordonnées

Téléphone : 514-382-2760
Télécopieur : 514-382-0489
Courriel : info@maisonclaircie.qc.ca
Site Internet : www.leclaircie.com

RELAX-ACTION MONTRÉAL

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

10780 rue Laverdure, # 213
Montréal (Québec)
H3L 2L9

Coordonnées

Téléphone : 514-385-4868
Télécopieur : 514-385-9735
Courriel : directeur@relaxactionmtl.com
Site Internet : www.relaxactionmtl.com

Qui sommes-nous ?

RELAX ACTION est un organisme qui offre un service de suivi communautaire depuis 1989. Ce service s'adresse à des personnes adultes vivant avec des problèmes de santé mentale et résidant dans les quartiers St-Laurent, Bordeaux, Cartierville, Ahuntsic et Montréal-Nord. Sa mission est d'apporter un soutien communautaire aux personnes qui sont en démarche vers un mieux-être.

CENTRE D'APPRENTISSAGE PARALLÈLE (CAP)

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

4865, boul. Saint-Laurent
Montréal (Québec)
H2T 1R6

Coordonnées

Téléphone : 514-843-5658
Télécopieur : 514-843-3508
Courriel : xavier.bonpunt@ateliersducap.org
Site Internet : www.ateliersducap.org

PRISE II

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

10 794, rue Lajeunesse, bur. 204
Montréal (Québec)
H3L 2E8

Coordonnées

Téléphone : 514-858-0111
Télécopieur : 514-858-0321
Courriel : info@prise2.qc.ca
Site Internet : www.bleumultimedia.com/CSMTM/prise2

Qui sommes-nous ?

PRISE II est une ressource alternative axée sur l'appropriation de pouvoir et le rétablissement des personnes vivant différentes problématiques en santé mentale. Elle offre un cadre souple et ouvert constitué en milieu de jour qui favorise la vie associative.

CENTRAMI

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

6387, boul. Monk
Montréal (Québec)
H4E 3H8

Coordonnées

Téléphone : 514-761-1509
Télécopieur : 514-761-7604
Courriel : centrami@bellnet.ca
Site Internet : www.centrami.ca

Qui sommes-nous ?

CENTRAMI est un centre de jour et un groupe d'entraide qui offre des activités gratuites telles que Zoo de Granby, croisière, cabane à sucre, bingo, repas communautaire, ateliers de croissance personnelle, dans le but de briser l'isolement des adultes aux prises avec un problème de santé mentale.

ACTION SANTÉ DE POINTE ST-CHARLES

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

2423, rue Wellington
Montréal (Québec)
H3K 1X5

Coordonnées

Téléphone : 514-933-5771
Télécopieur : 514-933-1615
Courriel : actionsante@qc.aira.com
Site Internet : www.actionsante.org

COMMUNAUTÉ THÉRAPEUTIQUE LA CHRYSALIDE

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

C.P. 60194 Succursale Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2J 4E1

Coordonnées

Téléphone : 514-843-2015
Télécopieur : 514-843-2160
Courriel : bessa.elena@teluq.ca
Site Internet : www.ctlachrysalide.org

L'ATELIER

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

3680, rue Jeanne-Mance bureau 213
Montréal (Québec)
H2X 2K5

Coordonnées

Téléphone : 514-844-6458
Télécopieur : 514-288-3848
Courriel : info@atelierdartisanat.org
Site Internet : www.atelierdartisanat.org

Qui sommes-nous ?

Par l'apprentissage des métiers d'art, **L'ATELIER** poursuit comme mission l'insertion sociale de personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale.

CENTRE INTER-SECTION HAG

Membre régulier
07 - Outaouais

Adresse

1232, boul. St-René Ouest
Gatineau (Québec)
J8T 6H3

Coordonnées

Téléphone : 819-568-4555
Télécopieur : 819-568-9567
Courriel : info@inter-section.ca
Site Internet : www.inter-section.ca

Qui sommes-nous ?

LE CENTRE INTER-SECTION a pour mission de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale de personnes aux prises avec un problème de santé mentale et d'apporter soutien aux endeuillés par suicide. Pour cela, il offre du soutien psychosocial, des activités ludiques et de formation, le programme de développement de l'employabilité PAAS-ACTION et le programme de soutien aux endeuillés par suicide, le programme D.A.S. (Deuil après Suicide).

MAISON L'ÉCLAIRCIE DE MONTRÉAL

Membre régulier
06 - Montréal

Adresse

10 375, rue Papineau
Montréal (Québec)
H2B 2A3

Coordonnées

Téléphone : 514-382-2760
Télécopieur : 514-382-0489
Courriel : info@maisonclaircie.qc.ca
Site Internet : www.leclaircie.com

GROUPE SOLEIL MALARTIC

Membre régulier
08 - Abitibi/Témiscamingue

Adresse

1080, rue Royale, C. P. 4015
Malartic (Québec)
J0Y 1Z0

Coordonnées

Téléphone : 819-757-6032
Télécopieur : 819-757-4411
Courriel : groupesoleil@tlb.sympatico.ca
Site Internet : Non disponible

L'ENTRETOISE DU TÉMISCAMINGUE

Membre régulier
08 - Abitibi/Témiscamingue

Adresse

12 rue des Oblats Nord
Ville-Marie (Québec)
J9V 1J3

Coordonnées

Téléphone : 819-622-0733
Télécopieur : 819-622-1625
Courriel : entretoise_temis@cablevision.qc.ca
Site Internet : Non disponible

L'ACCUEIL GIBOULÉE HARVEY-BIBEAU

Membre régulier
08 - Abitibi/Témiscamingue

Adresse

401, 1e Rue Ouest
Amos (Québec)
J9T 2M3

Coordonnées

Téléphone : 819-727-1984
Télécopieur : 819-727-3365
Courriel : yvond.accueil@cableamos.com
Site Internet : Non disponible

L'ÉQUIPE LA PETITE RENCONTRE

Membre régulier
08 - Abitibi/Témiscamingue

Adresse

1110, 4e avenue
Val d'Or (Québec)
J9P 1J8

Coordonnées

Téléphone : 819-824-9160
Télécopieur : 819-824-4749
Courriel : smv2325@hotmail.com
Site Internet : Non disponible

MAISON DE TRANSITION LE GÎTE DE BAIE COMEAU

Membre régulier
09 - Côte-Nord

Adresse

858, rue Dastous
Baie-Comeau (Québec)
G5C 1J9

Coordonnées

Téléphone : 418-589-2211
Télécopieur : 418-589-4384
Courriel : maison.transition.bc@globetrotter.net
Site Internet : Non disponible

LE CRÉAM

Membre régulier
09 - Côte-Nord

Adresse

842 De Puyjalon, C. P. 2535
Baie-Comeau (Québec)
G5C 2T2

Coordonnées

Téléphone : 418-295-3499
Télécopieur : 418-295-3477
Courriel : lecream@globetrotter.qc.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

LE CRÉAM est un lieu de rencontre, de soutien, d'entraide et de réadaptation pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et/ou vivant des difficultés émotionnelles.

L'ÂTRE DE SEPT-ÎLES

Membre régulier
09 - Côte-Nord

Adresse

409, rue Dequen
Sept-Îles (Québec)
G4R 2R1

Coordonnées

Téléphone : 418-962-6006
Télécopieur : 418-962-6016
Courriel : atre@cgocable.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Ressource d'hébergement et groupe d'entraide pour personnes vivant avec un problème de santé mentale.

ASSOCIATION D'ENTRAIDE POUR LA SANTÉ MENTALE DE NEW-RICHMOND (LA PASSERELLE)

Membre régulier
11 - Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine

Adresse

198, boul. Perron Est
New-Richmond (Québec)
G0C 2B0

Coordonnées

Téléphone : 418-392-4888
Télécopieur : 418-392-4113
Courriel : lapasserelle@globetrotter.net
Site Internet : Non disponible

CENTRE ACCALMIE

Membre régulier
11 - Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine

Adresse

66, rue Alexander
Pointe-à-la-Croix (Québec)
G0C 1L0

Coordonnées

Téléphone : 418-788-2406
Télécopieur : 418-788-2002
Courriel : accalmie@globetrotter.net
Site Internet : www.fccid.qc.ca/centreaccalmie

Qui sommes-nous ?

LE CENTRE ACCALMIE est là pour toutes personnes (hommes et femmes) vivant un problème relié à la santé mentale, à l'alcoolisme et à la toxicomanie, aux situations familiales difficiles (séparation, crise, deuil, etc.) ou pour toute personne qui ressent le besoin de faire le point et d'être soutenue dans sa recherche de solutions.

LE CENTRE ACCALMIE est un organisme communautaire à but non lucratif qui a comme mission première l'hébergement pour personnes en difficulté. Il vise à permettre aux personnes de s'engager dans leur propre prise en charge afin de permettre de résorber la crise et les amener vers une amélioration de leur qualité de vie.

LE CENTRE DE RESSOURCEMENT RÉINSERTION ET INTERVENTION (CRRI)

Membre régulier
11 - Gaspésie/Iles-de-la-Madeleine

Adresse

37 rue Chrétien, # 27
Gaspé (Québec)
G4X 2R6

Coordonnées

Téléphone : 418-368-1655
Télécopieur : 418-368-7345
Courriel : crricgocable.ca
Site Internet : www.crrigaspe.com

LE TRAIT D'UNION DE MONTMAGNY

Membre régulier
12 - Chaudière/Appalaches

Adresse

64, rue Saint-Jean-Baptiste Ouest
Montmagny (Québec)
G5V 3B7

Coordonnées

Téléphone : 418-248-4948
Télécopieur : 418-248-3457
Courriel : traitdunion@globetrotter.net
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

LE TRAIT D'UNION est un groupe d'entraide pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Notre organisme communautaire qui vous accueille et vous accompagne afin de vous soutenir dans vos démarches d'intégration sociale et dans votre désir de reprendre du pouvoir sur votre vie, l'entraide étant un moyen idéal d'y parvenir!

LE MURMURE

Membre régulier
12 - Chaudière/Appalaches

Adresse

673 boulevard Renault
Beauceville (Québec)
G5X 1L9

Coordonnées

Téléphone : 418-774-2444
Télécopieur : 418-774-2093
Courriel : lemurmure@sogetel.net
Site Internet : www.lemurmure.org

AUX QUATRE VENTS

Membre régulier
12 - Chaudière/Appalaches

Adresse

220, rue St-Joseph
Lévis (Québec)
G6V 1C9

Coordonnées

Téléphone : 418-833-3532
Télécopieur : 418-833-3929
Courriel : info@auxquatrevents.ca
Site Internet : www.auxquatrevents.ca

CENTRE LA BARRE DU JOUR

Membre régulier
12 - Chaudière/Appalaches

Adresse

35, rue Leclerc
Saint-Gervais (Québec)
G0R 2N0

Coordonnées

Téléphone : 418-887-7100
Télécopieur : 418-887-1260
Courriel : centrelabarredujour@globetrotter.net
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

LA BARRE DU JOUR est un organisme d'aide, d'entraide et d'intégration socioprofessionnelle pour les personnes vivant ou ayant vécu des difficultés en santé mentale. La mission de l'organisme est d'accompagner les personnes dans le maintien et l'amélioration de leur qualité de vie afin qu'ils recouvrent leur autonomie. .

L'OASIS DE LOTBINIÈRE

Membre régulier
12 - Chaudière/Appalaches

Adresse

117, rue Principale
St-Flavien (Québec)
G0S 2M0

Coordonnées

Téléphone : 418-728-2085
Télécopieur : Non disponible
Courriel : oasisdelotbiniere@globetrotter.net
Site Internet : www.oasisdelotbiniere.org

Qui sommes-nous ?

L'OASIS est un groupe d'entraide pour les personnes vivant un problème de santé mentale. Implanté depuis 1993 dans la MRC de Lotbinière, notre mission est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes. Notre maison est un lieu accueillant permettant de vivre différentes activités ayant pour but de susciter l'échange, le partage du vécu, l'estime de soi et le pouvoir d'agir.

LA PASSERELLE GROUPE D'ENTRAIDE EN SANTÉ MENTALE

Membre régulier
12 - Chaudière/Appalaches

Adresse

3288, Des Églises
Charny (Québec)
G6X 1W3

Coordonnées

Téléphone : 418-832-1555
Télécopieur : 418-832-1118
Courriel : la.passerelle@bellnet.ca
Site Internet : www.la-passerelle.ca

CAFGRAF

Membre régulier
13 - Laval

Adresse

126, boul. des Laurentides
Laval (Québec)
H7G 2T3

Coordonnées

Téléphone : 450-668-6432
Télécopieur : 450-668-8679
Courriel : cafcoord@santementalelaval.ca
Site Internet : Non disponible

ASSOCIATION DE LOISIRS POUR PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES DE LAVAL

Membre régulier
13 - Laval

Adresse

6600, 29e Avenue, bureau 130
Laval (Québec)
H7R 3M3

Coordonnées

Téléphone : 450-627-4525
Télécopieur : 450-627-4370
Courriel : alphpl@videotron.ca
Site Internet : www.alphpl.org

Qui sommes-nous ?

Depuis plusieurs années nous voyons dans les loisirs que nous offrons aux personnes vivant avec un handicap en santé mentale les bienfaits apportés.
--

LE VAISSEAU D'OR DES MOULINS

Membre régulier
14 - Lanaudière

Adresse

486 rue Gagnon
Terrebonne (Québec)
J6W 1N7

Coordonnées

Téléphone : 450-964-2418
Télécopieur : 450-964-8702
Courriel : entraide@vaisseaudor.com
Site Internet : www.vaisseaudor.com

LA BONNE ÉTOILE

Membre régulier
14 - Lanaudière

Adresse

517, rue Archambault
Joliette (Québec)
J6E 2W6

Coordonnées

Téléphone : 450-759-8853
Télécopieur : 450-759-8333
Courriel : labonneetoile@videotron.ca
Site Internet : Non disponible

LA RESCOUSSE MONTCALM

Membre régulier
14 - Lanaudière

Adresse

114, rue Montcalm
Saint-Esprit (Québec)
J0K 2L0

Coordonnées

Téléphone : 450-839-7050
Télécopieur : 450-839-7438
Courriel : larescousemontcalm@videotron.ca
Site Internet : Non disponible

LA RESCOUSSE AMICALE

Membre régulier
14 - Lanaudière

Adresse

3689, rue Albert
Rawdon (Québec)
J0K 1S0

Coordonnées

Téléphone : 450-834-3151
Télécopieur : 450-834-5557
Courriel : rescouseamicale@bellnet.ca
Site Internet : Non disponible

LE TOURNESOL DE LA RIVE-NORD

Membre régulier
14 - Lanaudière

Adresse

222, rue Notre-Dame
Repentigny (Québec)
J6A 2R2

Coordonnées

Téléphone : 450-657-1608
Télécopieur : 450-657-5709
Courriel : info@letournesoldelarivenord.com
Site Internet : www.letournesoldelarivenord.com

LES SERVICES DE CRISE DE LANAUDIÈRE

Membre régulier
14 - Lanaudière

Adresse

14, rue Léonie
Repentigny (Québec)
J6A 3A8

Coordonnées

Téléphone : 450-657-5005
Télécopieur : 450-585-8880
Courriel : administration@crise.lanaudiere.net
Site Internet : www.crise.lanaudiere.net

L'ENVOLÉE

Membre régulier
15 - Laurentides

Adresse

5, Larocque Ouest
Ste-Agathe-des-Monts (Québec)
J8C 1A1

Coordonnées

Téléphone : 819-326-5778
Télécopieur : 819-326-9256
Courriel : envoleerasm@cogocable.ca
Site Internet : www.envoleerasm.com

L'ÉCHELON DES PAYS-D'EN-HAUT

Membre régulier
15 - Laurentides

Adresse

734, Principale
Piedmont (Québec)
J0R 1K0

Coordonnées

Téléphone : 450-227-1996
Télécopieur : 450-227-3672
Courriel : echelon.pdh@bellnet.ca
Site Internet : www.echelonpaysdenhaut.com/

CENTRE AUX SOURCES D'ARGENTEUIL

Membre régulier
15 - Laurentides

Adresse

546, rue Sydney
Lachute (Québec)
J8H 1L1

Coordonnées

Téléphone : 450-562-0673
Télécopieur : 450-562-2944
Courriel : ctauxsources@qc.aira.com
Site Internet : Non disponible

GROUPE LA LICORNE MRC THÉRÈSE INC.

Membre régulier
15 - Laurentides

Adresse

198, rue Blanville Ouest
Ste-Thérèse-de-Blainville (Québec)
J7E 1Y5

Coordonnées

Téléphone : 450-433-9084
Télécopieur : 450-433-7944
Courriel : info@groupelalicorne.org
Site Internet : Non disponible

HÉBERGEMENT L'ENTRE-DEUX

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

1625, rue Bourassa
Longueuil (Québec)
J4J 3A5

Coordonnées

Téléphone : 450-651-0715
Télécopieur : 450-651-0716
Courriel : entre2@cooptel.qc.ca
Site Internet : www.cooptel.qc.ca/~entre2

MAISON VIVRE

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

1807, rue Duke
Saint-Hubert (Québec)
J4T 2A5

Coordonnées

Téléphone : 450-465-0264
Télécopieur : 450-465-0266
Courriel : mdiv.direction@rocler.qc.ca
Site Internet : www.maisonvivre.org

Qui sommes-nous ?

Fondée en 1978, LA MAISON VIVRE est une ressource d'intervention thérapeutique. Sa mission est d'aider et de soutenir des personnes principalement aux prises avec la dépression afin de leur permettre de maintenir leur insertion sociale, de trouver un sens à leur vie et une harmonie intérieure.

LE TOURNANT

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

414, rue Salaberry
Valleyfield (Québec)
J6T 2K3

Coordonnées

Téléphone : 450-371-2820
Télécopieur : 450-371-2681
Courriel : letournant@letournant.qc.ca
Site Internet : www.letournant.org

ALTERNATIVE CENTREGENS

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

2159, chemin Chambly
Longueuil (Québec)
J4J 3Z1

Coordonnées

Téléphone : 450-651-0651
Télécopieur : 450-651-0678
Courriel : info@centregens.ca
Site Internet : www.centregens.ca

MAISON LE POINT COMMUN

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

177, rue Longueuil
St-Jean-sur-Richelieu (Québec)
J3B 6P2

Coordonnées

Téléphone : 450-346-5706
Télécopieur : 450-346-3167
Courriel : denisforest@pointcommun.ca
Site Internet : Non disponible

CONTACT RICHELIEU-YAMASKA

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

420, rue de la Concorde nord
St-Hyacinthe (Québec)
J2S 4N9

Coordonnées

Téléphone : 450-771-7152

Télécopieur : 450-771-9803
Courriel : llemay@contactry.qc.ca
Site Internet : www.contactry.qc.ca

Qui sommes-nous ?

CONTACT RICHELIEU-YAMASKA, un organisme sans but lucratif fondé en 1989, a pour mission d'offrir des services d'aide et de consultation à des personnes de tout âge, vivant des difficultés en santé mentale ou toute autre situation de crise.

GRUPE D'ENTRAIDE L'ARRÊT-COURT

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

117, rue Georges
Sorel (Québec)
J3P 1C4

Coordonnées

Téléphone : 450-743-6071
Télécopieur : 450-743-6071
Courriel : groupeentraid2@bellnet.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Groupe d'entraide en santé mentale pour personne vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale sévères et persistants, âgées entre 18 et 64 ans. La ressource offre : écoute, support, accompagnement, différentes activités (de créativité, de discussion, etc.), des activités culturelles, éducatives et sociales, des formations, information et référence.

L'AUTRE VERSANT

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

20, rue Drummond
Granby (Québec)
J2G 2S4

Coordonnées

Téléphone : 450-777-7611
Télécopieur : 450-777-3733
Courriel : autreversant@endirect.qc.ca
Site Internet : www.versant.endirect.qc.ca

MAISON DU GOÉLAND DE LA RIVE-SUD

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

66, rue Saint-Pierre
Saint-Constant (Québec)
J5A 1C1

Coordonnées

Téléphone : 450-845-1700
Télécopieur : 450-845-1800
Courriel : info@maisongoeland.com
Site Internet : www.maisongoeland.com

MAISON SOUS LES ARBRES

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

2, boulevard d'Anjou
Châteauguay (Québec)
J6K 1B7

Coordonnées

Téléphone : 450-691-8882
Télécopieur : 450-691-6813
Courriel : mssladg@qc.aira.com
Site Internet : www.la-msla.com

MAISON JACQUES-FERRON

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

2250, rue Cartier
Longueuil (Québec)
J4K 4E9

Coordonnées

Téléphone : 450-646-5381
Télécopieur : 450-646-9989
Courriel : mj-f@videotron.ca
Site Internet : www.mj-f.org

Qui sommes-nous ?

<p>LA MAISON JACQUES-FERRON est un organisme communautaire autonome engagé dans l'insertion sociale des personnes qui vivent d'importantes difficultés en santé mentale et qui proviennent de la grande région de Longueuil.</p>

ANCRE ET AILES DU HAUT SAINT-LAURENT

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

10 rue Bridge, C .P. 102
Orsmtown (Québec)
J0S 1K0

Coordonnées

Téléphone : 450-829-3491
Télécopieur : 450-829-2239
Courriel : ancretailes@bellnet.ca
Site Internet : www.ancretailes.com

Qui sommes-nous ?

Offrir un milieu de vie à toute personne de 18 à 65 ans, vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale ou de détresse psychologique, leur permettant de vivre l'entraide et de briser l'isolement social dans une atmosphère chaleureuse et accueillante.

ENTRÉE CHEZ SOI

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

525, Saint-Édouard, # 101
Farnham (Québec)
J2N 1G6

Coordonnées

Téléphone : 450-293-1631
Télécopieur : 450-293-7070
Courriel : entreechezsoi@videotron.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

ENTRÉE CHEZ SOI est une ressource communautaire et alternative. Elle vise à améliorer les conditions de vie des personnes vivant des problématiques de santé mentale et/ou un handicap physique.

AU SECOND LIEU

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

3200, boul. Grande-Allée
Saint-Hubert (Québec)
J4T 2S5

Coordonnées

Téléphone : 450-672-8725
Télécopieur : 450-672-8499
Courriel : info@secondlieu.org
Site Internet : www.secondlieu.org

GROUPE D'ENTRAIDE PI-APRÈS

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

130 rue de Salaberry
St-Jean-sur-Richelieu (Québec)
J3B 6R3

Coordonnées

Téléphone : 450-545-1161
Télécopieur : 450-545-3051
Courriel : groupepiapres@videotron.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Groupe d'entraide en santé mentale. Notre mission est de briser l'isolement.

ARC-EN-CIEL VAUDREUIL-SOULANGES

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

60, de l'Église
Vaudreuil-Dorion (Québec)
J7V 1W4

Coordonnées

Téléphone : 450-424-7006
Télécopieur : 450-424-9684
Courriel : arcencielvs@videotron.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

ARC-EN-CIEL est un organisme communautaire sans but lucratif qui offre des services aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou vivant une situation de détresse émotionnelle.

LE PHARE - SOURCE D'ENTRAIDE

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

525, Saint-Édouard, suite 103
Farnham (Québec)
J2N 1G6

Coordonnées

Téléphone : 450-293-0690
Télécopieur : 450-293-7070
Courriel : lephare@videotron.ca
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Lieu alternatif d'aide, d'entraide et de partage animé et organisé par et pour des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale.

MAISON ALTERNATIVE DE DÉVELOPPEMENT HUMAIN (MADH)

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

1990, rue Dessaulles
St-Hyacinthe (Québec)
J2S 2T4

Coordonnées

Téléphone : 450-774-6139
Télécopieur : 450-774-1933
Courriel : madh@maskatel.net
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Toute personne de 18 à 65 ans, femme ou homme, dont l'état est stabilisé et qui est motivée à fournir les efforts nécessaires pour retrouver ou développer les habiletés fonctionnelles ainsi que les attitudes et comportements qui favorisent une vie harmonieuse en domicile autonome peut contacter **MADH** directement pour prendre rendez-vous.

RÉSEAU D'HABITATIONS CHEZ SOI

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

3115, Montée Saint-Hubert
Saint-Hubert (Québec)
J3Y 4J2

Coordonnées

Téléphone : 450-676-8940
Télécopieur : 450-676-7696
Courriel : rhcs@qc.aira.com
Site Internet : Non disponible

Qui sommes-nous ?

Organisme sans but lucratif accompagnant des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou à risque d'itinérance. L'organisme doit par différents moyens et opportunités, permettre à des personnes ayant des problèmes de santé mentale de vivre dans un habitat adéquat et sécuritaire en plus d'avoir accès à un soutien approprié pour améliorer leur qualité de vie, en tenant compte des ressources disponibles.

L'AVANT-GARDE EN SANTÉ MENTALE

Membre régulier
16 - Montérégie

Adresse

462, rue St-Paul
La Prairie (Québec)
J5R 2R5

Coordonnées

Téléphone : 450-444-9661
Télécopieur : 450-444-7021
Courriel : cbleau@agsmlaprairie.org
Site Internet : www.agsmlaprairie.org

Acronymes

AGIDD-SMQ :	Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec
CDPDJ :	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DSM-V :	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
FCRSS :	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
GAM :	Gestion autonome des médicaments
LRQ :	Recueil des lois et des règlements du Québec
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSSQ :	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la santé
ONU :	Organisation des nations unies
P-38.001 :	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui
PDG :	Président-directeur général
PI :	Plan d'intervention
PRO-DEF :	Groupe de défences de droits de la région de l'Estrie
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressource intermédiaire
RTF :	Ressource de type familial
SSS :	Santé et services sociaux



Bilan sur **l'état des droits** en santé mentale en Outaouais

Imaginons trois résidents de l'Outaouais au prise avec un problème de santé mentale. Imaginons qu'ils souffrent respectivement d'anxiété, de dépression et de délire avec paranoïa. Imaginons qu'ils ont, tous les trois, avec l'appui de leurs proches, tenté d'obtenir de l'aide avant que leur situation ne se dégrade davantage. Ces personnes n'arrivent pas à voir leur médecin, si jamais ils font partie des privilégiés qui en ont un. Au CLSC on leur dit ensuite que le délai d'attente pour voir un psychologue est de dix-huit mois. Face à la dégradation de leur état, ils appellent ensuite l'Info-santé qui leur recommande de se présenter à l'urgence d'un hôpital. Le problème de santé mentale et l'état de ces trois personnes, du moins au départ, n'aurait pas nécessité d'hospitalisation. Pourtant, il y a fort à parier qu'une fois rendu à l'urgence, elles seraient toutes les trois hospitalisées pour une durée allant de 3 à 21 jours. Tout le réseau de la santé pousse ces personnes vers ce qui coûte le plus cher alors qu'une forme d'aide moins coûteuse et moins envahissante aurait souvent suffi à aider mieux et plus durablement.

Notre réseau dit vouloir contrôler ses dépenses, mais les coupures faites dans les services de prévention et de suivi en santé mentale ont fini par nous coûter beaucoup plus cher que ce que nous avons sauvé en les coupant. De plus, l'organisation actuelle des services nous fait agir comme si la santé mentale d'une personne pouvait être retrouvée à simple coup d'hospitalisations répétitives et de médicaments assommants. De plus, ce sont principalement ces services coûteux qui abusent des droits des personnes utilisatrices.

Or, personne n'ira jamais vraiment mieux sans pouvoir d'abord disposer d'un revenu et d'un logement décent que n'offrent ni l'Aide sociale, ni les logements disponibles. De plus, avec les diagnostics, viennent des préjugés qui peuvent priver ces personnes de leur dignité, d'un accès au marché du travail et parfois d'une vie sociale satisfaisante.

Pourtant, dans ce réseau, la vaste majorité des soignants et des gestionnaires sont de bonne foi, mais ils sont, eux aussi, prisonniers d'une peur de parler franchement qui empêche le nécessaire changement de nos pratiques. Notre étude se veut donc une invitation très claire à la parole vraie, celles des usagers et de ceux qui animent ce réseau, afin que nous puissions, enfin, ouvrir la fenêtre et y laisser entrée un peu d'air frais.

Cette étude est disponible sur notre site internet. De plus, que vous soyez simple citoyen, usager ou dispensateur de services en santé mentale, juge, avocat, journaliste ou chercheur, il nous ferait plaisir de recevoir vos commentaires sur ce même site; www.droits-accès.com