



Mémoire déposé par le

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES
EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ)

**portant sur le document de consultation
du ministère de la Santé et Services sociaux du Québec
sur la politique du médicament**

«La santé et l'accès aux soins sont des droits humains fondamentaux»¹

à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec

4 février 2005

¹ Dédicace du livre de Villedieu Yanick, *Un jour la santé*, Éditions Boréal, 2002

Tables des matières

<i>Avant-Propos</i>	3
<i>Présentation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale</i>	4
<i>Introduction</i>	5
<i>L'accessibilité aux médicaments</i>	6
<i>Un régime d'assurance médicament universel public</i>	6
<i>Gratuité des médicaments pour les personnes à faible revenu</i>	7
<i>Le prix des médicaments</i>	8
De quelques vérités sur les coûts de la santé	8
Une politique d'achat au plus bas prix	9
La règle des quinze ans et la politique de non-augmentation des prix	9
<i>L'utilisation optimale des médicaments</i>	9
La composition du Conseil des médicaments : pour plus de transparence	9
La gestion autonome de la médication	10
L'innocuité des médicaments (ou quand nouveauté ne rime pas avec « nouveau et amélioré »)	12
Le traitement pharmacologique de la psychose	12
La formation des professionnels de la santé et des personnes	13
L'intention thérapeutique et la confidentialité	14
La révision de la médication	15
<i>La santé mentale des femmes</i>	15
Femmes et médecines alternatives	15
Femmes et psychiatrie	16
Visages de la violence psychiatrique	16
CONCLUSION	18
RECOMMANDATIONS DU RRASMQ :	18
BIBLIOGRAPHIE	19

Avant-Propos

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec désire vous présenter un mémoire et être entendu à l'occasion des prochaines consultations que vous entreprendrez en mars 2005.

Ce document a fait l'objet de consultations internes auprès des membres de divers comités dont le comité provincial sur la gestion autonome de la médication, le comité politique et le conseil d'administration du Regroupement.

Les conseils d'administration de L'R des Centres de Femmes du Québec (L'R), de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) ont appuyé ce mémoire. Quand au RRASMQ le conseil d'administration l'a adopté unanimement le 26 janvier dernier. Ces trois regroupements nationaux regroupent plus de 250 organismes oeuvrant partout au Québec.

Présentation du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) qui a célébré son vingtième anniversaire en 2003, est une association qui réunit et représente aujourd'hui plus de cent vingt organismes (OBNL) actifs dans le domaine de la santé mentale. Ces ressources sont réparties dans la plupart des régions du Québec où elles mènent des activités variées d'aide et d'entraide telles que les ont façonnées leurs communautés, c'est-à-dire à partir de leur compréhension des besoins locaux et en s'appuyant sur leur propre créativité. On peut y rendre des services concrets aussi variés que de fournir de l'aide alimentaire, des formations en employabilité, de l'accompagnement dans la communauté, du suivi communautaire, offrir des thérapies individuelles ou de groupe, etc. Mais, par-delà cet éventail d'activités, ce qui caractérise globalement leur apport particulier à la société québécoise c'est leur capacité de renouveler les pratiques sociales à partir d'une vision du bien commun et de valeurs qu'ils partagent. Parmi celles-là nous nommerons, le respect de la personne, la solidarité, la coopération, l'engagement dans une perspective de justice sociale ainsi que l'ouverture à la marginalité et à la différence. Tous ces organismes émanent de la libre initiative de citoyens et de citoyennes qui désirent améliorer le tissu social de leur communauté. Leur mission est essentiellement sociale et sans but lucratif. Le Regroupement favorise le pluralisme des approches et des pratiques. Il prône une vision globale de la personne et une façon autre d'accueillir la souffrance et la détresse, visant l'appropriation du pouvoir des personnes sur elles-mêmes et sur leur milieu.

Introduction

Par ce mémoire, le RRASMQ tient à attirer votre attention sur l'importance d'une politique de médicament respectueuse de la contribution de tous les citoyens et les citoyennes incluant les personnes vulnérables de notre société. Nous rappellerons que la vaste majorité des personnes qui fréquentent les ressources alternatives en santé mentale vivent dans la pauvreté, leur seul revenu étant les prestations de la sécurité du revenu, et doivent souvent consommer plusieurs médicaments sur de très longues périodes de temps.

A l'instar d'autres groupes communautaires, il nous semble que plus de huit ans après l'entrée en vigueur de l'assurance-médicaments, il serait grandement temps de reconnaître que sans une remise en question fondamentale des paramètres actuels, les régimes d'assurance-médicaments public et privés s'orientent vers un cul-de-sac.² Pour minimiser la médicalisation grandissante des problèmes sociaux au Québec,³ il n'y a pas qu'une seule solution ; il nous semble urgent que se développe une diversité d'approches thérapeutiques plus globales et que d'autres médecines alternatives aient une plus grande place dans notre système de santé publique.

Pour comprendre le problème collectif auquel nous sommes confrontés, nous proposons ici une analyse du document de consultation de la politique du médicament, politique qui selon nous répond prioritairement aux intérêts des compagnies pharmaceutiques et des assureurs plutôt qu'à ceux de la population. Toutefois, nous aimerions souligner que les courts délais qui nous ont été impartis pour présenter ce mémoire nous obligent à rester brefs.

Nous concluons notre mémoire en présentant des recommandations que nous jugeons pertinentes et justes dans le cadre d'une société aspirant à établir un droit universel à la santé. La pierre angulaire de la politique du médicament doit, selon nous, être un régime universel public d'assurance-médicaments qui favorise l'accès aux médicaments, qui contribue à l'égalité des citoyennes et des citoyens et à l'amélioration de la santé. Bref, une politique où le bien public aurait préséance sur les intérêts particuliers.

2 Coalition Solidarité Santé, Avis déposé dans le cadre des consultations sur le projet de loi 98 sur l'assurance-médicaments, *Le gouvernement doit changer son orientation en matière de médicaments*, mai 2002

3 Allison Lampert, *Ritalin doubles in 5 years –Quebec*, *The Gazette*, 12 janvier 2005.

L'accessibilité aux médicaments

(en lien avec propositions 9, 26, 27, 28, 29)

Avant même de mettre en place une politique du médicament au Québec, il nous apparaît essentiel qu'une large étude publique et indépendante soit entreprise au Québec sur les coûts des pratiques médicamenteuses, sur la surmédicalisation, sur les pratiques frauduleuses des multinationales en lien avec notre régime public, sur les pots-de-vin et les ristournes⁴ destinés aux pharmaciens, pharmaciennes et aux médecins, sur les frais de promotion, sur les coûts des compagnies d'assurance privées, des brevets et de la recherche.

Les résultats de cette étude feraient la lumière sur l'augmentation de la part des médicaments dans les dépenses de la santé au Québec pour qu'un réel débat public voit le jour sur l'avenir de notre système de santé. Suite à cet exercice, le gouvernement pourra mettre en place des mesures, des règles et des sanctions concrètes afin de mieux encadrer les pratiques commerciales et de marketing de l'univers pharmaceutique.

Un régime d'assurance médicament universel public

(en lien avec proposition 11)

La croissance débridée des coûts des médicaments a représenté pour une majorité de citoyennes et de citoyens un recul réel dans l'accessibilité aux médicaments. Malgré des politiques de crédits d'impôts parmi les plus généreuses au monde et des subventions nombreuses à une industrie odieusement lucrative,⁵ le gouvernement du Québec n'a pas protégé le droit à l'accessibilité en encadrant les pratiques déviantes de l'industrie pharmaceutique.

Le RRASMQ propose donc un régime universel public d'assurance médicaments. Cette proposition date de 1964. Plusieurs rapports⁶ recommandent un régime public universel à la condition notamment d'instaurer des mesures de contrôle rigoureuses des coûts afin de garantir à l'ensemble de la population un accès équitable aux médicaments requis.

Toutefois, comme le mentionne la politique du médicament en page 22, le comité Montmarquette a recommandé de maintenir le caractère public-privé du Régime général d'assurance-médicaments RGAM. Mais il faut rappeler qu'en 2001 ce comité a évité de partir des besoins de la population. Ces recommandations sont le fruit d'un groupe qui a considéré les assureurs et les compagnies pharmaceutiques comme des experts et les groupes de citoyens et citoyennes comme des groupes en conflit d'intérêts, donc des groupes qu'il fallait éviter de consulter. En plus, ce comité propose, insensible au sort des personnes à faible revenus, l'augmentation de la co-assurance de 25 à 40 % ce qui pénalisera très lourdement les personnes ayant le plus de problèmes de santé. Les augmentations de primes sont au menu, mais le comité ne propose pas de réelles mesures de contrôle des coûts.

⁴ Idem note 2

⁵ Lauzon, L.-P, Hasbani, Marc, (Avril 2002) *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période de 10 ans 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM.

⁶ Rapport Hall (1964), rapport Castonguay-Nepveu (1970), rapport Demers(1994), rapport Gagnon(1995) et un *Forum national de la santé* (1997)

Fait particulièrement intéressant à constater, tous les comités de travail et commissions ont, entre 1964 et 1995, recommandé et documenté la pertinence de procéder à la création d'un régime public et universel d'assurance-médicaments. Pendant trente ans, nous avons été convaincus que l'accès aux thérapies médicamenteuses faisait partie de l'accès aux soins de santé et que le droit à la santé était au cœur du projet de société que nous défendions⁷. Aujourd'hui, nous le sommes encore mais le gouvernement semble avoir perdu de vue l'intérêt commun pour accorder préséance à des intérêts privés comme ceux d'une industrie pharmaceutique trois fois plus lucrative que les banques et des assureurs privés qui tirent plus que leur part des profits.

Gratuité des médicaments pour les personnes à faible revenu

(en lien avec proposition 11)

Le gouvernement Charest et son parti se sont engagés avant et pendant les dernières élections, dans plusieurs écrits, dont le programme du parti, à rétablir la gratuité des médicaments prescrits pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti et pour l'ensemble des personnes assistées sociales. Depuis l'élection, ils ont simplement maintenu le statu quo pour ces deux groupes de personnes: une franchise et une coassurance de 16,67\$ par mois, lorsqu'il y a eu des hausses de tarifs.

Dans le document de consultation pour la politique du médicament, le ministre propose effectivement le rétablissement de la gratuité des médicaments pour les personnes âgées recevant le supplément de revenu garanti, mais il remet à plus tard, soi-disant en fonction des disponibilités financières qui se dégageraient des autres mesures, l'accès à la gratuité des médicaments pour les autres groupes de personnes à faible revenu. Le ministre prévoit rétablir la gratuité pour un groupe de personnes dont le revenu est bas, soit environ 12 000\$ par année. C'est une bonne nouvelle. Il remet toutefois la gratuité à plus tard, sans s'engager et de façon conditionnelle, pour des personnes qui ont un revenu deux fois plus bas, parce que ce sont des personnes assistées sociales jugées sans contraintes sévères à l'emploi, c'est-à-dire les deux tiers des personnes assistées sociales. C'est une discrimination inadmissible, fondée sur la condition sociale, qui se répète dans les décisions gouvernementales.

Comme le dit le Collectif pour un Québec sans pauvreté, regardons le message qui est envoyé aux personnes assistées sociales : « Vous recevez 533\$ par mois. Le ministre de l'aide sociale va dévaluer votre prestation en janvier en ne l'indexant qu'à moitié. Cela va augmenter les risques sur votre santé. Ensuite le ministre de la santé vous dit que vous êtes en bas de la liste pour retrouver un accès aux médicaments que vous aviez et que vous avez perdu en 1997 avec l'instauration de l'assurance médicaments. »

La prestation de base à l'aide sociale ne suffit pas à se loger, se nourrir et se vêtir. Elle n'est certainement pas calculée pour inclure cet autre besoin fondamental des soins de santé. Ce besoin était pris en compte par un accès gratuit aux médicaments prescrits. Et la prestation n'a pas été

⁷ Coalition Solidarité Santé, Avis déposé dans le cadre des consultations sur le projet de loi 98 sur l'assurance-médicaments, *Le gouvernement doit changer son orientation en matière de médicaments*, mai 2002, p.15

réajustée pour le faire une fois que cet accès a été perdu. À 533\$ par mois, une personne atteint le zéro dollar quelque part dans le cours du mois et manque de médication⁸.

La plupart des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui fréquentent nos ressources alternatives consomment des médicaments prescrits par un médecin qui juge qu'elles ont besoin de médicaments. Quels sont leurs choix quand elles n'ont plus d'argent ? Emprunter, attendre au début du mois suivant ou ne rien faire. Dans tous les cas, le coût pour la santé de la personne comme pour la santé publique augmente. L'efficacité du traitement est menacée et la personne reçoit un double message : votre médecin vous dit que vous avez besoin de médicaments, mais son ministre vous dit que vous n'y aurez pas accès. Rappelons par ailleurs que ce ne sont pas les personnes qui fabriquent les prescriptions mais bien leurs médecins, dont on vient ici neutraliser l'acte professionnel.

D'après les chiffres du Collectif pour un Québec sans pauvreté⁹, la somme en cause pour rétablir la gratuité des médicaments à l'aide sociale est de dix-sept millions (17 M\$). C'est une somme fixe, qui n'a donc rien à voir avec ce qui cause l'inflation des coûts de santé. Plusieurs études indiquent que la pauvreté est encore le premier déterminant de la mauvaise santé au Québec¹⁰. Énoncer dans une politique du médicament qu'il faudra attendre les économies réalisées par la politique du médicament pour redonner aux personnes assistées sociales un droit aussi élémentaire est une aberration. Il semble logique qu'une société qui accorde la gratuité des médicaments à des personnes qui ont un revenu de 12 000\$ devrait en conséquence le faire pour des personnes qui ont un revenu de 6 000\$. Il y a dans cet enjeu du rétablissement de la gratuité des médicaments à l'aide sociale une urgence d'agir.

Le prix des médicaments

De quelques vérités sur les coûts de la santé

Selon L'Institut Canadien d'information sur la santé, en 2004 le Québec consacrait 3667\$/hab. en services de santé alors que la moyenne canadienne était de 4077\$¹¹, le Québec étant la province qui dépense le moins au Canada en cette matière. Depuis que le gouvernement Charest est au pouvoir, l'argument de la population vieillissante et de son impact négatif sur l'économie semble revenir fréquemment pour expliquer l'incapacité financière de l'État. Le document de consultation sur la politique ne fait pas exception. Or, diverses études économiques de l'Université McGill¹² montrent que, contrairement à la croyance populaire, le vieillissement de la population ne causerait pas de nouveaux problèmes financiers majeurs au Québec au cours des prochaines années. Les personnes âgées sont en meilleure santé et les services offerts pourraient être nettement améliorés sans nécessairement être multipliés. Bref, améliorer la qualité et la philosophie des soins aux mourants permettrait plus d'humanité certes, mais pourraient contenir

⁸ Vivian Labrie, Collectif pour un Québec sans pauvreté Québec, 18 décembre 2004

⁹ Idem note 8

¹⁰ Robichaud et coll., 1994, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, de l'exclusion à l'équité*, Éditions Gaétan Morin.

Direction de la santé publique de Montréal, 1998, *Les inégalités sociales de la santé*.

¹¹ Rapport annuel de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Les dépenses de santé atteindraient 130 milliards de dollars cette année, 8 décembre 2004

¹² Villedieu Yanick, *Un jour la santé*, Éditions Boréal, 2002, p. 195

les coûts du système. Cet exemple démontre assez bien le besoin d'une information plus variée et critique afin de mieux informer la population sans que les intérêts des compagnies pharmaceutiques interviennent.

Une politique d'achat au plus bas prix

(en lien avec propositions 12 et 14)

Beaucoup de fausses vérités sont véhiculées alors que les coûts de la santé augmentent de 15 % par an en ce qui concerne les médicaments. Au Québec, de 1993 à 1999, les dépenses totales de santé ont peu varié : les établissements publics (hôpitaux, CLCC, CHSLD, etc) ont enregistré une perte de 14,2 %. Sur la même période, les médecins ont reçu une hausse salariale de 11,2 % et le coût des médicaments a augmenté de 38,1 %.¹³ Il faudrait davantage s'attarder aux coûts de ceux-ci en adoptant une stratégie diversifiée à l'égard de l'industrie du médicament. En favorisant l'achat des produits génériques c'est-à-dire une politique d'achat au plus bas prix, le gouvernement pourrait du même coup inciter les compagnies de génériques à développer leurs installations au Québec qui demeurerait attrayant pour les détentrices de brevet, en raison des avantages comparés qu'elles détiennent en matière de coûts de fabrication.

La proposition ministérielle 12 abolit la règle de non-augmentation des coûts. La justification en est que l'augmentation globale provient d'un usage plus grand des médicaments, de l'arrivée de médicaments plus coûteux et plus nombreux et non de la hausse du coût des anciens médicaments. Si l'on suit ce raisonnement, une plus grande utilisation de médicaments plus coûteux dans le cadre d'une déréglementation des coûts des médicaments mènerait vraisemblablement à une croissance des coûts totaux. Encore une fois, les mesures de compensation évoquées devraient être clarifiées.

La règle des quinze ans et la politique de non-augmentation des prix

Le RRASMQ demande le retrait de la règle des quinze ans et son remplacement par une règle de dix ans comme en Ontario. Le maintien de la règle des 15 ans est injustifiable d'autant plus que l'on accorde déjà des crédits d'impôts et des congés fiscaux. De plus, le budget alloué à la recherche dont il est question ne peut être pris tel quel puisque bien des "nouveaux" médicaments sont en fait des produits déjà connus, mais pour lesquels ont été développées de nouvelles applications. Par ailleurs, une part importante des budgets de recherche est destinée au marketing des médicaments, à des cocktails, des cadeaux et des prix offerts à l'occasion de colloques. Ainsi, on peut se demander si avec cette règle, les Québécois ne financent pas les pots-de-vin et les pratiques commerciales de l'industrie.

L'utilisation optimale des médicaments

La composition du Conseil des médicaments : pour plus de transparence

(en lien avec propositions 5, 32 et 34)

¹³ Pelchat, M. *Ce que la Commission Clair cache à la population québécoise*, Espaces de la parole, VI, 3, 2000.

La composition du Conseil du médicament doit être précisée davantage. Celui-ci étant chargé de rationner un service public, il doit tenir compte de la science (connaissances et expertises), des coûts relatifs, des bénéfices recherchés et des valeurs et priorités du public.

Donc, en plus de l'étude indépendante et publique sur les pratiques des compagnies pharmaceutiques, le RRASMQ revendique une représentation du public au Conseil du médicament et au Forum ainsi qu'au sein des groupes formés pour la formation et le progrès économique (propositions 32 et 34). Celle-ci est nécessaire afin d'assurer l'information des citoyens et citoyennes, de rendre publiques les intentions de recherche et d'examiner les étapes du processus de recherche assurant ainsi la transparence et l'accessibilité.

Cette représentation permettrait une information plus juste des citoyens mais aussi d'assurer que les motifs derrière la recherche, la fabrication et la mise en marché d'un médicament soient en réponse à des besoins réels en santé. Dans la continuité de la proposition ministérielle, le RRASMQ demande que les membres du Conseil du médicament soient non seulement des experts externes aux compagnies pharmaceutiques dont les compétences seront reconnues en la matière et qui pourront œuvrer sans conflits d'intérêts mais, qu'ils comptent parmi eux également des experts dans des champs autres que la médecine et la pharmaceutique comme celui des sciences sociales et de l'éthique.

Notre regroupement, comme d'autres organisations communautaires, a développé une expertise porteuse en matière d'utilisation optimale de la médication. Nous ne sommes pas impliqués dans les profits ou pertes résultant de prises de positions. La Table de concertation, créée en 2002, en matière d'utilisation optimale des médicaments devrait nous compter parmi ses membres.

La gestion autonome de la médication

Le RRASMQ se réjouit de constater que le MSSS mise sur l'utilisation optimale de la médication. En fait, notre regroupement a intégré ce concept depuis plus de vingt ans dans son manifeste. En effet, nous avons développé, il y a une dizaine d'années, une approche que nous nommons Gestion autonome de la médication (GAM). Nous restons perplexes de constater que le MSSS, qui finance ce projet pilote, ne l'ait pas incluse dans sa politique du médicament. Notre expérience de la recherche-action qui se déroule dans 2 régions du Québec démontre que cette démarche est prometteuse. Le MSSS est d'ailleurs en possession du rapport d'étape *Gestion autonome de la médication : formation et développement des pratiques dans une perspective de collaboration avec les différents partenaires en santé mentale, bilan d'étape* (août 2002-août 2003).

Cette approche a été bâtie à partir de la demande de personnes à qui les médecins prescrivent des médicaments psychotropes. Les personnes directement concernées, des médecins, pharmaciens, professionnels du réseau public et des organismes alternatifs et communautaires unissent leurs efforts afin de faire en sorte que la médication et le contexte de prescription n'empêchent pas la personne de reprendre du pouvoir sur sa vie et qu'elle favorise le rétablissement. De plus, tel que l'exprime la politique du médicament, cette démarche permet d'établir une relation de confiance renforcée entre la personne et son médecin. La GAM va encore plus loin en ce sens qu'elle développe une relation renforcée avec les professionnels et professionnelles du réseau public et des organismes alternatifs qui accompagnent la personne.

Il faut savoir que la médication psychiatrique est souvent prescrite à long terme et que pour plusieurs maladies, il n'y a que soulagement des symptômes. Selon la vision de la psychiatrie, telle qu'exprimée dans le DSM-IV, manuel de références des critères diagnostiques, la schizophrénie et la maniaco-dépression sont incurables. Cela ne suppose pourtant pas que la personne perde toute maîtrise de sa vie. La GAM remet entre les mains de la personne le pouvoir de décider ce qui est le mieux pour elle en partenariat avec les professionnels qui l'entourent. La personne devient donc maître d'œuvre de son rétablissement et les risques qu'elle change de son propre chef la posologie prescrite sont diminués. À la lecture de la section portant sur l'utilisation optimale de la médication, nous croyons que le MSSS a su identifier certains des éléments de base qui permettent d'atteindre ce but. Cependant, pour ce qui est du domaine de la santé mentale, certaines conditions gagnantes sont absentes. En effet, nous partageons la conviction que *«bien que la responsabilité première de l'utilisation optimale des médicaments repose sur le trio patient, médecin et pharmacien, elle ne se limite pas à ces trois acteurs¹⁴»*. Toutefois, nous constatons que le projet de politique passe malheureusement sous silence le rôle que les organismes alternatifs peuvent jouer. Les organismes alternatifs en santé mentale offrent aux personnes la possibilité d'un rétablissement qui va au-delà du seul contrôle des symptômes visés par une thérapie médicamenteuse grâce à la diversité de pratiques offertes telles que l'entraide, la thérapie individuelle et les activités thérapeutiques. 35 années d'histoire le prouvent.

La responsabilisation des citoyens¹⁵: c'est aussi une responsabilité partagée avec les professionnels de la santé.

Notre expérience nous démontre que la responsabilité des personnes dépasse la stricte observation de la posologie et des recommandations cliniques. Cette responsabilité implique que la personne joue un rôle actif dans le choix des traitements pharmacologiques, tant au regard de la nature du médicament que de son dosage. Une plainte fréquemment formulée est celle où les personnes se sentent « gelées », incapables de ressentir donc incapables de prendre en main leur rétablissement. Ce genre de situations rend parfois chroniques des problèmes qui pourraient autrement être transitoires ou encore amènent la personne à cesser brusquement la prise de médicaments pour enfin ressentir ses émotions. Parfois l'arrêt est commandé par le fait que les effets secondaires sont insoutenables.

Trop souvent un traitement classique comporte le médicament principal puis une chaîne de médicaments dont chacun a pour rôle de diminuer ou effacer les effets indésirables du précédent. On comprendra donc qu'une vie axée autour de la prise de 5, 10 voir même 15 pilules ou plus par jour peut être difficile et que des personnes cessent brusquement la prise de ces médicaments. Cela génère de la souffrance, et il n'est pas rare que l'hospitalisation s'en suive. La non observation de la posologie découle du fait que la personne ait été exclue des choix cliniques et, par conséquent, qu'elle ait subi son traitement plutôt que d'y avoir contribué.

Par une alliance thérapeutique basée sur le dialogue entre le prescripteur et son patient, la participation du pharmacien et le soutien communautaire, la GAM permet d'éviter la consommation excessive de médicaments dans un premier temps, et le retour à une vie plus normale par la suite par le biais d'une diminution graduelle en vue d'atteindre une zone de confort. Toutefois, ce dialogue ne peut s'établir sainement que si la personne est informée et que

¹⁴ MSSS, *Politique du médicament*, 2004, page 40

¹⁵ Lauzon, L.-P., Hasbani, Marc, (Avril 2002) *Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période de 10 ans 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, page 43.

si elle trouve face à elle des professionnels désireux de l'accompagner dans cette démarche. C'est pourquoi, afin de rencontrer la cible de la proposition ministérielle 19 d'une utilisation optimale de la médication, nous proposons que le MSSS encourage et soutienne la diffusion de la formation sensibilisation à la GAM à l'échelle du Québec pour les intervenantes et intervenants du réseau public et des organismes communautaires.

L'innocuité des médicaments (ou quand nouveauté ne rime pas avec « nouveau et amélioré »)

Comment se sentir rassuré quand on prend un médicament et qu'on se remémore les retraits récents de médicaments très populaires comme les anti-inflammatoires non-stéroïdiens Vioxx et Celebrex ou encore l'antidépresseur Serzone. Et d'ajouter, d'après la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada, que les antidépresseurs Paxil, Celexa, Luvox, Zoloft, Effexor, Remeron et Wellbutrin sont contre-indiqués pour les enfants car ils sont soit inefficaces pour le traitement de la dépression ou, pire encore, peuvent induire des idées suicidaires ou gestes suicidaires¹⁶. St-Onge confirme nos inquiétudes avec les chiffres suivants, « entre 1997 et 2001, Santé Canada a publié 20 mises en garde concernant des médicaments approuvés et 6 d'entre eux ont dû être retirés du marché »¹⁷. Que de souffrances évitées si les compagnies pharmaceutiques n'avaient pas omis d'inscrire ces effets graves. On relance le débat. Qu'attendons-nous pour se doter de chercheurs indépendants de l'industrie pharmaceutique? Comment peut-on prendre une décision éclairée lorsque des informations aussi vitales sont méconnues tant du médecin que du patient?

La liste des effets iatrogéniques serait trop longue pour cet exposé mais l'indignation grandissante des consommateurs se fait sentir quand on relève que des citoyens se tournent vers des recours collectifs comme M. Marc Estrin de Vancouver, qui a développé un diabète suite à la prise du neuroleptique, Zyprexa¹⁸, ou encore M. Guy Campagna de Charlesbourg qui est devenu suicidaire après avoir pris du Neurontin¹⁹ (un régulateur de l'humeur)²⁰.

Le traitement pharmacologique de la psychose

Les effets à long terme des médicaments psychotropes, lithium et neuroleptiques sont généralement sous-estimés voir minimisés dans la pratique. Selon *le Guide critique des médicaments de l'âme*, « ce sel métallique peut aussi être à l'origine, entre autres, de dommages aux reins, d'un mauvais fonctionnement de la thyroïde et du métabolisme du glucose, ainsi que de certains problèmes sanguins ». Encore de nos jours des membres de nos ressources ainsi que des participants à la formation *L'autre côté de la pilule* affirment ne pas avoir été informés des effets toxiques potentiels du lithium et, de plus, plusieurs n'avaient qu'un suivi régulier pour la lithiémie. Les patients ont droit à cette information telle que stipulée dans le consentement aux

¹⁶ Lettre aux professionnels de la santé, 10 juillet 2003, www.hc-sc.gc.ca

¹⁷ St-Onge, Jean-Claude, *L'envers de la pilule*, Écosociété, 2004, page 67

¹⁸ Nouvelles. *Résumé des communiqués destinés à la Santé et aux Services sociaux*. www.sante.qc.ca/listes/h-jan'05htm

¹⁹ Le Journal de Montréal, 31 janvier 2005

²⁰ Cohen David, Suzanne Cailloux-Cohen et l'AGIDD-SMQ, *Guide critique des médicaments de l'Âme*, Les éditions de l'homme, 1995, page 106

soins. Un mécanisme et un protocole doivent être mis en place pour prévenir ou du moins amoindrir les effets toxiques du lithium.

Quant aux neuroleptiques, tant pour les classiques que pour les atypiques, l'apparition de la dyskinésie tardive représente un danger réel. La dyskinésie tardive est habituellement irréversible et se manifeste par des mouvements rythmiques, répétitifs, involontaires de la langue, des lèvres et des yeux, par des grimaces, des tics, et mouvements saccadés du cou, des doigts, des membres et du tronc²¹. À date, ce trouble neurologique iatrogénique demeure incurable. Nous faisons la recommandation suivante : l'instauration d'une campagne nationale de dépistage et de prévention de la dyskinésie tardive. Nous sommes stupéfaits devant la prolifération de prescription de neuroleptiques atypiques comme Zyprexa, Séroquel, ou encore Risperdal prescrits pour des problèmes de sommeil, d'anxiété, de comportement, ou encore pour une dépression.

La nocivité citée des médicaments psychotropes rend encore plus criant l'apport des ressources communautaires alternatives dans l'offre de moyens alternatifs ou complémentaires pour faire face à la souffrance intenable par moments du mal à l'âme. La formation, *L'autre côté de la pilule* de l'AGIDD-SMQ mériterait d'être financée et divulguée sur une plus grande échelle. C'est du droit à l'information dont il est question.

La formation des professionnels de la santé et des personnes

«*L'accessibilité à une information et à une formation de qualité est aussi essentielle*²²», affirmait la Coalition Solidarité Santé. Telle est notre devise au RRASMQ également. Nous avons mis sur pied et diffusé des formations qui guident les personnes vivant avec un problème de santé mentale vers une réappropriation du pouvoir sur elles-mêmes. La formation-sensibilisation sur *la Gestion autonome de la médication* a été donnée à travers tout le Québec. Aujourd'hui, 110 ressources membres adhérant à ce principe accompagnent les personnes désireuses que leur médication soit ajustée de façon à atténuer les effets secondaires de certains médicaments et atteindre une meilleure qualité de vie. Par ailleurs, l'AGIDD-SMQ a offert la formation *L'autre côté de la pilule* à travers le Québec. Cette formation, qui favorise l'appropriation du pouvoir, vise à donner l'ensemble de l'information disponible sur les médicaments en vue d'outiller les personnes à ce qu'elles puissent prendre une décision éclairée lorsqu'on leur propose ce traitement. Cette formation est offerte aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Aux proches, aux intervenants et intervenantes des organismes communautaires et du réseau public.

Nous serions heureux de voir le MSSS s'engager à nous soutenir pour diffuser ces formations et journées de sensibilisation à un plus grand nombre de personnes. Nous ne croyons cependant pas possible d'espérer qu'une majorité des personnes vivant avec un problème de santé mentale pourra être rejointe de façon satisfaisante par les médias électroniques ou des dépliants. L'expérience nous démontre que les personnes parfois lourdement médicamenteuses, peu scolarisées voire analphabètes ou ayant des problèmes de concentration ont plus de difficultés à retenir l'information reçue. Les formations données en personne sont donc plus profitables. Nous

²¹ Cohen David, Suzanne Cailloux-Cohen et l'AGIDD-SMQ, *Guide critique des médicaments de l'Âme*, Les éditions de l'homme, 1995, page 193

²² MSSS, *Politique du médicament*, 2004, page 35

avons fait nos preuves pour la formation des citoyennes et des citoyens. Et nous sommes actuellement à bâtir une formation pour les professionnels du réseau public.

À l'automne 2004, nous avons participé à la formation continue de psychiatres et autres professionnels du secteur de la santé de 4 régions du Québec. Diffusée à partir de l'Hôpital du Sacré-Cœur, cette table ronde sur la *Gestion autonome de la médication* a permis encore une fois d'ouvrir des espaces de dialogue autour de la médication psychiatrique et de donner aux personnes à qui elle est prescrite l'occasion de prendre leur place dans le processus laborieux de déterminer la meilleure prescription possible.

Pour le printemps 2005, nous sommes invités à sensibiliser des intervenants des CLSC et des cliniques externes de psychiatrie afin d'ajouter à leurs pratiques le soutien aux personnes en démarche de *Gestion autonome de la médication* avec leur médecin. Nous jugeons qu'il est essentiel que de telles expériences deviennent pratique courante. Non seulement pour le bien du Régime d'assurance médicaments mais surtout pour celui des personnes qui y ont recours.

Ces activités ont été réalisées dans le cadre d'un projet pilote qui s'achèvera en juin 2005. Au-delà de cette échéance, nous proposons que le MSSS soutienne les formations tant auprès des personnes ayant un problème de santé mentale qu'auprès des professionnels de la santé sur la *Gestion autonome de la médication* et de *L'autre côté de la pilule*.

L'intention thérapeutique et la confidentialité

Nous sommes préoccupés par la transmission de l'intention thérapeutique. La première partie de la proposition 21 semble vouloir donner aux spécialistes de la médication, les pharmaciens, les moyens de bien conseiller leurs clients. Cependant, la seconde partie de cette proposition pose problème. Où sont les règles, les balises de cette informatisation ? Il y a là un bris de la confidentialité qui nous apparaît dangereux tel que présenté.

Rappelons que cette même Commission des Affaires sociales a reçu des mémoires et tenu des auditions sur ce qui a été appelé alors la carte à puce. Des questions de droits, de technologie et de protection de la vie privée y ont été soulevées. Bien peu de réponses satisfaisantes nous ont été données à l'époque.

Que le diagnostic soit transmis à plusieurs professionnels ne peut que mener à une stigmatisation des personnes. Imaginons que la prescription mentionne le diagnostic de schizophrénie, ou tout simplement comme symptôme "hallucinations". Le professionnel se demandera si la personne hallucine au moment où elle lui parle. Quelle crédibilité lui reste-t-il dans un contexte de responsabilité partagée ?

Les personnes souffrant de maladie mentale ou de toxicomanie sont aussi victimes de discrimination et de rejet par les fournisseurs de services tant dans le réseau de la santé mentale que dans le réseau de la santé en général... C'est certainement de la discrimination lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale est systématiquement traitée différemment d'une autre qui en est exempte.²³

²³ Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie*, Problèmes et options pour le Canada, novembre 2004, page 27

Plusieurs personnes ne sont pas sans savoir qu'un diagnostic d'épuisement professionnel peut empêcher une personne d'avoir accès à une assurance, pour elle-même ou pour son prêt hypothécaire, et cela, des années après son rétablissement.

Déjà, les banques de données dénominalisées sont utilisées à des fins autres que la santé et le bien-être de la population. Pensons à la transmission des prescriptions, sans le nom du patient qui se fait automatiquement des pharmacies vers une banque de données privée. Ces données servent aux démarcheurs des compagnies pharmaceutiques afin de cibler les médecins qui ne prescrivent pas suffisamment leurs produits. Lorsqu'ils sont interrogés à savoir si les pressions, courbettes et cadeaux des démarcheurs des compagnies pharmaceutiques ont quelques effets sur leur façon de prescrire, les médecins jurent que non. Pourtant, à voir les sommes que ces compagnies dépensent, et sachant à quel point leur gestion financière est planifiée, on peut difficilement croire que tout cet argent est dépensé en pure perte.

La révision de la médication

Selon le projet de politique du médicament en page 41, la révision de la médication nous semble une mesure intéressante pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments. Toutefois, cette mesure doit être disponible à toute personne intéressée (pas seulement la révision de la médication à domicile) à faire analyser l'ensemble de sa médication auprès d'un pharmacien accrédité. Ce travail de collaboration entre la personne, le médecin et le pharmacien favorisent le partage des compétences respectives de chacun. Depuis plus de cinq ans, le RRASMQ avec son projet-pilote GAM a pu expérimenter à de nombreuses reprises que l'ouverture à la négociation sur les médicaments avec le médecin a encouragé la personne à jouer un rôle plus actif dans son traitement.²⁴ De plus l'expertise du pharmacien ou de la pharmacienne apportera un regard neuf à l'analyse du dossier de la personne. De nombreux pharmaciens et pharmaciennes jouent un rôle important auprès des personnes qui utilisent de nombreux médicaments. Ils écoutent, supportent, rassurent et sont une source d'information pour ces derniers.

« Q: Quand tu as eu à diminuer des médicaments, qui t'a aidée à te dire comment faire, comment t'y prendre? R: Mon médecin de famille beaucoup. Le pharmacien aussi, c'est niaiseux, des fois il peut te dire, « prends pas trop de doses, tu vas avoir mal au cœur » ou « prends telle, telle dose, fais ça en tant de temps ». La gestion autonome, ça m'a apportée beaucoup, beaucoup, ça, quand j'ai fait la formation à la ressource alternative. »²⁵

La santé mentale des femmes

Femmes et médecines alternatives

Plus de 45 % de la population qui consulte en soins de la santé, consulte un thérapeute alternatif. Le recours aux approches alternatives et complémentaires de santé n'est plus un phénomène marginal et négligeable, c'est désormais une tendance sociale qui ne peut être ignorée par nos gouvernements. Quelques approches alternatives sont réglementées et la protection du public est

²⁴ Rodriguez L., Drolet M., *Étude exploratoire GAM*, décembre 2004

²⁵ Témoignage d'une personne dans le cadre de l'étude exploratoire citée à la note 24

assurée par le biais d'ordres professionnels. C'est notamment le cas de la chiropratique, de l'acupuncture et des sages-femmes qui peuvent pratiquer en toute légalité.

Mais qu'en est-il de l'homéopathie, de l'ostéopathie, de la naturopathie et des autres approches alternatives telles que la psychothérapie, l'art-thérapie pour ne donner que ces deux exemples ? L'absence de législation et de réglementation au ministère de la Santé et des Services sociaux nous inquiète alors que les thérapeutes de ces pratiques alternatives traitent 45 % de la population.²⁶

Une question s'impose toutefois. Y aurait-il un rapport entre les faits suivants : plus de 75 % des thérapeutes alternatifs sont des femmes et plus de 70 % de la population qui consulte sont des femmes... et le manque total de volonté politique de reconnaître et de légiférer en matière d'approches alternatives et complémentaires de santé. Il serait important de reconnaître ces pratiques légalement pour assurer un minimum de protection à la population et permettre de réels choix aux citoyennes et citoyens pour ainsi éviter de médicaliser les problèmes sociaux par des traitements médicamenteux seulement.

Femmes et psychiatrie

Considérées « malades » parce que leurs conditions de vie les conduisaient à manifester de la détresse et de la dépression, elles étaient alors davantage et plus sévèrement diagnostiquées que les hommes, elles étaient hospitalisées plus longuement et recevaient davantage de médicaments psychotropes.

En effet il est très alarmant de voir se multiplier les classifications diagnostiques de plus en plus raffinées et différenciées dans le Diagnostic and Statistical Manual (DSM) de l'American Psychiatric Association. Ce document constitue une base pour une majorité de professionnels de la santé mentale au Québec. Ainsi le DSM a vu quadrupler le nombre de catégories diagnostics depuis sa première publication en 1952. Le récent DSM-IV de 1994 comprend autour de 400 diagnostics couvrant une symptomatologie extrêmement variée et fort discutable. Ces catégories de la psychiatrie moderne s'élargissent, se raffinent et s'étendent pour couvrir une population toujours plus nombreuse et une symptomatologie de plus en plus légère et différenciée. Cet envahissement du champ de la santé par la pathologie constitue une des facettes de l'appauvrissement généralisée de nos sociétés dites modernes. Dans ce sens, il devient donc essentiel d'explorer d'autres avenues.

Visages de la violence psychiatrique

Comment expliquer la sur représentation des femmes en psychiatrie ?²⁷

Il ne faut pas hésiter à nommer la violence de la psychiatrie envers les femmes. En effet, un ensemble de facteurs peuvent expliquer la violence du modèle médical. En cherchant les causes de la souffrance et des difficultés des femmes exclusivement dans leurs gènes, hormones, dysfonctionnements physiologiques, cerveaux défectueux, « constitution féminine », « vulnérabilité biologique », « faiblesse congénitale », manque d'habiletés, tout en passant sous

²⁶ Larocque, Claudine, *La population a droit aux médecines alternatives... et personne n'a le droit de les pratiquer*, Sans Préjudice... pour la santé des femmes, numéro 18, Printemps 1999.

²⁷ Idem à la note 26.

silence leur histoire, leur développement, leurs conditions de vie en tant que femmes et les rôles sexuels stéréotypés de la société ; le modèle de la bio psychiatrie moderne dévalue systématiquement le comportement des femmes, le rejette et le considère pathologique.

Les diagnostics actuels de dépression post-partum, syndrome associé à la ménopause, et syndrome prémenstruel font l'objet de vives contestations. Ces diagnostics, qui couvrent la majeure partie du cycle reproducteur des femmes, seraient utilisés pour justifier les théories biologiques permettant d'attribuer la « folie » des femmes aux effets dangereux des hormones féminines et de la situer dans le corps féminin.

La victimisation secondaire causée par un traumatisme vécu en psychiatrie est un concept assez récent, mais qui a fait l'objet d'un colloque en 2002 organisé par le Collectif en défense de droits en santé mentale de la Montérégie, où des centaines de femmes, des intervenants et intervenantes du communautaire et du réseau public ont discuté des pratiques psychiatriques et des mesures de contrôle comme l'isolement, la contention et les substances chimiques chez les femmes psychiatisées. La violence des traitements par la médication constitue très souvent la seule réponse de la psychiatrie à la souffrance des femmes. Pour certains chercheurs et chercheuses, les neuroleptiques sont de véritables «camisoles de force» et peuvent avoir l'effet d'une «lobotomie chimique»²⁸. Leurs effets secondaires affectent la personne dans son intégrité.

Or, c'est aux femmes qu'on prescrit davantage de médicaments et de tranquillisants. Plusieurs soutiennent que la médication est souvent utilisée pour faire taire la détresse des femmes.

Le silence troublant de ce projet de politique gouvernementale du médicament face à la santé mentale des femmes est très inquiétant malgré les nombreuses recommandations du comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes contenues dans le rapport *Écoute-moi quand je parle!* dont les travaux avaient justement pour but d'enrichir les politiques gouvernementales en y intégrant la réalité des femmes.

²⁸ CDDM, *Actes du colloque Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire*, mai 2003

CONCLUSION

Pour contribuer au succès de la mise en œuvre d'une politique du médicament au Québec respectueux des principes d'universalité, de gratuité, d'intégralité et d'accessibilité, nous souhaitons voir des changements significatifs au document proposé.

RECOMMANDATIONS DU RRASMQ :

- Une large étude indépendante entreprise au Québec sur les coûts des pratiques médicamenteuses, sur la surmédicalisation, sur les pratiques frauduleuses des multinationales en lien avec notre régime public, sur les pots-de-vin et les ristournes destinées aux pharmaciens, pharmaciennes et aux médecins, sur les frais de promotion, sur les coûts des brevets et de la recherche. Les résultats de cette étude feraient donc la lumière sur l'augmentation de la part des médicaments dans les dépenses de la santé au Québec pour qu'un réel débat public voie le jour sur l'avenir de notre système de santé ;
- La mise en place d'un régime universel public d'assurance-médicaments;
- Le retour à la gratuité des médicaments pour toutes les personnes à faible revenu (sous le seuil de la pauvreté) assurées par le régime public ;
- La révision de la composition des diverses instances impliquées dans la politique en s'assurant de la participation citoyenne ;
- Le développement et l'encadrement de pratiques et de médecines alternatives aux traitements médicamenteux au Québec ;
- La suppression de la publicité sur les médicaments et son remplacement par une éducation objective produite par des organismes indépendants composés d'experts de divers horizons et de citoyens et citoyennes aux compétences reconnues en la matière ;
- Le maintien de la confidentialité sur les prescriptions et ce, sans diagnostic ;
- Le remplacement de la règle des quinze ans par celle de dix ans comme en Ontario ;
- L'intégration de la Gestion autonome de la médication dans la politique du médicament et dans les pratiques thérapeutiques ;
- L'accès public à la recherche sur les médicaments.

Il ne fait aucun doute que la forme actuelle de la politique du médicament sans changement significatif ne règlera pas les principaux problèmes auxquels est confrontée la population à l'égard de l'accès aux médicaments et à leurs coûts. À qui doit d'abord profiter cette politique ? C'est la question fondamentale à laquelle le Ministère de la Santé et des Services sociaux devra répondre.

Nous espérons que le gouvernement interviendra en faveur des intérêts collectifs et non des intérêts mercantiles.

BIBLIOGRAPHIE

- Allison Lampert, *Ritalin doubles in 5 years* –Québec, *The Gazette*, 12 janvier 2005.
- Association Canadienne du Médicament Générique, *Mémoire sur le Règlement sur les médicaments brevetés*, Novembre 2003.
- Blain Louise, *L'assurance-médicaments : les conséquences de la mixité du régime sur l'accès équitable aux médicaments* Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en droit social et du travail, Université du Québec à Montréal, septembre 2000.
- Blais Louise, *Pauvreté et santé mentale au féminin*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 1998.
- Collectif de défenses des Droits en santé mentale de la Montérégie, Actes du colloque *Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire, mai 2003*
- Coalition Solidarité Santé, *Le gouvernement doit changer son orientation en matière de médicaments*, Avis déposé dans le cadre des consultations sur le projet de loi 98 sur l'assurance médicaments, mai 2002.
- Cohen David, Suzanne Cailloux-Cohen et l'AGIDD-SMQ, *Guide critique des médicaments de l'Âme*, Les éditions de l'homme, 1995.
- Comité de travail, *Écoute-moi quand je parle ! Rapport sur les services de santé mentale offerts aux femmes*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Rapport provisoire *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie, Problèmes et options pour le Canada*, novembre 2004, page 27
- Direction de la santé publique de Montréal, Rapport *Les inégalités sociales de la santé*, 1998.
- Drolet M., *Étude exploratoire GAM*, présentée à l'Assemblée générale annuelle du RRASMQ, juin 2004.
- Dutrissac, Robert, *Une décision de la Commission d'accès à l'information, IMS peut continuer de cueillir de l'information sur les ordonnances*, Le Devoir, 21 décembre 2001
- Ferland Isabelle, *Femmes et psychiatrie ou contrôle social et médicalisation de la souffrance des femmes*, École de service social, Université de Montréal, 1995.
- Guyon Louise, *Quand les femmes parlent de leur santé*, Les publications du Québec Msss, 1990.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Rapport annuel *Les dépenses de santé atteindraient 130 milliards de dollars cette année*, 8 décembre 2004
- Labrie Vivian, Collectif pour un Québec sans pauvreté, Communiqué, 18 décembre 2004
- La Recherche, Hors série numéro 16, *Les molécules du bonheur*, août 2004
- Lauzon Léo Paul, *Contes et comptes du prof Lauzon II*, Lanctôt Éditeur, 2004
- Lauzon, L.-P, Hasbani, Marc, *(Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique brevetée pour la période de 10 ans 1991-2000*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM, Avril 2002.
- Pelchat, M. *Ce que la Commission Clair cache à la population québécoise*, Espaces de la parole, VI, 3, 2000.
- Robichaud et coll., *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale, de l'exclusion à l'équité*, Éditions Gaétan Morin, 1994
- RRASMQ, AGIDD-SMQ, *Gestion autonome de la médication de l'âme GAM, Mon guide personnel*, 2003
- Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, *La population a droit aux médecines alternatives... et personne n'a le droit de les pratiquer*, Sans Préjudice... pour la santé des femmes, numéro 18, Printemps 1999.
- St-Onge Jean-Claude, *L'envers de la pilule*, Les Éditions Eco-Société, 2004
- Villedieu Yanick, *Un jour la santé*, Éditions Boréal, 2002