

# L'autorisation judiciaire de soins : Le trou noir de la psychiatrie

**ÉTUDE ET ANALYSE  
DE 150 JUGEMENTS,  
RÉFLEXIONS SUR  
LA PRATIQUE ET  
RECOMMANDATIONS  
DE L'AGIDD-SMQ**

**AGIDD-SMQ**

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE  
DU QUÉBEC**

Publication de l'Association des groupes d'intervention en  
défense des droits en santé mentale du Québec

4837, rue Boyer, bureau 210  
Montréal (Québec) H2J 3E6  
Téléphone : 514 523-3443 | 1 866 523-3443  
Télécopieur : 514 523-0797  
info@agidd.org  
www.agidd.org  
www.facebook.com/agidd.smq

Mai 2014

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-9800309-5-6

 Imprimé sur du papier fabriqué au Québec contenant  
100 % de fibres recyclées postconsommation.

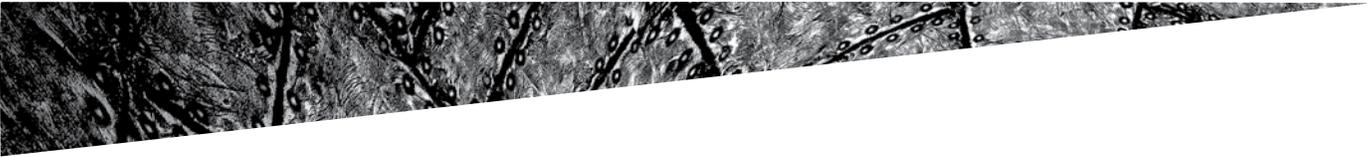
L'Association des groupes d'intervention en défense des droits  
en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a pour mission  
de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des  
personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.  
Ces droits, fondés sur des principes de justice sociale, de liberté  
et d'égalité, sont ceux de tout citoyen. L'AGIDD-SMQ porte un  
regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique  
pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation  
de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés et les  
mythes que subissent les personnes vivant un problème de  
santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en  
1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des  
personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

# L'autorisation judiciaire de soins : Le trou noir de la psychiatrie

**ÉTUDE ET ANALYSE  
DE 150 JUGEMENTS,  
RÉFLEXIONS SUR  
LA PRATIQUE ET  
RECOMMANDATIONS  
DE L'AGIDD-SMQ**

**AGIDD-SMQ**

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE  
DU QUÉBEC**



# Tables des matières

## **INTRODUCTION**

La coercition et le contrôle  
sont de plus en plus présents dans le système psychiatrique ..... 5

Un consentement à deux vitesses ! ..... 10

PREMIÈRE ÉTAPE : LE CONSENTEMENT AUX SOINS ..... 10

DEUXIÈME ÉTAPE : LE REFUS CATÉGORIQUE DE RECEVOIR LES SOINS ET  
LA NOTION D'APTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS ..... 14

Données issues de la recherche Pro Bono UQÀM et analyse de l'AGIDD-SMQ ..... 16

LE NOMBRE DE REQUÊTES EN AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS ..... 16

LA LISTE DES DEMANDEURS ..... 17

LA PRÉSENCE DES PERSONNES AU TRIBUNAL, LE DROIT D'ÊTRE ENTENDU ET REPRÉSENTÉ ..... 18

L'OBLIGATION D'HÉBERGEMENT, DE PLUS EN PLUS UTILISÉE ..... 20

LA DURÉE DES AUTORISATIONS JUDICIAIRES DE SOINS :  
L'EXCEPTION TEND À DEVENIR LA RÈGLE ! ..... 22

LES DÉCISIONS PRÉCÉDENTES SONT PRÉSENTES DANS PLUS DU TIERS DES REQUÊTES ! ..... 24

LES DIAGNOSTICS IDENTIFIÉS : LA SCIENCE DÉCOUVRE DES MALADIES, LE DSM EN INVENTE ! ..... 26

L'ORDONNANCE JUDICIAIRE DE SOINS, UN CHÈQUE EN BLANC AU MÉDECIN TRAITANT ..... 29

LE SUIVI DE L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS EN VASE CLOS ..... 33

LES CRITÈRES DE L'APTITUDE À CONSENTIR ..... 34

Entre justice et psychiatrie, où sont les droits de la personne ? ..... 35

Recommandations de l'AGIDD-SMQ ..... 37

## **CONCLUSION**

La requête en autorisation judiciaire de soins doit rester une exception ! ..... 39

Médiagraphie ..... 41

Remerciements ..... 43

## INTRODUCTION

# La coercition et le contrôle sont de plus en plus présents dans le système psychiatrique

**L'objet de cette étude s'attarde plus précisément aux autorisations judiciaires de soins, qui peuvent être appelées autorisations ou ordonnances de traitement, ou encore ordonnances de soins.**

Cette procédure juridique consiste à contraindre une personne à subir un traitement contre son gré, **lorsque celle-ci est déclarée inapte à consentir aux soins et continue de refuser catégoriquement de recevoir ces soins.**

C'est une mesure d'exception, car elle déroge à la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* et à la *Charte canadienne des droits et libertés* concernant l'inviolabilité de la personne et son droit à l'intégrité.

Elle peut être demandée par un établissement ou par un médecin et est adressée à la Cour supérieure.

Elle est accordée généralement pour une période de **deux, trois, voire cinq ans, et ce, sans possibilité de révision**, une fois que le jugement est prononcé.

De façon générale, les personnes font face à cette procédure juridique sans en être informées, sans se faire entendre par le juge et sans être représentées par un avocat. L'absence de révision des décisions de ces requêtes est particulièrement dramatique, car la situation d'une personne peut évoluer au cours d'une telle période, mais aussi en raison des nombreux impacts qu'ont les psychotropes prescrits et autres traitements intrusifs.

Résultat : les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale voient leurs droits bafoués, notamment : le droit à l'information, à la liberté,

**La jurisprudence précise que le mot soins est employé au sens large et englobe** « toutes espèces d'exams, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale. Il couvre également, comme acte préalable, l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige. »

M.B. c. CENTRE HOSPITALIER  
PIERRE-LE-GARDEUR,  
2004 CanLII 29017 (QC C.A.), page 5.

*Cette procédure judiciaire traitée par la Cour supérieure du Québec est définie à l'article 16 du Code civil du Québec :*

« L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit. »

à l'inviolabilité de la personne et à son intégrité, le droit au consentement aux soins, le droit à la représentation par avocat et le droit d'être entendu au tribunal<sup>1</sup>.

Cette situation, maintes fois dénoncée par les groupes membres de l'AGIDD-SMQ, a interpellé l'Association.

C'est dans ce contexte qu'elle a sollicité le *Pro Bono UQÀM*<sup>2</sup> et a déposé un projet, en juin 2011, afin de documenter ce que les membres de l'AGIDD-SMQ constataient sur le terrain.

À cette fin, 150 jugements (25 jugements par année) ont été répertoriés, dans différentes régions du Québec, via les Palais de justice, concernant les autorisations judiciaires de soins associées exclusivement à la santé mentale en se basant sur les 9 indicateurs suivants :

1. **Le nombre de requêtes.**
2. **L'origine des demandeurs.**
3. **La présence de la personne au tribunal et sa représentation par un avocat.**
4. **L'obligation d'hébergement.**
5. **La durée des autorisations judiciaires de soins.**
6. **Les décisions judiciaires précédant l'autorisation judiciaire de soins et le renouvellement éventuel de la requête en autorisation judiciaire de soins.**
7. **Le diagnostic identifié.**
8. **Le type de traitement (pharmacologique, mesures de contrôle, etc.).**
9. **Le suivi de l'autorisation judiciaire de soins.**

L'AGIDD-SMQ constate que les problématiques vécues par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ainsi que celles répertoriées dans la littérature<sup>3</sup> associée à la requête en autorisation judiciaire de soins sont

---

1 QUÉBEC, *Code de procédure civile*, Chapitre C25., Article 394.1.

« Lorsque, dans une instance, le tribunal constate que l'intérêt d'un mineur ou d'un majeur qu'il estime inapte est en jeu et qu'il est nécessaire pour en assurer la sauvegarde que le mineur ou le majeur inapte soit représenté, il peut, même d'office, ajourner l'instruction de la demande jusqu'à ce qu'un procureur soit chargé de le représenter. Le tribunal peut aussi rendre toute ordonnance utile pour assurer cette représentation, notamment statuer sur la fixation des honoraires payables à son procureur et déterminer à qui en incombera le paiement. »

2 UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, Département des sciences juridiques.

3 ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 1<sup>er</sup> février 2013, 26 pages.

OTERO Marcelo, KRISTOFFERSEN-DUGRÉ Geneviève, ACTION AUTONOMIE, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, le SERVICE AUX COLLECTIVITÉS UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale*, février 2012

corroborées par la présente étude. De plus, de nouveaux constats troublants s'ajoutent.

- Les requêtes en autorisation judiciaire de soins sont pratiquement toutes autorisées. Loin d'être une procédure d'exception, les requêtes sont accordées presque systématiquement sans que la personne soit informée. Lorsqu'elle apprend qu'elle est sous autorisation judiciaire de soins, il est souvent trop tard, le jugement ayant été rendu et les recours étant pour ainsi dire inexistantes.
- Il est excessivement difficile, voire impossible, de trouver un avocat dans le délai imparti, et la personne est le plus souvent absente lors du jugement.
- De nombreux droits sont encore bafoués, notamment le droit à l'information, le droit d'être présent lors du jugement et le droit d'être représenté.
- L'imposition de traitement est de plus en plus accompagnée de l'imposition d'hébergement. La personne peut ainsi être complètement déracinée de son environnement habituel, et ce, pour une durée variant de 2 à 5 ans.
- La durée des autorisations judiciaires de soins tend à augmenter depuis 2005 et, pendant ce temps, la personne est toujours considérée inapte à consentir, alors que, selon le tribunal et le professionnel traitant, la médication imposée devrait améliorer sa situation.
- Plusieurs changements de médication peuvent être réalisés pendant la durée de l'autorisation judiciaire de soins, sans que le consentement de la personne soit demandé ou que son aptitude à consentir aux soins soit réévaluée.
- Les renouvellements d'autorisations judiciaires de soins sont assez fréquents. Une personne peut donc être sous autorisation judiciaire de soins durant de nombreuses années, certains cas allant jusqu'à 9 ans.

---

LE BARREAU DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec*, mars 2010.

MÉNARD, Jean-Pierre, *Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits de la personne, Autonomie et protection* », Service de la formation continue du Barreau du Québec, volume 261, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, 317 à 339.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, MARSOLAIS Gilles, *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) à l'attention des Services d'aide en situation de crise (SASC) désignés par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal*, septembre 2005, 35 pages.



« L'inaptitude du majeur étant établie dans une première étape en fonction des critères retenus par la jurisprudence, sur quelle base doit-on juger de la qualité même du refus? En effet, n'est-il pas paradoxal qu'un acquiescement aux soins par l'inapte soit généralement perçu d'un œil bienveillant tandis qu'un refus risque d'être mal accueilli, d'autant plus qu'il serait fort probablement contraire à la volonté de l'entourage du malade? Et le tribunal, d'après le libellé de l'article 23 C.c.Q., peut décider de ne pas le respecter, puisque nous parlons ici de soins requis par l'état de santé. »

KOURI Robert P. et PHILIPS-NOOTENS Suzanne, *Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu*, Revue du Barreau/Tome 63/ Printemps 2003, page 17.

On peut se demander pourquoi, malgré les soins imposés, la personne demeure inapte si longtemps.

- Le manque de précision concernant la médication imposée est une aberration scientifique et pharmacologique si l'on considère l'ampleur et les effets des différents psychotropes prescrits<sup>4</sup> : le juge donne un chèque en blanc au médecin traitant qui peut choisir le traitement parmi la gamme importante de psychotropes imposés et le modifier sans le consentement de la personne.
- Le diagnostic est absent du tiers des jugements répertoriés. Or, au moins deux des critères importants concernant l'évaluation de l'aptitude à consentir, précisent l'appréciation de la compréhension de la personne relativement à celui-ci.
- Le suivi est très variable et il est réalisé en grande partie par le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP) de l'hôpital où se fera le traitement. Cela ne permet pas de savoir si le suivi est réellement fait ni d'obtenir des informations sur ce suivi puisque « *les dossiers et procès-verbaux du CMDP et de chacun de ses comités sont confidentiels*<sup>5</sup> ».
- La garde en établissement est parfois utilisée pour évaluer l'aptitude à consentir de la personne, ce qui n'est pas le but de cette procédure.

Cette étude met en lumière que l'utilisation des requêtes en autorisation judiciaire de soins, loin d'être une exception, devient une autre pratique brimant les droits fondamentaux des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

**L'ordonnance judiciaire de soins devient un moyen de contrôle pour traiter les personnes et les hospitaliser. La personne est alors évaluée comme étant inapte à consentir, car son refus est perçu comme étant déraisonnable aux yeux du professionnel traitant. Toutefois, si cette même personne accepte son traitement, sa capacité à consentir n'est nullement mise en doute!**

4 FLEMING V. REID, Juge Robins dans l'arrêt, 1991 CanLII 2728 (ON CA), page 14, chapitre V : *Few medical procedures can be more intrusive than the forcible injection of powerful mind-altering drugs which are often accompanied by severe and sometimes irreversible adverse side effects.* [TRADUCTION] Citation reprise dans l'arrêt STARSON c. SWAYZE, [2003] 1 R.C.S., page 759 : *Peu de procédures médicales sont plus envahissantes que l'injection forcée de puissants psychotropes, lesquels produisent souvent des effets secondaires nocifs graves et parfois irréversibles.*

5 *La Loi sur les services de santé et les services sociaux* décrit le rôle, mandat et pouvoir du CMDP aux articles 213 à 218.

L'AGIDD-SMQ souhaite, par ce document, interpeler les différents acteurs impliqués, notamment le milieu de la justice et celui de la santé, afin que cette mesure reste une exception encadrée par le respect de l'exercice des droits et libertés de la personne.

Son contenu propose les sujets suivants :

- 1) Les éléments légaux reliés :
  - . au consentement aux soins.
  - . à la notion d'aptitude à consentir.
  - . au refus catégorique de consentir.
- 2) La compilation des données reliées à la recherche Pro-Bono UQÀM.
- 3) L'analyse de l'AGIDD-SMQ sur la base des 9 indicateurs répertoriés dans la recherche Pro-Bono UQÀM.
- 4) Les recommandations de l'AGIDD-SMQ afin de lancer une réflexion sur ces pratiques auprès des principaux acteurs concernés et favoriser ainsi le respect de l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

La requête en autorisation judiciaire de soins doit demeurer une exception !

## PROCÉDURE CONCERNANT L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS

Le majeur évalué inapte à consentir à ses soins refuse un traitement.

En cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement.

OU

si le majeur inapte à consentir **refuse catégoriquement** de recevoir des soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'urgence.  
(peu importe le consentement de son représentant légal ou de celui qui est autorisé à consentir pour lui, et peu importe qu'il soit ou non sous régime de protection\*)

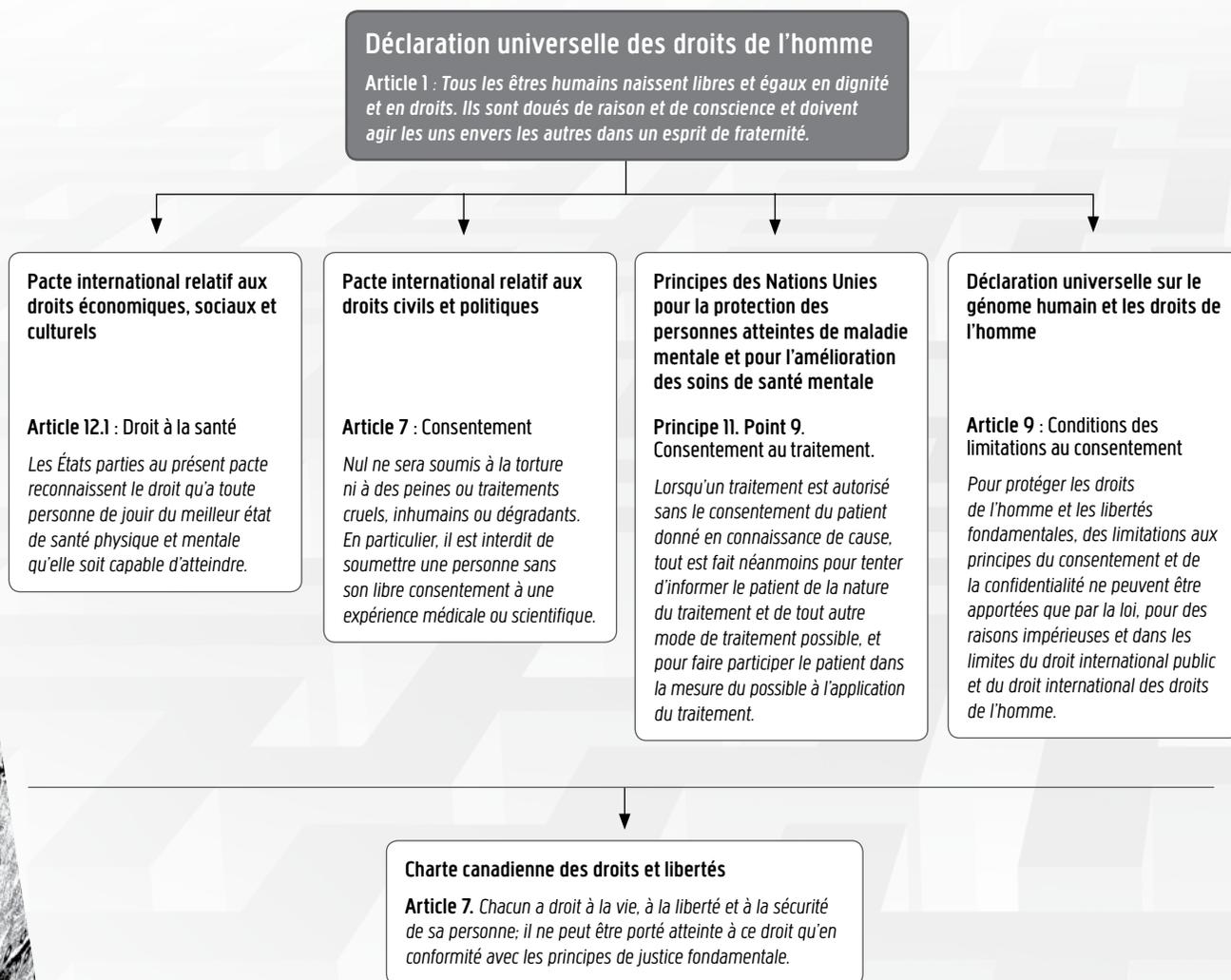
L'autorisation du tribunal est nécessaire pour l'obliger à recevoir les soins requis.  
L'établissement ou le médecin peut faire une requête d'autorisation judiciaire de soins à la Cour supérieure.  
Si elle est autorisée par le juge, elle est accordée à l'établissement et au médecin requérant.

\*BERNHEIM Emmanuelle, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué*, thèse de doctorat, Faculté de droit de l'Université de Montréal et École Normale supérieure de Cahan, page 135, mars 2011.

# Un consentement à deux vitesses !

## PREMIÈRE ÉTAPE : LE CONSENTEMENT AUX SOINS

En respect des outils internationaux, le droit au consentement aux soins est une des pierres angulaires de la législation québécoise en lien avec l'inviolabilité de la personne et à son droit à l'intégrité.



## Charte québécoise des droits et libertés de la personne

### Article 1 : Intégrité et personnalité juridique

*Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, l'intégrité et à la liberté de sa personne.*

*Il possède également la personnalité juridique.*

## Loi sur les services de santé et les services sociaux

### Article 9. Consentement requis

*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 traitement ou de toute autre intervention.*

#### Consentement aux soins

*Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.*

## Code civil du Québec

### Article 10 : Intégrité et inviolabilité

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

### Article 11. Consentement aux soins et consentement substitué

*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 à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.*

### Article 16 : Nécessité de l'autorisation du tribunal

*L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.*

*Elle est enfin nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie soit en danger, ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.*

### Article 153. Capacité d'exercer ses droits

*L'âge de la majorité est fixé à 18 ans. La personne, jusqu'alors mineure, devient capable d'exercer pleinement tous ses droits civils.*

**Article 154.** *La capacité du majeur ne peut être limitée que par une disposition expresse de la loi ou par un jugement prononçant l'ouverture d'un régime de protection.*

**Article 14.** *Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur.*

*Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ses soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.*

Toute personne est présumée apte à consentir aux soins à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

L'autorisation du tribunal est nécessaire si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins. Ainsi le tribunal doit aussi être convaincu de l'inaptitude de la personne à consentir aux soins.

En vertu du *Code civil du Québec*, toute personne, y compris celle protégée par un régime de protection ou un mandat, est présumée apte à consentir à des soins.

L'aptitude à consentir doit être vérifiée chaque fois qu'un soin est proposé. Une personne peut choisir une partie du traitement et en refuser une autre.

L'article 10 du *Code civil du Québec* prévoit que le consentement doit être libre et éclairé :

**Libre** signifie que la personne donne son consentement sans contrainte ni menace et sur une base volontaire. Ses facultés ne doivent pas être altérées au moment du consentement.

**Éclairé** signifie que le professionnel doit donner toute l'information pertinente qui permettra à la personne de prendre une décision : le diagnostic, la nature et le but du soin proposé, ses risques, ses effets, ses avantages et désavantages, les conséquences de son refus sur son état de santé et les alternatives au traitement.

*« Toute l'information pertinente doit être fournie au patient. La Cour suprême du Canada s'est prononcée en 1980 sur la question (Garneau et Diener, 1986). Elle prescrit d'exposer au patient la nature de l'acte à poser (médication), la gravité de cet acte, les risques matériels encourus (effets secondaires) qui se produisent fréquemment (chez plus que 2 %) ou qui ont des conséquences importantes ou qui affecteraient le choix du patient.*

*La Cour prescrit également de répondre à toutes les questions du patient, d'exposer les alternatives au traitement et les inconvénients d'un refus de traitement<sup>6</sup>. »*

6 GAMACHE Claire et Millaud Frédéric, *Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique*, Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 1, 1999, p. 159. URI, <http://id.erudit.org/iderudit/O31590ar> DOI : 10.7202/O31590ar.

Les paroles du Juge Robins, à ce sujet, dans l'arrêt *Flemming contre Reid*<sup>7</sup> sont éloquentes :

*« [TRADUCTION]<sup>8</sup> Le droit de décider de ce qu'on pourra faire subir à son corps et de ne se voir imposer aucun traitement médical auquel on n'aura pas donné son consentement est fermement ancré dans notre Common Law. Ce droit sous-tend la doctrine du consentement éclairé. [. . .] Les risques ou les conséquences graves que peut entraîner le refus d'un traitement médical ne permettent aucunement de porter atteinte au droit au libre choix en matière médicale. [. . .] C'est au patient, et non pas au médecin, qu'il appartient en dernière analyse de décider si un traitement – peu importe lequel – sera administré. »*

**Il est important de rappeler que la capacité juridique à s'occuper de soi ou de ses biens est différente de l'aptitude à accepter ou à refuser un traitement :**

■ **Capacité juridique :**

C'est un droit fondamental décrit à l'article 1 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* qui précise au premier alinéa que la personne a l'aptitude d'exercer elle-même les droits dont elle est titulaire, de la naissance à la mort : « *Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique.* »

L'article 258 du *Code civil du Québec* précise les conditions non exhaustives de l'incapacité de la personne à prendre soin de soi-même ou à administrer ses biens, en lui nommant un conseiller au majeur, un tuteur ou un curateur pour la représenter : « *Il est nommé au majeur*

7 *FLEMING v. Reid*, 1991 CanLII 2728 (ON CA), page 7, chapitre IV.

8 RICHARD Bernard, ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse, 4 juillet 2007 *Mémoire au Groupe de travail sur les renseignements personnels sur la santé du Nouveau-Brunswick*, page 9.

*un curateur ou un tuteur pour le représenter, ou un conseiller pour l'assister, dans la mesure où il est inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite, notamment, d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté. »*

libre et éclairé et, même si la personne n'a pas la capacité de prendre soin d'elle-même ou d'administrer ses biens, **elle garde le droit de consentir à ses soins** : « *Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »*

- **Aptitude au consentement aux soins** : Le droit à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, comme l'indique l'article 10 du *Code civil du Québec*, imposent le consentement

Si la personne n'a pas la capacité de prendre soin d'elle ou d'administrer ses biens, **trois scénarios** s'offrent alors à elle :

**1<sup>er</sup> scénario :**

Elle refuse un traitement et sa volonté est respectée.

**2<sup>e</sup> scénario :**

Elle refuse un traitement : l'établissement ou le médecin qui veut imposer le traitement doit rechercher le consentement substitué de la personne visée. Toutefois, l'article 12 du *Code civil du Québec* indique : « *Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. »*

**3<sup>e</sup> scénario :**

Malgré le consentement substitué, en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé de la personne ou si la personne continue **catégoriquement** à refuser, l'établissement ou le médecin est alors dans l'obligation de déposer une requête d'autorisation judiciaire de soins à la Cour supérieure du Québec.

## DEUXIÈME ÉTAPE : LE REFUS CATÉGORIQUE DE RECEVOIR LES SOINS ET LA NOTION D'APTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS

En lien avec l'article 16 du Code civil du Québec, si la personne inapte à consentir refuse catégoriquement les soins, la cause peut être portée devant la Cour supérieure pour obtenir l'autorisation de la traiter malgré son refus.

La notion d'aptitude à consentir et le refus catégorique au consentement sont deux concepts qui ne sont pas définis dans la législation, mais précisés dans la jurisprudence<sup>9</sup>.

Pour déterminer ou non l'aptitude à consentir, la jurisprudence a défini les 5 critères<sup>10</sup> suivants, que les tribunaux peuvent utiliser.

- Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement ?
- Comprend-il la nature et le but du traitement ?
- Comprend-il les risques associés à ce traitement ?
- Saisit-il les risques encourus à ne pas subir le traitement ?
- La capacité du patient de consentir est-elle affectée par sa maladie ?

La Cour d'appel a énoncé ultérieurement que **ces critères ne sont pas cumulatifs** c'est-à-dire « *que le tribunal doit considérer ces critères dans leur ensemble afin de déterminer si une personne est apte, ou non, à consentir aux soins requis par son état*<sup>11</sup> ».

Le juge doit alors évaluer si le refus de la personne inapte à consentir à des soins requis par son état de santé s'apparente à un **refus libre et éclairé**<sup>12</sup>, c'est-à-dire qu'il doit vérifier si elle comprend le traitement qui lui est proposé et les risques et conséquences que son refus peut entraîner sur son état de santé.

L'article 23 du *Code civil du Québec* impose au tribunal, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de la personne. Il prend aussi l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.

9 L'ABC DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE EN DROIT, *screvier*. [ep.profweb.qc.ca/juris.htm](http://ep.profweb.qc.ca/juris.htm) : La jurisprudence peut être définie comme l'ensemble des décisions rendues par les tribunaux ou encore l'ensemble des principes juridiques qui se dégagent des solutions apportées par les tribunaux lorsqu'ils sont appelés à interpréter la loi ou à créer du droit en cas de silence de la loi.

10 INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. BLAIS (1991) R.J.Q.1969 (C.S.) et repris dans l'arrêt INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. G. (A.), 1994 R.J.Q. 2523, page 23, inspiré des *Critères de la Nouvelle-Écosse*.

11 M.B. c. CENTRE HOSPITALIER PIERRE-LE-GARDEUR, 2004 CanLII 29017 (QC C.A.), page 9.

12 QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA JUSTICE. *Commentaires du ministre de la Justice : Le Code civil du Québec – Un mouvement de société*, t. I et II. Québec : Gouvernement du Québec, ministère de la Justice, 1993.

La détermination de la capacité de la personne à consentir exige l'application de deux critères :

**COMPRENDRE LES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS ET ÊTRE APTE À ÉVALUER LES CONSÉQUENCES DE SES DÉCISIONS.**

En Cour suprême, dans la cause Starson contre Swaize<sup>13</sup>, le juge Major indique que la Cour « doit décider uniquement de la capacité de la personne et non pas de ce qui est bon pour elle. » Il précise que :

« Premièrement, la personne concernée doit être apte à comprendre les renseignements pertinents à l'égard de la prise d'une décision concernant un traitement. Pour ce faire, cette personne doit avoir la capacité cognitive d'analyser, de retenir et de comprendre les renseignements pertinents. [...] Deuxièmement, la personne concernée doit être apte à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. Pour cela, cette personne doit être apte à appliquer les renseignements pertinents à sa situation et à évaluer les risques et les avantages prévisibles découlant d'une décision ou de l'absence de décision. »

Il souligne qu'il n'est pas nécessaire que la personne soit d'accord avec son médecin traitant. L'incapacité de prendre une décision ne devrait être justifiée que si la personne n'est pas capable d'évaluer les conséquences prévisibles de sa décision.

**En conclusion, la neutralité de l'évaluation devrait donc favoriser l'approche centrée sur les habiletés de la personne à prendre une décision plutôt que l'approche centrée sur la décision elle-même et sur le meilleur intérêt de la personne.**

« L'approche fonctionnelle porte sur la capacité de décider plutôt que sur le contenu de la décision. À ce titre, elle repose non pas sur la conformité de la décision avec les usages et les valeurs de la communauté, mais sur l'habileté de la personne à comprendre la situation, la nature et les conséquences des diverses options qui s'offrent à elle. Cette habileté est nécessaire pour pouvoir ensuite juger et décider librement. L'exigence liée à cette approche a pour but d'éviter de se prononcer sur les valeurs ou les préférences personnelles qui fondent une décision. Sur ce plan, croit-on, l'évaluation se maintient dans la neutralité<sup>14</sup>. »

13 S. STARSON c. SWAIZE [2003.] CSC 32, page 773

Juge Major : À mon humble avis, il s'agit là de l'erreur commise par la Commission. La conclusion de cette dernière, que la juge en chef McLachlin fait sienne, repose sur l'évaluation de l'intérêt du patient plutôt que sur l'appréciation, au regard de la preuve, de la capacité de celui-ci de décider.

14 BLONDEAU Danielle et GAGNON Éric, *De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique*, Les Cahiers de droit, vol. 35, n° 4, 1994, p. 659. URI : <http://id.erudit.org/iderudit/043301ar> DOI : 10.7202/043301ar.

# Données issues de la recherche Pro Bono UQÀM et analyse de l'AGIDD-SMQ

Les résultats de la compilation des données de la recherche concernent 150 requêtes, s'échelonnant de 2005 à 2010, soit 25 demandes par année, sur tout le territoire du Québec. Rappelons que les requêtes analysées sont associées exclusivement à la santé mentale.

## LE NOMBRE DE REQUÊTES EN AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS

**TABLEAU 1 : LA QUASI-TOTALITÉ DES REQUÊTES EN AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS EST ACCEPTÉE.**



## LA LISTE DES DEMANDEURS

**TABLEAU 2 : LA LISTE DES DEMANDEURS EST COMPOSÉE À 55 %  
DE CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX.**

Type de demandeur	Demandeurs les plus souvent identifiés sur les 150 requêtes
Centres de santé et de services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 11 demandes du CSSS de Rimouski-Neigette.</li> <li>. 7 demandes du CSSS de Chicoutimi.</li> <li>. 6 demandes du CSSS de Sept-Îles.</li> <li>. 2 demandes du CSSS des Îles-de-la-Madeleine.</li> <li>. 2 demandes du CSSS de Rouyn-Noranda.</li> </ul>
Centres hospitaliers universitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 13 demandes du CHU de Sherbrooke.</li> <li>. 6 demandes du CHU de Québec.</li> <li>. 3 demandes du CHU de Montréal.</li> </ul>
Établissements spécialisés en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 14 demandes de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.</li> <li>. 5 demandes de l'Institut Philippe-Pinel.</li> <li>. 4 demandes du Centre hospitalier Pierre-Janet.</li> <li>. 1 demande de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.</li> </ul>
Hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 6 demandes de l'Hôtel-Dieu de Lévis.</li> <li>. 2 demandes de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal.</li> </ul>
Autres :	<ul style="list-style-type: none"> <li>. 2 demandes sont issues du Curateur public.</li> <li>. 1 demande provient du gouvernement du Canada.</li> </ul>

## LA PRÉSENCE DES PERSONNES AU TRIBUNAL, LE DROIT D'ÊTRE ENTENDU ET REPRÉSENTÉ

**TABLEAU 3 : SUR 149 REQUÊTES,  
44 % DES PERSONNES  
NE SONT PAS REPRÉSENTÉES.**

Années	Personnes représentées	Personnes non représentées
2010	17 (68 %)	8 (32 %)
2009	15 (60 %)	10 (40 %)
2008	13 (52 %)	12 (48 %)
2007	13 (52 %)	12 (48 %)
2006	13 (52 %)	12 (48 %)
2005	12 incluant une personne représentée au début des procédures (50 %)	12 incluant cette même personne qui n'est pas représentée à l'audience (50 %)
<b>Total (6 ans)</b>	<b>83 personnes 55,70 %</b>	<b>66 personnes 44,30 %</b>

Malgré une petite amélioration, la représentation des personnes demeure problématique. L'étude démontre que sur 149 requêtes (une rejetée), presque la moitié (44 %) des personnes n'est pas représentée. En outre, non seulement la personne n'est pas représentée, mais elle ignore souvent qu'elle est assignée. Elle est donc absente au tribunal et le juge n'entend pas son témoignage ni son argumentation. Comment peut-il alors statuer sur son aptitude à consentir? Seule une partie, celle des demandeurs, est entendue.

Le déséquilibre entre les 2 parties est significatif : pas de crédibilité, pas de représentation, pas d'interrogatoire pour la personne intimée. L'expertise, la prise de parole et la représentation sont l'apanage de la partie demanderesse.

Ce déséquilibre soulève un enjeu éthique de taille au regard de l'accessibilité de tous à la justice. D'un côté, la justice permet une inégalité des forces en jeu en n'entendant qu'une partie. Cette pratique cautionne une possibilité de conflit d'intérêts, car souvent le demandeur est l'expert : **la requête et l'argumentation sur l'évaluation de l'aptitude à consentir sont souvent réalisées par le demandeur.**

De l'autre, la personne visée par l'autorisation est absente et la contre-expertise est pratiquement inexistante. Dans ce cas, il est très difficile de trouver un expert dans le temps imparti (5 jours) et, d'autre part, des coûts importants sont liés à cette contre-expertise. Souvent, la personne et l'aide juridique ne peuvent les assumer.

Cette réalité est reconnue par le système de la justice. À preuve, en marge d'une institution normale qu'est le palais de justice, des lieux parallèles ont été mis en place, et ce, dans l'objectif de faciliter l'accès à la justice aux personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Ainsi, depuis le 6 septembre 2012, les juges de la Cour supérieure du district de Québec siègent à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec où une salle d'audience permanente a été aménagée à même les infrastructures de l'établissement. « *Ce projet pilote, une première au Québec, vise à améliorer les services dispensés aux usagers en santé mentale et à favoriser leur rétablissement tout en protégeant leur dignité* »<sup>15</sup>.

15 INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC, *Une première au Québec : la Cour supérieure du Québec siège à l'Institut*, communiqué de presse 10 octobre 2012.

Essayer de solutionner l'absence de la personne ou sa non-représentation en aménageant une salle d'audience permanente dans un ancien asile psychiatrique, ou mettre en place un « programme social qui vise à améliorer le sort d'une clientèle particulièrement vulnérable au sein du processus judiciaire »<sup>16</sup> résulte de bonnes intentions.

Néanmoins, l'AGIDD-SMQ estime que le ministère de la Justice doit développer non pas des systèmes de justice parallèles, mais des pratiques favorisant l'accessibilité à la justice pour tous les citoyens et toutes les citoyennes, sur la base du droit à l'égalité. La limitation de l'accès à la justice et à la représentation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale a pour grave conséquence d'alimenter les préjugés et la stigmatisation.

Rappelons que le *Code de procédure civile du Québec* précise dans le Chapitre II.1 *De la représentation et de l'audition d'un mineur ou d'un majeur inapte* que le juge peut :

- Ajourner l'instruction de la demande jusqu'à ce qu'un procureur soit chargé de représenter la personne.

Article 394.1 : « Lorsque, dans une instance, le tribunal constate que l'intérêt d'un mineur ou d'un majeur qu'il estime inapte est en jeu et qu'il est nécessaire pour en assurer la sauvegarde que le mineur ou le majeur inapte soit représenté, il peut, même d'office, ajourner l'instruction de la demande jusqu'à ce qu'un procureur soit chargé de le représenter.

Le tribunal peut aussi rendre toute ordonnance utile pour assurer cette représentation, notamment statuer sur la fixation des honoraires payables à son procureur et déterminer à qui en incombera le paiement. »

16 Me PROVOST Julie, de la cour municipale de la Ville de Montréal, « Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale à la cour municipale de la Ville de Montréal – Bilan et perspectives », page 2, 20 mai 2011.

Le Barreau du Québec recommande d'ailleurs que cet article soit modifié par l'ajout suivant : « lorsque sont mises en cause l'inviolabilité, l'intégrité, la sécurité, l'autonomie ou la liberté de la personne en raison de son état mental, la personne doit être représentée d'office sauf si la personne refuse d'être représentée et que le juge estime que le refus est approprié<sup>17</sup> ».

- Autoriser l'accompagnement de la personne.

Article 394.3 : « Lorsque le tribunal entend un mineur ou un majeur qu'il estime inapte, celui-ci peut être accompagné d'une personne apte à l'assister ou à le rassurer. »

Pour pallier le déséquilibre, le ministère de la Justice doit s'assurer de fournir la garantie d'accès gratuit à un avocat à la partie intimée. Celui-ci doit rencontrer la personne avant la comparution, défendre ses droits et apporter les demandes et accommodements raisonnables de la personne au tribunal.

Le ministère de la Justice, comme l'a indiqué le Barreau du Québec, doit également s'inspirer de l'annexe qui est prévue à la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* qui informe la personne de ses droits et obligations ainsi que de son droit à la représentation par avocat. Ce document doit être annexé aux requêtes en autorisation judiciaire de soins<sup>18</sup>.

17 Rapport du groupe de travail..., op.cit., page 17.

18 Ibid., page 14.

## L'OBLIGATION D'HÉBERGEMENT, DE PLUS EN PLUS UTILISÉE

**TABLEAU 4 : SUR 149 REQUÊTES, 56 % SONT ACCOMPAGNÉES DE DEMANDES D'HÉBERGEMENT AUTORISÉES, ALORS QU'EN 2002 L'IMPOSITION D'HÉBERGEMENT ÉTAIT DE 28 %. ON REMARQUE UNE AUGMENTATION À 68 % DES CAS EN 2010.**

Années	Ordonnance d'hébergement acceptée	Ordonnance d'hébergement refusée	Aucune demande
2010	17 (68 %)	1 (4 %)	7 (28 %)
2009	16 (64 %)	1 (4 %)	8 (32 %)
2008	16 (64 %)		9 (36 %)
2007	12 (48 %)		13 (52 %)
2006 (24 ordonnances)	15 (62,5 %)		9 (37,5 %)
2005	7 (28 %)		18 (72 %)
<b>Total : 6 ans</b>	<b>83 (55,70 %)</b>	<b>2 (1,3 %)</b>	<b>64 (43 %)</b>

Une requête en autorisation judiciaire de soins peut s'accompagner d'une obligation d'hébergement puisque l'hébergement est considéré comme un soin.

**L'hébergement ne peut être envisagé dans l'autorisation judiciaire de soins que si la seule finalité est de permettre à la personne de recevoir les traitements appropriés.**

L'obligation d'hébergement **ne doit en aucun cas pallier la dangerosité ou les problèmes administratifs de l'établissement concernant la dispensation de soins médicaux** (manque de ressources humaines ou financières, difficultés d'accès aux services, facilité de contrôle, etc.). En ce qui concerne la dangerosité, il existe déjà une loi d'exception, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou*

*pour autrui*<sup>19</sup>, permettant de retenir à l'hôpital une personne contre son gré en la privant de liberté si son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Cette personne conserve le droit de consentir aux soins.

L'étude nous démontre que l'obligation d'hébergement augmente sans cesse. La durée des hébergements est souvent en lien avec l'ordonnance de traitement (en moyenne 3 ans) et parfois même renouvelée. En plus de médicaliser certains problèmes sociaux, des personnes vivent de l'internement et un déracinement de leur milieu de vie.

Cette pratique contrevient au respect des déterminants sociaux de la santé, du droit au logement et du paragraphe 1 de l'article 11 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*

19 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, L.R.Q., P-38.001.

et s'apparente à du contrôle social et à de la réinstitutionnalisation. De plus, le logement ne doit pas seulement être un abri, il doit être adéquat et être un lieu où l'on puisse vivre en sécurité, dans la paix et la dignité. Il est à douter que 3 ou 5 ans de vie dans une ressource imposée contre son gré constitue pour la personne un logement adéquat où il fait bon vivre.

**L'AGIDD-SMQ estime que le tribunal ne doit pas accorder systématiquement une obligation d'hébergement en lien avec une requête en autorisation judiciaire de soins. Il devrait vérifier obligatoirement les moyens existants, autres que l'hébergement obligatoire, qui permettraient à la personne de recevoir les traitements appropriés tout en respectant ses projets de vie.**

**La personne doit être interrogée afin qu'elle puisse décrire sa situation liée au logement et les impacts qu'une obligation d'hébergement a sur sa condition sociale et économique.**

Le *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez recommande aux États de mettre fin aux dispositions législatives permettant l'isolement et le traitement forcé et de remplacer ces mesures par des services à l'échelon de la communauté.

« e) Préserver le droit au consentement libre et éclairé de tous les individus sans exception, sur un pied d'égalité, grâce à un cadre juridique et à des mécanismes judiciaires et administratifs, notamment des politiques et pratiques de protection contre les abus.

Toutes les dispositions législatives contraires à ce principe, comme celles qui autorisent l'isolement ou le traitement forcé dans les établissements de santé mentale, y compris par le biais de la tutelle et des autres régimes de prise de décisions au nom d'autrui, doivent être modifiées.

« Les États parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. Les États parties prendront des mesures appropriées pour assurer la réalisation de ce droit et ils reconnaissent à cet effet l'importance essentielle d'une coopération internationale librement consentie. »

ONU, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 11.

« Ainsi que l'a déclaré la Commission des établissements humains, et conformément à la Stratégie mondiale du logement jusqu'à l'an 2000, "Un logement adéquat c'est [...] suffisamment d'intimité, suffisamment d'espace, une bonne sécurité, un éclairage et une aération convenables, des infrastructures de base adéquates et un endroit bien situé par rapport au lieu de travail et aux services essentiels – tout cela pour un coût raisonnable". »

HAUT-COMMISSARIAT DES DROITS DE L'HOMME, Observation générale numéro 4, paragraphe 7.

Adopter des politiques et protocoles qui respectent l'autonomie, l'autodétermination et la dignité humaine. Veiller à ce que les informations relatives à la santé soient véritablement disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité et qu'elles soient communiquées et comprises grâce à des initiatives d'accompagnement et de protection, notamment un large éventail de services communautaires (A/64/272, par. 93).

L'administration d'un traitement sans le consentement éclairé du patient devrait donner lieu à une enquête et la victime devrait recevoir réparation<sup>20</sup>; »

**L'AGIDD-SMQ demande à ce que les droits et recommandations inclus dans les instruments internationaux soient reconnus et mis en application dans la législation québécoise.**

<sup>20</sup> Rapport du Rapporteur spécial sur la torture..., op. cit., page 23.

## LA DURÉE DES AUTORISATIONS JUDICIAIRES DE SOINS : L'EXCEPTION TEND À DEVENIR LA RÈGLE !

**TABLEAU 5 : SUR 147 REQUÊTES, 58,5 % ACCORDENT UNE DURÉE DE 3 ANS. UNE REQUÊTE N'A PAS DE DURÉE<sup>21</sup>, ET 2 ONT ÉTÉ REJETÉES<sup>22</sup>. HUIT REQUÊTES D'UNE DURÉE DE 5 ANS ONT ÉTÉ DEMANDÉES DONT 4 ONT ÉTÉ ACCORDÉES.**

Durée	Nombre d'ordonnances
6 mois	1 (0,7 %)
1 an	10 (6,8 %)
18 mois	3 (2 %)
2 ans	42 (28 %)
<b>3 ans</b>	<b>86 (58,5 %)</b>
4 ans	1 (0,7 %)
5 ans	4 (2,7 %)

La requête en autorisation judiciaire de soins doit être une **procédure exceptionnelle** puisqu'elle déroge à la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* et à la *Charte canadienne des droits et libertés*, en particulier à deux droits fondamentaux : l'inviolabilité de la personne et son droit à l'intégrité.

Or, l'utilisation de cette procédure exceptionnelle tend à devenir une mesure régulière pour obliger les personnes à recevoir des soins.

Non seulement la personne est obligée de suivre un **traitement contre son gré**, mais des **traitements très intrusifs sont prescrits (mesures de contention, gavage, électrochocs)**.

D'autre part, il est **dangereux d'utiliser certains psychotropes sur une longue durée**.

21 CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRAND LITTORAL c. É.P., 2006 QCCS 268.

22 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC c. I.P. 2006 QCCS 2035, requête rejetée à la suite de 2 auditions.

Nous dénonçons le fait que les psychiatres et médecins puissent, durant 3 à 5 ans, imposer à une personne de prendre un traitement qui n'est même pas précisé dans la requête en autorisation judiciaire de soins. Cela, à plus forte raison, sans tenir compte de l'opinion de la personne, de sa connaissance des effets que la médication a sur elle, ni des effets à long terme du traitement et de l'évolution de la personne.

En outre, les requêtes sont si peu précises que le psychotrope de la famille indiquée (antipsychotiques/neuroleptiques, régulateurs de l'humeur, antidépresseurs, antiparkinsoniens, tranquillisants et somnifères) peut être modifié par le psychiatre ou le médecin traitant, sans nécessairement demander le consentement à la personne.

Par surcroît, l'aptitude à consentir aux soins devrait être réévaluée régulièrement et particulièrement lorsque le traitement est modifié. La personne peut également voir sa santé s'améliorer. Elle devrait alors immédiatement recouvrer son droit au consentement aux soins. **Attendre des mois avant de pouvoir consentir à ses soins est inacceptable.**

**Enfin, il n'existe aucune possibilité de révision de la durée et du contenu de l'autorisation judiciaire de soins. Certains outils internationaux préconisent pourtant que « le patient ou son représentant personnel ou toute personne intéressée aient, à l'égard de tout traitement auquel le patient est soumis, le droit de présenter un recours auprès d'un organe judiciaire ou d'une autorité indépendante<sup>23</sup> ».**

Le Barreau du Québec continue à réclamer la création d'« un processus de réévaluation administrative qui peut mener à un processus de révision/réévaluation à une fréquence à déterminer. Ce mécanisme de

### **Le traitement des benzodiazépines a une durée limitée.**

« On recommande actuellement de ne pas prescrire de benzodiazépines pour une période supérieure à 4 semaines. »

HEALY David, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, Italie, Elsevier, octobre 2009, p. 159.

« Depuis 1991, la durée maximale de prescription est limitée à 12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques. Elle a été réduite de façon plus importante pour certains médicaments hypnotiques (par exemple limitation de la durée de prescription du flunitrazépam à 14 jours en 2001). De plus, la restriction de la durée maximale de prescription a également été un levier pour limiter l'abus du clonazépam (limitation à 12 semaines depuis 2010). »

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE PRODUIT DE SANTÉ, État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, janvier 2012, 6.1.2. Encadrement de la prescription et de la délivrance.

*révision/réévaluation tiendrait compte de l'évolution de la situation de la personne, même si l'ordonnance prévoyait initialement une durée fixe<sup>24</sup>. »*

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse devrait s'assurer d'un meilleur exercice de la *Charte*, notamment au niveau de la représentation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et de leur accès aux recours. Elle pourrait également se baser sur le *Rapport<sup>25</sup> du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, pour demander des changements majeurs en matière de traitements forcés.

**L'AGIDD-SMQ estime que la durée des autorisations judiciaires de soins doit être remise en question afin de respecter le caractère exceptionnel qui les caractérise.**

23 ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Résolution 46/119, protection des personnes atteintes de maladies mentales et amélioration des soins de santé mentale*, adoptée le 17 décembre 1991, page 204.

24 *Rapport du groupe de travail...*, op.cit., page 17.

25 *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture...*, op. cit., 26 pages.

## LES DÉCISIONS PRÉCÉDENTES SONT PRÉSENTES DANS PLUS DU TIERS DES REQUÊTES !

**TABLEAU 6 : SUR 150 REQUÊTES, 52 PERSONNES, SOIT 35%, ONT EU UNE OU PLUSIEURS AUTRES DÉCISIONS PRÉCÉDANT L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS ACTUELLE. IL Y A EU 28% DE RENOUELEMENTS D'AUTORISATIONS JUDICIAIRES DE SOINS ET 32% D'ORDONNANCES DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT PRÉCÉDANT OU PENDANT L'ACTUELLE AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS.**

Années	Nombre de personnes	Nombre de renouvellements d'autorisation judiciaire de soins	Nombre d'ordonnances de garde en établissement précédentes ou actuelles
2005 à 2010	52 personnes (35%) ont eu des décisions précédentes à l'autorisation judiciaire de soins en cours.	42 (28 %) renouvellements d'autorisation judiciaire de soins. Parfois, la même personne en est à son 3 <sup>e</sup> renouvellement. Exemples concernant 3 personnes : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 4 autorisations judiciaires de soins (l'ordonnance actuelle 3 ans).</li> <li>. 2 autorisations judiciaires de soins 21 janvier 1999 et 7 avril 2005 (ordonnance actuelle 3 ans).</li> <li>. autorisation judiciaire de soins le 17 mars 1999 pour 3 ans, autorisation judiciaire de soins le 22 décembre 2002 pour 3 ans, hospitalisé 60 fois depuis 1980.</li> </ul>	48 (32 %) ordonnances de garde en établissement. Elles sont antérieures et parfois en même temps que l'autorisation judiciaire de soins actuelle. Une même personne peut avoir plusieurs ordonnances successives de garde en établissement. Exemples concernant 4 personnes : <ul style="list-style-type: none"> <li>. 8 hospitalisations dont une de 30 jours, plus une garde en établissement.</li> <li>. 3 ordonnances de garde en établissement de 21 jours chaque fois.</li> <li>. sous l'effet d'une garde en établissement pour 90 jours à partir du 28 septembre 2008 (date de l'audience : 10 novembre 2008).</li> <li>. ordonnance de garde en établissement en vigueur qui autorise la contention.</li> </ul>

Le nombre de personnes (35 %) ayant eu une décision judiciaire précédant l'autorisation judiciaire de soins actuelle est important.

Une même personne peut voir son autorisation judiciaire de soins renouvelée à plusieurs reprises. Une fois l'autorisation judiciaire de soins terminée, parfois 1 ou 2 renouvellements sont demandés et obtenus. La garde en établissement fait souvent partie des décisions précédentes ou est en cours lorsque la requête en autorisation judiciaire de

soins est soumise. Selon plusieurs témoignages, la menace de garde en établissement peut être utilisée lorsqu'une personne refuse son traitement.

Ces multiples renouvellements peuvent obliger les personnes à une obligation de soins et d'hébergement pour des périodes pouvant totaliser 9 ans. Cette durée est énorme et ressemble à de l'institutionnalisation déguisée.

En somme, tout se passe entre le milieu de la santé et celui de la justice sans que la personne soit toujours informée. Le renouvellement de l'autorisation judiciaire de soins et d'hébergement paraît être trop souvent une simple formalité.

De son côté, la justice semble particulièrement démunie face à la santé mentale et à la psychiatrie. Ce domaine étant assez flou, elle se fie à des experts qui ont une formation presque uniquement biomédicale. Les droits ainsi que l'environnement politique, social, économique et culturel de la personne sont généralement exclus de la réflexion.

Ces pratiques entraînent un contrôle et une coercition totalement disproportionnés de la part de la médecine et de la justice.

**Dans ce contexte, l'AGIDD-SMQ réitère l'importance de mettre en place un processus de réévaluation et de révision.**

La présence de la personne défenderesse doit être obligatoire lors du renouvellement d'une autorisation judiciaire de soins. Il ne doit en aucun cas se faire uniquement au vu du dossier et sans que la personne en soit informée.

La justice devrait aussi se questionner sur l'utilisation détournée de la garde en établissement comme mesure de chantage pour forcer le traitement.

Faute de connaissances sur la santé mentale, d'autres traitements que celui médical, de pratiques alternatives et de ressources, la réinstitutionnalisation, la coercition et le contrôle deviennent des pratiques qui se veulent thérapeutiques.

**L'AGIDD-SMQ estime donc qu'une réflexion critique sur l'augmentation du recours à l'utilisation des mesures d'exception doit être entreprise par le ministère de la Justice et par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de remettre la primauté des droits au cœur des décisions.**

Le Commissaire à la santé et au bien-être déclarait dans son *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, déposé à l'Assemblée nationale en décembre 2012 :

*« Toujours selon les membres, la première ligne doit constituer la porte d'entrée des services pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux : les médecins y œuvrant doivent donc être entourés d'une équipe interdisciplinaire, qui forme un noyau solide autour de la personne atteinte de trouble mental. Au cœur du traitement se trouve la personne elle-même : après lui avoir fourni une information complète, on doit lui reconnaître la capacité et la liberté de choisir pour elle-même, ce qui implique de respecter ses valeurs, ses croyances, ses compétences et ses aptitudes. Selon les membres, les intervenants ont donc un rôle important à jouer pour favoriser l'appropriation du pouvoir d'agir chez les personnes ayant des troubles mentaux. Par ailleurs, les membres insistent sur la nécessité d'intervenir selon une approche globale, évolutive et adaptée en fonction de la nature de leur trouble et de la gravité de leur état, donc de dépasser l'étape du diagnostic pour explorer différentes méthodes de traitement<sup>26</sup>. »*

*« Il indique que certaines personnes rencontrées relèvent des situations dans lesquelles il semble qu'il soit difficile de respecter pleinement les droits fondamentaux des personnes atteintes. Ces situations peuvent être mises en parallèle avec les phénomènes de la judiciarisation de la santé mentale et de la criminalisation des personnes aux prises avec un trouble mental, qui soulèvent des enjeux éthiques particuliers. »<sup>27</sup>*

26 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Commissaire à la santé et au bien-être, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, 2012, page 32.

27 *Ibid.*, page 48.



## LES DIAGNOSTICS IDENTIFIÉS : LA SCIENCE DÉCOUVRE DES MALADIES, LE DSM EN INVENTE<sup>28</sup> !

**TABLEAU 7 : 29,3 % DES AUTORISATIONS JUDICIAIRES DE SOINS IMPOSENT UN TRAITEMENT ALORS QU'AUCUN DIAGNOSTIC N'EST INDIQUÉ. LA PRÉPONDÉRANCE DU DIAGNOSTIC IDENTIFIÉ EST LA « SCHIZOPHRÉNIE » SOUS PLUSIEURS FORMES : 36,7 %**

Diagnostic	%
Schizophrénie	36,7 %
Trouble schizoaffectif	8,7 %
Trouble délirant paranoïde	7,3 %
Autres	18 %
<b>Non spécifié</b>	<b>29,3 %</b>

Pratiquement 30 % des requêtes imposent un traitement alors qu'aucun diagnostic n'est indiqué. Ce résultat entre en contradiction avec l'évaluation de l'inaptitude.

Nous sommes très critiques concernant les diagnostics et leur attribution, car l'état de la recherche ne permet pas d'affirmer qu'un problème de santé mentale est héréditaire ou génétique ou provient d'un déséquilibre chimique du cerveau. Ce sont des théories non confirmées.

Toutefois, l'autorisation judiciaire de soins est basée sur la compréhension de la personne face à ses symptômes et aux impacts de son refus sur son état de santé. Comment un juge peut-il autoriser une requête en autorisation judiciaire de soins et prescrire un cocktail de médicaments psychotropes, sans vérifier l'état de santé de la personne et pourquoi elle refuse catégoriquement un soin?

Au moins 2 des critères établis par la jurisprudence pour évaluer le consentement aux soins et l'aptitude à consentir sont en lien avec le diagnostic :

- Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement ?
- La capacité du patient de consentir est-elle affectée par sa maladie ?

La psychiatrie n'étant pas une science exacte, les diagnostics sont uniquement basés sur des symptômes et des comportements et non sur des examens physiologiques précis. Les personnes héritent de plusieurs diagnostics et traitements selon le psychiatre, les résultats aux traitements, la localisation géographique et la dernière tendance.

Concernant le caractère éphémère des diagnostics, Marcelo Otero<sup>29</sup> établit un parallèle sociologique intéressant entre la place de la névrose au XXe siècle et la dépression au XXIe.

Il souligne que ces deux diagnostics, en tête de liste à un moment donné, sont de « *formidables révélateurs de la normativité sociale qui a cours à une époque donnée (hystérie et rectitude sexuelle notamment chez les femmes; névrose, tensions familiales et restrictions sexuelles; dépression comme*

28 LANDMAN Patrick, psychiatre, fondateur de Stop-DSM, entrevue donnée au journal Le Bien Public, le 13 mai 2013, <http://www.bienpublic.com/actualite/2013/05/13/la-science-decouvre-des-maladies-le-dsm-en-invente>

29 OTERO Marcelo, professeur au département de sociologie UQAM, chercheur au CRI, au CHRS et au MEOS, dans sa conférence intitulée « *L'ombre portée, l'individualité à l'épreuve de la dépression* », 22 janvier 2013.

*contre-figure des exigences de performance sociale contemporaines, etc.). » Il ajoute que cela nous renseigne sur la « normalité » à un moment donné de l'histoire.*

Les diagnostics apparaissent, font leur temps et disparaissent laissant la place à d'autres symptômes de mal de vivre engendré par les exigences de la société. Ainsi, il n'existe plus d'« hystériques » et de « névrosés » en 2013. **Toutefois la souffrance de la personne est toujours réelle et présente.**

Tous les diagnostics en santé mentale sont issus du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders)*, élaboré par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Il est appelé plus couramment DSM. Chaque diagnostic est adopté après un vote de ses membres, majoritairement des psychiatres. C'est un outil qui répertorie la liste des troubles mentaux, des symptômes et des comportements permettant de poser un diagnostic. Il est publié en 17 langues<sup>30</sup>. En 60 ans, environ 300 nouvelles pathologies ont vu le jour.

Le DSM-5 a été publié le 22 mai 2013. La controverse régnait autour de cette nouvelle édition : collusion avec l'industrie pharmaceutique, faiblesse sur le plan scientifique, identification précoce de troubles psychiatriques en vue de traitement, « pathologisation » de comportements normaux, risque de surmédicalisation, restructuration des groupes de diagnostics et nouveaux diagnostics, etc.

Cette fois, ce sont des instituts de recherche, des psychiatres et plusieurs autres professionnels qui critiquent le DSM-5. Les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, les ressources alternatives en santé mentale et les groupes de défense des droits ont dénoncé cette approche depuis de nombreuses années en soulignant que les causes des problèmes de santé mentale sont avant tout psychosociales.

Il faut savoir que toutes ces pathologies sont ensuite accompagnées de traitements et donc de médicaments psychotropes.

Comment justifier que, malgré la grande consommation d'antidépresseurs, le diagnostic de dépression est attribué à de plus en plus de personnes ?

Peut-être parce qu'en psychiatrie il arrive souvent que le traitement arrive avant le diagnostic et selon la réponse au traitement, on étiquette la personne d'un diagnostic. Ainsi la compagnie « Lilly, dans ses efforts de commercialisation de l'olanzapine dans l'indication de la manie, a promotionné dans le même mou-

Il est intéressant d'observer la progression du nombre de pathologies répertoriées dans le DSM au cours des 60 dernières années et son changement d'approche, de la pratique plus psychanalytique de 1952 à la médicalisation des comportements sociaux de 2013 :

- 1952 : première version DSM-I, 106 pathologies.
- 1968 : deuxième version DSM-II, 185 pathologies.
- 1980 : troisième version DSM-III, 265 pathologies.
- 1987 : troisième version révisée DSM-III-R, 292 pathologies.
- 1994 : quatrième version DSM-IV, 357 pathologies.
- 2000 : quatrième version révisée DSM-IV-R, 357 pathologies.
- 2013 : cinquième version DSM-5, 400 pathologies

*Beaucoup de diagnostics visent les femmes, mais aussi les enfants, les homosexuels et les membres des communautés culturelles. Je n'ai pas encore vu de trouble de la personnalité macho ou d'agressivité induite par la testostérone.*

CAPLAN Paula Joan (entrevue), propos recueillis par Mélanie Saint-Hilaire, *Le diagnostic, une imposture?*, Québec science, numéro spécial, mars 2007, p. 52.

30 AGIDD-SMQ, Formation *L'Autre côté de la pilule* (2<sup>e</sup> édition), novembre 2011, pages 22 et 23.

vement le diagnostic de trouble bipolaire [*"disease mongering"*, N,d,T.]. Pour ce faire, la firme a suggéré que toute réponse insuffisante à un antidépresseur pourrait être due au fait que la personne est en réalité affectée d'un trouble bipolaire plutôt qu'unipolaire et qu'il serait plus judicieux de prescrire un régulateur de l'humeur plutôt qu'un antidépresseur.<sup>31</sup> »

Peut-être parce l'approche biologique sécurise le gouvernement et permet de médicaliser certains problèmes sociaux sans vraiment apporter de changement concret à la pauvreté, au chômage, au décrochage, à l'itinérance, aux dépendances, à la stigmatisation et aux inégalités. Il est plus facile d'identifier une série de symptômes et de comportements que de chercher à comprendre ce qui les détermine.

La controverse persiste dans le milieu de la recherche : les résultats n'étant pas probants concernant les neurotransmetteurs, les récepteurs et la neurotransmission sont étudiés. De même en génétique, la recherche se situe plus précisément sur des événements moléculaires qui participent à la régulation des gènes.

*« Non seulement le mythe du tout biologique est solidement ancré dans nos sociétés modernes, mais on assiste depuis de longues années à la " médicalisation du social ". Ce phénomène peut se définir comme « un processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les individus. »<sup>32</sup>*

Peut-être parce que l'industrie pharmaceutique, en cette période où les brevets tombent, cherche plus

que jamais à combler le vide financier en s'investissant dans les biotechnologies et le marketing. Cette industrie continue à propager ces mythes. Cela marche si bien que tout le monde connaît les mots *sérotonine* et *dopamine*. Le déséquilibre chimique du cerveau est devenu une croyance populaire. Cette idée est également répandue par les gouvernements et les professionnels.

Peut-être enfin, parce que le nouveau filon se trouve dans la prévention. On remarque déjà une très grande augmentation de prescriptions de psychotropes pour les enfants et les adolescents. Nous redoutons que la cible des enfants et des adolescents devienne le prochain veau d'or de l'industrie pharmaceutique sur la base d'identification de population à risque, de profilage social et de médicalisation en supposant des risques basés sur une série de préjugés ou sur un contexte social difficile.

L'AGIDD-SMQ estime que trois moyens simples peuvent être mis en place pour pallier ces problèmes récurrents :

- 1. Que tous les acteurs de la santé vérifient tous les facteurs physiques avant de poser un diagnostic de santé mentale.**
- 2. Qu'une importante campagne publicitaire du gouvernement dénonce la désinformation biomédicale concernant les diagnostics en santé mentale afin de diminuer les préjugés, la stigmatisation et les mythes persistants.**
- 3. Que la magistrature instaure une pratique préconisant la neutralité en jugeant l'aptitude à consentir de la personne et favorise l'approche centrée sur les habilités à prendre une décision plutôt que celle centrée sur la décision elle-même. Le fait que la personne ne soit pas d'accord avec son médecin traitant sur son diagnostic ne signifie pas obligatoirement qu'elle est inapte à consentir aux soins<sup>33</sup>.**

31 David HEALY, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, Italie, Elsevier, octobre 2009, page 98.

32 PROVENCHER Doris et RAINVILLE Annie, « *Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques* », La protection des personnes vulnérables, Service de la formation continue, Barreau du Québec, Éditions Yvon Blais, volume 315, 29 janvier 2010, p. 143-173.

33 S. STARSON c. SWAIZE [2003.] CSC 32.

## L'ORDONNANCE JUDICIAIRE DE SOINS, UN CHÈQUE EN BLANC AU MÉDECIN TRAITANT

**TABLEAU 8 : 99 % DES REQUÊTES INDIQUENT UN COCKTAIL DE PSYCHOTROPES SANS AUCUNE PRÉCISION QUANT AU NOM ET À LA POSOLOGIE DES PSYCHOTROPES ENVISAGÉS : ANTIPSYCHOTIQUES (NEUROLEPTIQUES), RÉGULATEURS DE L'HUMEUR, ANTIDÉPRESSEURS, ANTIPARKINSONIENS, TRANQUILLISANTS ET SOMNIFÈRES.**

requêtes qui indiquent un cocktail de psychotropes	149 (99%)
requêtes qui prescrivent des neuroleptiques ou antipsychotiques	137 (92%)
requêtes qui prescrivent des électrochocs	8 (5,3%)

*Autorisation de « traitement actif et à la stabilisation de la déficience intellectuelle de la défenderesse suivant l'approche biopsychosociale appropriée. »*

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA RÉGION DE THETFORD c. C.G., 2005 QCCS 39563.

*Autorisation de « l'utilisation de tous les moyens appropriés y compris la force nécessaire »*

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA VALLÉE-DE-L'OR c. D. V., 2005 CanLII 7599 (QC CS).

*8 autorisations judiciaires de soins prescrivent des électrochocs dont une indiquant : « [...] dans le cas où tous les traitements auparavant mentionnés seraient un échec au sens médical, une thérapie électroconvulsive consistant minimalement à recevoir deux fois par semaine un traitement de sismothérapie, et au besoin par la suite. »*

CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES c. J.L., 2005, QCCS 400-17-000972-055, 6 juillet 2005.

*Autorisation de « traitement conforme aux exigences de la profession et basé sur le lavage et l'hydratation intraveineuse. »*

CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET c. D. D., 2005 CanLII 8539 (QC CS).

**De nombreux moyens très intrusifs sont également prescrits. Une autorisation judiciaire de soins<sup>34</sup> est détaillée sur les 150, mais n'indique aucune durée et aucun diagnostic.**

<sup>34</sup> CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRAND LITTORAL c. É.P., 2006 QCCS 268, 17 janvier 2006.

**Sur 150 requêtes, 149 indiquent une prescription très importante.**

Elles obligent la prise conjointe de différentes familles de psychotropes (antidépresseur, antipsychotique, stabilisateur de l'humeur, anxiolytique, benzodiazépine et antiparkinsonien).

Les requêtes en autorisation judiciaire de soins sont très peu détaillées, ce qui permet au médecin traitant d'essayer un ou plusieurs traitements et de faire des modifications, sans le consentement de la personne.

Certaines pratiques, assez proches de traitements considérés « *comme cruels, inhumains ou dégradants*<sup>35</sup> », tels que les électrochocs ou le gavage ou « *l'utilisation de tous les moyens appropriés y compris la force nécessaire*<sup>36</sup> » sont ajoutées à une liste déjà longue.

Emmanuelle Bernheim<sup>37</sup>, professeure et chercheuse au Département des sciences juridiques de la Faculté de science politique et de droit de l'UQÀM, souligne la responsabilité de la magistrature sur la précision qu'elle doit exercer en termes de traitement permis, de leur fréquence et de la durée de l'autorisation.

*« Concernant le traitement proposé, selon les critères de Pinel, le tribunal doit soupeser, dans le contexte spécifique de la personne concernée, les effets du traitement à court, moyen et long terme, ainsi que les risques, par rapport aux bénéfices directs qu'en tire la personne. Les risques ne doivent en aucun cas être disproportionnés par rapport aux effets positifs appréhendés. Ainsi ne peuvent être autorisés que les soins requis par l'état de santé dont les effets bénéfiques surpassent les désavantages. Dans cette perspective, le juge "ne peut déléguer ses pouvoirs*

*aux autorités médicales ou leur donner un blanc-seing que celles-ci pourraient utiliser à volonté". Il se devra donc d'être extrêmement précis quant aux traitements permis, leur fréquence et la durée de l'autorisation. »*

L'AGIDD-SMQ promeut le respect de l'exercice du droit à l'information et du droit au consentement aux soins libre et éclairé. Ces droits doivent toujours être respectés, mais leur exercice a un impact particulier quand une médication est prescrite. La personne, si elle est correctement informée, peut prendre une décision éclairée.

Cette information lui permet d'exercer sa vision critique c'est-à-dire d'effectuer un processus qui lui permettra de se forger un avis, une idée sur une chose en ne tenant rien pour acquis.

**L'AGIDD-SMQ estime que l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins doit se faire de manière indépendante au demandeur de requête. Elle doit être réalisée par le tribunal en questionnant obligatoirement la personne intimée.**

Il existe un mythe persistant en santé mentale : si la personne prend ses médicaments, elle va automatiquement aller mieux. Ce devrait être le cas. Toutefois, en psychiatrie, la nature même des psychotropes, leurs effets secondaires, les interactions avec d'autres médicaments, aliments, autres substances, les contre-indications, les erreurs de prescriptions et les erreurs d'identification des symptômes, peuvent :

- créer un effet paradoxal (effet contraire de celui recherché);
- provoquer des effets iatrogéniques : dyskinésie tardive, diabète, cholestérol, problème cardiaque, prise de poids, etc.
- réduire significativement la qualité de vie : difficulté de concentration, diminution de la libido, perte de sensibilité, difficultés motrices, etc.

35 *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture...*, op. cit., 26 pages.

36 CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA VALLÉE-DE-L'OR c. D. V., 2005 CanLII 7599 (QC CS)

37 *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement...*, op. cit., page 159.

Plusieurs personnes indiquent aussi que certains symptômes actifs (ex. : hallucinations auditives) ne sont pas entièrement supprimés.

Enfin, on ne comprend pas encore le mécanisme d'action de plusieurs psychotropes. On sait toutefois qu'ils agissent sur les neurones et sur la transmission de l'information portée par les neurotransmetteurs.

Concernant les antipsychotiques, 35 études<sup>38</sup> menées sur une durée de 40 ans auprès de 3270 patients après une hospitalisation pour un épisode psychotique ont révélé que : « 55 % des sujets qui reçoivent un placebo ont des rechutes comparativement à 21 % des sujets qui reçoivent des neuroleptiques ont des rechutes. Si nous soustrayons du taux de rechute avec placebo les 21 % des personnes qui auraient rechuté, même s'ils avaient pris un neuroleptique, nous avons un effet net de 34 %. En d'autres termes, les neuroleptiques seraient utiles pour prévenir les rechutes chez 1 personne sur 3 ayant été diagnostiquée comme ayant la schizophrénie. »

Plusieurs recherches indiquent que :

- Dans les dépressions légères ou modérées, les antidépresseurs ne sont pas plus efficaces qu'un placebo<sup>39</sup>.
- Les résultats des essais cliniques servant à l'obtention des autorisations de mise en marché des antidépresseurs ne sont pas généralisables à la plupart des personnes en dépression<sup>40</sup>.

38 COHEN David, CAILLOUX-COHEN Suzanne et AGID-SMQ, *Guide critique des médicaments de l'âme*, Québec, Les Éditions de l'Homme, 1995, p.183-184

39 FOURNIER Jay C. et autres, *Antidepressant Drug Effects and Depression Severity A Patient-Level Meta-analysis*, The Journal of the American Association, 6 janvier 2010, vol. 303, no 1, En ligne, page consultée le 23 août 2011, <http://jama.ama-assn.org/content/303/1/47.full.pdf+html>.

40 WISNIEWSKI Stephen R et autres, *Can Phase III Trial Results of Antidepressant Medications Be Generalized to Clinical Practice? A STAR\*D Report*, The American Journal of Psychiatry. En ligne,

- L'efficacité des antidépresseurs est grandement surestimée du fait que presque seuls les essais cliniques donnant des résultats positifs sont publiés<sup>41</sup>.
- Les neuroleptiques atypiques ne sont pas plus efficaces que les neuroleptiques de première génération pour traiter la schizophrénie chez les enfants et les adolescents.<sup>42</sup>
- Une recherche comparative<sup>43</sup> d'avril 2013 indique que 255 médecins de première ligne interrogés à Montréal, Vancouver, Toulouse et Sacramento ont déclaré faire confiance à l'information provenant pratiquement uniquement du représentant pharmaceutique, à propos d'un total de 1692 médicaments. Le problème c'est que les effets secondaires, interactions et contre-indications n'étaient pratiquement jamais indiqués (uniquement dans 1.7 % des cas) et que 13 % des médicaments ont été conseillés pour des indications autres que celles qui sont approuvées.

page consultée le 23 août 2011, <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/166/5/599>.

41 TURNER Rick H. et autres, *Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy*, The New England Journal of Medicine, En ligne, page consultée le 23 août 2011, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa065779>.

42 SIKICH Linmarie et autres, *Double-Blind Comparison of First- and Second-Generation Antipsychotics in Early-Onset Schizophrenia and Schizo-affective Disorder: Findings From the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS) Study*, American Journal of Psychiatry, En ligne, page consultée le 24 août 2011, <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/165/11/1420>

43 MINTZES B, LEXCHIN J, SUTHERLAND JM, BEAULIEU MD, WILKES MS, DURRIEU G, REYNOLDS E, *Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States*. Source : School of Population and Public Health, University of British Columbia, #307, 2176 Health Sciences Mall, Vancouver, British Columbia, V6T 1Z3, Canada.

Plusieurs psychiatres, chercheurs et auteurs, d'ici et d'ailleurs, ont dénoncé cette désinformation, notamment, Alain Bachand, Peter Breggin, David Cohen et Jean-Claude St-Onge.

*« Alors que le rythme du développement de nouvelles substances s'est nettement ralenti et que les médicaments réellement innovants mis sur le marché sont rares, nous assistons, ces dernières années, à une série de changements significatifs dans le domaine des médicaments psychiatriques. Ceux-ci sont avant tout liés à une capacité accrue des firmes pharmaceutiques à analyser nos perceptions en tant que consommateurs et prescripteurs de médicaments. Ils sont observables dans différents domaines et se manifestent par l'augmentation de prescriptions de médicaments psychiatriques chez les enfants, un engouement soudain pour le diagnostic de trouble bipolaire ou par des stratégies de marketing qui tournent autour des dysfonctionnements sexuels. »<sup>44</sup>*

Dans son *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, le Commissaire à la santé et au bien-être estime qu'il faut rehausser l'accès à la psychothérapie<sup>45</sup>.

Il retient, à la suite des consultations des experts et des décideurs, l'importance de l'augmentation et de la bonification de la formation de base et continue des intervenants, intervenantes de première ligne *« afin de prendre davantage en compte les différentes formes de savoirs, de pratiques et d'approches en santé mentale. Il indique également l'importance de privilégier un accès rapide à une évaluation globale ainsi qu'à une offre de services variée, qui reflète la pluralité des approches existantes dans le domaine (tant médicales que psychosociales), et ce, dans l'optique de mieux répondre aux besoins des usagers. »*

<sup>44</sup> *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, op. cit. p. XII.

<sup>45</sup> *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé...* op. cit., page 106.

## LE SUIVI DE L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS EN VASE CLOS

**TABLEAU 9 : LE SUIVI EST TRÈS VARIABLE, MAIS LA MAJEURE EST AUX 4 MOIS (40 %). IL EST EN GRANDE PARTIE TRANSFÉRÉ AU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS, QUELQUES FOIS AU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP) DU CENTRE HOSPITALIER.**

Aucun suivi	Rien d'indiqué	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	6 mois	Autres
5 (3,4 %)	3 (2 %) 2 rejetées	1 (0,66 %)	3 (2 %)	40 (26,6 %)	60 (40 %)	36 (24 %)	2 (1,4 %) · suivi aux 6 semaines. · suivi par le programme de l'hôpital et suivi externe par le médecin et le psychiatre

Le fait que le suivi des autorisations judiciaires de soins soit réalisé par le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP) d'un établissement pose de sérieuses questions éthiques, car, de par son statut et mandat, « *les dossiers et procès-verbaux du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et de chacun de ses comités sont confidentiels*<sup>46</sup> ». En fait, ni le tribunal, ni la personne intimée ne peuvent avoir l'information concernant le suivi du traitement imposé par la requête. Comment savoir si le suivi a été fait et quel est le résultat du traitement imposé? Le médical prend donc la place du juridique. Le fait qu'il n'y ait aucune possibilité de révision renforce encore ce suivi en vase clos.

Le juge André Rochon, de la Cour d'appel du Québec, spécifiait<sup>47</sup> en 2008 que faire rapport au CMDP n'était pas suffisant et que le législateur n'avait pas voulu

laisser au milieu de la santé le mandat de trancher des situations.

[28] *À mon avis, cette obligation de faire rapport à des tiers ne saurait, à elle seule, se substituer à la mission législative confiée aux tribunaux judiciaires, et ce, pour plusieurs raisons.*

[29] *D'entrée de jeu, je n'affirme pas qu'il est inapproprié d'exiger des rapports. Il s'agit, dans bien des cas, d'une balise utile au contrôle des soins accordés à une personne inapte qui les refuse. J'estime toutefois que cela n'est pas suffisant.*

[30] *D'abord, la mission de tout CMDP est, notamment, de s'assurer de la qualité des actes médicaux. Il s'agit d'une mission différente de celle confiée au tribunal par l'article 16 C.c.Q. Il en va de même pour le Curateur public qui n'a ni le personnel ni les ressources pour assurer un suivi adéquat auprès des personnes qui ne tombent pas sous sa responsabilité.*

46 QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, articles 213 à 218.

47 QUÉBEC (CURATEUR PUBLIC) c. CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, 2008 QCCA 833

[31] *Le législateur n'a pas voulu laisser au milieu de la santé le mandat de trancher des situations comme celle de l'espèce. Sans remettre en cause la compétence et le dévouement de ce milieu, le législateur a opté pour une méthode indépendante qui consiste à demander aux tribunaux d'agir en cette matière. Ceux-ci ne peuvent à leur tour retourner le dossier au milieu de la santé sans abandonner leur rôle.*

**L'AGIDD-SMQ estime que la personne doit être informée du suivi, notamment le contenu de l'évaluation et l'efficacité du traitement. Elle pourrait ainsi, éventuellement, les questionner et les contester<sup>48</sup>. Le juge doit aussi recevoir toute l'information nécessaire afin d'exercer un suivi sur l'application du jugement.**

## LES CRITÈRES DE L'APTITUDE À CONSENTIR

Les 5 questions du test inscrites dans l'arrêt Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)<sup>49</sup>, sont utilisées dans 32 % des jugements, c'est-à-dire 48 requêtes sur 148. C'est un petit nombre. Comment l'inaptitude a-t-elle été décidée? Le fait que pratiquement 50 % des personnes ne sont pas représentées peut expliquer cette situation. Nous retrouvons encore la prépondérance du médical sur le judiciaire.

48 *Service de la formation continue, Autonomie et protection, op. cit.*, page 332.

49 Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.), 1994 R.J.Q. 2523, page 23, 17 octobre 1994

# Entre justice et psychiatrie, où sont les droits de la personne ?

Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils ont déjà fait l'objet de nombreux témoignages de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

La littérature<sup>50</sup> associée à la requête en autorisation judiciaire de soins a aussi décrit ces problématiques et propose certaines recommandations, notamment la nécessité :

- de développer les connaissances et la formation de la magistrature et des avocats;
- de renforcer l'accès à la justice;
- d'augmenter la représentation des personnes;
- d'utiliser des principes et des procédures similaires concernant les processus en matière civile;
- d'introduire un mécanisme de révision et de réévaluation de l'ordonnance judiciaire de soins;
- de différencier la dangerosité de l'aptitude à consentir ainsi que l'aptitude à consentir du caractère jugé déraisonnable d'un consentement;
- de remédier à l'absence d'alternatives aux traitements médicamenteux;

- de résoudre le déséquilibre entre les parties en jeu;
- de favoriser l'état de santé de la personne et son environnement économique, social et culturel, civil et politique avant d'utiliser un moyen de contrôle social.

Le dernier Rapport<sup>51</sup> du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez **recommande tout simplement l'interdiction absolue d'interventions médicales forcées et demande leur remplacement par des services à l'échelon de la communauté.**

« Personnes atteintes de troubles psychosociaux 89. Le Rapporteur spécial engage tous les États à :

[...]

b) Prononcer l'interdiction absolue de toutes les interventions médicales forcées et ne faisant pas l'objet d'un accord sur les personnes handicapées, notamment l'administration de psychochirurgie, d'électrochocs et de médicaments altérant la conscience comme les neuroleptiques, et le recours à la contention et à l'isolement, pour une longue ou une courte durée. L'obligation d'éliminer les interventions psychiatriques forcées fondées uniquement sur le handicap est d'application immédiate et la pénurie de ressources financières ne saurait justifier le report de son exécution;

50 Rapport du Rapporteur spécial sur la torture..., op. cit. 26 pages. Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal..., op. cit., 80 pages.

Rapport du groupe de travail..., op. cit., 26 pages.

Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits de la personne, op. cit., pages 317 à 339.

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) à l'attention des Services d'aide en situation de crise (SASC)..., op. cit., 5 pages.

51 Rapport du Rapporteur spécial sur la torture..., op. cit. 26 pages.

*c) Remplacer les traitements forcés et l'internement forcé par des services à l'échelon de la communauté. De tels services doivent répondre aux besoins exprimés par les personnes handicapées et respecter leur autonomie, leurs choix, leur dignité et leur intimité, en privilégiant d'autres solutions que les méthodes classiques en matière de santé mentale, notamment le soutien apporté par les pairs et la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé mentale et des forces de l'ordre, entre autres;*

*d) Réexaminer les dispositions légales qui autorisent la détention pour des motifs de santé mentale, ou dans des établissements de santé mentale, ainsi que les interventions ou traitements forcés dans ce type d'établissements sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Toute loi autorisant le placement en institution de personnes handicapées au motif de leur handicap, sans leur consentement libre et éclairé, doit être abrogée. »*

**L'AGIDD-SMQ réitère certaines recommandations et en propose de nouvelles, en lien avec :**

- La durée des autorisations judiciaires de soins.
- La présence et la représentation des personnes lors du jugement.
- L'obligation d'hébergement.
- Le renouvellement éventuel de l'autorisation.
- La médication.
- Le diagnostic.
- Le suivi de l'autorisation judiciaire de soins.

Ces recommandations s'adressent autant au ministère de la Santé et des Services sociaux, incluant la Santé publique, qu'au ministère de la Sécurité publique et au ministère de la Justice afin que les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale puissent réellement exercer leurs droits et libertés.

# Recommandations de l'AGIDD-SMQ

À la lumière de l'expertise des membres de l'AGIDD-SMQ, des résultats de la recherche et de la littérature sur le sujet, l'AGIDD-SMQ propose 4 grandes recommandations au ministère de la Justice, au ministère de la Sécurité publique, à la magistrature ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux, incluant la Santé publique et à tous les acteurs concernés :

## 1

Respecter les outils internationaux et inclure leur esprit et leurs recommandations dans les codes, les politiques, les lois et règlements, notamment :

- *La Déclaration universelle des droits de l'homme.*
- *Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.*
- *Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques.*
- *La Convention sur les droits des personnes handicapées.*
- *La Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.*
- *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez.*
- *Les Principes des Nations Unies pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale.*
- *La Déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme.*
- *L'Observation générale no 4 : Le droit à un logement suffisant. (Comité des droits économiques, sociaux et culturels, ONU)*

## 2

Mettre en pratique les recommandations en lien avec la santé mentale du *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez.*

### 3

Entreprendre des changements sur l'application de la procédure concernant l'autorisation judiciaire de soins :

- En respectant, d'une part la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, le *Code civil du Québec* et le *Code de procédure civile du Québec* et la *Charte canadienne des droits et libertés*, notamment tous les articles concernant :
  - Les droits fondamentaux de la personne : le droit à l'information, au consentement aux soins, à la liberté, à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne, à un logement suffisant;
  - Les droits juridiques : la présence, la représentation et l'interrogatoire de la personne intimée.
  - Le caractère exceptionnel de l'autorisation judiciaire de soins, particulièrement la durée et le renouvellement de l'autorisation judiciaire de soins.
- En modifiant, d'autre part, le *Code civil du Québec* et le *Code de procédure civile du Québec* pour y introduire :
  - un mécanisme et un processus de révision et de réévaluation de l'autorisation judiciaire de soins qui tient compte de l'évolution de la situation de la personne et qui lui permet d'exercer un recours;
  - un processus de suivi, différent du CMDP, afin que la personne intimée et le juge puissent avoir accès à toutes les informations concernant ce suivi.

### 4

S'assurer que tous les acteurs concernés ont une meilleure connaissance académique et continue, basée sur une vision critique, sur les droits et recours, sur l'état actuel de la recherche et de la médication psychotrope : les effets thérapeutiques, les effets secondaires, les contre-indications, le monitoring et les interactions médicamenteuses.

## CONCLUSION

# La requête en autorisation judiciaire de soins doit rester une exception !

Cette étude met en relief que :

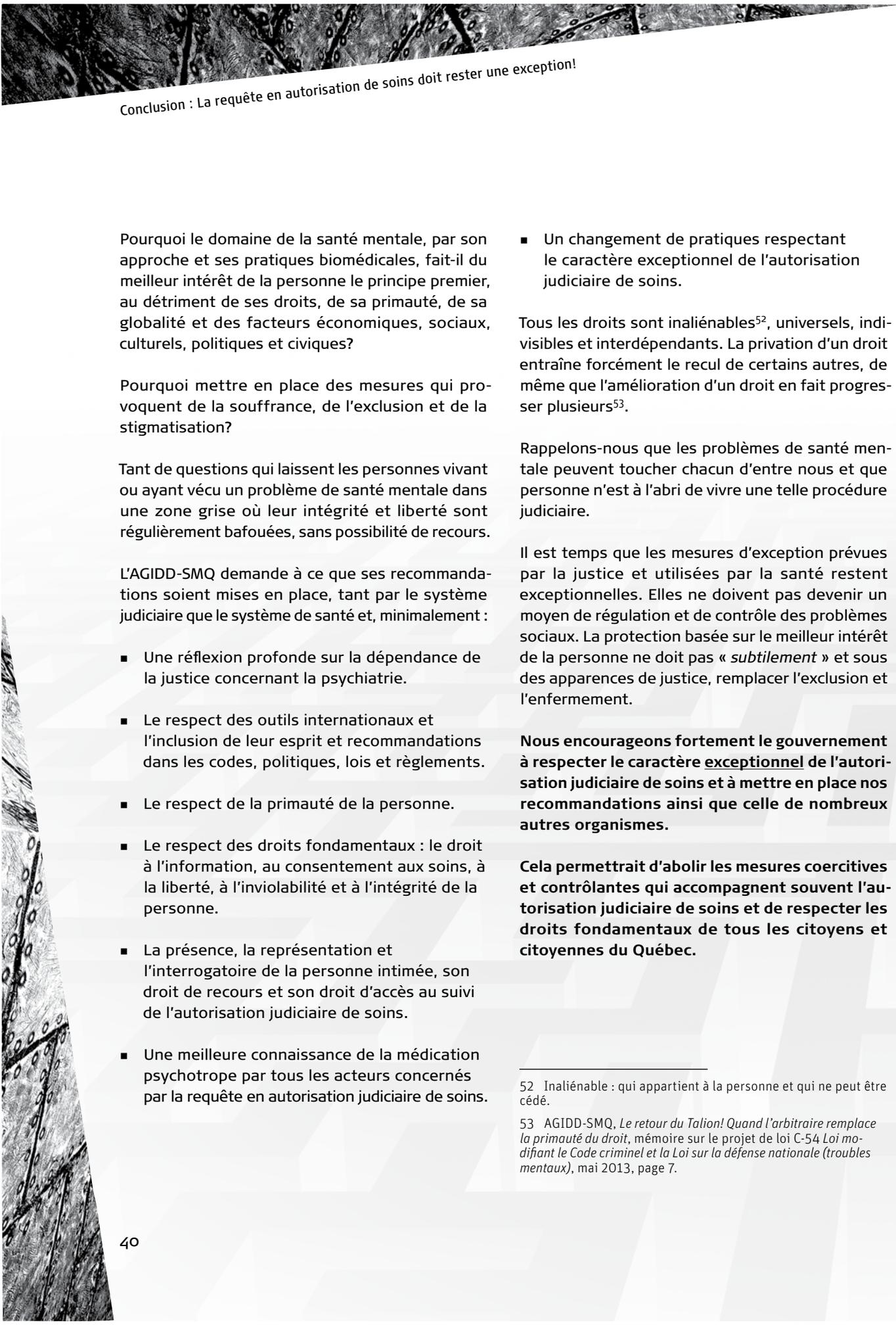
- L'autorisation judiciaire de soins est de plus en plus utilisée.
- Sa durée moyenne a augmenté à trois ans.
- Les ordonnances de 5 ans ne sont plus exceptionnelles.
- L'hébergement est de plus en plus demandé et autorisé.
- La moitié des personnes intimées ne sont pas présentes ni représentées lors des jugements.
- Toutes les requêtes indiquent un cocktail de médicaments psychotropes et parfois d'autres pratiques telles que le gavage, les électrochocs et des mesures de contrôle.
- Le suivi de la requête exercé par le CMDP est confidentiel.
- Aucun processus de révision juridique ou de réévaluation médicale n'existe.
- Plusieurs décisions précèdent l'autorisation judiciaire de soins actuelle.

Que fait-on des droits fondamentaux de la personne? Est-ce que notre société veut à ce point tout contrôler que refuser un traitement devient hors-norme? Pourquoi ces requêtes sont surtout appliquées dans le domaine de la santé mentale? Le respect des droits et libertés est-il moins obligatoire pour certaines personnes?

Comment le domaine de la justice peut-il garder sa nécessaire indépendance vis-à-vis de la santé et exercer sa mission de favoriser le respect des droits des citoyens et citoyennes du Québec, incluant les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale?

*La jurisprudence a notamment démontré qu'une ordonnance de soins ne peut être rendue pour une durée indéterminée, que le tribunal ne peut laisser à la discrétion des médecins la durée et la fréquence du traitement requis par l'état de santé de la personne visée par l'ordonnance, que des périodes prolongées de traitement ne devraient pas être autorisées uniquement pour accorder plus de latitude aux médecins traitants et que, dans la majorité des cas, les ordonnances de soins ont été rendues pour une durée de trois ans.*

SOQUIJ, Revue jurisprudentielle en matière de demande d'autorisation de soins, par Julie Pomerleau, avocate  
<http://soquij.qc.ca/fr/ressources-pour-tous/articles/revue-jurisprudentielle-en-matiere-de-demande-d-autorisation-de-soins>



Conclusion : La requête en autorisation de soins doit rester une exception!

Pourquoi le domaine de la santé mentale, par son approche et ses pratiques biomédicales, fait-il du meilleur intérêt de la personne le principe premier, au détriment de ses droits, de sa primauté, de sa globalité et des facteurs économiques, sociaux, culturels, politiques et civiques?

Pourquoi mettre en place des mesures qui provoquent de la souffrance, de l'exclusion et de la stigmatisation?

Tant de questions qui laissent les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale dans une zone grise où leur intégrité et liberté sont régulièrement bafouées, sans possibilité de recours.

L'AGIDD-SMQ demande à ce que ses recommandations soient mises en place, tant par le système judiciaire que le système de santé et, minimalement :

- Une réflexion profonde sur la dépendance de la justice concernant la psychiatrie.
- Le respect des outils internationaux et l'inclusion de leur esprit et recommandations dans les codes, politiques, lois et règlements.
- Le respect de la primauté de la personne.
- Le respect des droits fondamentaux : le droit à l'information, au consentement aux soins, à la liberté, à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne.
- La présence, la représentation et l'interrogatoire de la personne intimée, son droit de recours et son droit d'accès au suivi de l'autorisation judiciaire de soins.
- Une meilleure connaissance de la médication psychotrope par tous les acteurs concernés par la requête en autorisation judiciaire de soins.

- Un changement de pratiques respectant le caractère exceptionnel de l'autorisation judiciaire de soins.

Tous les droits sont inaliénables<sup>52</sup>, universels, indivisibles et interdépendants. La privation d'un droit entraîne forcément le recul de certains autres, de même que l'amélioration d'un droit en fait progresser plusieurs<sup>53</sup>.

Rappelons-nous que les problèmes de santé mentale peuvent toucher chacun d'entre nous et que personne n'est à l'abri de vivre une telle procédure judiciaire.

Il est temps que les mesures d'exception prévues par la justice et utilisées par la santé restent exceptionnelles. Elles ne doivent pas devenir un moyen de régulation et de contrôle des problèmes sociaux. La protection basée sur le meilleur intérêt de la personne ne doit pas « *subtilement* » et sous des apparences de justice, remplacer l'exclusion et l'enfermement.

**Nous encourageons fortement le gouvernement à respecter le caractère exceptionnel de l'autorisation judiciaire de soins et à mettre en place nos recommandations ainsi que celle de nombreux autres organismes.**

**Cela permettrait d'abolir les mesures coercitives et contrôlantes qui accompagnent souvent l'autorisation judiciaire de soins et de respecter les droits fondamentaux de tous les citoyens et citoyennes du Québec.**

<sup>52</sup> Inaliénable : qui appartient à la personne et qui ne peut être cédé.

<sup>53</sup> AGIDD-SMQ, *Le retour du Talion! Quand l'arbitraire remplace la primauté du droit*, mémoire sur le projet de loi C-54 Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux), mai 2013, page 7.

# Médiagraphie

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, MARSOLAIS, Gilles, « *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) à l'attention des Services d'aide en situation de crise (SASC) désignées par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal* », septembre 2005, 35 pages.

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE PRODUIT DE SANTÉ, « *État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France* », janvier 2012, 45 pages.

AGIDD-SMQ, « *Formation L'Autre côté de la pilule (2<sup>e</sup> édition)* », novembre 2011, 185 pages.

AGIDD-SMQ, « *Le retour du Talion! Quand l'arbitraire remplace la primauté du droit* », mémoire sur le projet de loi C-54 *Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux)*, mai 2013, 37 pages.

BARREAU DU QUÉBEC, « *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice* », mars 2010, 26 pages.

BARREAU DU QUÉBEC, *Service de la formation continue, Autonomie et protection*, les éditions Yvon Blais Inc, novembre 2007.

BERNARD, Richard, ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse, « *Mémoire au Groupe de travail sur les renseignements personnels sur la santé du Nouveau-Brunswick* », 4 juillet 2007, 12 pages.

BERNHEIM, Emmanuelle, « *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué* », thèse de doctorat, Faculté de droit de l'Université de Montréal et École Normale supérieure de Cahan, mars 2011, 852 pages.

BLONDEAU, Danielle et GAGNON, Éric, « *De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique* », Les Cahiers de droit, vol. 35, n° 4, 1994, URI : <http://id.erudit.org/iderudit/043301ar> DOI : 10.7202/043301ar.

CAPLAN, Paula Joan (entrevue), propos recueillis par Mélanie Saint-Hilaire, « *Le diagnostic, une imposture?* » Québec science, numéro spécial, mars 2007, pages 51 à 53.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRAND LITTORAL c.É.P., 2006 QCCS 268, 17 janvier 2006.

COHEN, David, CAILLOUX-COHEN, Suzanne et AGID-SMQ, « *Guide critique des médicaments de l'âme* », Québec, Les Éditions de l'Homme, 1995, 409 pages.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, « *La représentation judiciaire* », novembre 2006, 4 pages.

DECLERCQ Tom, PETROVIC Mirko, AZERMAI Majda, VANDER STICHELE Robert, DE SUTTER An IM, L VAN DRIEL Mieke, CHRISTIAENS Thierry, « *Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia* », Editeur The Cochrane Library, Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd., mars 2013.

EY, Henri et autres, « *Manuel de psychiatrie* », Masson et Cie, éd. Paris, 1974, 1250 pages.

FLEMING v. REID, 1991 CanLII 2728 (ON CA).

FOURNIER Jay C. et autres, « *Antidepressant Drug Effects and Depression Severity A Patient-Level Meta-analysis* », JAMA. 2010; 303(1):47-53. doi:10.1001/jama.2009.1943, pages 47 à 53.

GAMACHE, Claire et MILLAUD, Frédéric « *Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique* », Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 1, 1999, URI, <http://id.erudit.org/iderudit/031590ar> DOI : 10.7202/031590ar.

HAUT COMMISSARIAT DES DROITS DE L'HOMME, « *Le droit à un logement suffisant* (art. 11, par. 1 du Pacte) : 1991-12-13. CESCR Observation générale 4. » (Sixième session, 1991)

HEALY, David, « *Les médicaments psychiatriques démythifiés* », Italie, Elsevier, octobre 2009, 235 pages.

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. BLAIS, (1991) R.J.Q.1969 (C.S.)

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. G. (A.), 1994 R.J.Q. 2523.

KOURI, Robert P. et PHILIPS-NOOTENS, Suzanne, « *Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu* », Revue du Barreau/Tome 63/Printemps 2003, 26 pages.

LANDMAN Patrick, Psychiatre, fondateur de Stop-DSM, entrevue donnée au journal Le Bien Public, le 13 mai 2013, <http://www.bienpublic.com/actualite/2013/05/13/la-science-decouvre-des-maladies-le-dsm-en-invente>

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO, « *Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou* » | 13.05.2013 à 17h35 • Mis à jour le 17.05.2013

M. B. c. CENTRE HOSPITALIER PIERRE-LE-GARDEUR, 2004 CanLII 29017 (QC C.A.).

MÉNARD, Jean-Pierre, « *Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits de la personne, Autonomie et protection* », Service de la formation continue du Barreau du Québec, volume 261, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2007, pages 317 à 339.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA, « *Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées*, 2000.

MINTZES B, LEXCHIN J, SUTHERLAND JM, BEAULIEU MD, WILKES MS, DURRIEU G, REYNOLDS E, « *Pharmaceutical Sales Representatives and Patient Safety: A Comparative Prospective Study of Information Quality in Canada, France and the United States.* » Source : School of Population and Public Health, University of British Columbia, #307, 2176 Health Sciences Mall, Vancouver, British Columbia, V6T 1Z3, Canada.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez*, 1<sup>er</sup> février 2013, 26 pages.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Résolution 46/119. protection des personnes atteintes de maladies mentales et amélioration des soins de santé mentale*, adoptée le 17 décembre 1991, page 204.

OTERO Marcelo, KRISTOFFERSEN-DUGRÉ Geneviève, ACTION AUTONOMIE, Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, SERVICE AUX COLLECTIVITÉS UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, « *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale* », février 2012, 80 pages.

OTERO Marcelo, professeur au département de sociologie UQAM, chercheur au CRI, au CHRS et au MEOS, dans sa conférence intitulée « *L'ombre portée, L'individualité à l'épreuve de la dépression* », Centre St-Pierre, 22 janvier 2013.

PROVENCHER Doris et RAINVILLE Annie, « *Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques* », La protection des personnes vulnérables, Service de la formation continue, Barreau du Québec, Éditions Yvon Blais, volume 315, 29 janvier 2010, p. 143-173.

QUÉBEC, *Charte des droits et libertés de la personne* L.R.Q., c. C-12. 1976.

QUÉBEC, *Code civil du Québec* L.R.Q., c. C-1991.

QUÉBEC, *Code de procédure civile*, Chapitre C25.

QUÉBEC, Commissaire à la santé et au bien-être, « *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012* », 179 pages.

QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Chapitre S-4.2.

QUÉBEC, Ministère de la Justice. « *Commentaires du ministre de la Justice : Le Code civil du Québec Un mouvement de société* », t. I et II., 1993.

SIKICH, Linmarie et autres, « *Double-Blind Comparison of First- and Second Generation Antipsychotics in Early-Onset Schizophrenia and Schizo-affective Disorder: Findings From the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum Disorders (TEOSS) Study* », Am J Psychiatry 2008; 165:1420-1431. 10.1176/appi.ajp.2008.08050756.

SOQUIJ, « *Revue jurisprudentielle en matière de demande d'autorisation de soins* », par Julie Pomerleau, avocate <http://soquij.qc.ca/fr/ressources-pour-tous/articles/revue-jurisprudentielle-en-matiere-de-demande-d-autorisation-de-soins>

STARSON, S. c. SWAIZE [2003.] CSC 32.

TURNER, Rick H. et autres, « *Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy* », N Engl J Med 2008; 358:252-260 January 17, 2008 DOI : 10.1056/NEJMsa065779.

WISNIEWSKI, Stephen R. et autres, « *Can Phase III Trial Results of Antidepressant Medications Be Generalized to Clinical Practice? A STAR\*D Report* », Am J Psychiatry 2009; 166:599-607. 10.1176/appi.ajp.2008.08071027.

## Remerciements

L'AGIDD-SMQ tient à remercier :

Les membres du Comité de travail de l'AGIDD-SMQ qui ont collaboré à la rédaction de cette étude :

**Bruno Lamarre**  
Pleins Droits de Lanaudière

**Anick Lepage**  
Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie –  
Les Îles-de-la-Madeleine

**Nancy Melanson**  
Collectif de défense des droits de la Montérégie

**Daniel St-Jean**  
Droits-Accès de l'Outaouais

Les étudiantes Pro Bono UQÀM, Département des sciences juridiques, Université du Québec à Montréal qui ont répertorié les 150 requêtes :

**Marianne Routhier-Caron** (coordonnatrice externe)

**Dominique Maheu**

**Jessica Schmitt**

**Emmanuelle Bernheim**  
Professeure et chercheure au Département des sciences juridiques de la Faculté de science politique et de droit de l'UQÀM

Ainsi que :

**Me Jean-Pierre Ménard**, qui nous a inspiré le titre de cette étude.

**Julye Maynard**  
Graphiste

et :

**Gorette Linhares**  
Agente de communication, AGIDD-SMQ

**Doris Provencher**  
Directrice générale, AGIDD-SMQ

**Chloé Serradori**  
Agente d'analyse et de liaison, AGIDD-SMQ

# Entre justice et psychiatrie, où sont les droits de la personne?



**AGIDD-SMQ**

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE  
DU QUÉBEC**

4837, rue Boyer, bureau 210  
Montréal (Québec) H2J 3E6  
Téléphone : 514 523-3443 | 1 866 523-3443  
Télécopieur : 514 523-0797  
info@agidd.org  
www.agidd.org  
 [www.facebook.com/agidd.smq](http://www.facebook.com/agidd.smq)

