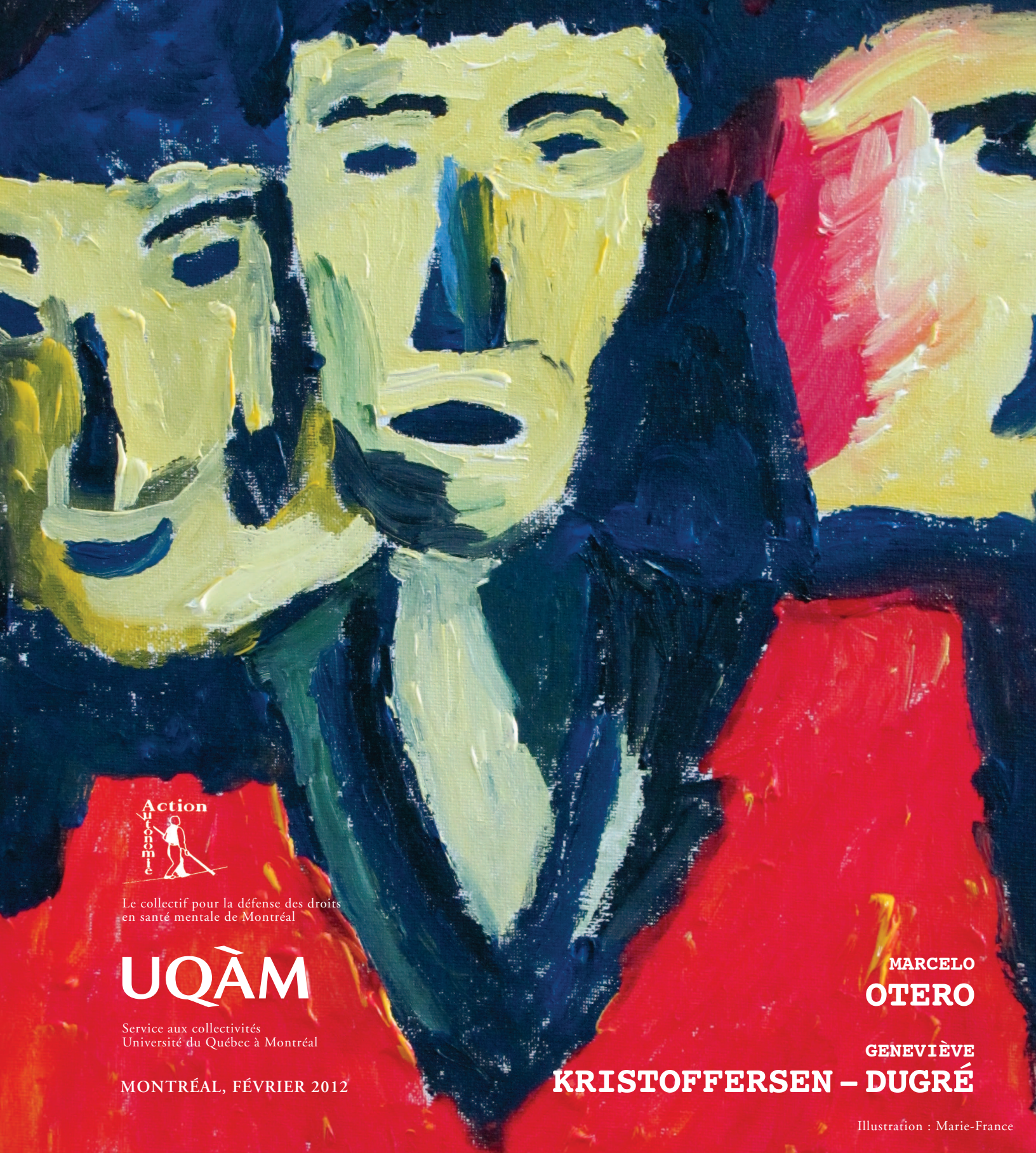


**LES USAGES DES AUTORISATIONS JUDICIAIRES
DE TRAITEMENT PSYCHIATRIQUE À MONTRÉAL :
ENTRE THÉRAPEUTIQUE, CONTRÔLE ET GESTION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE**



Action



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

UQÀM

Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

MONTRÉAL, FÉVRIER 2012

MARCELO
OTERO

GENEVIÈVE

KRISTOFFERSEN – DUGRÉ

Illustration : Marie-France

**Les usages des autorisations judiciaires de traitement
psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et
gestion de la vulnérabilité sociale**

**Marcelo Otero
Geneviève Kristoffersen-Dugré**

UQÀM

**Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal**



**Action autonomie, le collectif pour la défense
des droits en santé mentale de Montréal**

Montréal, février 2012

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Québec, premier trimestre 2012

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du comité encadrement qui ont initié et soutenu le projet soit l'équipe d'Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal et plus particulièrement madame Johanne Galipeau.

Nous voulons aussi souligner la précieuse collaboration de Me Pauline Poisson, adjointe exécutive, Bureau de la DGA, direction des services judiciaires de la Métropole ainsi que le personnel des greffes de la Cour supérieure.

Un gros remerciement pour la disponibilité et la collaboration de Me Hélène Guay ainsi que de madame Emmanuelle Berheim, professeure au Département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal .

Finalement nous tenons à remercier madame Carmen Fontaine et madame Josée-Anne Riverin du Service aux collectivités de l'UQAM pour leur soutien tout au long de la réalisation du projet ainsi que la contribution financière du Service aux collectivités de l'UQAM.

Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
INTRODUCTION	1
DESCRIPTION DE LA RECHERCHE	6
CHAPITRE 1 : L'audience : acteurs, processus et résultats	8
CHAPITRE 2 : Les caractéristiques des personnes	18
CHAPITRE 3 : L'environnement des personnes : famille, travail, habitat	26
CHAPITRE 4 : Les difficultés dans la vie des personnes	35
CHAPITRE 5 : Les comportements socialement problématiques	46
CHAPITRE 6 : Les problèmes de santé mentale des personnes	54
CHAPITRE 7 : Hôpitaux et traitements	62
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	72
ANNEXE	75

Introduction

Les sociétés démocratiques libérales, dans lesquelles nous vivons, sont des sociétés où les conflits, les dysfonctionnements et les vulnérabilités multiples de leurs membres sont régulés, gérés ou pris en charge par des dispositifs complexes qui font référence à des «valeurs positives» largement consensuelles, telles que la santé physique et mentale, le respect des normes communes, l'autonomie et la responsabilité. Depuis trois décennies au moins, la référence à la santé mentale, au psychosocial et à la souffrance psychique, sans qu'on parvienne à définir clairement les limites de ces univers, joue un rôle capital dans la gestion des conduites qui «posent problème» aux individus directement concernés, à leur entourage ou à la société.

Toutefois, nous vivons également dans des sociétés de droit. Pour cette raison, s'il est question d'intervenir auprès d'un citoyen en s'appuyant sur l'autorité d'une discipline ou d'une expertise particulière (médicale, psychiatrique, psychologique, etc.) parce que son état de santé ou son comportement sont jugés susceptibles de porter préjudice à la personne concernée ou à un tiers, il faut disposer soit de son consentement, soit d'instruments légaux contemplant de telles situations. Lorsqu'il s'agit d'associer des comportements problématiques à l'univers de la santé mentale perturbée afin de légitimer une intervention sécuritaire, thérapeutique ou sociale, plusieurs variables qui ne sont pas toujours clairement indissociables et qu'il faut nécessairement hiérarchiser entrent simultanément en jeu.

Que l'on pense à la volonté de la personne, à ses droits juridiques, à sa capacité ou non à consentir à une intervention qui la concerne, à l'information dont elle doit disposer pour prendre une décision éclairée, au rapport de forces dans lequel elle est placée (savoir experts, appareil judiciaire, normativité sociale, etc.), à l'accessibilité à d'autres types d'intervention que celles proposées pour que son choix soit réellement respecté, etc. Que l'on pense aussi aux soucis légitimes (ou dans certains cas à l'épuisement) de l'entourage ou des proches par rapport à certains comportements problématiques ou inquiétants d'une personne aimée ou connue, aux risques de santé ou sécurité présumés qui découlent de la non- intervention pour la personne concernée ou pour les tiers, à l'opportunité d'offrir de l'aide bénéfique au bon moment à une personne dans une situation difficile qui risque de se dégrader, etc. Tous ces éléments sont fortement imbriqués lorsqu'il s'agit de comprendre la légitimité, la pertinence et l'opportunité d'une intervention non souhaitée par la personne concernée mais demandée par d'autres (famille, entourage, médecins, institutions, etc.).

Dans les cas de crises psychiques, psychosociales ou psychiatriques, les variables risque, danger, temps, dommages potentiels ou réels pour la personne concernée ou pour autrui, se combinent parfois sur le registre de l'immédiateté (il faut agir dans l'ici et maintenant), de l'incertitude (informations inexistantes, insuffisantes ou imprécises sur la personne, sa situation et son contexte, difficulté à évaluer les risques) et de la

complexité intrinsèque d'une situation-problème (difficulté à distinguer un danger réel d'un comportement étrange, imbrication des problèmes relationnels et sociaux avec des problèmes de santé mentale, etc.). La disponibilité de la police comme service mobile d'urgence en tout temps, et sa capacité légale d'agir (pouvoir de contraindre) ont, depuis toujours, largement favorisé son intervention dans de nombreuses situations d'«urgence» dont le statut (mental, social, criminel, psychosocial, relationnel, etc.) était soit mal défini, soit peu connu ou encore lorsque d'autres ressources mieux adaptées pour y répondre n'étaient pas disponibles ou simplement existantes. Dans un nombre de cas non négligeable, les interventions policières ont également favorisé la judiciarisation de comportements et de populations, dont les caractéristiques relevaient davantage de l'univers des problèmes sociaux, de la vulnérabilité sociale et de la santé mentale, et parfois des trois à la fois, plutôt que des domaines, correctionnel et pénal.

Au Québec, un consensus s'est établi au cours des années 1990 pour contrecarrer l'usage de la police et du système pénal comme réponse à ce type de situations d'«urgence» qui ne relève pas clairement, voire nullement, du registre pénal. Une politique de déjudiciarisation en santé mentale s'est alors développée, ce qui a entraîné des réformes majeures des lois d'internement civil involontaire, marquées par une tendance à restreindre l'application de la loi civile au seul critère de «dangerosité mentale». Depuis 1998, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LRQ c. P-38.001, désormais loi P.38) redéfinit les règles, les pouvoirs et la procédure du processus d'internement civil pour cause de risques liés à l'état mental d'une personne au Québec. Parmi les modifications importantes apportées à la loi, l'article 8 autorise un agent de la paix, à amener contre son gré et *sans l'autorisation d'un tribunal*, «une personne dans un établissement de santé (CLSC ou centre hospitalier) à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui ». Les particuliers, notamment les membres de la famille, peuvent également avoir recours à la loi par le biais d'une requête de garde provisoire adressée à la Cour afin de contraindre une personne à une évaluation psychiatrique de son état mental que l'on présume dangereux.

Les autorisations judiciaires de soins (AJS)

Toutefois, s'il est vrai que la loi rend possible l'estimation ou l'évaluation de la «dangerosité mentale» d'une personne en passant outre son consentement par des dispositifs comme celui de l'article 8 ou la garde provisoire, la nouvelle législation n'autorise pas pour autant le traitement (médicaments, thérapies, etc.) sans le consentement explicite de la personne concernée. L'ancienne *Loi sur la protection du*

malade mental (1972) mobilisait la notion de «cure fermée»¹ qui découlait automatiquement des résultats de l'expertise psychiatrique ordonnée par le juge et liait dans une même expression la «garde» et le «traitement» contre la volonté de la personne visée par la norme. Avec la loi P-38 en vigueur, d'autres instruments légaux doivent alors être mobilisés, notamment par les médecins et les établissements hospitaliers, pour dispenser des soins à une personne contre son gré, à savoir : les autorisations judiciaires de soins (AJS). Bien que dès la fin des années 1980 apparaissent des dispositions concernant l'imposition des traitements à l'égard des personnes jugées incapables à consentir aux soins, ce n'est que lors de la réforme du Code civil du Québec en 1994 que ces dispositions sont formellement intégrées dans la section « *de l'intégrité de la personne* » (articles 10 à 25) (Bernheim, 2010).

À l'instar des autorisations judiciaires d'évaluation psychiatrique ou de garde en établissement, les autorisations judiciaires de soins sous-tendent la possibilité légale d'utiliser des moyens de contrainte si la personne visée refuse d'obtempérer. Également, une autorisation judiciaire de soins peut-être assortie d'une autre d'hébergement concernant la rétention de la personne à l'endroit où les soins sont censés être dispensés. Il est important de souligner que l'autorisation de soins est accordée au médecin traitant et à l'établissement où se trouve (ou où sera déplacée) la personne visée. Bien qu'une autorisation des soins peut être demandée pour des soins physiques ou psychiatriques, la grande majorité de ces autorisations concerne les soins psychiatriques (Bernheim, 2010, Guay, 2002). Dans ce rapport, nous nous intéresserons à ce dernier cas de figure seulement, c'est-à-dire les autorisations judiciaires de soins psychiatriques accordées aux établissements hospitaliers qui constituent la grande majorité des dossiers.

Dans le contexte d'une autorisation judiciaire de soins, c'est bien le juge qui doit décider de l'incapacité de la personne à consentir et de la nécessité du traitement proposé par le médecin traitant ainsi que de ses potentiels-bénéfices. De ce fait, il est évident que la décision du juge doit s'appuyer largement sur l'avis des experts, la plupart des fois un psychiatre, ce qui devient un facteur déterminant de l'issue du processus, voire l'élément décisif de l'autorisation d'un traitement contre la volonté de la personne. Le recours à l'autorisation judiciaire de soins psychiatriques comporte de nombreux problèmes éthiques potentiels dont la possible utilisation de ce recours à des fins autres, ou bien à des fins moins claires, que celles prévues dans le Code civil du Québec. Tantôt, l'autorisation judiciaire des soins peut faciliter l'internement de la personne ou son déplacement d'un logement privé à des ressources plus structurées, tantôt le refus de prendre certains médicaments comportant d'importants effets secondaires peut être assimilé trop mécaniquement à l'incapacité à consentir aux soins.

¹ La section II, art 7 de la loi de 1972 spécifie que : «L'examen clinique psychiatrique doit, en autant que possible, être fait dans les vingt-quatre heures qui suivent la demande qui en est faite et être suivi d'un rapport écrit signé par la personne qui a fait l'examen à l'effet que *la cure fermée* est nécessaire ou ne l'est pas.»

Ces risques éthiques réels ou potentiels sont d'autant plus préoccupants que 1) le déséquilibre entre les experts et les personnes intimées est énorme en termes d'autorité, de moyens, de savoir et de pouvoir; 2) les mécanismes de révision et de contrôle de l'hébergement et du traitement ne sont pas clairs et on ne voit pas très bien comment les personnes concernées peuvent contester les délais de l'ordonnance, le type de médicament prescrit, les doses, les modes d'administration (Menard, 2007), et 3) la quasi absence de traitements alternatifs ou complémentaires à la seule option des médicaments psychotropes est un facteur clair de rétrécissement des possibilités de choix de la personne qui se trouve placée dans une situation fortement structurée par les dispositifs de la psychiatrie et de la justice, dont elle ne maîtrise ni les langages, ni les logiques de fonctionnement, ni les conséquences possibles de leurs effets sur leurs trajectoires de vie à moyen et long terme.

En effet, la durée des autorisations de soins oscille généralement entre deux et trois ans, ce qui semble particulièrement long et mal balisé. Dans ce laps de temps, c'est non seulement l'état de santé de la personne qui peut évoluer sensiblement (détérioration, amélioration, non-réaction au traitement, etc.) mais aussi bien sa capacité à consentir, qui n'est pas, elle non plus, une donnée immuable. Or, il est étonnant de constater que «la loi ne prévoit en effet aucun mécanisme de révision, peu importe la durée ou les conditions de l'ordonnance» (Ménard, 2007; p. 331-333). C'est plutôt au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'hôpital à qui, dans un grand nombre de jugements, revient la charge du suivi du traitement, en fonction des rapports élaborés par un médecin traitant. Ce mécanisme très fonctionnel pour les dynamiques des établissements hospitaliers est pourtant inefficace pour protéger les droits des personnes sous traitement. D'une part, en raison de son autonomie relative car «le tribunal ne peut le contrôler sous beaucoup d'aspects» et, d'autre part, parce que «la personne la plus affectée par ces décisions est totalement absente de tout et ne peut avoir accès à quelque information que soit» (Ménard, 2007; p.332).

Contenu du rapport de recherche

En fonction de l'analyse de l'ensemble des dossiers concernant les autorisations judiciaires de soins psychiatriques données à des établissements hospitaliers montréalais au cours de l'année 2009, ce rapport de recherche vise à comprendre : 1) les différents aspects qui concernent le fonctionnement du dispositif d'autorisation judiciaire de soins qui obligent certaines personnes à se soumettre à des traitements psychiatriques qu'elles refusent, 2) les caractéristiques sociodémographiques de ces personnes et 3) le type de problèmes auxquels elles font face ou qu'on leur reproche. Le tout tel que documenté dans les dossiers archivés au Palais de Justice de Montréal.

À la suite d'une brève description des caractéristiques générales de la recherche (méthodologie, nature de notre matériau, portée et limites de cette étude, etc.), le premier chapitre décrit le fonctionnement, les acteurs et les caractéristiques des

audiences qui aboutissent, dans la grande majorité des cas, à l'autorisation judiciaire des soins psychiatriques contre la volonté de la personne. Le deuxième chapitre s'intéresse à la description sociodémographique sommaire des personnes touchées par les demandes d'autorisations judiciaires de soins (âge, sexe, langue, origine, lieu de résidence). Le troisième chapitre concerne l'environnement des personnes intimées, notamment les caractéristiques de leur entourage, leur situation familiale, leur rapport au travail et leur situation résidentielle. Le quatrième chapitre aborde les difficultés dans la vie de la personne qui sont en lien direct avec la demande d'autorisation des soins psychiatriques, telles que le manque d'autonomie, les problèmes d'alimentation, d'hygiène, de logement, de gestion d'argent et de sécurité. Le cinquième chapitre porte sur certains comportements problématiques qui, sans être des problèmes forcément psychiatriques, entraînent des difficultés réelles ou symboliques pour les autres en termes de relation, de soucis graves, de craintes, etc. (agressivités, bizarreries, dépendances, violence envers soi-même, etc.). Le sixième chapitre est consacré aux problèmes de santé mentale évoqués de manière formelle dans les dossiers, notamment en termes de diagnostics mobilisés, de signes et de symptômes cliniques décrits. Le septième chapitre porte sur le dispositif psychiatrique qui encadre concrètement le traitement imposé par l'autorisation judiciaire de soins et le type de traitements les plus courants.

Description de la recherche

La présente recherche est basée sur l'analyse du contenu de l'ensemble des dossiers inscrits au Palais de justice de Montréal pour l'année 2009 ayant fait l'objet d'une requête pour obtenir une autorisation de soins psychiatriques de la part des établissements hospitaliers. La cueillette de données s'est effectuée au Palais de justice de Montréal entre décembre 2010 et mars 2011. Plutôt que de procéder à l'aide d'une grille d'analyse préétablie, ce qui nous aurait permis de recenser qu'un nombre limité d'informations, nous avons procédé à la reprographie de l'ensemble des dossiers afin de pouvoir y revenir pour des recherches subséquentes. Les données nominatives ont été bien entendu rayées des dossiers reproduits afin d'assurer l'anonymat des personnes intimées et de leurs proches.

Ces dossiers concernent les individus ayant fait l'objet d'une décision de la Cour supérieure du Québec pour le district de Montréal concernant les requêtes d'autorisation des soins. Ces dossiers sont classés selon la cote 500-17 qui regroupe l'ensemble des dossiers impliquant des établissements hospitaliers et des CSSS. En termes généraux, chaque dossier mentionne 1) le nom du demandeur-e principal-e, habituellement il s'agit de l'établissement de santé ou des services sociaux (DM001); 2) le nom d'un deuxième demandeur-e, habituellement le directeur de l'hôpital ou le médecin traitant (DM002); 3) le nom du défendeur-e, celui de la personne visée par la demande d'autorisation des soins (DF001) et 4) le nom de un ou deux «mises en cause», fréquemment un membre de la famille et/ou le curateur public (MC001, MC002).

Sur un total de 338 dossiers, 290 correspondent à des hôpitaux et 48 à des CSSS. Nous nous sommes concentrés sur les dossiers impliquant les établissements hospitaliers et concernant exclusivement les demandes d'autorisation des soins portant sur la santé mentale. Parmi le total de 290 dossiers correspondant à des hôpitaux, nous avons pu étudier 230 d'entre eux, les autres étant soit difficiles d'accès, soit introuvables. Nous avons ainsi constitué un corpus final de 230 dossiers sur lesquels portent les analyses et l'ensemble des données de ce rapport.

Les informations contenues dans les dossiers ne sont pas toujours homogènes ni complètes, mais elles sont organisées selon des modèles de documents qui recueillent certaines données plutôt que d'autres et qui distribuent plus ou moins d'espace en fonction de la pertinence escomptée des renseignements à cueillir par ceux qui les ont conçus. Dans l'annexe 1, nous reproduisons les modèles des instruments spécifiques de cueillette d'information contenue dans les dossiers, c'est-à-dire le procès-verbal de l'audience, les requêtes des établissements et l'ordonnance. Les dossiers comportent également d'autres documents tels que l'avis de présentation (document reçu par huissier qui informe de la date et de l'heure de l'audience), l'affidavit (document légal attestant solennellement de l'authenticité des faits évoqués et des personnes impliquées dans la cause). Ces documents ne fournissent pas d'informations pertinentes à l'étude. Les dossiers contiennent également des expertises psychiatriques. Ces

dernières étant confidentielles, elles se retrouvent à l'intérieur d'enveloppes scellées et sont par conséquent, non disponibles.

Les thèmes généraux du rapport portent sur le déroulement et les caractéristiques de l'audience, les caractéristiques sociodémographiques des personnes visées, certains aspects de leur histoire sociale, les perturbations dans leur vie et dans leur personnalité, les diagnostics mobilisés, les symptômes les plus évoqués, le fonctionnement des dispositifs psychiatrique et judiciaire, le type de traitement demandé, etc. Ces thèmes sont analysés et documentés exclusivement en fonction du contenu de notre corpus de 230 dossiers concernant les autorisations de soins psychiatriques demandées par les établissements hospitaliers montréalais archivés au Palais de justice de Montréal.

Chapitre 1 :

L'audience : acteurs, processus et résultats

Les informations contenues dans les procès-verbaux de l'audience permettent de dégager certains éléments généraux concernant le déroulement du processus à la cour. Notamment, on peut connaître la durée moyenne de l'audience, la représentation ou non de la personne intimée par un avocat et le type d'interrogatoire qu'elle subit. L'implication du curateur, la présence de contre-expertises présentées à titre de preuves ainsi que d'autres informations comme les délais moyens entre le dépôt de la requête et l'audience de même que le mois de dépôt de la requête figurent également parmi les éléments du procès-verbal.

Les principaux acteurs qui sont généralement présents aux audiences sont le juge et le greffier. Du côté de la partie demanderesse, on retrouve les avocats du requérant (généralement un établissement hospitalier) et le psychiatre traitant, présent à titre de témoin expert. D'autres intervenants peuvent également être témoins, mais il semble que ces cas de figure soient assez rares. Du côté de la partie défenderesse, on retrouve généralement la personne intimée et son avocat. Une contre-expertise peut, en théorie, être présentée par un autre psychiatre, mais cette pratique ne semble pas courante. On retrouve également ce qu'on désigne une «mise en cause» qui, dans la plupart des cas, est représentée dans la personne du curateur ou d'un membre de la famille de la partie défenderesse. Il arrive rarement que le curateur soit présent à l'audience.

La présence à l'audition de la personne intimée de même que celle de sa représentation est fondamentale, car elle permet à la personne d'être entendue, d'interroger à l'occasion le requérant et de défendre ses droits. La présence de la partie défenderesse fait en sorte que la décision du juge ne repose pas exclusivement sur le rapport psychiatrique et sur la parole des témoins experts. Même si elle ne permet pas dans la majorité des cas le rejet des requêtes, elle peut cependant influencer certains éléments de l'autorisation judiciaire des soins tels que le choix du lieu d'hébergement (hébergement au choix du défendeur plutôt que du demandeur), une réduction de la durée ou une modification du traitement (types de médicaments, propositions de thérapies, etc.).

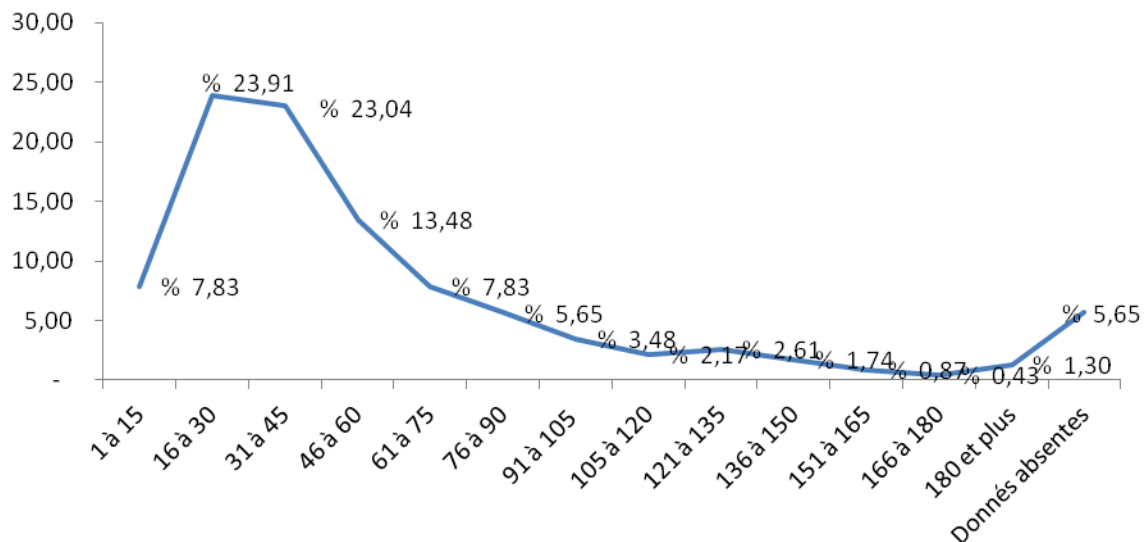
1.1 Durée de l'audience

Si on prend en considération l'ensemble des 230 dossiers, on constate que 68 juges différents sont intervenus. Il est donc possible que les pratiques varient en fonction des différents facteurs tels que la formation, l'expérience, la connaissance de la psychiatrie, etc. Ces éléments peuvent avoir une influence dans la durée de l'audience de même que la présence ou non de l'avocat et du défendeur. Les procès-verbaux

d'audience étant peu explicites sur le contenu des discussions, il est difficile d'émettre des hypothèses quant à la relation entre la nature du contenu et la durée de l'audience.

Durée de l'audience

Minutes	Nombre de requêtes	%
1 à 15	18	7,83
16 à 30	55	23,91
31 à 45	53	23,04
46 à 60	31	13,48
61 à 75	18	7,83
76 à 90	13	5,65
91 à 105	8	3,48
105 à 120	5	2,17
121 à 135	6	2,61
136 à 150	4	1,74
151 à 165	2	0,87
166 à 180	1	0,43
180 et plus	3	1,30
Données absentes	13	5,65
Total	230	100,00



La durée de l'audience donne certaines indications sur la représentation de la partie défenderesse à l'audience. La durée moyenne des audiences est de 54 minutes. Il faut toutefois prendre en considération qu'un nombre restreint d'audiences ont eu une

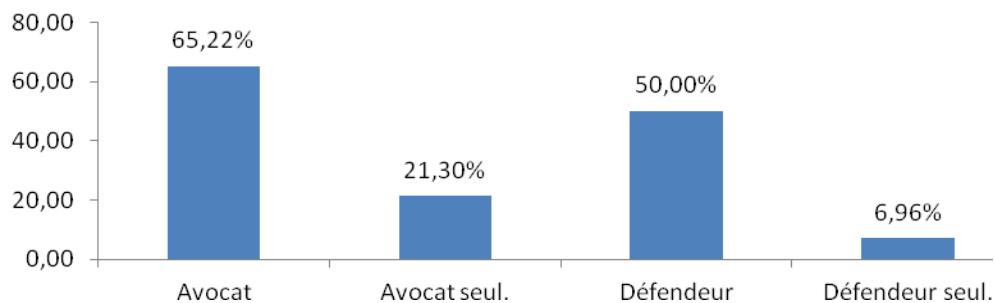
durée nettement supérieure à la moyenne, dont une de 679 minutes. Il faut donc considérer cette durée moyenne avec précaution. Si on examine de façon plus précise ces données, elles nous permettent de voir que la majorité des audiences ont eu une durée de moins de 45 minutes (54,78%) et presque 70 % moins d'une heure. Seulement 6,95% (16 requêtes) montrent une audience de plus de 2 heures.

1.2 Représentation par avocat et présence du défendeur

La durée de l'audience étant une variable ne permettant que partiellement de qualifier l'audience, la représentation par un avocat ainsi que la présence du défendeur procure davantage d'indices à savoir si les intérêts et le point de vue de la partie défenderesse ont eu la possibilité d'être entendus et se faire valoir.

Présence ou non de la personne intimée et de son avocat

	Avocat		Avocat seul		Défendeur		Défendeur seul	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	150	65,22	49	21,30	115	50,00	115	6,96
Non	58	25,22	154	66,96	100	43,48	100	84,78
Infos absentes	22	9,57	27	11,74	15	6,52	15	8,26
Total	230	100,00	230	100,00	230	100,00	230	100,00



Dans 65,22% des cas, la partie intimée était représentée par un avocat à l'audience et dans 21,30% des cas, l'avocat était seul, le défendeur étant absent. Dans environ 50 % des dossiers, le défendeur était présent à l'audience et dans presque 7% des cas, il se représentait sans la présence d'un avocat. Malgré le fait que la proportion de défendeurs représentés par un avocat est importante, il est important de remarquer qu'un très grand nombre de défendeurs n'étaient pas présents à l'audience (114 sur 230 dossiers). Bien qu'il soit possible de supposer que l'état de certaines personnes leur

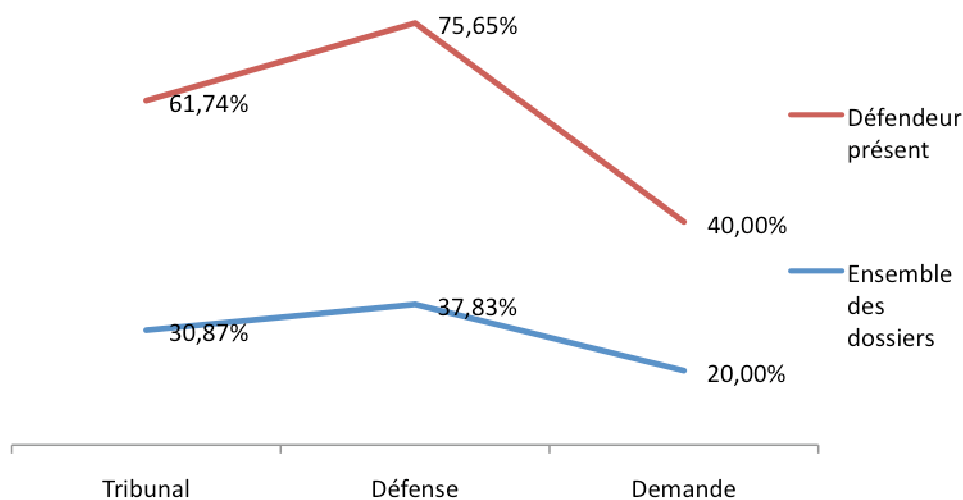
empêche d’être présents à la Cour, ce fait demeure problématique étant donné que leur présence peut, dans certains cas, avoir une incidence sur le jugement rendu.

1.3 Interrogatoire de la partie défenderesse

Tel que mentionné précédemment, la partie défenderesse n’est pas présentée au tribunal dans presque la moitié des audiences. Les informations contenues dans les procès-verbaux, de même que dans les autres documents du dossier, ne permettent généralement pas de tirer des conclusions sur les raisons de l’absence de certains intimés au tribunal. Puisque l’enjeu de l’audience est l’hospitalisation de la personne concernée pour une longue période, souvent de plus de deux ans, il est étonnant que les raisons de l’absence du principal intéressé ne soient pas spécifiées de manière claire et précise. De surcroît, les procès-verbaux ne sont généralement pas très détaillés sur le déroulement et sur le contenu des interrogatoires. Il aurait été souhaitable de disposer des exemples de logiques d’interrogatoire et du type de questions adressées à l’ensemble des parties en présence, mais seulement la présence à la Cour lors du déroulement des audiences permet, semble-t-il, d’avoir accès à ces informations.

Interrogatoire de la partie défenderesse

	Tribunal			Défense			Demande		
	Total		Présent	Total		Présent	Total		Présent
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Oui	71	30,87	61,74	87	37,83	75,65	46	20	40
Non	142	61,74	X	123	53,48	X	163	70,87	X
Infos absentes	17	7,39	X	20	8,70	X	21	9,13	X
Total	230	100	X	230	100	X	230	100	X

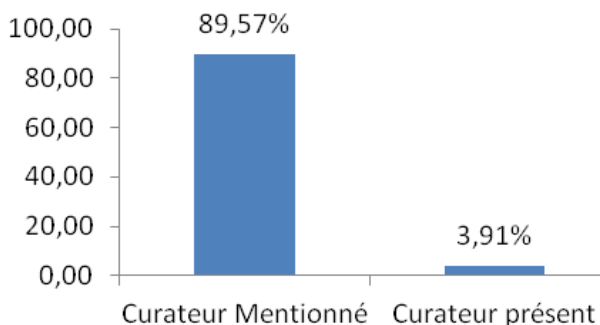


La courbe supérieure illustre les situations où la partie défenderesse présente à la cour est interrogée. On remarque que dans 61,40% des cas, la personne intimée est interrogée par le Tribunal. Bien que l'interrogatoire est plus que majoritaire, il faut tout de même noter que dans près de 40% des cas où la personne est présente, le juge ne s'adresse pas à elle. C'est principalement par l'avocat de la défense que la personne intimée présente à la cour est interrogée (75,44%). La proportion des cas où la personne intimée est interrogée par l'avocat du requérant est moins importante (40%). Si on considère l'ensemble des dossiers (courbe du bas) indépendamment que le défendeur soit présent ou non, on constate que seulement 30,87% des personnes intimées ont pu être effectivement interrogées par la Cour.

1.4 Présence et mention du Curateur lors de l'audience

Mention ou présence du curateur

	Curateur mentionné		Curateur présent	
	n	%	n	%
Oui	206	89,57	9	3,91
Non	16	6,96	207	90,00
Infos absentes	8	3,48	14	6,09
Total	230	100,00	230	100,00



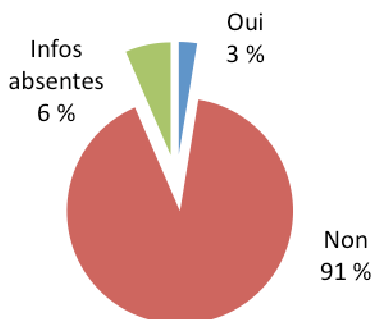
Il est important de signaler que dans la nette majorité des requêtes (207; 90%), le curateur est mentionné comme «mis en cause» dans la requête. À l'inverse, il est presque systématiquement absent lors de l'audience, c'est-à-dire dans 90% (208) des cas.

1.5 Contre-expertise

L'expertise étant un des éléments les plus importants quant à l'influence sur la décision du juge, les expertises de la partie demanderesse ne devraient pas, dans le cadre d'une audience équilibrée, être les seules à étayer l'état mental de la personne interpellée, le besoin du traitement, ses risques et la nature de ses bénéfices. C'est pourtant largement la situation la plus courante.

Contre-expertise pour la partie défenderesse

Contre-expertise	n	%
Non	209	91,00
Oui	6	3,00
infos absentes	15	6,00
Total	230	100



On retrouve en effet rarement des mentions de contre-expertises dans les requêtes. En fait, dans 91% des cas (209) on n'en retrouve aucune trace. Seulement 6 requêtes (environ 3%) font clairement mention de la présence d'une contre-expertise.

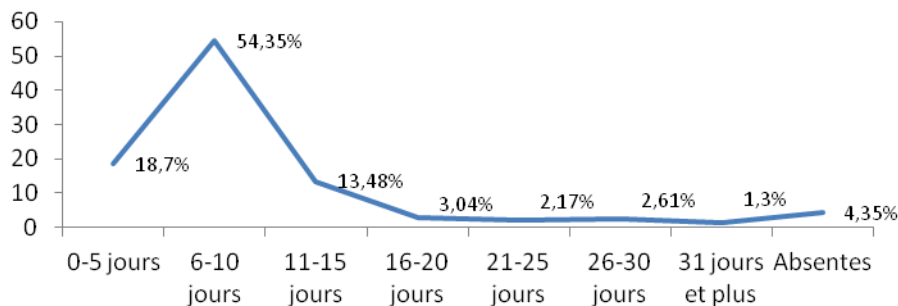
1.6 Délai entre le dépôt de la requête et l'audience

Le délai entre le dépôt de la requête et la tenue de l'audience est important parce qu'il montre le laps de temps dont la personne interpellée dispose pour préparer sa défense. Tandis que les établissements hospitaliers disposent de plusieurs semaines pour préparer leurs dossiers, les procédures et les expertises, les personnes qui font l'objet d'une requête d'autorisation judiciaire et leurs procureurs ne disposent que de quelques jours pour se préparer (Ménard, 2007). Le déséquilibre entre les parties est ainsi énorme non seulement en termes de délais, mais aussi en termes de ressources, d'expertise et d'expérience dans le recours au dispositif de demande d'autorisation judiciaire de soins.

Délais entre le dépôt de la requête et l'audience

Jours	n	%
0-5 jours ²	43	18,70
6-10 jours	125	54,35
11-15 jours	31	13,48
16-20 jours	7	3,04
21-25 jours	5	2,17
26-30 jours	6	2,61
31 jours et plus	3	1,30
Infos absentes	10	4,35
Total	230	100,00

² L'article 776 du Code de procédure civil stipule ceci : «Toute demande en vue d'obtenir une autorisation du tribunal ou du juge doit, si elle est relative à des soins ou à l'aliénation d'une partie du corps, être signifiée à la personne concernée, si elle est âgée de 14 ans et plus, de même qu'au titulaire de l'autorité parentale, au tuteur ou curateur, le cas échéant, ou au mandataire désigné par un majeur alors qu'il était apte à consentir. La demande qui concerne un majeur inapte à donner son consentement et qui n'est pas pourvu d'un tuteur, curateur ou mandataire, doit, en outre, être signifiée au curateur public. Sauf urgence, la demande ne peut être présentée au tribunal moins de cinq jours après sa signification. Aucun acte de comparution n'est requis. La demande doit être entendue le jour de sa présentation, à moins que le tribunal ou le juge n'en décide autrement.» 3e alinéa de l'article 776 du C.p.c.



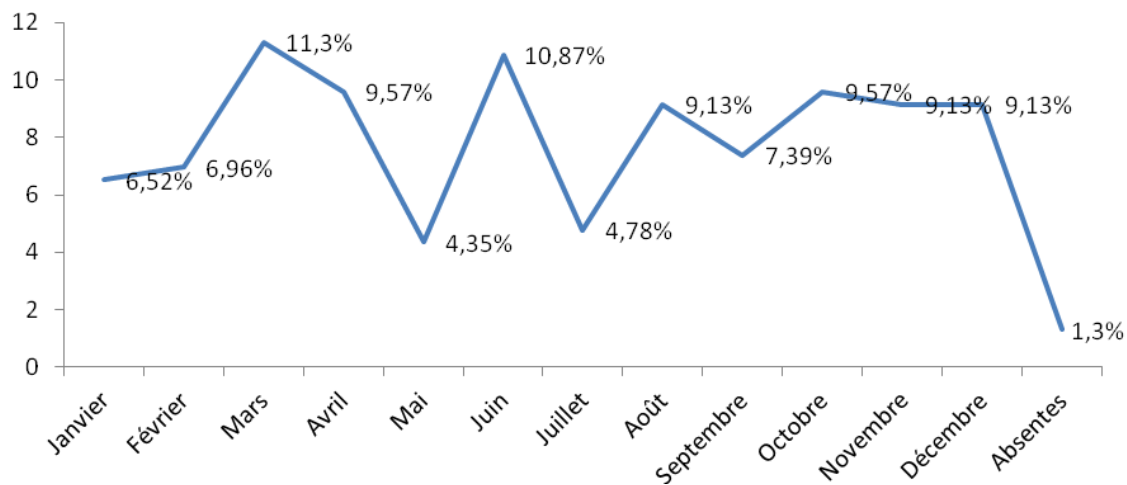
Environ le cinquième des requêtes (18,70) montre que le délai entre le dépôt de la requête et l’audience est de moins de 5 jours, ce qui laisse très peu de temps pour la personne intimée de préparer sa défense. En excluant les dossiers pour lesquels nous ne disposons pas des informations nécessaires, la moyenne est de 9,4 jours de délai entre le dépôt de la requête et l’audience à la Cour. Si on envisage les délais selon des catégories, on remarque que, dans plus de la majorité des cas (73,05%), il est de moins de 10 jours. On retrouve toutefois, dans un petit nombre de cas, des délais particulièrement longs, par exemple excédant un mois (1,30%). Dans ces cas particulièrement longs, il peut s’agir de requêtes où des ordonnances intérimaires ou des remises ont eu lieu.

1.7 Moment du dépôt de la requête

Le moment de l’année du dépôt de la requête peut être important en raison de la possibilité de l’existence de logiques qui régulent la fréquence des dépôts répondant à des motifs différents (logiques saisonnières, disponibilité de certaines ressources, vacances du personnel impliqué dans le dispositif, logiques organisationnelles, etc.).

Mois de dépôt de la requête

Mois	n	%
Janvier	15	6,52
Février	16	6,96
Mars	26	11,30
Avril	22	9,57
Mai	10	4,35
Juin	25	10,87
Juillet	11	4,78
Août	21	9,13
Septembre	17	7,39
Octobre	22	9,57
Novembre	21	9,13
Décembre	21	9,13
Absentes	3	1,3
Total	230	100,00

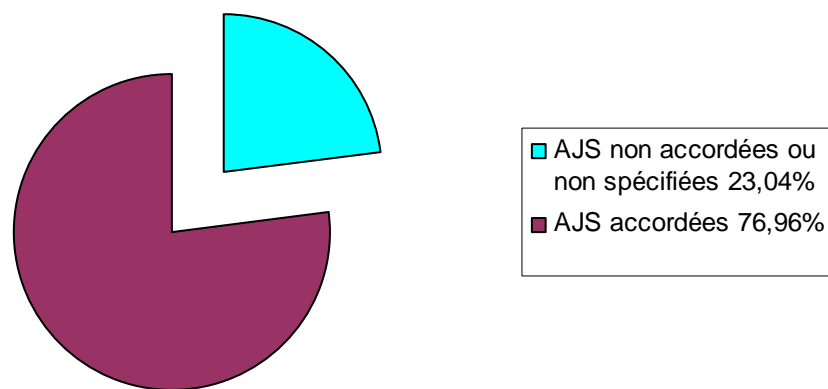


Il y a un nombre plus élevé de requêtes déposées pour les mois de mars (11,3%) et juin (10,87%). Les mois où le nombre de requêtes est le moins élevé sont les mois de mai (4,35%), juillet (4,78%) et janvier (6,53%). De manière générale, du mois d'août au mois de décembre, on enregistre une fréquence de dépôt de requêtes élevée et stable qui tourne autour de 9,2 % par mois, à l'exception du mois de septembre où l'on enregistre une diminution (7,39%). La moyenne est de 18,92 requêtes déposées chaque mois.

1.8 Taux d'acceptation et durée des autorisations de soins (AJS)

Les questions du taux d'acceptation et de la durée de l'autorisation des soins sont cruciales en regard du respect des droits et libertés de la personne concernée. Parmi l'ensemble des dossiers, on retrouve un petit nombre qui concerne les demandes intérimaires (2,16%)³, les remises (6,96%)⁴ et les appels (1,3%). De toutes les demandes d'autorisation de soins confondues, plus de trois quarts sont accordées par la Cour.

AJS non accordées (ou non spécifiées)	53	23,04
AJS accordées	177	76,96

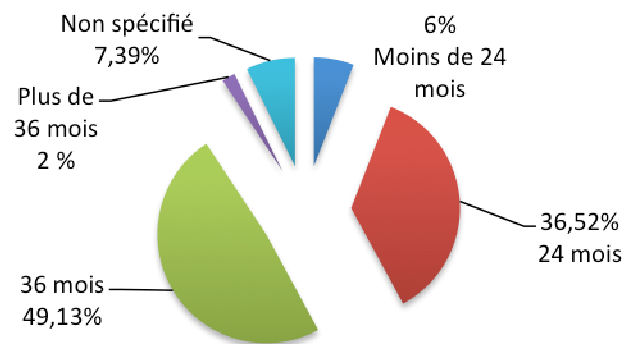


Quant à la durée des autorisations, dans environ la moitié des dossiers il est question d'une période de 36 mois et dans plus d'un tiers la durée demandée est de 24 mois. Rares sont les cas, environ 6 % du total, où l'on demande des durées inférieures à deux ans.

Durées des AJS	n	%
	14	6,09
24 mois	84	36,52
36 mois	113	49,13
Plus de 36 mois	2	0,87
Infos absentes	17	7,39
Total	230	100,00

³ Le juge peut prononcer une ordonnance intérimaire pour défaut de procédures.

⁴ Il s'agit d'un jugement dans lequel la Cour ordonne la remise de l'audience à une date ultérieure. Cette remise peut être demandée par le requérant et/ou la partie intimée. Elle peut servir à plusieurs choses telles que compléter des rapports d'examen ou demander un examen supplémentaire, obtenir les services d'un avocat, régler des conflits d'horaires entre avocats, demander des modifications de quelques aspects de la requête, pour consultation de dossiers médicaux, etc.



Il est à souligner que plus de 90% des AJS concernent des durées de deux ans ou plus et qu'une tendance à l'allongement de la durée semble s'être installée. Selon Emmanuelle Bernheim :

«La question de la révision est d'autant plus cruciale que la durée des autorisations est relativement longue. En effet, si les premières autorisations ne se limitaient qu'à un ou deux ans, elles atteignent aujourd'hui souvent trois, voire cinq ans. Selon la Cour d'appel, le juge d'instance ne peut se contenter d'autoriser les soins pour la durée demandée par le demandeur; il doit exercer sa discrétion par « l'analyse et la pondération des facteurs pertinents ». Ces facteurs sont ceux présentés au soutien de la requête, mais également par le défendeur, et ce, même en l'absence de contre-expertise. Une autorisation de soins ne peut donc dans aucun cas être accordée pour une durée indéterminée, même dans le cas d'une maladie à caractère dégénératif et irréversible, une révision judiciaire régulière étant justement le mandat confié aux tribunaux par le législateur. Pourtant, encore une fois, la jurisprudence est hétérogène. Si parfois les juges se permettent de réduire la durée lorsqu'il s'agit d'une demande expresse du défendeur, le plus souvent ils se conforment, quant à la durée, à la requête formulée par l'établissement demandeur ». (Bernheim, 2010, p. 165).

Effectivement, la durée de l'ASJ demandée par les hôpitaux ainsi que l'ensemble des conditions demandées sont généralement respectées par les décisions du juge, mais parfois la requête peut être accueillie partiellement. Dans certains cas, il peut s'agir d'une diminution de la durée des traitements, de l'hébergement ou des deux. Dans le cas des requêtes d'hébergement et de traitement, il arrive parfois qu'il y a rejet de la demande d'hébergement mais conservation de la demande de traitement avec suivi en clinique externe. Le contraire peut également être possible, c'est-à-dire que l'on propose de conserver la demande d'hébergement et non le traitement. Il peut aussi arriver que le jugement enlève l'hébergement ou le traitement à une requête qui ne demandait préalablement qu'un des deux. Il peut arriver que le traitement ou qu'une partie du traitement soit rejeté, par exemple, le juge peut exiger le retrait d'un traitement par électrochoc. Il peut également arriver que le juge, dans le cas où le requérant exige l'hébergement dans une ressource spécifique, accepte la demande de la partie défenderesse d'être hébergée dans un établissement de son choix.

Sur l'ensemble des 230 dossiers analysés, on n'en retrouve que 22 dont la durée a été réduite par le juge, c'est-à-dire 9,5 % du total. Dans 13 de ces cas, on constate une diminution de la durée de 3 à 2 ans, dans 4 de ces cas la diminution est de 3 à 1 an, dans 2 cas de 5 à 3 ans et dans 2 cas de 2 à 1 an. Dans un cas seulement la réduction de la durée est plutôt spectaculaire passant de 24 mois à 15 jours.

Faits saillants :

- La durée moyenne des audiences est de moins d'une heure.
- 68 juges différents sont intervenus pour un total de 230 audiences.
- Plus de 65% des personnes intimées sont représentées par un avocat.
- Pour environ la moitié des audiences la personne intimée n'est pas présente.
- Lorsque la personne est présente : elle est interrogée par le Tribunal dans seulement 61 % des cas,, alors que dans 75 % des cas elle l'est par l'avocat du défendeur et dans 40 % par l'avocat du requérant.
- Si l'on considère l'ensemble des dossiers, indépendamment que le défendeur soit présent ou non, seulement 31 % des personnes intimées ont pu être effectivement interrogées par la Cour.
- Le curateur public est rarement présent (4 % des dossiers).
- Les contre-expertises sont extrêmement rares (moins de 3% des dossiers).
- Dans trois quarts des cas, le délai entre le dépôt de la requête et l'audience est de moins de 10 jours.
- En moyenne, 19 requêtes sont déposées à chaque mois.
- Plus de trois quarts des demandes d'autorisation de soins sont acceptées
- Dans environ 90 % des dossiers, le juge accepte la durée des soins demandée par les hôpitaux.
- Plus de 90 % des AJS concernent des durées de 24 mois et plus.
- Au moins 50 % des AJS concernent des durées de 36 mois.

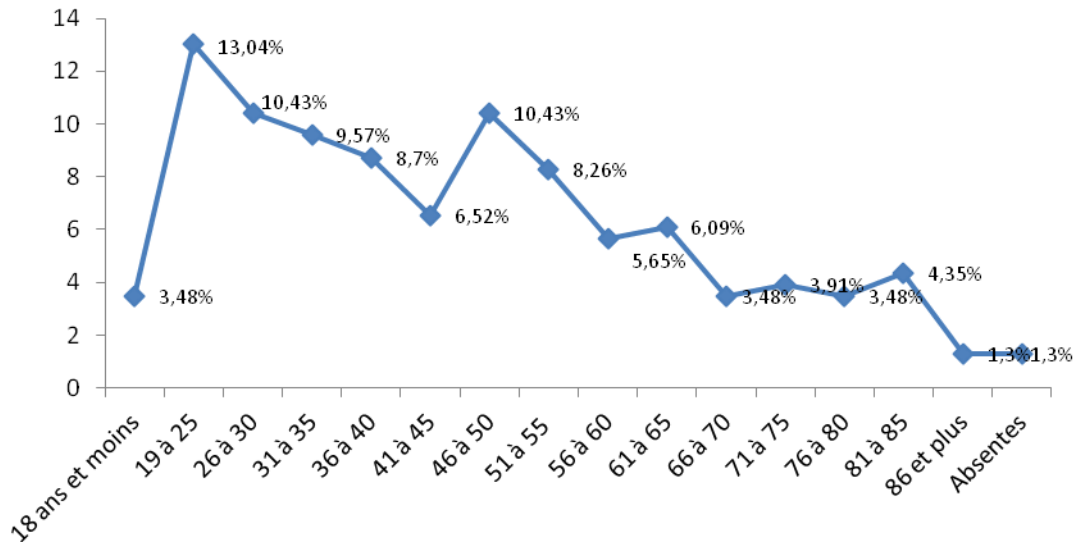
Chapitre 2 : Les caractéristiques des personnes

Les dossiers des demandes d'autorisation judiciaire de soins fournissent des informations diverses concernant le profil sociodémographique des personnes intimées. Bien que les établissements hospitaliers disposent de modèles différents de requêtes, tous mentionnent l'âge et le sexe de la personne intimée. La langue usuelle et l'origine des personnes ne sont pas toujours mentionnées dans les dossiers bien que la langue dans laquelle est rédigé le procès-verbal nous indique au moins si l'audience s'est déroulée en français ou en anglais. Les informations retenues à ce sujet sont donc à prendre avec prudence car elles sont partielles et fragmentaires. Les informations quant au lieu de résidence sont basées sur les codes postaux des lieux de résidence signalés dans les dossiers de la personne intimée. L'ensemble de ces informations nous permet de broser minimalement un premier portrait des personnes qui sont interpellées par ce dispositif juridico-psychiatrique.

2.1. Âge de la personne

Catégories d'âge

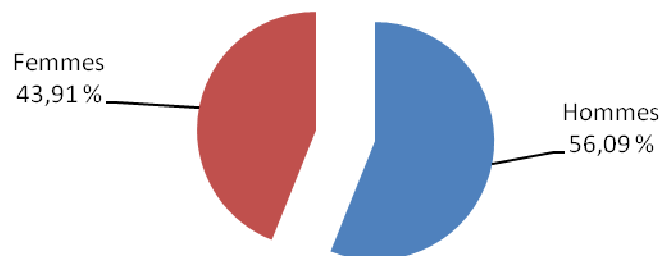
Âge	n	%
18 ans et moins	8	3,48
19 à 25	30	13,04
26 à 30	24	10,43
31 à 35	22	9,57
36 à 40	20	8,70
41 à 45	15	6,52
46 à 50	24	10,43
51 à 55	19	8,26
56 à 60	13	5,65
61 à 65	14	6,09
66 à 70	8	3,48
71 à 75	9	3,91
76 à 80	8	3,48
81 à 85	10	4,35
86 et plus	3	1,30
Absentes	3	1,30
Total	230	100,00



L'âge moyen des personnes faisant l'objet d'une requête pour soins ou hébergement est d'environ 45 ans. Cependant, c'est dans la catégorie des 19-25 qu'on retrouve les plus fortes proportions (30; 13,04%) de personnes faisant l'objet de requêtes. À cet égard, les 45 ans et moins représentent un peu plus de la majorité des personnes intimées (119; 50,74%). À partir de 50 ans, le nombre de requêtes diminue de manière plus ou moins régulière. Autre fait à noter, la catégorie des 81 à 85 ans (4,35%, c'est-à-dire 10 personnes) semble relativement élevée si on considère l'espérance de vie et la proportion que cette catégorie d'âge occupe à l'intérieur de la population en général.

2.2 L'âge et le sexe

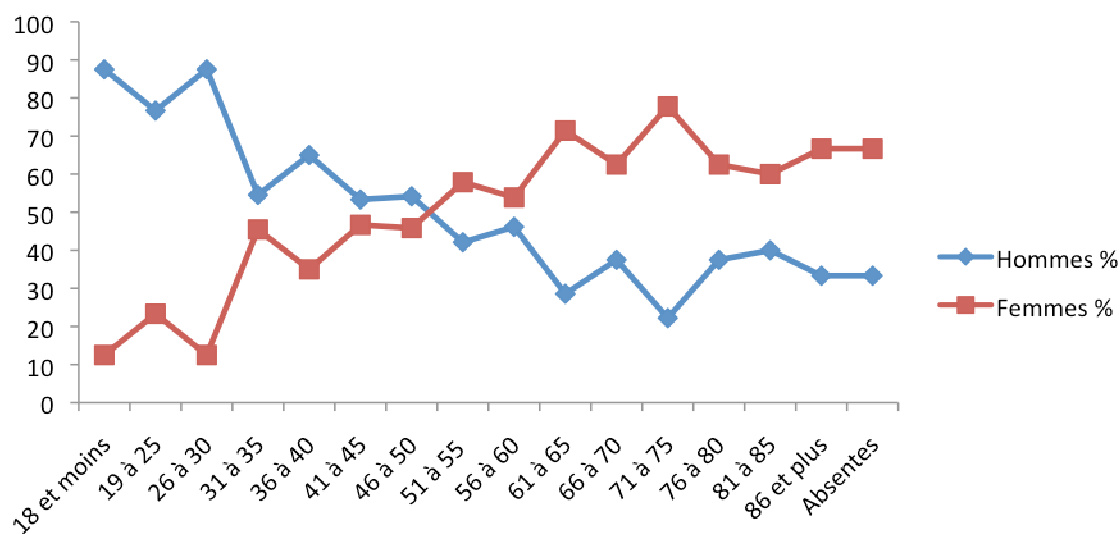
La répartition des requêtes par sexe montre une légère surreprésentation des hommes par rapport aux femmes (56 % contre 44 %), mais surtout un déséquilibre marqué de la répartition des sexes selon les différents groupes d'âge.



Groupes d'âge selon le sexe des personnes intimées

Sexe	Homme		Femme		Total	
	Âge	n	%	n	%	n
18 et moins	7	87,50	1	12,50	8	100,00
19 à 25	23	76,67	7	23,33	30	100,00
26 à 30	21	87,50	3	12,50	24	100,00
31 à 35	12	54,55	10	45,45	22	100,00
36 à 40	13	65,00	7	35,00	20	100,00
41 à 45	8	53,33	7	46,67	15	100,00
46 à 50	13	54,17	11	45,83	24	100,00
51 à 55	8	42,11	11	57,89	19	100,00
56 à 60	6	46,15	7	53,85	13	100,00
61 à 65	4	28,57	10	71,43	14	100,00
66 à 70	3	37,50	5	62,50	8	100,00
71 à 75	2	22,22	7	77,78	9	100,00
76 à 80	3	37,50	5	62,50	8	100,00
81 à 85	4	40,00	6	60,00	10	100,00
86 et plus	1	33,33	2	66,67	3	100,00
Infos absentes	1	33,33	2	66,67	3	100,00
Total	129	56,09	101	43,91	230	100,00

Comparaison des groupes d'âge selon le sexe des personnes intimées



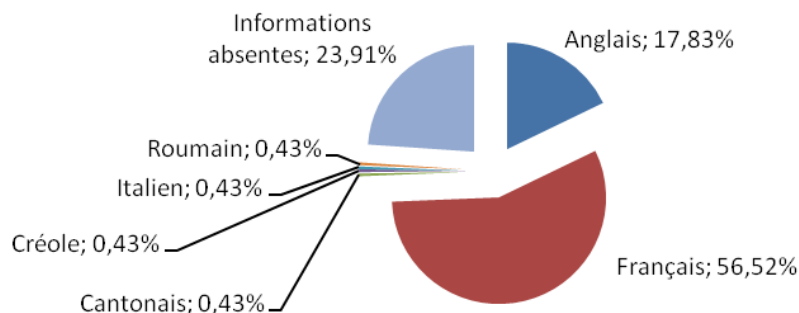
Les jeunes hommes sont représentés en nombre plus important que les jeunes femmes et cette tendance s'inverse de manière nette par la suite. En effet, chez les 18 ans et moins (87,50%), les 19-25 ans (76,67%) et les 26-30 ans

(87,50%), le nombre d'hommes est plus que majoritairement représenté par rapport aux femmes. Du côté des femmes, c'est chez les 71 à 75 ans (77,78%), 61 à 65 ans (71,43%) et les 86 ans et plus (66,7%) qu'elles sont représentées de façon plus que majoritaire par rapport aux hommes. Le point d'infléchissement se trouve à l'âge de 50 ans, moment où les tendances s'inversent et les femmes commencent à dominer collectivement dans leur représentation aux dossiers.

2.3 Langue parlée

Plus de la moitié des personnes intimées ont utilisé le français (56,52%, 130 dossiers) lors de leur audience. La proportion des personnes ayant utilisé l'anglais est de 17,83% (41 dossiers). Les renseignements sur la langue ne sont pas toujours clairement indiqués dans environ le quart des requêtes (23%). De surcroît, ces informations, dans la majeure partie des cas, font état de la langue usuelle et celle utilisée lors de l'audience par la partie défenderesse, et non pas la langue maternelle de ces personnes. En ce sens, les informations linguistiques disponibles ne permettent pas d'avoir un portrait précis des origines ethnoculturelles des personnes faisant l'objet d'une AJS. Elles donnent seulement des indications générales qui sont à considérer avec prudence.

Langue utilisée à l'occasion de l'audition



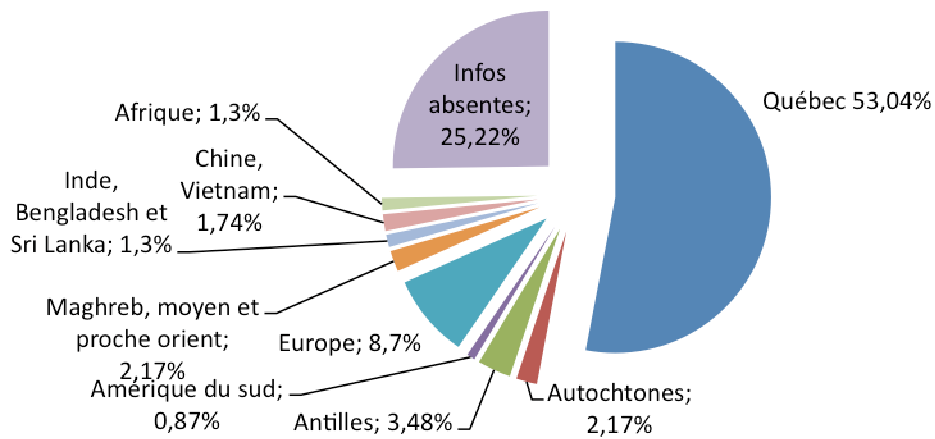
2.4 Origine des personnes

L'origine ethnoculturelle n'est pas toujours clairement indiquée dans les dossiers. Le quart des requêtes ne présentent pas suffisamment d'informations pour en tirer des conclusions. Dans un peu plus de la moitié des dossiers, la personne est d'origine québécoise (52,17%). Par la suite, les plus fortes proportions se retrouvent parmi les européens (8,70%), principalement d'origine italienne (2,61%) et roumaine (2,17%). On compte également 3,48% d'Antillais et 2,17% d'autochtones. Nous avons regroupé les personnes intimées, autant que faire se peut, selon des catégories non forcément homogènes et quelque peu arbitraires, mais qui permettent de donner une idée globale des origines rencontrées dans l'ensemble des dossiers selon la proportion. Ces informations, on l'a dit, sont incomplètes et

fragmentaires, on doit alors les considérer avec prudence et seulement à titre indicatif.

Origine des personnes intimées (grands regroupements)

Origines	n	%
Québec	122	53,04
Autochtones	5	2,17
Antilles	8	3,48
Amérique du sud	2	0,87
Europe	20	8,70
Maghreb, moyen et proche orient	5	2,17
Inde, Bengladesh et Sri Lanka	3	1,30
Chine, Vietnam	4	1,74
Afrique sub-saharienne	3	1,30
Infos absentes	58	25,22
Total	230	100,00



Faits saillants :

- L'âge moyen des personnes intimées est d'environ 45 ans.
- À partir de 50 ans, le nombre de requêtes diminue de manière régulière.
- 44 % des personnes sont des femmes et 56% sont des hommes
- Les jeunes hommes sont représentés en nombre plus important que les jeunes femmes. Notamment, les 19-25 ans (76,67%) et les 26-30 ans (87,50%).
- Les femmes plutôt âgées sont représentées en nombre plus important que les hommes. Notamment, les 71 à 75 ans (77,78%) et les 61 à 65 ans (71,43%).
- Le point d'infléchissement se trouve à l'âge de 50 ans, moment où les tendances s'inversent et la proportion des femmes commence à dominer dans l'ensemble dossiers.
- Près de la moitié des personnes intimées semblent provenir d'origines ethnoculturelles diverses autres que québécoise de souche.

Chapitre 3 :

L'environnement des personnes : famille, travail, habitat

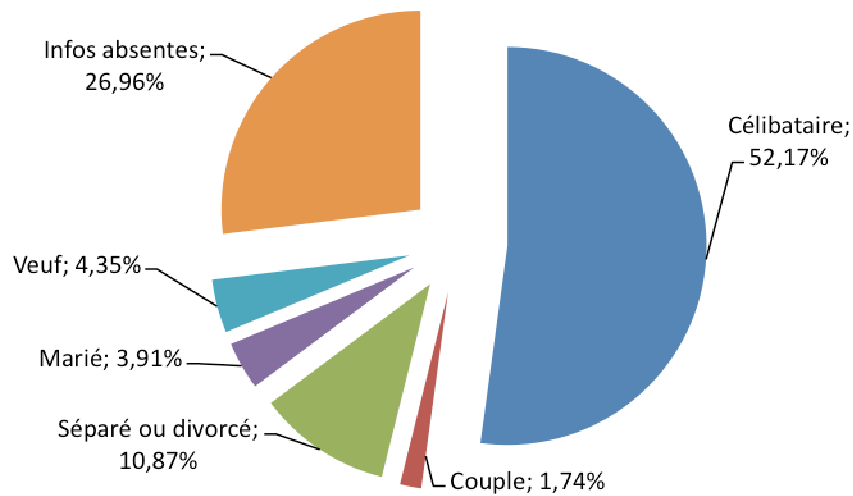
Comme c'est souvent le cas lorsqu'il s'agit de populations vulnérables, en difficulté ou caractérisées par des trajectoires de vie complexes, les informations concernant leur vie sociale sont difficiles à obtenir. Les dossiers font allusion à des situations particulières de vie des personnes intimées par des expressions qui qualifient d'une manière ou d'une autre les difficultés vécues au moment du dépôt de la requête, à savoir : «isolées socialement», «désinsérées», «relations conflictuelles avec tel ou tel membre de la famille», «dépend de ses parents», «seul à la suite du décès d'un proche», «peu ou pas de contact avec sa famille», «itinérant sans entourage», «itinérant avec entourage», «itinérant avec enfant», etc.). Très peu d'allusions existent par rapport à des amis, co-locataires, voisins ou personnes autres que les membres de la famille, ce qui fait de ces derniers le seul réseau social de la personne intimée, qui lui-même est souvent par ailleurs fragile, mis à l'épreuve ou en voie de dissolution.

Même si les données sont fragmentaires, imprécises ou ambiguës, les dossiers des personnes intimées nous permettent néanmoins de reconstruire de manière partielle et schématique leur situation familiale (état civil, enfants, etc.), de travail (emploi présent ou passé) et résidentielle (quartier, type de résidence, situation d'itinérance, etc.)

3.1 État civil des personnes

L'examen de l'état civil de la personne intimée peut être éclairant dans la mesure où cela peut donner certains indices sur les possibilités de la personne d'obtenir – ou non – une forme de soutien social proche, directe et rapide.

État civil	n	%
Célibataire	120	52,17
En couple	4	1,74
Séparé ou divorcé	25	10,87
Marié	9	3,91
Veuf	10	4,35
Infos absentes	62	26,96
Total	230	100,00



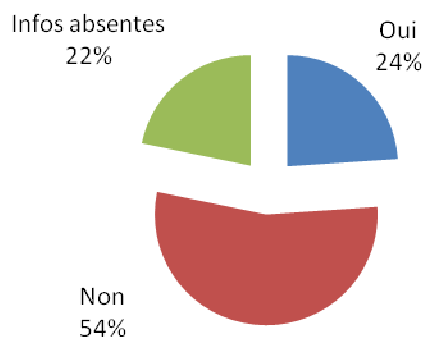
Même si l'information concernant l'état civil des personnes est manquante dans plus du quart des dossiers (26,96%), plus de la moitié des personnes touchées par une requête sont célibataires (52%). Viennent ensuite les personnes séparées ou divorcées (10,87%) suivi des personnes veuves (4,35%). Le nombre de personnes mariées n'est que de 8 (3,91%) alors que celles en couple est de 4 (1,74%).

Si l'on regroupe célibataires, veufs, séparés ou divorcés, on obtient presque 70 % de l'ensemble. Si l'on regroupe mariés et en couple, on obtient environ 6 % du total. Si l'on considère enfin les fortes probabilités que les personnes pour lesquelles nous ne disposons pas d'informations précises sur l'état civil n'aient pas de partenaire, on peut supposer qu'environ 90 % d'entre elles se trouvent dans une telle situation.

3.2 Les enfants

Tout comme les informations concernant l'état civil, la présence ou non d'enfants fournit quelques informations sur le réseau social des personnes intimées, notamment lorsqu'on a affaire à des catégories des personnes plus âgées qui peuvent être aidées par leurs enfants.

Enfants	n	%
Oui	55	24
Non ou non mentionné	125	54
Infos absentes	50	22
Total	230	100

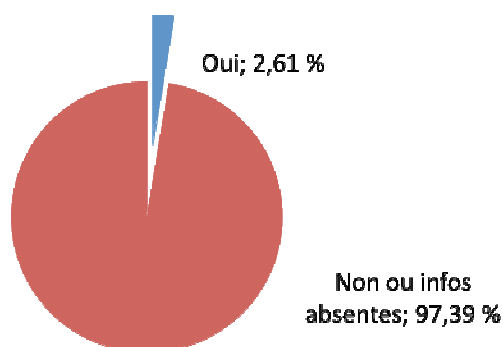


Seulement environ un quart (24%) des dossiers des personnes mentionnent explicitement un ou plusieurs enfants dans la vie des intimés. Plus de la moitié (54%) indiquent que les personnes n'en ont pas. Puisqu'on retrouve un grand nombre de requêtes pour lesquelles nous n'avons pas d'information à ce sujet (22%), il semble probable qu'il s'agisse soit des personnes sans enfant, soit des personnes qui n'ont plus de liens avec leurs enfants. On peut donc supposer qu'environ 74 % des personnes concernées dans l'ensemble des dossiers non pas d'enfant ou n'ont pas de contacts avec eux.

3.3 Situation de travail des personnes intimées

Si le réseau social des personnes intimées semble fragile et parfois inexistant, le rapport au travail l'est encore davantage.

Travail	n	%
Oui	6	2,61
Non	142	61,74
Absentes	82	35,65
Total	230	100,00



Seulement 2,6% des personnes intimées ont à coup sûr un travail au moment du dépôt de la requête. En ce qui a trait aux autres dossiers, trois situations sont

possibles. Plusieurs dossiers font état du fait que la personne est prestataire d'une aide gouvernementale quelconque. D'autres dossiers soulignent clairement que la personne n'a pas d'emploi. Dans les autres cas, on ne mentionne rien par rapport à sa situation du travail, mais il est fort plausible de supposer que dans ces cas de figure la personne n'a effectivement pas de travail puisque la plupart des établissements affichent des informations concernant la situation d'emploi lorsqu'il semble effectivement y en avoir un.

Ces données concernent la situation en emploi au moment du dépôt de la requête ou encore dans un passé proche. Toutefois, certains dossiers font mention des emplois passés des personnes, ce qui permet de penser à l'existence de situations difficiles, d'évènements, de processus ayant interrompu des trajectoires de vie jusque-là marquées par des professions, emplois et métiers variés : agent de sécurité, avocat, charpentier, ferrailleur, comptable, confectionneur de vêtements, danseuse, entrepreneur, fonctionnaire, infirmière, infographe, travailleur dans le secteur de l'informatique, ingénieur, journalier, journaliste, militaire, psychologue, restaurateur et étudiant, sont parmi ceux mentionnés dans les dossiers.

3.4 Lieux de résidence

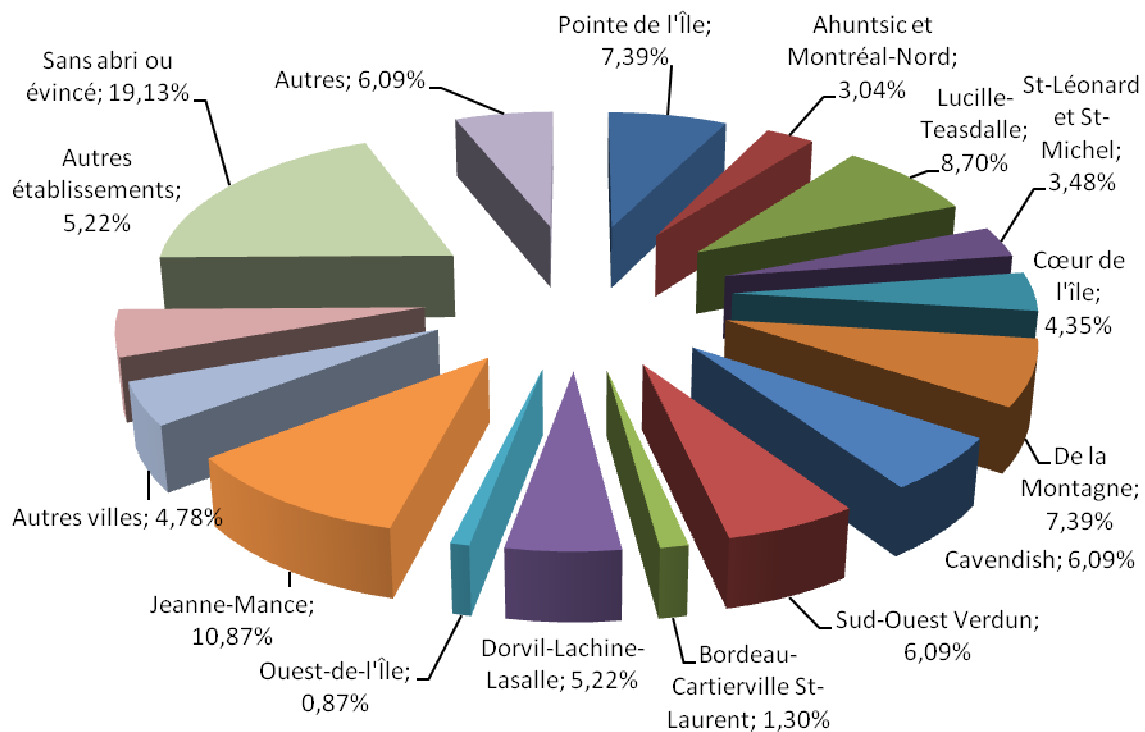
Afin de déterminer le lieu de résidence des personnes pour lesquelles une demande d'autorisation judiciaire de soins a été déposée, nous avons pris en considération le code postal afin de les situer dans les territoires des CLSC et des CSSS d'appartenance.

Lieux de résidence par territoire de CSSS et de CLSC

Territoires	n	%
CSSS Pointe de l'île	17	7,39
CLSC Pointe aux trembles - Montréal Est	5	2,17
CLSC Rivière des Prairies	5	2,17
CLSC de Mercier est Anjou	7	3,04
CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	7	3,04
CLSC de Montréal-Nord	3	1,30
CLSC d'Ahuntsic	3	1,30
Hospitalisé Ahuntsic	1	0,43
CSSS Lucille-Teasdalle	20	8,70
CLSC Olivier-Guimond	6	2,61
CLSC de Hochelaga Maisonneuve	8	3,48
CLSC de Rosemont	5	2,17
Hospitalisé à Maisonneuve-Rosemont	1	0,43

CSSS St-Léonard et St-Michel	8	3,48
CLSC de St-Léonard	4	1,74
CLSC ST-Michel	4	1,74
CSSS Cœur-de-l'île	10	4,35
CLSC de Villeray	6	2,61
CLSC de la Petite-Patrie	4	1,74
CSSS de la Montagne	17	7,39
CLSC de Côte-des-neiges	9	3,91
CLSC Métro	3	1,30
CLSC de Parc-Extension	5	2,17
CSSS Cavendish	14	6,09
CLSC René-Cassin	5	2,17
CLSC Notre-Dame de Grace Montréal-Ouest	9	3,91
CSSS du Sud-Ouest Verdun	14	6,09
CLSC Ville-Émard Côte St-Paul	3	1,30
CLSC Verdun	8	3,48
Clinique Pointe-St-Charles	3	1,30
CSSS Bordeaux-Cartierville St-Laurent	3	1,30
CLSC de Bordeaux-Cartierville	1	0,43
CLSC de Saint-Laurent	1	0,43
CLSC du Ruisseau Papineau	1	0,43
CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle	12	5,22
CLSC de Lasalle	7	3,04
CLSC Dorval-Lachine	4	1,74
Hospitalisé à Douglas	1	0,43
CSSS de l'Ouest-de-l'Île	2	0,87
CLSC de Pierrefonds	2	0,87
CSSS Jeanne-Mance	25	10,87
CLSC des Faubourgs	15	6,52
CLSC du Plateau Mont-Royal	5	2,17
CLSC St-Louis du Parc	4	1,74
Hospitalisé CHUM	1	0,43
Autres villes	11	4,78
CSSS de Laval - CLSC du Marigot	1	0,43
CSSS de Lanaudière - CLSC de Chertsey	1	0,43
CLSC de Beloeil	2	0,87
CLSC Simonne-Monet-Chartrand	1	0,43
Extérieur de Montréal	6	2,61
Autres types d'établissement	12	5,22
Appartement supervisé (sans adresse mentionnée)	2	0,87
Institut Pinel	10	4,35
Sans abri ou évincé	44	19,13
Autres	14	6,09

Infos absentes	11	4,78
Rayé	1	0,43
Désistement	2	0,87
Total	230	100,00



Les liens entre la défavorisation matérielle et sociale et le nombre de demandes d'autorisations judiciaires de soins semblent se vérifier sur le territoire montréalais. En effet, le territoire du CSSS de l'Ouest-de-l'Île où réside la majeure partie de la population de Montréal favorisée simultanément sur les plans matériel et social enregistre le taux de demandes le moins élevé, c'est-à-dire 0,87% du total. En revanche, les territoires des CSSS Jeanne-Mance (10,87%) et de Lucille-Teasdalle (8,70%), qui enregistrent les indices de défavorisation sociale les plus importantes de Montréal (51% et 37% respectivement, selon les ASSSM 2005 et DSPM 2008) concentrent les proportions de personnes intimées les plus importantes par rapports aux autres territoires de la ville de Montréal.

Au sein du CSSS Jeanne-Mance, c'est au CLSC des Faubourgs (15 requêtes sur les 24) qu'on retrouve le plus de personnes touchées par des demandes d'autorisation judiciaires de soins. Quant au CSSS Lucille-Teasdalle, c'est au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve (8 requêtes sur 20) que le nombre est le plus élevé. Dans les territoires de ces deux CLSC, la défavorisation sociale et matérielle combinées sont des plus élevés de Montréal (ASSSM 2005 et DSPM 2008).

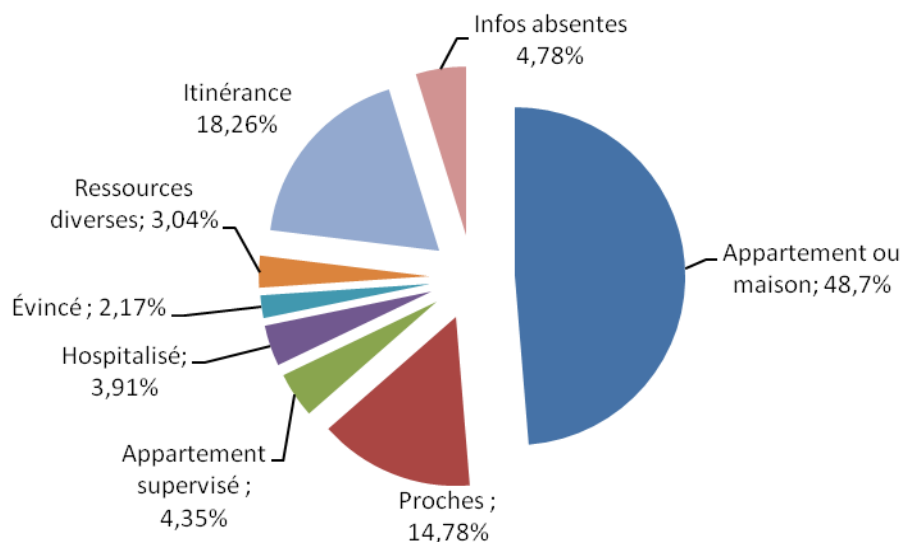
Le chiffre global de presque 20 % des personnes intimées vivant en situation d'itinérance ou étant évincé de leur logement au moment du dépôt de la demande complète l'impression de démunition matérielle et sociale d'une bonne partie des personnes touchées par les demandes d'autorisation de soins.

3.5 Situation résidentielle

Le type de logement occupé par les personnes considérées dans cette étude est précaire dans environ la moitié des cas. On peut identifier 7 grandes catégories de situation résidentielle, à savoir : a) logement seul, b) habite avec des proches, c) ressource en santé mentale, d) hôpital, e) refuges ou ressources spécialisées autres qu'en santé mentale, f) éviction et itinérance.

Type de résidence occupée par les personnes intimées

	n	%
Appartement ou maison	112	48,70
Itinérant	42	18,26
Habite avec famille, parents, amis	34	14,78
Appartement supervisé ou ressource en santé mentale	10	4,35
Hospitalisé depuis un certain temps	9	3,91
Ressources pour itinérants, femmes violentées, famille d'accueil et centre jeunesse	7	3,04
Évincé ou en voie d'éviction	5	2,17
Infos absentes	11	4,78
Total	230	100,00



Avant leur hospitalisation ou leur contact avec l'établissement hospitalier, 48,7% des personnes intimées résidaient en appartement ou étaient propriétaires d'une maison. Si ces dernières semblent habiter seules, 14,78% d'entre elles habitaient chez un proche (membre de la famille, parents ou amis). Environ 10% des personnes sont soit en appartement supervisé (4,35%) soit hospitalisées depuis longtemps (3,91%) et, dans ce dernier cas, l'adresse inscrite au dossier est celle de l'hôpital. Un nombre important de personnes (18,26%) sont inscrites dans les dossiers comme étant sans abri ou en situation d'itinérance. On retrouve également un certain nombre de personnes (2,17%) qui ont été évincées de leur appartement dernièrement ou sont en voie de l'être. Enfin, 3,04% d'entre elles fréquentent une ressource ou hébergement d'urgence ou transitoire tel un refuge, un centre pour femmes violentées, etc.

C'est donc près du quart des personnes intimées qui sont dans une situation soit d'itinérance soit d'absence de tout type de logement disponible au moment du dépôt de la requête. À la lecture de l'ensemble des dossiers, les personnes décrites ne semblent pas disposer d'un réseau social significatif. De ce fait, le maintien du logement occupé avant l'hospitalisation et pendant le traitement de la personne (la plupart des fois entre 2 et 3 ans, tel que vu dans le chapitre 1, ainsi que l'entreposage ou l'éventuelle perte des possessions des personnes, demeurent un enjeu majeur.

Faits saillants :

- Au moins 70 % des personnes sont célibataires, séparées, divorcées ou veuves et ce chiffre pourrait vraisemblablement grimper à 90 %.
- Seulement un quart des personnes semblent avoir des enfants et/ou être en contact avec eux.
- Moins de 3 % des personnes occupent un emploi.
- Des références à des emplois passés semblent néanmoins montrer qu'on est en présence dans certains cas de trajectoires de vie interrompues par des évènements traumatisants.
- Une forte concentration des personnes intimées habite dans des territoires caractérisés par une forte défavorisation sociale et matérielle.
- La moitié des personnes habitent un logement individuel et 15 % vivent avec un proche.
- Près du quart des personnes sont en situation d'itinérance ou n'ont pas de logement.
- Compte tenu de la fragilité du réseau social et des durées plutôt longues des AJS (2 à 3 ans), le maintien du logement et des possessions des personnes intimées est un enjeu majeur.

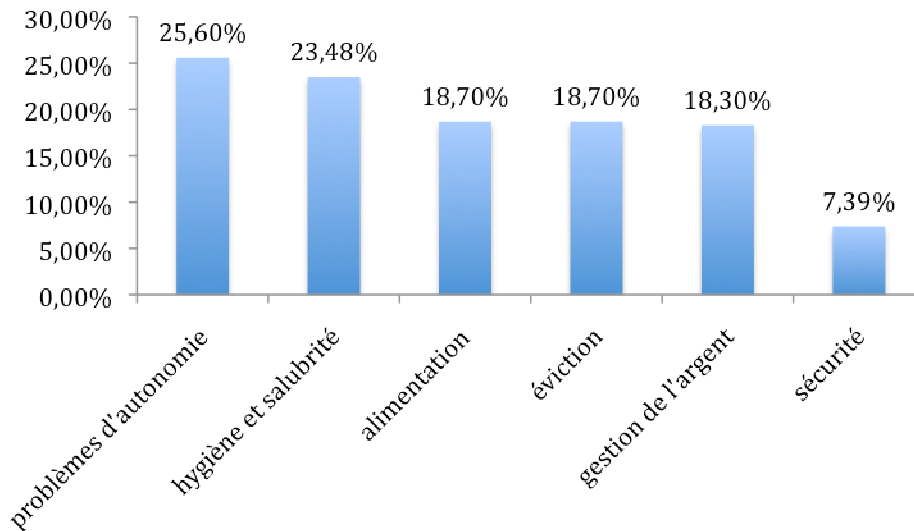
Chapitre 4 :

Les difficultés dans la vie des personnes

Les difficultés dans la vie de la personne qui sont en lien avec le processus de demande d'une AJS sont des informations plus difficiles à identifier puisqu'elles ne sont généralement pas classées sous une rubrique précise mais dispersées dans l'ensemble de chaque dossier. On peut trouver des indices de difficultés dans plusieurs des sections des dossiers selon les établissements (identification de la personne, histoire récente, description de certains symptômes, etc.) puisqu'elles chevauchent les domaines de la pathologie mentale, de la vulnérabilité sociale et des conjonctures ou contextes de vie particuliers. Comme la plupart des personnes concernées ont déjà reçu des diagnostics ou ont été hospitalisées dans le passé, ces aspects médicaux ou techniques semblent très souvent suffisants, dans bien des cas, aux yeux des requérants tant pour appuyer leur demande que pour expliquer les difficultés dans la vie des personnes.

Toutefois, dans l'ensemble des dossiers, on peut identifier six grandes difficultés qui entravent de manière récurrente et massive la vie des personnes concernées, à savoir : le manque ou la perte d'autonomie, les questions liées à l'hygiène et à la salubrité, l'instabilité résidentielle, les problèmes d'alimentation, la difficulté à gérer de l'argent et, enfin, les problèmes de sécurité personnelle.

Il est difficile de quantifier le poids de ces difficultés dans la vie des personnes, mais, tel qu'on l'a vu dans les chapitres précédents, une grande vulnérabilité sociale semble marquer largement leurs vies et en constituer la toile de fond commune. De ce fait, on peut présumer que ces six difficultés mentionnées constituent des expériences non seulement répandues mais également fortement imbriquées avec les situations de grande vulnérabilité sociale et les problèmes de santé mentale graves. De la lecture de l'ensemble des dossiers, on peut quantifier minimalement les mentions à ces six difficultés, mais sans perdre de vue qu'il s'agit d'une estimation qui n'est pas exhaustive et qui doit être prise avec beaucoup de prudence.



4.1 Problèmes d'autonomie

Bien que l'autonomie soit l'une des valeurs les plus prisées dans les sociétés contemporaines, il ne s'agit pas ici d'un idéal à atteindre lié à la performance sociale mais plutôt de l'impossibilité d'accomplir sans assistance des tâches élémentaires de la vie quotidienne. Dans certains cas, il s'agit de personnes sous la curatelle publique dont l'état de manque d'autonomie s'appuie sur des rapports d'évaluations médicales et psychosociales concluant à l'inaptitude totale et permanente de la partie défenderesse à prendre soin d'elle-même et à administrer ses biens. Toutefois, plus fréquemment, la perte d'autonomie est associée à des problèmes particuliers qui entravent d'une manière ou d'une autre le fait d'assurer soi-même et à plusieurs degrés son bien-être et sa sécurité, à savoir : déficits cognitifs, désorganisation de la pensée, problèmes de dépendance, maladies, etc.

Ainsi, certaines maladies ou certains handicaps sont parfois explicitement évoqués pour illustrer les risques que la personne court dans sa vie quotidienne ou dans la gestion de sa médication psychiatrique ou autre.

- Il est affecté d'une paralysie cérébrale et il a besoin d'assistance pour l'accomplissement de ses activités quotidiennes et il doit être placé dans une résidence qui peut répondre à ses besoins.
- La déficience intellectuelle légère et la surdité partielle augmentent sa vulnérabilité et incapacité à gérer adéquatement le traitement de sa condition psychiatrique.
- L'évaluation ergothérapique montre des incapacités liées aux comportements ayant des impacts significatifs au niveau de la réalisation de ses activités quotidiennes, de la gestion de son quotidien et de sa santé.

- Madame a passé des tests d'ergothérapie qui ont révélé qu'elle a besoin d'assistance pour effectuer les activités de la vie quotidienne, elle doit être aidée pour son hygiène personnelle et pour s'habiller, elle a de la difficulté à ouvrir un contenant.
- Incapacité à gérer son état de santé.

De manière moins fréquente, certaines situations de perte d'autonomie sont liées à certaines dépendances telles que l'alcoolisme ou à ses effets.

- Lorsqu'il n'est pas sobre, l'autonomie au quotidien du défendeur est suffisamment limitée pour compromettre sa sécurité hors du cadre institutionnel que pourrait lui offrir une ressource supervisée.
- De plus, sa condition physique précaire (cirrhose alcoolique) contribue fortement à cette perte d'autonomie et à son incapacité de prendre soin de sa personne de façon adéquate.

On retrouve également des situations de perte d'autonomie liée à des états de désorganisation importante au niveau de la pensée.

- Incapable de vivre seul parce qu'il a de la difficulté à planifier et à résoudre des problèmes; il est aussi trop préoccupé par les détails, ce qui le rend incapable de compléter une tâche à temps.
- Sa pensée est désorganisée ce qui l'empêche de gérer ses affaires et de prendre soin de sa santé physique et mentale.
- La désorganisation que présente la défenderesse la place à risque de ne pouvoir subvenir à ses besoins de base et à assurer sa propre sécurité.
- Pensée désorganisée l'empêchant de gérer ses affaires ou d'obtenir le résultat voulu dans ses démarches.

Tel que ces extraits le montrent, l'enjeu principal pour la vie de la personne dans ces cas de figure semble être le déplacement du logement habité vers des ressources plus structurées. Parfois, l'enjeu demeure l'impossibilité de retourner à domicile pour recevoir des soins.

- En raison de sa perception erronée de ses capacités, la défenderesse se croit capable de retourner vivre à domicile de façon autonome malgré les nombreux exemples rapportés (feu). Malgré de multiples et répétées tentatives de la part du CLSC pour maximiser son autonomie et la soutenir à domicile, la défenderesse n'a offert qu'une collaboration mitigée et n'a pas accueilli régulièrement et favorablement cette aide à domicile offerte.
- La défenderesse présente des pertes d'autonomie irréversibles et qui ont atteint une ampleur telle qu'un retour à domicile semble complètement écarté. En effet, madame aura besoin d'un encadrement 24 heures sur 24 car nous croyons qu'elle ne saurait pas quoi faire pour demander de l'aide en cas d'urgence. Il est important de s'assurer qu'elle reçoive les services dont elle a besoin dans un environnement sécuritaire et protecteur.
- Le retour à domicile du défendeur est impossible compte tenu des déficits cognitifs qu'il présente, du danger qu'il représente alors pour lui-même.

- Il devra suivre un programme intensif de réinsertion sociale et demeurer dans une ressource stable avec une prise de médication régulière.

Toutefois, dans certains cas, ce n'est pas facile de trouver une ressource adéquate pour la personne et même lorsque la personne se trouve dans une ressource spécialisée ou offrant un encadrement étroit, les problèmes peuvent ne pas se résorber. Ce qui témoigne non seulement de la gravité, mais aussi de la complexité des problèmes vécus par les personnes interpellées.

- Il est incapable de vivre de façon autonome dans la communauté à cause de ses troubles de comportement, l'équipe traitante a beaucoup de difficulté à lui trouver une place convenable.
- À chacune de ses ressources, le défendeur présentait une difficulté d'adaptation telle qu'il quittait invariablement la ressource et se retrouvait alors à la rue ou en centre hospitalier, étant incapable de subvenir à ses besoins de base.
- Le défendeur ne peut fréquenter les divers refuges où il est systématiquement refusé en raison de son incontinence fécale.

4.2 Difficultés dans la gestion de l'argent

La difficulté à gérer de l'argent peut être l'une des facettes de la perte d'autonomie, mais elle témoigne d'une situation globale moins détériorée au moins au niveau de la mobilité et de l'accomplissement d'un certain nombre d'activités quotidiennes qui semblent encore non problématiques. Tel que mentionné précédemment, certaines personnes sont sous la curatelle publique, ce qui semble impliquer déjà une gestion par un tiers des revenus, allocations ou ressources de la personne. On retrouve des mentions explicites à la difficulté de gestion de l'argent environ dans 20 % des requêtes. Voici quelques exemples de ces mentions :

- Il est incapable de s'occuper de son budget.
- Incapacité à gérer adéquatement son chèque de sécurité du revenu.
- She was no longer paying her bills form Videotron and Bell.
- Dépense de façon compulsive et a cessé de payer son loyer ainsi que les autres factures.
- Retrait d'une importante somme d'argent de son compte de banque laissant croire qu'elle voulait aller en Roumanie pour y faire une carrière de mannequin.

Le risque des abus, voire de l'exploitation financière, de certaines de ces personnes est évoqué à plusieurs reprises.

- Incapable d'administrer ses biens et risque d'abus financier du défendeur.
- Se fait exploiter financièrement par un homme.
- Possibly being threatened by her brother for money.

- The respondent was carrying a large amount of money with her (13 920) and was not able to provide a consistent explanation about the reason for carrying this amount of cash.
- Le défendeur a besoin d'encadrement pour éviter les abus et avoir assez d'argent pour alimentation.
- Allègue s'être fait voler de l'argent.

Enfin, pour des raisons qui ne sont pas explicites dans les dossiers, on mentionne la réticence de certaines personnes à entamer les démarches qui pourraient leur procurer un revenu.

- Le défendeur refuse également toute aide offerte quant aux démarches à entreprendre afin d'obtenir la sécurité du revenu..
- En 2007, il accepte avec de grandes réticences que des démarches soient entreprises pour lui obtenir l'aide sociale.

4.3 Salubrité de l'habitat et hygiène du corps

Les questions de salubrité et d'hygiène évoquées dans les requêtes touchent principalement à l'hygiène corporelle et à l'état du logement qui sont susceptibles de mettre en danger la santé et la sécurité des personnes. Les descriptions sont souvent brèves, mais elles lient à plusieurs niveaux le soin de l'habitat et celui du corps des personnes. Pour cette raison, nous les avons regroupées dans la même catégorie qui touche de manière claire et explicite environ le quart des requêtes.

Les dossiers décrivent des situations différentes, mais la plupart des fois, il s'agit de situations installées depuis un certain temps et dont la gravité semble établie. Dans certains cas extrêmes, les descriptions font référence à des cas d'évacuation par la police et des inspecteurs de la ville pour cause d'insalubrité du logement. Dans d'autres situations, l'insalubrité est l'une des raisons évoquées pour évincer la personne suite à des plaintes de voisins ou au constat des propriétaires eux-mêmes. Souvent, c'est l'incapacité de la personne à assumer la gestion de son milieu de vie qui est soulignée ainsi que les risques pour sa santé et, parfois, celle des autres. Il est évident que, dans la plupart des cas, à court ou à moines terme, l'enjeu de la perte du logement devient crucial pour les personnes concernées. Voici quelques exemples :

- Son appartement était devenu insalubre et son propriétaire lui a demandé de quitter.
- Elle aurait été évincée de son logement pour cause d'insalubrité, elle a récemment perdu sa place dans la résidence où elle habitait.
- Elle est incapable de prendre soin de son appartement, il est actuellement insalubre et infesté de punaises
- Mme demeurait seule dans un appartement et gardait une douzaine de chats; l'appartement était devenu insalubre et de plus, trois chatons qu'elle aimait particulièrement étaient morts mais elle conservait leurs corps dans son congélateur pour pouvoir les flatter quand elle le

voulait. Suite à une plainte et à une visite d'un inspecteur de Anima-Québec, ce dernier a procédé à la saisie des animaux et Mme a perdu son appartement.

- Difficulté de s'occuper de son appartement à un point selon les dires de son entourage immédiat, que son appartement était dans un état de délabrement important avant son hospitalisation.
- Appartement dans une condition d'insalubrité avancée
- Appartement dans un état d'insalubrité totale
- Appartement insalubre selon les policiers et le propriétaire
- His apartment was a mess, she didn't take care of herself.
- Délabrement et décombement du duplex dont elle est propriétaire
- La chambre est dans un état épouvantable, pleine de boîtes récupérées du casier où il entreposait ses effets.

La négligence envers les soins corporels est décrite de plusieurs façons et montrent plusieurs degrés de gravité, mais toujours reliée à une incapacité ou au refus de la personne à les assumer. Souvent, les descriptions sont brèves et générales, à savoir :

- hygiène corporelle négligée
- diminution de l'hygiène
- refuse de faire ses soins d'hygiène en dehors de l'hôpital seulement
- hygiène pauvre
- le défendeur se néglige
- hygiène personnelle laisse légèrement à désirer
- négligence de sa personne
- hygiene was strictly inadequate.

On retrouve toutefois un nombre limité de requêtes où la négligence de l'hygiène corporelle est contextualisée et la gravité est appuyée par des descriptions plus précises:

- Hygiène manifestement déficiente et de plaies à la face interne de ses cuisses et au niveau du siège.
- Retrouvé souillé par son urine dans le métro
- Decline in his capacity to care of his hygiene and was urinating and defecating in inappropriate places.
- Pieds nus, très sale.
- Fait la grève en arrêtant de se laver.
- Cheveux ébouriffés.
- La défenderesse était d'une saleté repoussante, refusant depuis plusieurs mois de se laver le corps et les cheveux.

- Se présente aux entrevues avec une hygiène négligée et ses cheveux sont toujours ébouriffés.
- État précaire et d'hygiène lamentable, portant et transportant avec lui dans un sac des vêtements souillés.
- Son hygiène est très négligée et il a des poux de tête.
- Il est évident qu'il est incapable de prendre soin de son hygiène personnelle, il est infesté de parasites, il présente de sérieux problèmes d'infections dentaires, des plaies ouvertes sur les pieds et souffre de malnutrition.

4.4 Éviction et risque d'éviction.

Les problèmes graves liés au logement regroupent principalement l'éviction, l'incapacité de se trouver de l'hébergement ainsi que les difficultés à payer le loyer. Si on exclut les situations d'itinérance qui ne sont pas très détaillées dans les requêtes, mais seulement mentionnées, on retrouve des indices de problèmes fort sérieux liés au logement dans un peu moins d'une requête sur 5. Si on tient compte des cas d'itinérance, on peut affirmer qu'au moins dans 40 % des dossiers la question de la précarité du logement des personnes concernées par les demandes d'autorisation judiciaire de soins est cruciale. Les évictions peuvent s'expliquer clairement par des raisons financières.

- Il ne payait plus son loyer depuis quelques mois, puisqu'il ne payait plus son loyer, le bail de la défenderesse fut résilié et la Régie du logement ordonna l'expulsion.
- Évincée de son appartement pour non-paiement et l'abondance de comptes en souffrance.
- A dû quitter son appartement pour des raisons financières.

Toutefois, les situations conflictuelles sont très présentes dans les processus qui mènent à une éviction, notamment les plaintes de voisins et de propriétaires.

- Évincée suite à des plaintes de voisins
- Litiges nombreux avec les locataires
- Le propriétaire menace de mettre fin au bail car voisins terrifiés par les hurlements
- A la conviction qu'il est harcelé par ses voisins d'où en résultent toutes sortes de manœuvres pour tenter que cesse ce harcèlement au détriment du voisinage. Durant cette période, le défendeur indique qu'il va perdre les pédales et probablement commettre un meurtre. À ce moment-là, il dérange quotidiennement les occupants de l'immeuble et les policiers se présentent au domicile de monsieur à plusieurs reprises.
- Il démontra encore beaucoup d'attitudes vindicatives et tint des discours hostiles à l'endroit des locataires avec lesquels il avait entretenu des conflits.
- Après quelques semaines, son propriétaire rapporte qu'il a reçu des plaintes contre lui car il faisait du bruit, criait et brisait des choses. Son appartement était devenu insalubre et son propriétaire lui a demandé de quitter.
- En conflit avec le propriétaire de l'immeuble où elle habite, qui aurait entrepris contre elle des procédures d'éviction.

- Has currently no place to live; the band council evicted him from his house, the people in the village are scared of his disorganised behaviour especially as it relates to recent sexual abusive touching.
- Since December 2008, he has 4 different apartments, having been evicted from every one because of his behavioral problems.
- Présente une instabilité au niveau de son lieu de résidence, laquelle est attribuable à ses difficultés comportementales.
- Elle avait causé des dommages à son appartement.
- Le propriétaire du défendeur refuse désormais de lui louer son appartement en raison des dommages importants qui y ont été causés.
- Was smoking a pack of cigarettes per day in the apartment; he would leave burning cigarettes on the floor or on the furniture, causing wood burns. He flicked his ashes everywhere without being careful; there was a danger of fire.

Ces conflits parfois se répètent dans des ressources d'hébergement diverses, ce qui conduit à plus ou moins court terme à des situations d'itinérance.

- Il est allé vivre à la Maison Nazareth pendant une période de 2 mois, il a aussi été évincé de cet endroit parce qu'il ne suivait pas les règles de la maison.
- Il a vécu au Rivage, une ressource de l'Armée du salut; il y est resté 5 mois avant d'être encore évincé toujours parce qu'il ne suivait pas les règles de cet hébergement et il a commencé à être menaçant envers les autres résidents.
- Son intervenant et le Centre St-James lui ont trouvé un appartement à Montréal; les arrangements ont été faits pour qu'il reçoive sa médication au Centre St-James. Cependant, le premier jour où il devait occuper cet appartement, le propriétaire lui a refusé l'accès parce qu'il était dans un état d'intoxication avancée.
- En juillet 2008, il décide de quitter le Centre Préfontaine, il veut trouver lui-même un appartement au centre-ville; il refuse de donner des informations à ce sujet et, dans les faits, il n'avait pas d'appartement.
- Demeure chez les Sœurs qui veulent l'expulser en raison de sa désorganisation comportementale.

4.5 Alimentation déficiente

Les difficultés à se nourrir convenablement sont soulevées à plusieurs reprises dans les dossiers. Ces difficultés peuvent être liées à plusieurs causes qui souvent se chevauchent à plusieurs degrés, à savoir : une extrême pauvreté, un délire précis, une pathologie précise, les effets secondaires de la médication, le refus de manger, etc. Lorsque la pauvreté extrême semble prendre le dessus, on retrouve les descriptions suivantes :

- Poor and limited to predominantly peanut butter and bread
- Mange dans les poubelles.
- Il n'aurait rien eu à manger dans le réfrigérateur, se serait peu alimenté dans la dernière semaine.
- À son arrivée à l'urgence, le défendeur présentait un état de déshydratation et de malnutrition important.

Dans certains cas, un délire précis, une crainte pathologique semble expliquer le rapport problématique à l'alimentation ou à la nourriture

- She had rapid weight loss, in a 3 month period she refused to eat, claiming her body was full of eggs; she was afraid to swallow because she would choke and would avoid eating"
- Ne mange pas à cause d'un délire de persécution
- Mange de la nourriture emballée, par crainte que la nourriture non emballée soit empoisonnée.
- Paranoid delusions about food and water and she subsequently decreased her nutrition» malnutrition and dehydration.
- Refus de manger par crainte d'empoisonnement ou de nourriture insalubre

Les effets secondaires de la médication psychiatrique sont parfois évoqués dans les dossiers.

- Très amaigri et déshydraté dans le contexte où il s'était imposé dans les semaines précédentes une diète drastique aux fins de revenir au poids qu'il avait avant l'introduction de la pharmacothérapie qui lui est prescrite pour son état mental.
- The Respondent acknowledges that he eats very little usually eating only a small breakfast per day. He blames this on a lack of appetite secondary to the medications, though this is not likely a side effect; more commonly his medications would increase appetite and weight.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un refus explicite à se nourrir ou à le faire dans certaines conditions.

- Refuse de manger
- Ne s'alimente plus
- À refusé par moments de prendre ses repas

- Refus de s'hydrater.
- Il s'alimente de moins en moins et depuis 24 heures, il refuse la totalité des repas ainsi que de s'hydrater ce qui le met à risque de déshydratation et de dénutrition graves.
- Hunger strike.
- Elle ne s'alimente à peine, ne mangeant que la nourriture apportée par sa famille.
- He refuses to eat and instead asks for money to only buy coffee and smoke cigarettes.

4.6 Sécurité physique

Les problèmes liés à la difficulté de maintenir une sécurité physique sont soulevés de façon explicite dans les dossiers. Certaines situations découlent d'une perte d'autonomie et d'une vulnérabilité sociale graves qui amènent certaines personnes à être incapables de «réaction face à de potentielles situations d'urgence», à «des comportements jugés non sécuritaires» ou «la nécessité de supervision constante».

Certaines situations d'insécurité et d'abus décrites sont toutefois directement reliées à la situation d'itinérance, à des milieux marginaux violents et à des rapports de violence de genre.

- Le mode de vie d'itinérance du défendeur le place à risque notamment d'abus financier et d'atteinte à son intégrité physique.
- Se déplace difficilement et un maintien en mode de vie itinérant pourrait lui être fatal notamment en hiver.
- A vécu de la violence conjugale, subi des abus (physiques, psychologiques et financiers) de son père chez qui elle habite pour des raisons financières.
- Besoin d'un environnement supervisé pour lui éviter toute forme d'exploitation et d'abus.
- Victim of physical and verbal abuse by her husband.
- Soupçon de violence physique et d'abus dans un contexte de prostitution.
- L'équipe traitante est inquiète pour la sécurité de madame.

Faits saillants

- La perte d'autonomie, modérée ou grave, semble une difficulté majeure des personnes concernées par les AJS qu'elle soit due à des déficits ou à des désorganisations cognitives, à des pathologies précises ou au contexte social.
- La difficulté à gérer de l'argent et les risques d'abus sont présents et d'autant plus graves que les personnes concernées ne semblent pas disposer de revenus significatifs.
- Les problèmes d'insalubrité du milieu de vie et la négligence des soins physiques des personnes sont souvent évoqués dans les dossiers.
- L'insécurité résidentielle est très répandue et découle de sources à la fois diverses et imbriquées : grande pauvreté, conflits avec voisins et propriétaires, rareté des ressources adaptées, pathologies graves, etc.
- Les problèmes d'alimentation sont également présents et répondent à des logiques complexes où pauvreté extrême, problèmes de santé mentale, différentes formes de refus s'imbriquent à plusieurs degrés.
- Les risques pour la sécurité physique de la personne soit découlent indirectement des problèmes précédemment cités, soit ils sont évoqués de manière concrète dans les dossiers (maltraitances, abus, violences, démunition grave, etc.)
- Dans tous les problèmes évoqués précédemment, l'enjeu de la perte du logement, la possibilité du déplacement de la personne vers des ressources spécialisées ainsi que le risque concret de se retrouver en situation d'itinérance, semblent se poser comme corollaire des graves difficultés vécues par la personne.

Chapitre 5 :

Les comportements socialement problématiques

Une partie de comportements socialement problématiques sont définis bien entendu de manière spécifique par la législation pénale. À ce titre, dans la très grande majorité des dossiers (80%), il n'y a pas de trace de l'existence soit d'un casier judiciaire soit de démêlés avec la justice. Seulement 20 % des dossiers font mention de démêlés avec la justice chez les personnes concernées par les AJS.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de problèmes de santé mentale, il existe une législation spécifique, la loi P-38, qui a été développée dans le processus de déjudiciarisation qui s'amorce au Québec au cours des années 1990 tel que mentionné dans l'introduction. La loi P-38 (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui*), n'entraîne ni l'obligation de soins, ni celle de se soumettre à des examens psychiatriques autres que les deux déterminés nécessaires par la loi. L'objet des examens est d'évaluer la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. La dangerosité est ainsi le seul motif qui devrait être invoqué pour recourir à cette loi. Si la notion de danger n'est pas définie dans la loi, c'est son usage pratique très large qui la définit par défaut en circonscrivant un univers de cas de figure où la conflictualité sociale et les problèmes de santé mentale s'imbriquent à plusieurs degrés et niveaux. Le danger envers les autres correspond ainsi, dans l'application concrète de la loi, aux comportements violents, agressifs, conflictuels et dérangeants vis-à-vis des membres de la famille, des proches et des étrangers. Le danger envers soi-même correspond, toujours dans l'usage tangible que l'on fait de cette loi concrète, à l'exercice de la violence ou la négligence grave envers soi-même, dont les comportements suicidaires sont la figure extrême (Otero, 2011).

Dans le cas de l'ensemble des dossiers des AJS, dans près de 60 % des cas on a eu recours à la loi P-38 au moins une fois.

Recours à la loi P.38 avant la demande d'AJS	n	%
Oui	134	58,26
Non	85	36,96
Absentes	11	4,78
Total	230	100,00

Toutefois, on l'a dit, la mobilisation de cette loi n'implique pas nécessairement qu'on est en présence d'un trouble mental tel que défini par la psychiatrie et ses usages dépassent souvent la notion de danger pour la personne ou un tiers. Les frontières entre les problèmes de santé mentale, les difficultés de la vie de la personne et les problèmes sociaux ont été et sont souvent difficiles à établir avec précision et un même comportement problématique peut être défini à la fois ou alternativement selon le contexte ou la grille d'analyse comme relevant de la psychiatrie (pathologie), du social (structural) ou du relationnel (situationnel, moral, etc.)

Ainsi, plusieurs difficultés dans la vie de la personne, telles que décrites dans le chapitre 4, constituent sans aucun doute des comportements socialement problématiques si on les regarde à travers la grille normative des codifications objectives des lois et règlements, ou encore des signes ou symptômes d'une pathologie si on les considère à partir d'une grille d'analyse psychopathologique. Tout en acceptant que la définition du statut des comportements conflictuels (sociaux, psychologiques, relationnels) est un débat entre disciplines (psychiatrie, sociologie, psychologie, travail sociale, criminologie, etc.), on peut assumer que certains comportements problématiques semblent correspondre moins à la dimension du «mental pathologique» psychiatrique qu'à celle du «social problématique» ou du «vécu contextuel».

À titre d'exemple, on pourrait dire schématiquement qu'un délire mystique relève davantage de l'univers du mental pathologique alors que l'itinérance relève davantage du manque structurel de ressources⁵, même si les conséquences sociales d'une psychose mystique et les conséquences psychologiques de l'itinérance sont à la fois lourdes et évidentes. Toutefois, où situer alors les dépendances ou certaines transgressions sociales, morales ou comportementales dont les explications sociologiques, psychologiques et médicales se contredisent, se chevauchent ou se complètent selon le cas de figure ? Comment caractériser également les tentatives de suicide auxquelles certaines personnes aboutissent suite à des expériences dramatiques de l'existence et sans qu'il y ait de trouble mental évident ? N'est-il pas évident que la détresse psychologique peut découler de conditions de vie difficiles (perte d'emploi, d'un proche, pauvreté, etc.) tandis que certains problèmes psychologiques peuvent entraîner des conséquences sociales graves (dépression qui

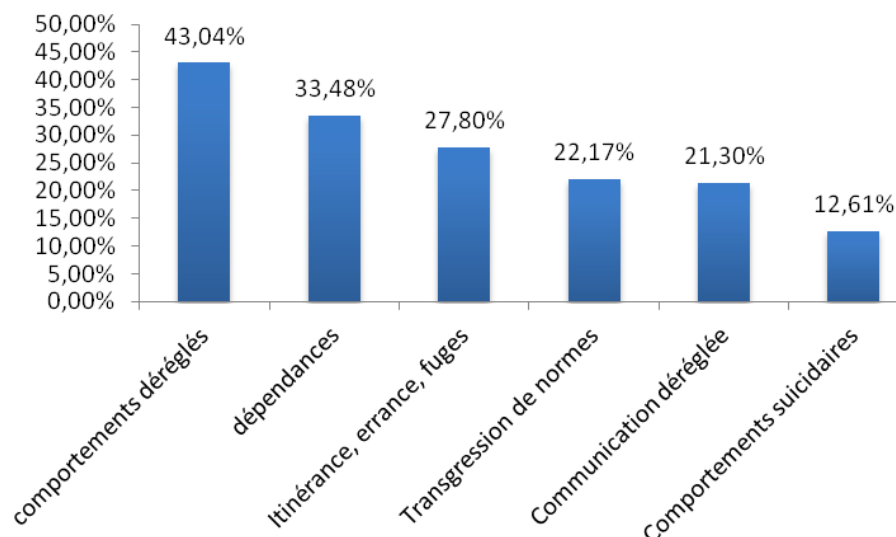
⁵ Les principaux travaux concernant les rapports entre santé mentale et itinérance chiffrent à environ un quart du total les personnes itinérantes qui souffrent de problèmes de santé mentale graves (Poirier (2007).

oblige un arrêt ou perte d'un emploi) ? Les situations vécues par les personnes touchées par les demandes d'autorisation de soins sont en effet marquées à la fois, et de manière parfois inextricable, par des problèmes de santé mentale, des problèmes sociaux et un manque de ressources significatives.

Tel qu'on le verra dans ce chapitre, certains problèmes de comportement, certaines difficultés à suivre ou à respecter certaines règles sociales, plusieurs sortes de dépendances, certains types de conflictualité ou, même certaines formes d'expression ou communication, ne relèvent pas forcément d'une pathologie mentale, mais de conditions sociales difficiles, ou encore de moments particulièrement problématiques dans une trajectoire de vie.

Les descriptions qu'on peut trouver dans les dossiers correspondant aux comportements problématiques, à la conflictualité sociale, à la transgression de certaines règles et aux dépendances sont plutôt succinctes et parfois emmêlées. Toutefois, on peut identifier, non sans difficultés, 6 catégories principales, à savoir : comportements déréglés (bizarreries, dérangements, provocations, etc.); dépendances (alcoolisme, drogues, etc.); fuites et errances; transgressions de lois et de règles (codes normatifs, réglementation des hôpitaux, ressources, etc.) communication déréglée (parler seul ou trop, crier, ne pas parler, etc.) et comportements suicidaires (tendances, tentatives). Ce tableau et graphique illustrent, autant que faire se peut compte- tenu du peu d'informations disponibles, le poids relatif de ces catégories de comportements dans l'ensemble des dossiers.

Comportements déréglés		Dépendances à l'alcool ou drogues		Itinérance, errance et fuite		Transgression de lois et règles		Communication déréglée		Tentatives ou tendances suicidaires	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
99	43,04	77	33,48	64	27,8	51	22,17	49	21,3	29	12,61



Les problèmes les plus souvent évoqués ont trait à une diversité de dérèglements de comportement (42,17%), aux problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues (33,48%) et aux fuites et situations d'itinérance et d'errance (27,83%). Le non-respect de certaines règles (22,17%), les problèmes de communication (21,3%) ainsi que les idées ou tentatives de suicide (12,61%) suivent en importance. Même si les renseignements disponibles dans les requêtes sur les comportements problématiques non forcément psychiatriques des personnes intimées sont, on l'a dit, limités, on peut décrire minimalement l'univers empirique qui correspond à chacune de ces six catégories.

5.1 Comportements déréglés

On compte un peu plus de 40 % des dossiers soulevant des comportements jugés socialement problématiques à plusieurs titres par les requérants. On peut distinguer, autant que faire se peut et à titre illustratif, les bizarreries, les comportements dérangeants, les troubles du comportement, les comportements à risque ou dangereux, les comportements difficiles, ceux liés à la sexualité, les provocations, les postures inhabituelles et les dérèglements alimentaires.

Type de comportement déréglé	n	%
Bizarre, étrange	35	37,33
Dérangeant, provoquant, difficile	30	30,85
Trouble de comportement	14	15,05
À risque, dangereux	11	11,11
Désinhibition sexuelle	6	6,45
Alimentaire	3	3,23

Bien qu'ils soient en tête de liste (37,33%), les exemples concrets des faits rattachés aux comportements jugés étranges ou bizarres sont, dans la plupart des cas, rarement mentionnés dans les requêtes. Viennent ensuite les comportements dérangeants (30,85%) qui sont parfois quant à eux bien spécifiés. Il peut s'agir de bris d'objets, du fait d'écrire sur les murs, d'écouter de la musique forte, de danser dans un passage, d'importuner d'autres patients, des voisins, du personnel, etc. Le tout sans que des manifestations de violence soient présentes. Quant aux troubles de comportement (15%), cette expression est utilisée, dans ce cas, de manière descriptive et non pour signaler un symptôme précis ou forcément psychiatrique. On retrouve également certains comportements jugés risqués, dangereux ou imprévisibles (11 %).

5.2 Dépendances à l'alcool et d'autres substances psychoactives

Plus de 33 % de l'ensemble des dossiers font mention à la consommation d'une ou plusieurs substances psychoactives en relation à une dépendance présumée ou vérifiée.

Type de substance	n	%
Cannabis	46	59,74
Alcool	36	46,75
Crack et cocaïne	14	18,18
Amphétamine et Ecstasy	4	5,19
Polytoxicomanie	4	5,19
Autres ou non spécifié	13	17,80

Les substances les plus souvent évoquées dans ce sous -ensemble de dossiers sont largement le cannabis (59 %) et l'alcool (47 %). Les drogues dites dures sont présentes de façon plus marginale (18 %).

5.3 Itinérance, errance, fugue.

Dans les chapitres précédents, on a vu que beaucoup des personnes concernées par les autorisations des soins se trouvent dans une situation de précarité ou d'insécurité résidentielle grave. Si presque 28 % des dossiers font explicitement référence à des situations d'itinérance, d'errance ou de fugue, il est difficile de bien les distinguer en fonction des informations données. On peut supposer que les allusions à l'itinérance correspondent à des situations d'errance stabilisées dans le temps, la mention à l'errance peut correspondre à des situations plutôt transitoires ou intermittentes et, enfin, les fugues réfèrent à des événements ponctuels.

Nous avons déjà discuté dans le chapitre 3 des situations d'itinérance. Quant aux situations d'errance, les allusions se limitent à des phrases telles que : «errance

nocturne», «errance dans le passé», «a vécu quelques jours dans la rue», etc. Les références aux fugues sont un peu plus détaillées et, de manière provisoire, on peut estimer à 7 % des dossiers l'importance de ces situations. Il est très souvent question d'une fugue de l'hôpital ou de la ressource où la personne est logée ou traitée. En voici quelques exemples :

- Remains quite recalcitrant and wants to leave, she is at risk of running away from the hospital.
- A déjà fugué de sa ressource d'hébergement dans le passé.
- Fugues, rejoint sa mère qui était alors à l'étranger.
- Fugue de l'hôpital en 1999, 2002, 2008.
- L'état de santé mentale du défendeur s'étant suffisamment amélioré, le défendeur bénéficia de congé temporaire afin de se rendre à l'hôpital de jour d'où il fugua sans prendre de rendez-vous pour son suivi en clinique externe de psychiatrie.
- Malheureusement, après plusieurs semaines d'hospitalisation, monsieur fugue de l'hôpital.
- Plusieurs fugues de l'Hôpital. Du congé médical en 2007 à la fin de juin 2007, il collabora, bien que minimalement, à son suivi avec l'équipe SIM. Cependant, à la fin juin, il casse son bail, quitte son appartement de Laval, met ses affaires en entrepôt et se met en mode d'itinérance.
- Il a fallu trois interventions policières, car la partie défenderesse avait réussi à deux reprises à fuguer de son domicile avant l'arrivée des policiers.
- A fugué à deux reprises en Ontario malgré qu'il savait qu'il était en détention avec des modalités selon les directives de son psychiatre.
- The respondent has had frequent ER visits and hospitalizations in the past two years, including an episode in September 2008, where he suddenly disappeared from his residence and apparently took a bus to New-Brunswick (for no clear reason) and was twice arrested and eventually hospitalized there for disruptive and threatening behavior in public.
- Lorsque confronté au fait qu'il devait avoir un suivi plus régulier, le défendeur fugue de la rencontre vit sous un mode d'itinérance avec le projet irréaliste de se rendre en Colombie Britannique.

5.4 Transgression des lois et des réglementations

Cette catégorie inclut à la fois la transgression des normes ou le non-respect des règles des établissements hospitaliers, des ressources communautaires, de résidences, etc., ce qui représente en tout environ le cinquième des dossiers (22,17%). On a déjà mentionné qu'environ 20 % de l'ensemble des dossiers ont des traces de démêlés avec la justice. Quant aux situations de non-respect des réglementations des hôpitaux, résidences et ressources, elles sont décrites dans des termes comme suit :

- À l'insu de cette rencontre, cette conseillère en hébergement était toutefois d'avis que le défendeur n'était pas un candidat potentiel pour une relocation en résidence privée de par son mode de vie marginal, faisant en sorte qu'il serait impossible pour lui de respecter les règlements d'une résidence privée.

- Her current course in hospital was such that she initially refused medication; the second night she did not want to follow the rules on the unit becoming verbally aggressive, vulgar with staff.
- Breaking rules. All of these (cigarette, marijuana and drinking beer, etc.) behavior were against the rules he was given several chances of breaking the rules before he was told to leave the supervised apartment.
- Au cours de l'hiver 2008-2009, le défendeur s'étant fait expulser de deux ressources d'hébergement pour non-respect du cadre et possible menace, il retourna vivre sous un mode d'itinérance.
- Incapacité de se conformer aux règles de la Ressource Jeunesse St-Laurent.

Il semble évident que les difficultés à s'adapter aux cadres règlementaires des ressources, institutions et résidences peuvent découler sur des situations d'errance et d'itinérance.

5.5 Communication dérégulée

On retrouve au moins 49 dossiers (21,74% de l'ensemble) où sont évoqués des problèmes de comportement liés à la parole ou à la communication. De ce nombre, environ 36 % ont trait à la soliloquie. Viennent ensuite le mutisme (20 %); les rires immotivés (18 %) et les problèmes généraux de contact ou de communication (16%).

Type de communication dérégulée	n	%
Soliloquie	18	36
Mutisme	10	20
Rires immotivés	9	18
Contact, communication	8	16
Cris	2	4
Maniérisme	2	4
Volubile	1	2

5.6 Comportements suicidaires

Dans plus de 12% des dossiers, on mentionne des comportements ou des tentatives suicidaires récentes dans l'histoire de la personne.

Faits saillants

- Seulement 20 % des dossiers montrent des indices de démêlés avec la justice.
- Dans presque 60 % des dossiers, on a déjà eu recours à la loi P-38.
- Plus de 40 % des dossiers signalent la présence de comportements étranges, bizarres, dérangeants ou inhabituels.
- Dans plus de 20% des dossiers, on mentionne des dérèglements de l'expression ou de la communication.
- Plus de 30 % des dossiers font référence à des dépendances à des substances psychoactives, dont l'alcool et le cannabis sont les plus fréquentes.
- Peu de dossiers mentionnent la dépendance ou le recours à des drogues dites dures (environ 6%)
- Plus de 12 % des dossiers font allusion à des tendances ou tentatives de suicide.
- L'itinérance, l'errance et les fuites sont présentes dans près de 30 % des dossiers.

Chapitre 6 :

Les problèmes de santé mentale : diagnostics et symptômes.

Les dossiers nous renseignent de manière générale sur les problèmes de santé mentale éprouvés par les personnes concernées par les demandes d'autorisation de soins. On dispose bien entendu des diagnostics psychiatriques qui synthétisent de manière technique un ensemble de symptômes et de signes cliniquement significatifs qui affectent la personne dans son fonctionnement, ses cognitions, son humeur, etc. Les diagnostics, et parfois les termes psychiatriques, mobilisés pour qualifier l'état mental de la personne sont relativement restreints : schizophrénie, trouble psychotique, bipolarité, éléments maniaques et dépressifs, problèmes cognitifs et démence. Aussi, la référence à des troubles, et parfois à des traits de personnalité dits pathologiques est évoquée dans les dossiers, à savoir : égocentrisme, narcissisme, personnalité limite, personnalité antisociale, etc.

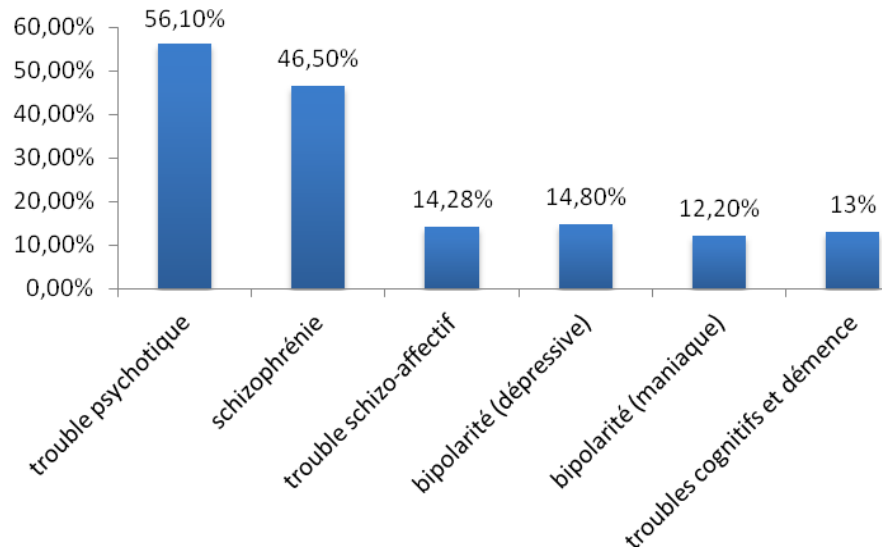
Nous disposons également de données plus descriptives qui nous permettent d'aller au-delà ou encore de préciser davantage ce que ces diagnostics peuvent signifier en termes de comportements, souffrances et dysfonctionnements problématiques tels que vécus, exprimés ou manifestés par les personnes. Ainsi sont décrits certains symptômes ou signes cliniques en nombre également restreint tel que : agitation, impulsivité, agressivité, persécution, délire, désorganisation, hallucination, confusion, stress, tension et anxiété. Analyser séparément diagnostics et symptômes nous permet de mieux comprendre, d'une part, l'univers technique des catégories nosographiques spécialisées qui classent les problèmes de santé mentale et, d'autre part, de rendre moins obscures les symptômes et signes dans lesquels se décomposent ces étiquettes médicales qui parfois marquent de manière massive et totalisatrice les personnes qui les portent, en sont la cible ou qui les incarnent.

6.1 Les diagnostics mobilisés

Dans les dossiers, on retrouve souvent la mention de plusieurs diagnostics et parfois on mentionne de manière globale la présence de troubles psychotiques ou de tel ou tel trait de personnalité. Ces catégories ne sont donc pas exclusives dans la mesure où plusieurs diagnostics peuvent être évoqués pour une seule et même personne, mais elles nous donnent une idée de l'univers de catégories psychiatriques à laquelle correspond l'ensemble des dossiers de demande d'autorisation de soins. En effet, si l'on retient les dossiers où les références aux diagnostics concernant les troubles psychiatriques (ou syndromes) et les personnalités (ou traits de personnalité) pathologiques sont claires et spécifiques, on a la distribution suivante.

Syndromes ou troubles psychiatriques

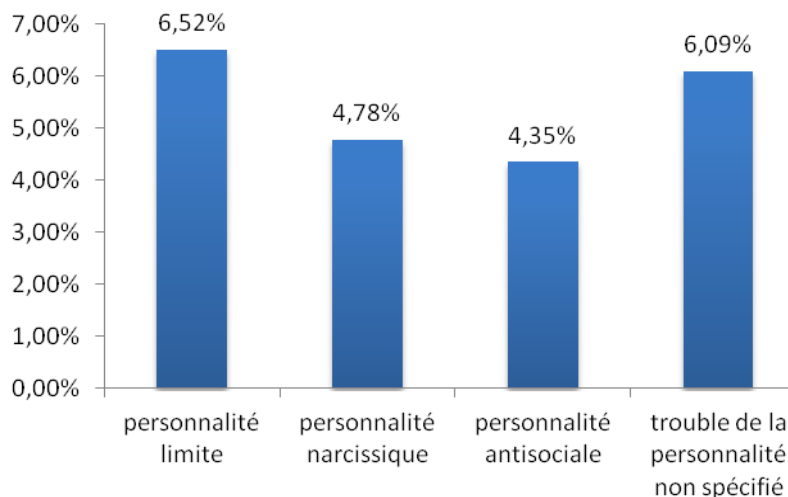
	Schizophrénie		Trouble psychotique		Trouble Schizo-affectif		Bipolarité (plutôt maniaque)		Bipolarité (plutôt dépressive)		Troubles cognitifs et démence	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dossiers	107	46,52	129	56,1	34	14,78	28	12,2	34	14,8	30	13



Les troubles ou traits pathologiques de la personnalité sont présents dans une moindre mesure dans l'ensemble des dossiers que les syndromes ou troubles psychiatriques.

Troubles (ou traits) de la personnalité

	Traits égo ou narcissiques		Traits ou troubles de personnalité limite		Traits de personnalité antisociale		Troubles de personnalité non spécifiés	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dossiers	11	4,78	15	6,52	10	4,35	14	6,09



Si l'on tient compte du nombre de fois qu'un diagnostic apparaît dans les dossiers, ce sont clairement les troubles psychotiques (56,09%) et la schizophrénie (46,52%) qui se démarquent de manière nette. Ensuite, il n'y a pas de différence significative en termes de fréquence entre les diagnostics qui suivent, oscillant grosso modo entre 12 % et 14 % de l'ensemble des dossiers : les troubles schizo-affectifs (13,91%), les diagnostics de bipolarité avec une prédominance maniaque (12,17%) ou avec une prédominance dépressive (14,78%) ainsi que les problèmes cognitifs ou de démence (13,04%).

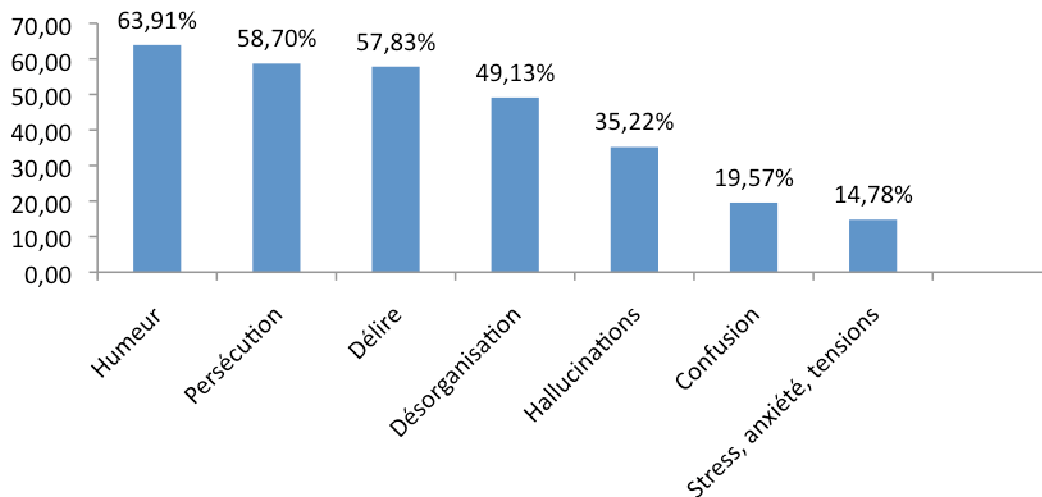
Les troubles et les traits de personnalités pathologiques sont présents dans un nombre plus restreint de requêtes, oscillant entre 4 % et 7 % de l'ensemble des dossiers, à savoir : traits ou troubles égocentriques ou narcissiques (4,78%); traits ou troubles de personnalité limite (6,52%); traits de personnalité antisociale (4,35%) et les traits ou troubles de personnalité autres ou non spécifiés (6,09%).

6.2 Symptômes et comportements

Les symptômes et signes dits psychiatriques peuvent contribuer à mieux comprendre ce que signifient des étiquettes telles que schizophrénie, psychoses, bipolarité, etc. De l'analyse de l'ensemble des dossiers, un nombre limité de catégories dessinent l'univers des symptômes correspondant au type de situation psychiatrique qu'on retrouve dans les demandes d'autorisation judiciaire de soins, à savoir : délire, confusion, désorganisation, persécution, hallucination, humeur agitée, agressive ou impulsive, anxiété, angoisse, stress, tension.

Si l'on retient les dossiers où les références aux symptômes sont claires et spécifiques, on a la répartition suivante.

	Humeur instable (agitation, impulsivité, agressivité)		Persécution		Délire		Désorganisation		Hallucinations		Confusion		Stress, anxiété et tensions	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	D	147	63,9	135	58,7	133	57,8	113	49,1	81	35,2	45	19,6	34



Les requêtes présentent certains symptômes caractérisant les diagnostics ou des comportements problématiques des personnes concernées. Les humeurs instables liées à l'agitation, à l'impulsivité et à l'agressivité sont les plus souvent évoqués (63,91%), suivis de près par les diverses manifestations paranoïdes ou persécutatoires (non pas forcément associé aux délires) (58,70%) et les diverses formes de délire (57,8%). Parmi les autres symptômes retrouvés dans les dossiers, il y a la désorganisation (49,13%), les hallucinations (35,22%), la confusion (19,57%) ainsi que les manifestations globales de stress, d'anxiété et des tensions (14,78%).

6.2.1 Humeur instable : agitation, impulsivité et agressivité

En ce qui a trait à l'humeur problématique des personnes intimées (63,91 % du total des dossiers), on peut distinguer 8 sous-catégories. La plus fréquente (42,17 %) concerne clairement l'allusion à l'humeur agressive. L'agitation (21,49%), les attitudes menaçantes (20,43%) et l'irritabilité (20,43%) sont présentes chacune dans environ un cinquième des requêtes. L'impulsivité (2,17%), la colère (1,3%), l'imprévisibilité (0,43%) et l'impatience (0,43%) sont évoquées de façon plus marginale.

Humeur problématique	n	%
Agressivité	97	42,17
Agitation	38	21,49
Menaçant	47	20,43
Irritabilité	47	20,43
Colérique	3	1,30
Impulsivité	5	2,17
Imprévisibilité	1	0,43
Impatient	1	0,43

Mis à part le fait de souligner l'une ou l'autre de ces humeurs et états d'esprit problématiques, les requêtes sont dans la plupart des cas très brèves dans la description du contexte où se manifestent ces derniers:

- Has been very difficult to manage, he presented himself with impressive psychomotor agitation.
- Depuis le début de l'été, la défenderesse présente des symptômes d'hyperactivation, une diminution du sommeil ainsi que de l'agitation et de l'irritabilité.
- Trop agité, fébrile, incapable de dormir, agressivité verbale. Agitation, agressif, argumentateur, menaçant.
- Agitée et non-coopératif.
- Grande agitation, intolérance à l'interruption.
- Menaçant, agitation, insultait les gens, agitation psychomotrice, élévation de l'humeur.
- Elle est agitée et désire quitter la maison en plein milieu de la nuit pour se rendre chez ce prétendu kidnappeur pour le menacer avec un couteau afin qu'il lui rende sa vraie famille.
- Le tableau d'hostilité et d'agitation s'accroît; elle refuse de prendre une médication orale; elle doit finalement être mise sous contentions et doit recevoir une médication injectable pour la tranquilliser.
- Agitée, agressivité verbale à l'aéroport, plainte de concierge pour agitation, expulsée de l'autobus pour langage abusif et violent, tenté de donner coup de pied à voisine pour la faire chuter du balcon; frappé une voisine, désinhibée. Activité psychomotrice caractérisée par l'agitation, peut facilement s'emporter, faible tolérance, frustration.
- Dans les deux dernières semaines qui ont précédé la présente hospitalisation, il y a eu une escalade de l'agressivité (brisait les objets, frappait les murs) et de l'agitation psychomotrice. La mère de la partie défenderesse avait appelé la police car elle trouvait l'attitude de son fils menaçante. L'activité psychomotrice peut être augmentée partiellement au moment où elle devient agressive et irritable.
- Plusieurs épisodes d'agitation et d'agressivité nécessitant des séjours en salle d'isolement, la mise sous contention et l'administration d'une médication tranquillisante à courte action.
- Depuis son admission, le défendeur présente un état de désorganisation et d'agitation important requérant régulièrement la mise en isolement et l'utilisation de contentions chimiques et physiques.
- Durant ce séjour vers la fin octobre 2009, le défendeur apparaît intimidant, menaçant et agressif envers les membres du personnel. Lorsque contrarié, il devient plus irritable, plus

provocateur et adopte une attitude et comportement bizarres, lesquels sont vraisemblablement sous-tendus par un vécu psychotique.

- The respondent became verbally aggressive when the subject of placement was brought up. He feels he is capable of looking after himself and wants to return to his apartment.

6.2.2 Délires

Le délire est un récit cohérent et structuré manifestement irréal, fictif ou imaginaire et on y trouve des références concrètes bien que souvent peu détaillées dans environ 60% des dossiers.

Types de délire	n	%
Non spécifié	71	53,38
Mystique	18	13,53
Grandiose	12	9,02
Références	11	8,27
Paranoïde	11	8,27
Somatique	9	6,77
Persécutions	8	6,02
Érotiques	4	3,01
Télépathie	4	3,01

Les informations contenues dans les requêtes ne qualifient pas toujours les délires (53,38%). Lorsqu'ils sont spécifiés, les plus grandes proportions concernent des délires mystiques ou religieux (13,53%), les délires de grandeur (9,02%), les délires de référence (8,27%) et paranoïdes (8,27%). Les autres types de délire identifiés dans les requêtes sont les délires somatiques (6,77%); les délires de persécution (6,02%), les délires érotiques (3,01) ainsi que ceux référant à la télépathie (3,01%). Si l'on regroupe les délires de persécution, paranoïdes et de référence, dont les caractéristiques thématiques sont voisines, on obtient environ le quart de l'ensemble.

6.2.3 Désorganisation

Les allusions à la désorganisation sont fréquentes (49,13% de l'ensemble des dossiers) dans la description des tableaux cliniques psychiatriques brossés dans les dossiers des demandes d'autorisation de soins.

Types de désorganisation	n	%
Comportementale	42	37,17
Psychique	41	36,28
Fonctionnement social	4	3,54
Global ou non spécifiée	40	35,40

Dans cette catégorie, 37,17% concernent des désorganisations au niveau du comportement, 36,28% au niveau du psychisme, du mental ou relatifs à des états

psychotiques, 3,54% parlent de désorganisation sur le plan du fonctionnement social alors que 35,40% ne spécifient pas de quel type de désorganisation il s'agit, affirmant simplement dans ces derniers cas que «la personne est désorganisée».

6.2.4 Hallucinations

Les hallucinations concernent fondamentalement des visions et auditions imaginaires et, secondairement, des sensations autres imaginaires (olfactives, gustatives, tactiles, etc.). Près du tiers (35,22%) de l'ensemble des dossiers évoque la présence d'hallucinations.

Type d'hallucination	n	%
Auditives	63	77,78
Visuelles	13	16,05
Olfactives et sensorielles	4	4,94
Comportements hallucinatoires	6	7,41
Autres ou non spécifiés	22	27,16

La grande majorité des hallucinations concernent les auditions imaginaires (77,78%) suivies des hallucinations visuelles (16,04%).

6.2.5 Confusion

Les états de confusion sont énoncés dans un peu moins d'un dossier sur cinq (19,57 %).

Types de confusion	n	%
Propos	17	37,78
Spatio-temporelle	6	13,33
Autres, non spécifiés	26	57,78
Total	45	100,00

Dans la majorité des cas, le type de confusion n'est pas précisé par les requérants (57,78%). Dans 37,78% des cas, on évoque des propos incohérents, flous, décousus, illogiques ou étranges. Les situations où l'on mentionne que la personne présenterait de la confusion spatio-temporelle est de 13,33%.

6.2.6 Stress, tensions, anxiété

Les manifestations de stress, de tensions, d'anxiété ne sont pas souvent soulignées dans les dossiers (14,78%). Bien entendu, cela ne signifie pas forcément que le stress et l'anxiété ne touchent qu'un nombre restreint de personnes intimées, mais il est possible que, compte tenu du nombre de difficultés et de souffrances qu'elles éprouvent, les autres éléments d'information de dossiers aient été jugés plus graves et suffisants par la partie demanderesse pour justifier sa requête.

Faits saillants

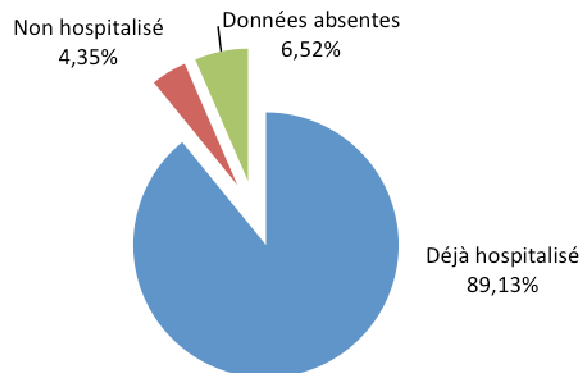
- Plus de la moitié des diagnostics concernent les troubles psychotiques.
- Un peu moins de la moitié des dossiers font mention de schizophrénie.
- Plus de la moitié des dossiers signalent des symptômes tels que l'humeur instable (agressive, agitée, irritable, etc.), le sentiment de persécution et les délires.
- Environ un quart des dossiers évoquent des troubles bipolaires tantôt à prédominance maniaque, tantôt à prédominance dépressive.
- Plus de 20 % des dossiers évoquent des traits de personnalités pathologiques divers, notamment, limite narcissique et antisociale.
- Moins de la moitié des dossiers font référence à la désorganisation, aux hallucinations et à la confusion des personnes intimées.

Chapitre 7 : Hôpitaux et traitements

La plupart des personnes intimées possèdent déjà une histoire psychiatrique et se trouvent déjà dans un établissement hospitalier au moment du déclenchement de la procédure de demande d'autorisation de soins. Dans ce contexte, des informations concernant leurs traitements, les thérapies et examens déjà suivis ou demandés (médications, injections, électrochocs, tests de santé, thérapies, etc.), et tout particulièrement le type de médication prescrite (antipsychotiques, neuroleptiques, stabilisateurs de l'humeur, antidépresseurs, médicaments pour contrebalancer les effets secondaires, antiparkinsoniens, etc.) sont disponibles dans les dossiers.

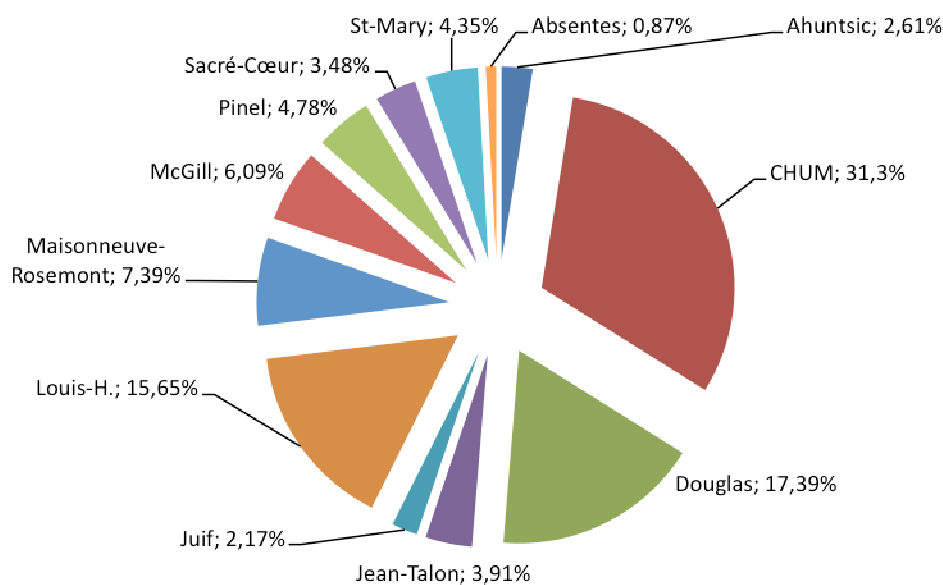
7.1 Hospitalisations et hôpitaux

Les autorisations judiciaires de soins sont la plupart des fois demandées par les centres hospitaliers et plus rarement par des CSSS. Les dossiers considérés dans cette recherche ne concernent que les demandes faites par les centres hospitaliers, il n'est donc pas étonnant que la plupart des personnes concernées soient déjà hospitalisées au moment du dépôt de la demande (89%). Seulement un petit nombre de personnes ne se trouvent pas à l'hôpital au moment du dépôt de la demande (4,35 %).

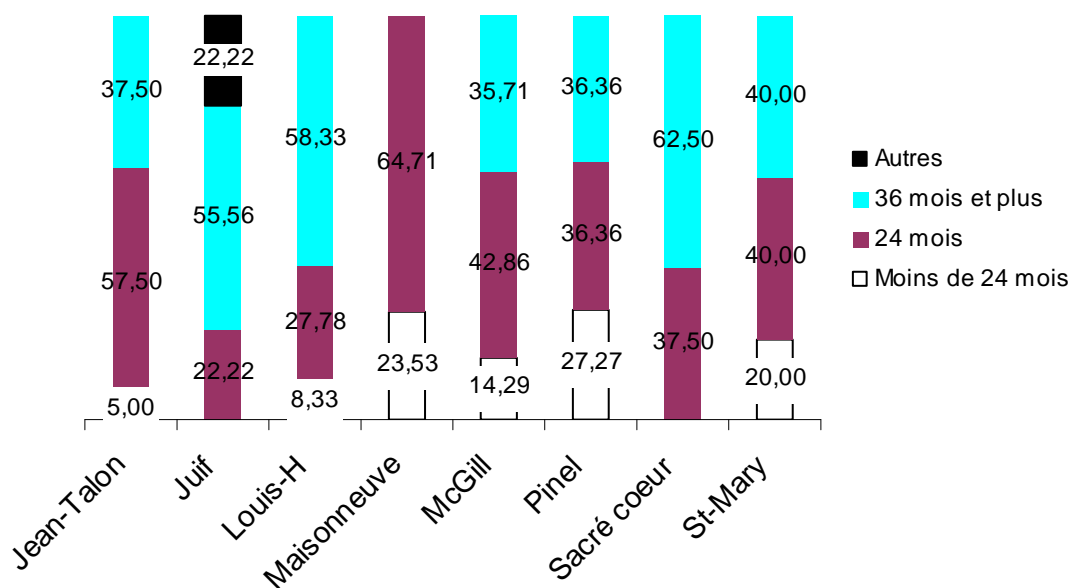


Trois établissements hospitaliers constituent les demandeurs les plus importants d'autorisations judiciaires de soins, à savoir : le CHUM (31,3%), l'hôpital Douglas (17,39%) et Louis-H. Lafontaine (15,5%). Dans le cas du CHUM, le grand nombre de requêtes s'explique probablement parce que le CHUM travaille en collaboration avec le CSSS Jeanne-Mance dont le territoire, notamment celui qui correspond au CLSC des Faubourgs, est celui où l'on retrouve le plus grand nombre de personnes faisant l'objet de requête pour soins et hébergement. Les hôpitaux Louis-H. Lafontaine et Douglas sont quant à eux des hôpitaux spécialisés en psychiatrie couvrant respectivement l'est et l'ouest de l'île de Montréal.

Hôpitaux	n	%
CHUM	72	31,30
Douglas	40	17,39
Louis-H. Lafontaine	36	15,65
Maisonneuve-Rosemont	17	7,39
McGill	14	6,09
Pinel	11	4,78
St-Mary	10	4,35
Jean-Talon	9	3,91
Sacré-Cœur	8	3,48
Ahuntsic	6	2,61
Juif	5	2,17
Absentes	2	0,87
Total	230	100,0



Tel qu'on l'a mentionné dans le chapitre 1, les durées des AJS sont particulièrement longues, dont plus de 90 % d'entre elles dépassent le 24 mois. Dans plusieurs établissements, la durée de 36 mois et plus dépasse largement la moitié du total des ASJ demandées, à savoir : Douglas (57,50 %); Juif (60%); Louis-H. Lafontaine (58,33%) et Sacré-Cœur (62,50%). C'est dans les établissements qui accueillent le plus petit nombre de personnes intimées qu'on retrouve le plus grand nombre d'ordonnances de moins de 24 mois soit Pinel (27,27 %), Maisonneuve (23,53%), St-Mary (20%) et McGill (14,29%).



7.2 Hébergement et traitement

Un peu moins de la moitié des autorisations judiciaires de soin ordonnent à la fois le traitement et l'hébergement. On retrouve tout de même un peu moins du tiers des ordonnances qui exigent seulement le traitement. Il s'agit dans la plupart des cas de ce que les requérants désignent comme un suivi en clinique externe. Dans 13 % des dossiers, on demande seulement l'autorisation judiciaire d'hébergement, ce qui laisse supposer que les personnes concernées ont besoin d'un milieu de vie structuré ou approprié aux soins à donner et que le consentement au traitement ne pose pas de problèmes dans ces cas particuliers. À cela, il faut noter qu'il y a 15% des dossiers où les informations ne sont pas claires ou sont absentes, mais qui correspondent à une demande d'autorisations soit de soins, soit d'hébergement, ou encore des deux. Il est toutefois clair que dans plus de trois quarts des dossiers, sans considérer la répartition des dossiers où l'information est manquante, l'enjeu central des dossiers demeure la question du consentement au traitement.

	Hébergement Seul		Traitement Seul		Les deux	
	n	%	n	%	n	%
Oui	30	13,04	68	29,57	105	45,65
Non	165	71,74	128	55,65	89	38,70
Données absentes	35	15,22	34	14,78	36	15,65
Total	230	100,00	230	100,00	230	100,00

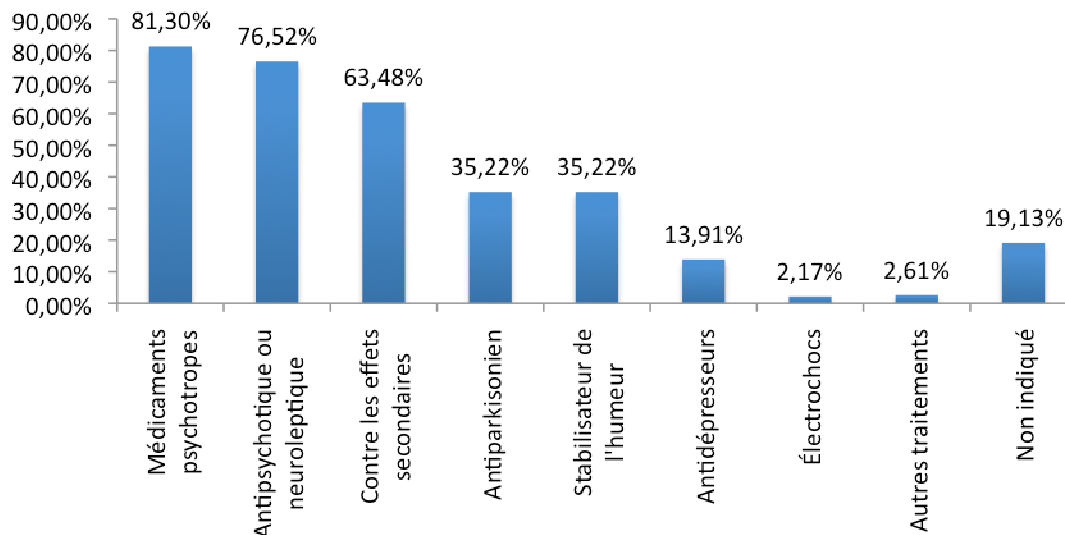
Les ordonnances d'hébergement, c'est-à-dire sans traitement, constituent 13 % du total des dossiers. Parmi ces derniers, la plupart concernent des personnes aux prises avec des problèmes cognitifs ou de démence (46,67% des dossiers de

demande d'hébergement) ensuite les personnes en perte d'autonomie ou en situation d'itinérance (13,3 %) et, enfin, en situation d'insécurité (10%). Dans 23,3 % des dossiers concernant l'hébergement seul, les raisons de la demande ne sont pas claires. Rappelons que «l'hébergement peut être demandé, seul ou accessoirement aux soins, non dans le but de protéger la personne, mais en raison de son milieu de vie qui ne lui permettrait pas de recevoir les soins médicaux appropriés » (Bernheim, 2007, p.138). Toutefois, il semble difficile dans certains cas de bien distinguer les besoins, souvent reliés, de protection, d'encadrement, de pallier à un certain manque d'autonomie et de dispensation de soins médicaux. Ce sont surtout les situations de vulnérabilité sociale (itinérance, errance, insécurité, abus, etc.) décrites dans les dossiers qui laissent planer un doute quant aux raisons véritables de l'utilisation des autorisations de demandes d'hébergement. En effet, selon Ménard «C'est à l'égard des ordonnances d'hébergement que l'approche carte blanche est plutôt utilisée. Il faut éviter de contourner les règles de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, qui devrait être la seule utilisée s'il y a dangerosité, car elle confie une meilleure protection de la personne contre la privation de liberté» (2007; p. 334).

Motifs de la demande d'hébergement seul	n	%
Problèmes cognitifs	14	46,67
Perte d'autonomie	4	13,33
Itinérance	4	13,33
Sécurité	3	10,00
Autres	7	23,33
Total	30	100,0

7.3 Traitements ordonnés

Lorsqu'il s'agit d'un traitement pour lequel on demande l'autorisation judiciaire à la Cour, la grande majorité de dossiers (81,3 %) font référence aux médicaments psychotropes. La plupart des fois il s'agit d'antipsychotiques (76,52 %) suivis de loin par les stabilisateurs de l'humeur (35,22 %). Il est significatif que plus de la moitié des dossiers font référence, globalement, aux médicaments prescrits pour contrer les effets secondaires de la médication psychiatrique principale (63,48 %), et plus spécifiquement les médicaments antiparkinsoniens (35,22 %).



Parmi les antipsychotiques (76, 52 % du total des dossiers), on retrouve les médicaments suivants : Piportil, zuclopendithiol (Clopixol), Zeldox, Invega, halopéridol (Haldol), fluphénazine clozapine (Clorazil), loxapine (Locapac), Fluanxol, olanzapine (Zyprexa) quiétiapine (Seroquel) rispéridone (Risperdal, Constr), aripiprazole.. À part l'objectif explicite de réduire les symptômes psychiatriques et les troubles du comportement reliés aux pathologies, on évoque la possibilité de «réintégrer sa place dans la société», de «fonctionner socialement» et parfois de «vivre une vie heureuse».

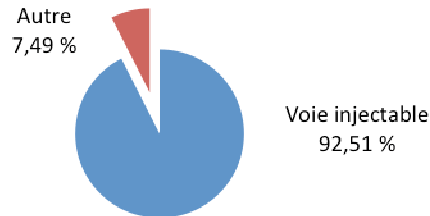
Parmi les principaux effets secondaires identifiés dans les requêtes pour les neuroleptiques et les antipsychotiques, on souligne la somnolence, la baisse de pression, les étourdissements, la sécheresse de la bouche, le gain de poids, le syndrome métabolique, la dyskinésie tardive, les mouvements involontaires et le syndrome neuroleptique malin. Dans le cas des neuroleptiques typiques, les effets secondaires seraient les raideurs musculaires, les tremblements, les réactions dystoniques et la dyskinésie tardive. Dans le cas des neuroleptiques atypiques, on retrouve les problèmes parkinsoniens, l'augmentation du risque de diabète de type 2, les problèmes de dyslipidémie, la sédation et l'augmentation de l'appétit et du poids. On a mentionné que plus de 60% des dossiers incluent une demande de prescription de médicaments pour contrebalancer les effets négatifs de la médication principale. Les antiparkinsoniens sont souvent identifiés comme médicaments pour contrer les effets secondaires, mais pas dans tous les cas. Pour cette raison, on les a regroupés dans une catégorie à part. Il s'agit principalement de la Bzotropine (Cogentin), et de la procyclidine (Kémandin)

Quant aux stabilisateurs de l'humeur (ou thymorégulateurs) qui sont demandés dans 35,22% de l'ensemble des dossiers, il s'agit principalement du lithium et de l'acide valproïque (Épival) Dans cette catégorie, on retrouve la mention aux médicaments suivants : lamotrigine (Lamictal) carbamazépine (Tégréto),

gabapentine et topiramate. Les principaux effets secondaires mentionnés dans ces cas sont la sédation, la prise de poids, les tremblements, les inconforts gastro-intestinaux, les éruptions cutanées, les perturbations de lignées cellulaires sanguines et les élévations des enzymes hépatiques.

La demande de prescription des médicaments antidépresseurs, et parfois anxiolytiques, est mentionnée dans 13,9 % du total des dossiers. On mentionne dans cette catégorie la benzodiazépine, les SRS, l'Effexor, le Welburtin, le Remeron, le Celexa.

Du total des dossiers où l'on demande de dispenser un traitement médicamenteux, dans 92,51% des cas on demande l'administration par injection.



On retrouve un certain nombre de dossiers (19, 13 %) où l'on mentionne d'autres médicaments non psychiatriques (anticholinergique, antihistaminique, antiépileptique, hypoglycémiant et autres antidiabétiques, anti-hypertensive, etc.) et certains tests (neurologiques, dépistage de drogues, etc.). Lorsque les traitements autres que médicamenteux sont indiqués, on retrouve la mention aux électrochocs (2,17%) et aux traitements variés (2,61%) tels que des programmes de réhabilitation ou de désintoxication, des thérapies cognitivo-comportementales, du milieu ou intervention d'accompagnement familial et, enfin, des stratégies de suivi social par un intervenant social ou une alliance entre psychothérapies et interventions sociales.

Faits saillants

- La grande majorité des personnes concernées par les demandes (entre 80 et 90%) possèdent déjà des antécédents psychiatriques.
- Seulement 13 % des demandes visent le seul hébergement de la personne.
- Plus de 80 % des dossiers demandent un traitement médicamenteux
- Plus de 60 % des dossiers mentionnent des médicaments pour contrer les effets négatifs de la médication principale.
- Plus de trois quarts des dossiers demandent l'administration d'antipsychotiques.
- Plus de 35 % des dossiers demandent l'administration de stabilisateurs de l'humeur et environ 14 % des antidépresseurs.
- Dans plus de 90 % des dossiers, on demande l'administration des médicaments prescrits par injection.
- Les traitements demandés autres que médicamenteux sont très rares (2,61%).

Conclusion

Le recours à l'autorisation judiciaire de soins psychiatriques est une mesure exceptionnelle et lourde de conséquences pour les personnes qui en sont touchées. Ce qui frappe à première vue dans le fonctionnement de ce dispositif juridico-psychiatrique est le déséquilibre manifeste des ressources dont disposent les parties lors de l'audience où l'on doit décider de dimensions cruciales de la vie d'une personne vulnérable à la fois sur le plan social et psychologique. On ne voit pas très bien comment les personnes concernées pourraient contester les expertises qui concluent à leur incapacité à décider sur leur état de santé, les délais de l'ordonnance, le type de médicament prescrit, les doses ou les modes d'administration puisqu'elles se trouvent placées dans une position de faiblesse à tous les niveaux du début à la fin du processus.

Même si 65% des personnes intimées sont représentées par un avocat, au moins dans la moitié des audiences elles n'y sont pas présentes lorsqu'on décide de dimensions cruciales de leur vie. Dans trois quarts des cas, le délai entre le dépôt de la requête et l'audience est de moins de 10 jours, ce qui ne permet pas une préparation adéquate de la partie défenderesse déjà aux prises avec de nombreux problèmes complexes. Dans ce contexte, l'absence systématique de contre-expertises n'a rien de surprenant. Au bout du processus, trois quarts des demandes d'autorisation de soins sont acceptées et dans environ 90 % des dossiers, le juge accepte la durée des soins demandée par les hôpitaux. Ces durées sont en outre importantes, à savoir : 90 % des AJS concernent des durées de 24 mois et plus, tandis que 50 % des AJS concernent des durées de 36 mois.

Si l'âge moyen des personnes touchées par les AJS est de 45 ans, les hommes et les femmes sont distribués de manière inégale selon les groupes d'âge. Les hommes sont plus nombreux dans les groupes d'âge inférieurs à 50 ans tandis que les femmes sont plus nombreuses dans les groupes d'âge de plus de 50 ans. L'univers des AJS semble toucher, de manière typique, des hommes jeunes et des femmes plutôt âgées.

La très grande majorité des personnes (entre 70% et 90% du total) sont célibataires, séparées, divorcées ou veuves et, seulement un quart d'entre elles, semblent avoir des enfants. Une forte concentration des personnes intimées habite dans des territoires caractérisés par une forte défavorisation sociale et matérielle et moins de 3 % d'entre elles occupent un emploi. La précarité résidentielle semble un problème généralisé et près du quart des personnes concernées par les AJS sont en situation d'itinérance ou n'ont pas de logement. Compte tenu de la fragilité du réseau social, de la pauvreté matérielle dans laquelle elles vivent et des durées plutôt longues des AJS (2 à 3 ans), le maintien du logement ainsi que des possessions des personnes intimées deviennent un enjeu majeur.

En ce qui concerne les problèmes vécus par les personnes et qui sont en lien direct avec la demande d'une AJS, c'est la perte d'autonomie, modérée ou grave, qui semble la difficulté fréquente et majeure. Qu'elle soit due à des déficits ou à des désorganisations cognitives, à des pathologies précises ou au contexte social précaire dans lequel elles vivent, la perte d'autonomie se manifeste par des problèmes d'insalubrité du milieu de vie, de négligence des soins physiques et d'alimentation, de difficulté à gérer l'argent et de risques pour la sécurité physique. Bien de ces problèmes et difficultés répondent à des logiques complexes où pauvreté extrême, problèmes de santé mentale et différentes formes de stigmatisation s'imbriquent à plusieurs degrés. Dans ce contexte, le thème de l'insécurité résidentielle est omniprésent et découle également de sources à la fois diverses et imbriquées : grande pauvreté, conflits avec voisins et propriétaires, rareté des ressources adaptés, pathologies graves, etc. En effet, l'enjeu de la perte du logement, la possibilité du déplacement de la personne vers des ressources spécialisées (parfois rares ou inexistantes) ainsi que le risque concret et imminent de se retrouver en situation d'itinérance, semblent se poser comme corollaire des graves difficultés vécues par la personne.

Dans environ 40% des dossiers, on signale la présence de comportements étranges, bizarres, dérangeants ou inhabituels. Bien que des traces du recours à la loi P-38 soient présentes dans environ 60 % des dossiers, seulement dans 20 % d'entre eux on trouve des indices de démêlés avec la justice autre que la législation spécifique en matière de santé mentale. Les problèmes de dépendances, surtout à l'alcool et au cannabis, ainsi que les comportements suicidaires présentent une moindre importance parmi les problématiques décrites dans les dossiers, à savoir : 30 % et 12% respectivement.

La grande majorité des personnes concernées par les demandes (entre 80 et 90%) possèdent déjà des antécédents psychiatriques importants. Plus de la moitié des diagnostics concernent les troubles psychotiques et un peu moins de la moitié des dossiers font mention à la schizophrénie. Dans un quart des dossiers, il est question de troubles bipolaires tantôt à prédominance maniaque, tantôt à prédominance dépressive. Plus de 20 % des dossiers évoquent des traits de personnalités pathologiques divers, notamment limite, narcissique et antisociale. Il est à remarquer également que dans plus de la moitié des dossiers, on signale des symptômes tels que l'humeur instable (agressive, agitée, irritable, etc.), le sentiment de persécution et les délires.

Quant aux traitements autorisés par les ordonnances de la Cour, il s'agit très fréquemment de traitements médicamenteux de type antipsychotique (75% des dossiers). Dans une moindre mesure, il est question de stabilisateurs de l'humeur (35% des dossiers des dossiers) et d'antidépresseurs (14%). Le mode d'administration des médicaments sollicité par la partie demanderesse est presque toujours l'injection. Il est à souligner que plus de 60 % des dossiers mentionnent la prescription de médicaments pour contrer les effets négatifs de la médication principale, ce qui n'est peut-être pas étranger aux réticences des personnes qui sont l'objet des AJS lors qu'il s'agit de consentir à certains traitements dont elles ont déjà éprouvé les conséquences désagréables.

Les allusions aux traitements autres que médicamenteux sont très rares (2,61% des dossiers), ce qui n'est pas un fait sans importance. Cette absence de traitements alternatifs ou complémentaires à la seule option médicamenteuse est un facteur de rétrécissement des choix de la personne qui se trouve ainsi placée dans une situation fortement structurée par la psychiatrie et la justice, dont elle ne maîtrise ni les langages, ni les logiques des procédures, ne pouvant pas ainsi mesurer convenablement les conséquences possibles des AJS sur leurs trajectoires de vie à moyen et long terme.

Il va de soi que les personnes touchées par les ASJ ont besoin d'aide à plusieurs niveaux dont la dimension du traitement de problèmes de santé mentale est sans aucun doute importante mais insuffisante pour régler les nombreux problèmes complexes dont elles souffrent. La situation de grande vulnérabilité sociale et matérielle dans laquelle elles se trouvent ne peut pas être modifiée sans mobiliser de ressources autres que strictement psychiatriques et médicamenteuses. La situation des familles des personnes touchées par les ASJ est sans doute également insoutenable en termes d'épuisement d'énergie et des moyens pour gérer des problèmes qui les dépassent malgré leur présence ou soutien. À la lumière de la complexité des problématiques matérielles, sociales et psychologiques qui caractérisent la vie des personnes touchées par les AJS selon les informations disponibles dans leurs dossiers, on ne peut que souhaiter que les réponses institutionnelles aux problèmes de ces personnes dépassent le seul cadre psychiatrico-légal.

Enfin, il nous semble nécessaire d'élargir cette recherche afin de documenter 1) le déroulement des échanges lors des audiences ainsi que la manière concrète dont les décisions sont prises ; 2) le point de vue des personnes ayant vécu cette expérience, et 3) le point de vue des proches des personnes touchées par les AJS.

Bibliographie

- Action Autonomie, 2009, « Nos libertés fondamentales...dix ans de droits bafoués » Montréal, 24 p.
- Action Autonomie, Dorvil, H., Otero, M. Kirouac, L. 2007. *Protection ou coercition ?* Montréal : Service aux collectivités UQÀM, 144 p.
- Action Autonomie, UQAM, service aux collectivités, Auto-Psys, région de Québec et Droits et recours Laurentides, 2007, « La Loi p-38, Évaluons sa dangerosité » Actes du forum sur la garde en établissements, Montréal.
- Action Autonomie (2005) « Des libertés bien fragiles - Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - District de Montréal, Montréal, 64 p.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2005. *Indicateurs sociosanitaires, population de 12 ans et plus, Montréal. Résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – cycle 3.1. de Statistiques Canada.*
- American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM IV-TR]*. Arlington (Virginie), American Psychiatric Association.
- Benigeri, M. 2007. *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*. Montréal : ASSSM.
- Bernheim, E. 2010, *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, Université de Montréal.
- Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2008. *Regard sur la défavorisation à Montréal. Région sociosanitaire de Montréal, série 1*. Gouvernement du Québec, 27 p.
- Dorvil, H. 2007. « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale ». In *Problèmes sociaux*, (dir.) H. Dorvil, p. 169-202. Québec : PUQ.
- Dorvil, H. 2010. « Le stigma, une forme spécifique d'inégalité sociale en santé mentale ». In *Problèmes sociaux, médiation communautaire, recherche et santé*, (dir.) Dorvil et M. Thériault, p. 267-291. Montréal : Cahiers scientifiques de l'ACFAS, no 112.
- Doucet, M.-C. 2009. «La solitude». In *Habiter seul : un nouveau mode de vie?*, (dir.) J. Charbonneau, A. Germain et M. Molgat, p.135-154. Québec : PUL.
- Frohlich, K., De Koninck, Demers, A. et Bernard, P. 2008. *Les inégalités sociales de santé au Québec*, PUM.
- Guay, Hélène 2002 *Le consentement aux soins et à l'hébergement : quand les tribunaux s'en mêlent*, Formation permanente du Barreau du Québec, http://www.rifvel.org/documentation_rifvel/consentement.php

- ICIS. 2007. *Améliorer la santé des canadiens. Santé mentale et itinérance*, Ottawa.
- ICIS. 2008. *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, Ottawa.
- Marchand, A. et al. 2006. *Atteintes à la santé mentale, secteurs économiques et professions : quelles sont les cibles à prioriser pour améliorer la santé mentale au travail des travailleuses et travailleurs canadiens?* Ottawa : Santé Canada.
- Ménard, Jean-Pierre 2007. Les requêtes en autorisation de traitement : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits des personnes, *Autonomie et protection* 2007, volume 261 Service de la formation continue du Barreau du Québec, Éditions Yvon Blais, 378 pages.
- Morin, P. et H. Dorvil. 2008. « Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale ». In *L'habitation comme vecteur de lien social*, (dir.) P. Morin et E. Baillergeau, p.23-40. Québec: PUQ.
- Morin, P. et H. Dorvil. 2008. «Le pouvoir d'agir des personnes ayant des problèmes majeurs en santé mentale logeant en maison de chambre». In *L'habitation comme vecteur de lien social*, (dir.) P. Morin et E. Baillergeau, p.41-74. Québec : PUQ.
- OCDE. 2008a. *Croissance et inégalités. L'évolution de la pauvreté et des revenus ces vingt dernières années : nouvelles données*. Éditions OCDE.
- OCDE. 2008b. «Country Note : Canada». In *Croissance et inégalités. Distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*. Éditions OCDE.
- Otero, M. 2010. « Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles ». *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 29 septembre 2010, URL <http://sociologies.revues.org/index3268.html>
- Otero, M. 2012. *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*. Montréal: Boréal.
- Otero, M. et D. Morin. 2007. «À la recherche de la dangerosité mentale. Une nouvelle forme de régulation de la conflictualité et de la vulnérabilité psychosociales». In *L'itinérance en questions*, (dir.) S. Roy et R. Hurtubise, p.129-160. Québec: PUQ.
- Poirier, M. 2007. «Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, no 2, p. 76-91.
- Roy, S. 2008. « De l'exclusion à la vulnérabilité ». in *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, (dir.) V. Châtel et S. Roy, p. 13-34. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Sennett, R. 2003. *Respect : de la dignité de l'homme dans un monde d'inégalité*. Paris : Pluriel.

- Soulet, M.-H. 2008 b). « La vulnérabilité : un problème social paradoxal ». In *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*, (dir.) V. Châtel et S. Roy, p.51-64. Québec : PUQ.
- Turbide, B. et G. Joseph. 2006. *Portrait sociodémographique, socioéconomique et scolaire de la région de Montréal*. Montréal : Québec en forme.
- Vézina, M. et al. 2008. *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois*. Québec, Institut de la statistique du Québec.

Annexe :
Modèles de procès verbal, requête et ordonnance

a) Le procès verbal de l'audience

Le procès verbal d'audience tient généralement entre une et trois pages (très rarement plus). Outre les renseignements nominatifs des parties en présence, la date et la durée, les procès verbaux fournissent très peu d'informations sur le contenu des interrogatoires et des contre-interrogatoires. Les renseignements contenus dans les procès verbaux ne permettent donc aucunement de savoir véritablement ce qui se passe au tribunal.

Exemple type :

Nom du demandeur
Nom de la défense

Date
Heure du début et heure de fin

Présent : Nom du juge

Nom du requérant
Présent ou non (pas toujours indiqué)

Nom de la défense ou intimé
Présent ou non (pas toujours indiqué)

Nature de la cause : Requête pour autorisation de soins et/ou hébergement

Greffier :

Interprète :

Sténographie :

- Identification du procureur
- Preuve en demande
- Nom, adresse et langue du témoin expert
- Interrogatoire
- Contre-interrogatoire (s'il y a lieu)

Exemples types des éléments de déroulement contenu dans le procès verbal d'audience :

- Interrogé par Me X sur sa qualité d'expert

-Contre interrogatoire par Me Y sur sa qualité d'expert

Le tribunal reconnaît la qualification de Monsieur (l'expert) comme psychiatre...

Preuve en demande close

Témoin (défendeur)

-Nom et adresse

-Interrogatoire et contre-interrogatoire s'il y a lieu

-Mention si interrogatoire par Tribunal ou avocats (pas toujours inscrit)

-Interrogé par Me X

-La cour s'adresse à monsieur

Jugement ci-joint

b) Les requêtes des établissements

Le contenu et la forme des requêtes varient d'un établissement à l'autre. De façon générale, les informations qu'on y retrouve sont les suivantes :

1. Les parties

-Nom de l'établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

-Description de la partie défenderesse (nom, âge, date des premières hospitalisations, environnement socio-familial comme par exemple la situation de logement, d'emploi, etc.)

2. Jugements antérieurs autorisant les soins

Lorsqu'il il a lieu, on y décrit brièvement les ordonnances reçues antérieurement (date, durée, établissement, recours ou non à d'autres lois tel que la P-38; parfois l'histoire pénale de la personne ou les délits commis)

3. Diagnostic et histoire psychiatrique antérieure

-Description du ou des diagnostics antérieurs (parfois avec mention des dates et courtes descriptions des symptômes, des comportements et autres manifestations de la maladie prédominantes; mention parfois du nombre d'hospitalisations dans le passé).

4. Hospitalisation actuelle

-Date

-Brève description de l'événement (ex. amené par les ambulanciers à l'hôpital suite à (...))

-Description des comportements et de l'état mental de la personne à son arrivée (ex. agitation, agressivité, désorganisation, propos, présence d'hallucinations, etc.)

5. Soins requis par la défenderesse

-Traitement recommandé (énumération de la médication): Catégorie de médicaments (ex. antipsychotique, anticholinergique, etc.) et propositions d'un ou de plusieurs médicaments de la catégorie. Souvent est mentionné le mode d'administration des médicaments. Si d'autres traitements sont demandés, cela peut également être inscrit mais il y a rarement d'autres types de traitements)

-Bilans sanguins et autres tests de santé

-La poursuite de l'hospitalisation et/ou de l'hébergement jusqu'à ce que le psychiatre traitant juge la condition clinique suffisamment stabilisée pour autoriser le congé médical ou, le cas échéant, jusqu'à ce qu'une place lui soit disponible dans une ressource du réseau appropriée à ses besoins.

6. Refus de soins

Arguments donnés par les requérants pour justifier la requête (ex. inobservance de la médication; refus de prendre la médication; non coopération de la personne intimée; risque pour la santé ou la sécurité de la personne (notamment dans les situations de requête d'hébergement) ou de dégradation de la vie personnelle et sociale

7. Inaptitude à consentir ou refuser les soins requis par son état de santé

Les requérants y soulignent généralement le manque de jugement et d'autocritique de la personne ce qui peut s'accompagner d'aspects plus spécifiques influençant sur le jugement de la personne intimée (vie instable, perturbation, éléments délirants, symptômes qui seraient invalidants, incompréhension de la situation ou du traitement; incapacité à mesurer le danger, minimisation des difficultés physiques, cognitives ou des handicaps; éléments de contextes sociaux; toxicomanie altérant le jugement; incapacité d'appréhender les bénéfices du traitement, etc.)

-On y affirme souvent par la suite que la personne est inapte à consentir ou refuser les soins requis par son état de santé

8. Risques et effets secondaires du traitement proposé

On y décrit les risques associés à la médication, notamment les symptômes extrapyramidaux, les effets secondaires, la possibilité ou non d'être contrôlé ou diminué par l'administration d'une médication anticholinergique ainsi que les effets secondaires métaboliques, qu'on affirme être "gérés par un suivi régulier au cours du traitement"

9. Caractère bénéfique du traitement proposé

c) Exemple d'ordonnance

Cour supérieure

CANADA

PROVINCE DE QUÉBEC

DISTRICT DE MONTRÉAL

No : 500-17- XXXXXX-

Date

Sous la présidence de l'honorable :

Centre hospitalier :

Et

Docteur :

Demandeurs :

c. Nom du défendeur :

Défendeur :

Et

Curateur public du Québec :

Mise en cause :

Jugement

[1] Vu la requête en autorisation de traitement et d'hébergement

[2] Vu la preuve soumise et les témoignages entendus

[3] Vu le refus catégorique du défendeur de recevoir les traitements et l'hébergement requis par son état de santé

[4] Vu l'inaptitude du défendeur à consentir aux traitements et à l'hébergement requis par son état de santé ;

Par ces motifs, la cour :

Accueille la présente requête;

- Autorise les demandeurs ou toute personne ou établissement désigné par eux, à traiter le défendeur, malgré son refus catégorique de recevoir les soins requis par son état de santé et contre son gré, pour une durée d'au plus trois (3) ans à compter de la date du présent jugement, en lui administrant la médication suivant, selon le dosage et la fréquence à être prescrits et ajustés par ses médecins traitant et soit, plus particulièrement :

- Un traitement par médicament antipsychotique, typique ou atypique courant, sous forme orale ou en injection intramusculaire longue durée, seul ou en combinaison tel Haldol ou Zyprexa ou tout autre médicament équivalent

- Autorise les demandeurs, ou toute personne ou tout établissement désigné par eux, à effectuer les prélèvements sanguins ou tout autre examen permettant de contrôler les paramètres biologiques du défendeur nécessaires au traitement pharmacologique.

- Autorise les demandeurs et toute personne ou établissement désigné par eux, à administrer au défendeur la médication requise pour contrer les éventuels effets secondaires qu'il pourrait subir, selon le dosage et la fréquence à être prescrits et ajustés par les médecins traitants du défendeur, compte tenu de la réaction de ce dernier à ce traitement

- Autorise les demandeurs à déterminer le lieu d'hébergement répondant aux besoins du défendeur

- Autorise que le défendeur soit transféré auprès du lieu d'hébergement à être identifié par les demandeurs pour qu'il y soit hébergé malgré son refus catégorique et contre son gré pour une durée d'au plus trois (3) ans à compter de la date du présent jugement;

- Autorise les demandeurs, ou toute personne ou établissement désigné par eux, à poursuivre les suivis du défendeur en clinique externe afin de vérifier son état de santé mentale et de lui administrer, le cas échéant, son traitement par médicament antipsychotique par voie injectable, pour une durée d'au plus trois ans à compter de la date du présent jugement

- Autorise tout agent de la paix, ambulancier ou toute autre ressource d'assister les demandeurs, ou toute personne choisie par eux dans l'exécution des dites autorisations, en utilisant une force raisonnable et proportionnelle au besoin, sur simple demande verbale de ceux-ci et ce, quel que soit le lieu où se trouve le défendeur, y compris son transport à l'établissement.

- Ordonne à tout médecin traitant du défendeur de faire rapport à tous les six (6) mois, au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, ou de toute autre établissement de santé du défendeur, sur sa réaction à ces traitements et sur l'état de sa condition générale

- Ordonne que, en cas de divergence d'opinion entre le médecin traitant et le CMDP, le différend soit soumis au tribunal

- Ordonne l'exécution provisoire du présent jugement, nonobstant appel.

Le tout sans frais