



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

Trop souvent un abus, toujours un échec :



**Portrait du recours à l'AJSH en santé mentale
par les établissements de santé montréalais**

Ce document est une synthèse.

Le texte intégral de la présente recherche est disponible sur le site internet d'Action Autonomie :

<https://www.actionautonomie.qc.ca/category/recherche/>

Table des matières

Présentation

L'autorisation judiciaire de soins et/ou d'hébergement

La recherche

Chapitre 1 : L'analyse des dossiers de cour

- Nombre de requêtes
- Les délais avant l'audience
- La durée des audiences
- La représentation par avocat.e
- La prise de parole par la personne
- L'expertise des juges
- Les verdicts
- La durée des autorisations
- Le profil des personnes

Chapitre 2 : L'AJSH vue de l'intérieur

- S'entendre avec son ou sa psychiatre?
- Le personnel n'aide pas
- Le travail des avocat.es
- Des victoires cachées
- Carte blanche à la réhospitalisation
- Des effets secondaires réels
- Ce n'est jamais vraiment fini

Conclusion

Recommandations

Présentation

Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal a été fondé en 1991. Action Autonomie se consacre à la défense des droits individuels et collectifs des personnes ayant utilisé des services en santé mentale, de façon volontaire ou non en lien avec le milieu hospitalier et dans tous les aspects de leur vie où un diagnostic en santé mentale pourrait leur porter préjudice. C'est ainsi que nous avons soutenu au cours des années un grand nombre de personnes qui faisaient face à la procédure d'autorisation judiciaire de soins et/ou d'hébergement.

L'autorisation judiciaire de soins et/ou d'hébergement

Dans certaines circonstances, un établissement de santé peut obtenir de la Cour supérieure l'autorisation d'imposer à une personne des traitements médicaux, le plus souvent, l'administration d'un médicament. C'est une autorisation judiciaire de soins (AJS). L'établissement peut aussi obtenir l'autorisation d'héberger une personne dans un lieu qu'il détermine et qu'elle ne peut pas choisir ni refuser. C'est l'autorisation judiciaire d'hébergement (AJH). L'établissement peut aussi obtenir simultanément les deux autorisations. Il s'agit alors d'une autorisation judiciaire de soins et d'hébergement (AJS-AJH). Nous désignons l'ensemble de ces procédures sous le terme d'autorisations judiciaires de soins et/ou d'hébergement (AJSH).

L'établissement de santé doit alors obtenir de la Cour supérieure une autorisation de procéder malgré le refus de la personne, après avoir fait la preuve prépondérante de son inaptitude à consentir et du caractère catégorique de son refus. Cette pratique, l'AJSH, est régie depuis 1994 par l'article 16 du Code civil du Québec :

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

La recherche

Dans un premier chapitre, nous procéderons à l'analyse des 547 dossiers de cour constitués à partir de requêtes en AJSH présentées dans le district judiciaire de Montréal pour l'année 2018. La compilation de diverses données quantitatives contenues de façon récurrente dans la majorité des dossiers (identité des établissements, durée de l'audience, présence ou absence des personnes concernées, durée des prises de parole, etc.) nous permettra de tracer un portrait du déroulement des audiences et de leur conformité avec les dispositions

légales et la jurisprudence en vigueur. Elle nous permettra aussi de mesurer l'impact de certaines caractéristiques psychosociales présentes dans la population sur le risque que court une personne de faire l'objet d'une AJSH.

Dans un second chapitre, nous présenterons un portrait critique des pratiques généralement mises de l'avant par les établissements et le tribunal, ainsi que les conséquences subies par les personnes concernées. Pour ce faire, nous aurons recours aux témoignages de certaines de ces personnes ainsi qu'à ceux d'expert.es (conseiller.ères en défense de droits, avocat.es, juristes) qui se consacrent à la défense de leurs droits et au respect des dispositions légales et jurisprudentielles en vigueur.

Nous pourrions comparer nos résultats avec ceux d'une recherche ayant permis la réalisation d'un exercice semblable pour l'année 2009¹, de façon à mesurer l'évolution de la pratique des AJSH au cours de la dernière décennie. Ce travail a été effectué par Marcello Ottero et Geneviève Kristofferson-Dugré, dans le cadre d'une collaboration entre Action Autonomie et le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.

Chapitre 1: L'analyse des dossiers de Cour

Le nombre de requêtes

La procédure d'autorisation judiciaire de soins et d'hébergement entrave de façon majeure l'exercice du droit fondamental à la liberté et à l'intégrité de la personne, reconnu par la Charte des droits et libertés de la personne et par le Code civil, ainsi que le droit à consentir à un soin médical, prévu notamment par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Le recours à cette procédure devrait donc être exceptionnel et justifié par des circonstances très particulières.

Le nombre des requêtes en AJSH présentées par des établissements de santé dans le district de Montréal de la Cour supérieure du Québec fluctue, mais affiche une nette tendance à la hausse.

¹ OTTERO, Marcello et Geneviève KRISTOFFERSON-DUGRÉ, *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatriques à Montréal : Entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale*, Services aux collectivités, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Février 2012, 80 pages, [Consulté le 21 octobre 2021].

https://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/rapport_otero_dugre_ordon_soins_fev_2012.pdf

Année	Nombre
2009	338
2013	519
2017	610
2018	547

Entre 2009 et 2018, ce nombre est passé de 338 à 547, pour une augmentation de 61,83%.

On remarque par ailleurs entre les années 2009 et 2018 une hausse marquée de la proportion des AJS, une hausse plus modérée des AJH et une baisse de la proportion des AJS-AJH. Globalement, les autorisations avec hébergement sont en baisse de plus de 15% passant de 58,7% de l'ensemble des autorisations en 2009, à moins de 50% en 2018. Les établissements semblent vouloir privilégier le recours à la médication dans un contexte de rareté des places en hébergement.

Les délais avant l'audience

Toute comparution devant un tribunal implique un temps de préparation préalable à l'audience, qui permet de rassembler les éléments qui contribueront à présenter au ou à la juge une argumentation crédible, rigoureuse et convaincante. Les établissements peuvent prendre tout le temps nécessaire pour bâtir leur preuve. Ils sont les instigateurs de la requête et ne la présentent que quand ils sont prêts à le faire.

Pour des raisons probablement liées au caractère urgent de la procédure, l'article 395 du Code de procédure civile prévoit un délai particulièrement court de cinq jours entre la notification de la personne concernée et la tenue de l'audience.

Il en résulte un déséquilibre manifeste des forces en présence : du côté du demandeur, un.e psychiatre parfois assisté.e d'expert.es qui ont eu tout le temps voulu pour étayer leur demande, face à une partie défenderesse peu au fait de la procédure, représentée par un.e avocat.e qui la connaît mal et qui n'a eu que quelques heures pour préparer un dossier sommaire. Dans d'autres cas, la personne se défend seule ou est simplement absente. L'issue du procès est prévisible...

Notre compilation des dossiers de la Cour supérieure nous indique que dans la majorité des cas (66%), les personnes concernées sont officiellement informées de la requête des établissements sept jours ou moins avant la date de l'audience. Dans un cas sur 12, le délai déjà très court prévu par le Code de procédure civile n'est pas respecté et les personnes sont illégalement signifiées moins de cinq jours avant la tenue de l'audience.

La demande au tribunal d'une remise de l'audience à une date ultérieure peut permettre de pallier les courts délais de préparation entre le dépôt d'une requête et la comparution de la personne.

En 2015, la Cour d'appel rendait un important arrêt² dans lequel elle considère que le tribunal de première instance a erré en refusant d'accorder la remise demandée par l'avocate de la personne concernée :

[33] Le juge a refusé la remise essentiellement pour des motifs d'efficacité et afin d'éviter à l'avocat de l'intimé, ainsi qu'au psychiatre et aux autres préposés de l'intimé présents ce jour-là, de se présenter de nouveau à une date ultérieure. L'intention est certes louable, mais le résultat qui en découle est inacceptable.

Bien que les avocat.es que nous avons consulté.es nous mentionnent que depuis ce jugement, le tribunal est plus enclin à accorder les remises demandées par les personnes concernées, cette pratique demeure relativement rare. Seulement 71 des 547 requêtes en AJSH ont bénéficié d'une remise durant l'année 2018, soit une proportion de 13%.

La durée des audiences

Dans le même arrêt, les juges de la Cour d'appel rappellent l'importance de traiter avec attention ce type de cause :

[54] Bref, pour toute demande d'autorisation de soins présentée aux termes de l'article 16 C.c.Q. à l'égard d'un majeur inapte, une analyse soignée et rigoureuse s'impose toujours (...) alors que le fardeau de la preuve repose toujours sur la partie requérante.

La durée des audiences est un indicateur de la rigueur avec laquelle la requête d'un établissement a été traitée par le tribunal. Des audiences plus longues pourraient indiquer une tendance des tribunaux à apporter une certaine attention à la requête et à la traiter moins souvent de manière routinière et machinale.

Le tableau qui suit nous démontre que globalement, le traitement des requêtes est un peu moins expéditif aujourd'hui qu'il ne l'était en 2009. Alors que 68,2% des requêtes étaient entendues en moins d'une heure en 2009, elles ne sont plus que 47,9% en 2018. Conséquemment, les audiences d'une durée moyenne (entre 61 et 120 minutes) sont près de deux fois plus nombreuses (35,8% du total) qu'elles ne l'étaient en 2009 (19,2%). La tendance à la hausse se maintient, mais de manière moins accentuée, pour les audiences de longue durée (120 minutes et plus) : 6,9% en 2009 et 9,7% en 2018.

² **Société québécoise d'information juridique (SOQUIJ)**, *Décision F.D. contre Centre Universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria)*, Eva Sidorowicz, 2015, 500-09-025145-152, Site web de la SOQUIJ, page Services aux citoyens, Cour d'appel du Québec, Montréal, [Consulté le 21 octobre 2021].
<http://t.soquij.ca/k9A4W>

Durée	2009	2018
59 minutes et moins	68,2%	47,9%
60 à 119 minutes	19,2%	35,8%
120 minutes et plus	6,9%	9,7%
Non disponible	5,7%	6,6%
Total	100%	100%

La représentation par avocat.e

Les procédures liées aux requêtes en AJSH sont complexes et demandent une connaissance précise des dispositions légales qui s'y appliquent. La présence d'un.e avocat.e en représentation des personnes leur est essentielle pour comprendre ce processus complexe et préparer leur défense.

Il semble que la bonne pratique voulant que la personne concernée soit présente à l'audience en compagnie de son avocat.e soit en hausse, étant passée de 43,5% des cas en 2009 à 53,4% en 2018, soit une hausse de près de 25%. Le nombre de dossiers où un.e avocat.e représente seul.e la partie défenderesse décline fortement, passant de 21,3% en 2009 à 12,7% en 2018, une baisse de plus de 40%. Globalement toutefois, la proportion des audiences où un.e avocat.e est présent.e pour défendre les intérêts de la personne (avec ou sans sa présence) demeure stable autour de 65%.

Une minorité de personnes, faible, mais en légère hausse (6,2% en 2009, 8,2% en 2018), se représente sans assistance. Étant peu familières avec le fonctionnement du tribunal, il leur sera difficile de maintenir leur crédibilité devant le ou la juge, face à l'argumentation de la partie adverse.

La prise de parole par la personne

Il semble que l'on ait assisté entre 2009 et 2018, à une évolution significative quant à la participation active des personnes à leurs audiences d'AJSH. Alors qu'en 2009, la proportion des personnes ayant pris la parole ne dépassait pas 38%, cette pratique était devenue en 2018 clairement majoritaire, les personnes ayant pu intervenir dans plus de 55% des audiences.

Globalement, la proportion des audiences où la personne concernée a pris la parole recoupe la fréquence combinée des défendeur.esses présent.es et accompagné.es d'un.e avocat.e ou se représentant seul.es. On peut donc supposer que la grande majorité des personnes qui étaient présentes lors de l'audience ont eu l'occasion d'y prendre la parole.

Le témoignage de la personne défenderesse est non seulement souhaitable en principe, il est aussi requis, notamment par l'article 23 du Code civil.

La majorité (63,6%) des 308 interventions faites par les personnes concernées ont duré 14 minutes ou moins. Près de 15% ont eu une durée de cinq minutes ou moins et plus de 75% d'entre elles ne dépassaient pas 20 minutes. Si l'on tient compte du fait que la majorité des audiences dure moins de 60 minutes et que 84% d'entre elles ne dépassent pas deux heures, on peut conclure que le témoignage des personnes représente une proportion assez faible de la durée de l'audience.

Par ailleurs, plus le témoignage de la personne est prolongé, plus les chances que la requête de l'établissement ne soit accueillie que partiellement, sont élevées. Pour les personnes qui n'ont pu parler que moins de quatre minutes, la proportion d'accueils partiels n'atteint pas 10% alors qu'elle grimpe à près de 40% dans les cas où la personne a pris la parole durant 30 à 34 minutes. Paradoxalement, lorsque les interventions des personnes dépassent cette durée, les chances d'obtenir un accueil partiel ont tendance à diminuer. Dans quatre des cinq cas où la requête a été rejetée, la personne concernée a pris la parole entre 10 et 35 minutes.

L'expertise des juges

Un total de 93 juges a entendu les 516 causes pour lesquelles l'information requise était disponible. Chacun.e d'entre eux et elles a entendu une moyenne de 5,55 causes. Cette moyenne est en hausse assez marquée depuis 2009 alors que les 230 requêtes analysées cette année-là avaient été entendues par 68 juges, pour une moyenne de 3,38 causes par juge.

Malgré cela, près de la moitié des requêtes en AJSH ont été examinées par des juges qui ont entendu moins de 10 causes de ce type durant toute l'année 2018.

Nous ne mettons pas ici en question la compétence des juges concerné.es ou leur capacité à entendre et à rendre jugement sur des dossiers d'AJSH. Par contre, force nous est de constater que ce type de litige représente vraisemblablement pour la plupart d'entre eux et elles une portion marginale de leur pratique.

Les verdicts

En 2018 tout comme en 2009, la très grande majorité des requêtes présentées par les établissements ont été accueillies par la cour. Leur proportion s'établissait à 67,4% en 2009. Elle atteignait 74% en 2018.

Seulement cinq requêtes, sur un total de 547, soit moins de 1% d'entre elles, ont été rejetées par le tribunal pour toute l'année 2018. Deux de ces requêtes demandaient l'imposition de médications, deux autres demandaient l'imposition d'un hébergement et la dernière concernait les deux traitements.

Les résultats qui concernent les requêtes partiellement accueillies sont un peu plus réjouissants. Alors qu'en 2009, elles représentaient 9,6% de l'ensemble des décisions, leur proportion est passée à 19,6% du total. Dans la plupart des cas, l'accueil partiel d'une requête fait en sorte que la durée de l'autorisation est moins longue que celle demandée par l'établissement. Ce type de décision permet un suivi plus étroit par le tribunal de l'évolution de l'état de santé de la personne ainsi qu'une évaluation plus fréquente du maintien de son inaptitude à consentir

L'accueil partiel peut parfois concerner d'autres aspects de la requête. Ainsi, il peut arriver que le tribunal autorise le traitement, mais rejette l'hébergement, ou qu'il autorise une médication ayant une formulation différente de celle contenue dans la demande originale de l'établissement.

La durée des autorisations

Pour l'année 2009, les chercheurs observaient *qu'une tendance à l'allongement de la durée [des autorisations] semble s'être installée*. La réalité telle que nous l'observons pour l'année 2018 tend à indiquer que cette tendance se maintient.

La norme demeure inchangée entre 2009 et 2018. Elle consiste à accorder une grande majorité d'autorisations dont la durée varie entre 24 et 36 mois. En 2009, celles-ci totalisaient 49,1% de l'ensemble des autorisations étudiées. En 2018, leur proportion augmente pour atteindre 52,7% de l'ensemble des autorisations accordées.

Par ailleurs, on observe que la proportion des autorisations de 24 mois et moins est en légère baisse entre 2009 et 2018, passant de 42,6% à 38% de l'ensemble. Il y a donc bel et bien une légère tendance à l'allongement. Les autorisations d'une durée supérieure à 36 mois demeurent l'exception. On en observe néanmoins davantage en 2018 qu'en 2009. Leur nombre passe de 2 à 11 et leur proportion augmente sensiblement, passant de 0,1% à 2%.

Le profil des personnes

La proportion des hommes et des femmes qui font l'objet de requêtes en AJSH demeure stable entre 2009 et 2018: les hommes sont toujours majoritaires dans une proportion avoisinant 56%.

On observe cependant que la proportion de femmes augmente à mesure que s'élève l'âge des personnes concernées. Elles sont largement minoritaires dans les catégories d'âges inférieures à 40 ans. On observe une relative parité chez les personnes de 41 à 60 ans et les femmes deviennent majoritaires parmi les personnes de 61 ans et plus. Cette tendance s'observe aussi bien en 2009 qu'en 2018.

Par ailleurs, la population qui fait l'objet d'AJSH présente, à l'image de la population en général, une nette tendance au vieillissement. Chez les 55 ans et moins, seules les personnes de 41 à 45 ans ont faiblement augmenté en proportion du total. Globalement, les personnes de 55 ans et moins représentaient 70,4% du total des personnes concernées en 2009. Elles ne représentent plus que 63% du total en 2018. La représentation des personnes plus âgées (56 ans et plus) est passée de 28,3% en 2009 à 35,5% en 2017, une augmentation de plus de 25%.

Nous avons aussi fait correspondre les codes postaux des personnes concernées, tels qu'ils apparaissent aux dossiers de cour, avec la carte de défavorisation matérielle et sociale produite par l'Espace montréalais d'information sur la santé (EMIS) à l'aide des données du recensement de 2011.

Les personnes vivant dans des secteurs défavorisés matériellement et/ou socialement sont plus exposées aux AJSH que les autres Montréalais.es. Ces personnes représentent globalement 65% de la population montréalaise et reçoivent 72,9% des AJSH. Il semble que le facteur le plus déterminant soit celui de la défavorisation matérielle. La prévalence des AJSH diminue déjà significativement dans les milieux présentant un niveau de vie moyen. Le ratio d'AJSH de ces secteurs est moins élevé d'environ 30% par rapport aux milieux défavorisés matériellement, passant de 19,31 à 13,57 AJSH par 100 000 habitant.es.

Les proportions sont considérablement plus basses pour les personnes vivant dans des secteurs favorisés. Elles représentent 19,2% de la population, mais seulement 14% des personnes sous AJSH. Leur ratio est considérablement moins élevé que la moyenne, s'établissant à 11,95 AJSH par 100 000 habitant.es.

Un dénombrement des personnes itinérantes vivant sur le territoire montréalais en avril 2018 a permis de fixer leur nombre à 3149. Bien que plusieurs expert.es considèrent ce chiffre comme inférieur au nombre réel de personnes itinérantes vivant à Montréal, nous l'avons quand même comparé au nombre d'AJSH imposé à des personnes itinérantes. Le ratio est extrêmement élevé, à 2889 AJSH par 100 000 individus, soit près de trois personnes sur 100. Cette proportion est 176 fois plus élevée que celle de la moyenne montréalaise et plus de 241 fois plus élevée que celle de la population vivant dans les secteurs favorisés.

Près de la moitié (46,4%) des personnes qui se sont vu imposer une AJSH en 2018 ont aussi subi précédemment une garde en établissement. Cette donnée illustre une tendance qui semble assez courante dans l'approche de soins psychiatriques des établissements de santé montréalais et qui recoupe l'expérience vécue par des personnes qui ont eu recours aux services d'Action Autonomie au cours des dernières années. La personne est d'abord mise sous garde en établissement, après autorisation de la Cour du Québec, pour une durée qui se situe généralement entre trois et quatre semaines. Durant cette période, l'établissement lui proposera la prise de médicament. Si la personne refuse le traitement ou manifeste l'intention de ne pas le poursuivre à sa sortie de l'hôpital, l'établissement pourra la contraindre par l'obtention d'une AJSH devant la Cour supérieure, à poursuivre à long terme la prise de médication.

Un quart (26,1%) des requêtes d'AJSJH présentées par les établissements concernait des personnes qui avaient déjà subi ce type d'autorisation auparavant. Le fait que l'établissement demande un prolongement ou une reprise de l'AJSJH semble démontrer que les effets du traitement imposé n'ont pas produit les effets positifs escomptés. Si la personne continue de s'y opposer catégoriquement, il pourrait y avoir lieu de réviser le traitement plutôt que de poursuivre son administration forcée.

Chapitre 2 : L'AJSJH vue de l'intérieur

Nous avons réalisé des entrevues avec cinq avocat.es et juristes dédié.es à la défense de la volonté des personnes concernées, cinq conseiller.ères qui œuvrent pour des groupes régionaux de défense de droits en santé mentale et cinq personnes qui vivent ou ont vécu une AJSJH. Nous en profitons pour remercier chaleureusement toutes ces personnes pour leur participation.

À l'aide de leur témoignage, nous tenterons de donner une dimension plus concrète aux données chiffrées que nous avons présentées au chapitre précédent.

Nous avons choisi de ne donner la parole qu'aux personnes entourant celles à qui les traitements seraient imposés. C'est un choix réfléchi et assumé. La mission d'Action Autonomie ***vise la défense des droits des personnes vivant des problèmes de santé mentale (...) nous manifestons un préjugé favorable envers elles et véhiculons leur volonté.***

Par ailleurs, notre but n'est pas de discréditer ou de prêter de mauvaises intentions aux tribunaux ou aux établissements de santé. Nous ne prétendons pas que les situations que nous décrivons dans ce chapitre sont représentatives de celles vécues par toutes les personnes concernées. Toutefois, nos 30 ans de pratique en défense de droits en santé mentale nous permettent d'affirmer que ce type de situation apparaît de façon répétée et constante et affecte une proportion significative de ces personnes.

S'entendre avec son ou sa psychiatre ?

Tout recours à une procédure d'AJSJH devait être précédé d'un dialogue soutenu et rigoureux entre le médecin et la personne soignée pour que celle-ci comprenne la nature souvent complexe des soins qu'on se propose de lui administrer, de façon à ce qu'elle puisse, au meilleur de ses capacités, y apporter un consentement libre et éclairé. Il ne s'agit pas uniquement d'une considération morale ou éthique, mais d'une obligation légale. C'est uniquement dans ces conditions que le ou la psychiatre pourra évaluer la capacité de la personne à consentir et recevoir un éventuel refus catégorique, qui sont les deux critères essentiels à l'obtention d'une AJSJH.

Pour les personnes qui ont collaboré à notre recherche, il n'en a pas été ainsi. L'approche est marquée par l'autoritarisme, l'absence de dialogue, la mise devant un fait accompli, et parfois même une certaine forme d'hostilité :

«Je vous amène à la cour!» Pas d'explication, pas de discussion, pas d'échange, rien.

La façon dont ça fonctionne, c'est que dès que tu refuses un médicament, ils se ferment à toi. Ils vont tout de suite dans les procédures administratives.

Elle disait que je ne savais pas ce que je disais, que j'étais paranoïaque...

L'équipe soignante n'aide pas

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié récemment un cadre de référence et un modèle de protocole sur l'application des dispositions légales entourant la garde en établissement. Il y mentionne que *parce qu'il arrive souvent que les personnes mises sous garde présentent une certaine vulnérabilité (...), il convient de mettre à leur disposition des mesures adaptées susceptibles de renverser les obstacles à l'exercice de leurs droits et de leurs recours.*

Il devrait en aller de même pour les personnes qui font l'objet d'une AJSH. Pourtant, les personnes concernées ont rapidement constaté qu'elles ne recevraient pas d'aide dans leurs efforts pour comprendre le processus et tenter de se défendre.

Je ne me sentais pas appuyé par le personnel de l'hôpital. C'était comme si on n'était pas du même côté.

Les conseiller.ères en défense de droits font des constats similaires :

Le personnel est souvent condescendant et méprisant envers les personnes, même quand elles acceptent de prendre leurs médicaments. Mais quand elles refusent, l'attitude du personnel change et l'oppression augmente beaucoup. Un régime punitif s'installe.

Notre groupe donne au personnel d'un établissement une formation sur les droits et recours des personnes. Quand il est question d'AJSH, des intervenants nous disent: « Je ne donnerai pas cette information à mes patients. Je ne veux pas qu'ils se préparent, ils ont besoin de ces traitements. »

Le travail des avocat.es

De plus en plus de personnes concernées ont recours aux services d'un.e avocat.e pour les assister et les représenter lors de leur comparution. Cependant, le simple fait d'avoir retenu les services d'un.e avocat.e ne leur assure pas une représentation adéquate durant l'audience. Les personnes que nous avons interrogées sont en général assez critiques face au travail de leur avocat.e :

On dirait qu'il était surtout là pour ne pas que je dérange, pour que l'audience se déroule bien, que je ne m'interpose pas, que tout soit sous contrôle. Je ne l'avais jamais vu avant. Il ne m'a pas vraiment défendue.

On s'était parlé à l'hôpital avant l'audience, on s'était préparés, mais rien de tout ça n'est sorti à l'audience.

Bien entendu, il existe aussi des avocat.es réellement motivé.es à apporter à leurs client.es une représentation dynamique et conforme à leur volonté de ne pas être contraint.es à subir des traitements médicaux qu'ils et elles n'acceptent pas librement. L'un.e de ces avocat.es identifie deux approches distinctes dans la représentation des personnes lors des audiences en AJSH :

La vision de certains avocats (dont je suis) c'est de plaider la volonté du client. D'autres plaident l'intérêt, comme s'ils représentaient un enfant. On doit représenter sa volonté. Ils sont déjà assez nombreux à se préoccuper de son intérêt.

Des victoires cachées

On a vu précédemment que les requêtes en AJSH présentées par les établissements reçoivent presque toutes de la part du tribunal une acceptation au moins partielle. Seules cinq requêtes sur les 547 qui ont été présentées à Montréal en 2018, soit moins de 1% du total, ont été intégralement rejetées.

Il arrive dans un certain nombre de cas que l'établissement se désiste du recours qu'il a préalablement amorcé. L'audience n'aura alors jamais lieu et le dossier n'aura généralement pas de suite. Les établissements semblent préférer se désister de leur requête que de courir le risque de voir celle-ci rejetée par le tribunal. Ces victoires cachées des personnes ne sont pas très visibles dans les statistiques. Elles n'en ont pas moins évité à plusieurs d'entre elles de vivre durant des années en étant forcées de subir des traitements aux effets indésirables souvent très intenses.

Les avocat.es nous ont présenté des cas de figure qui peuvent mener à un désistement de l'établissement :

Les désistements ne sont pas en nombre significatif, mais ils ne sont pas non plus exceptionnels. Un cas type : La personne (...) est très désorganisée. On demande une remise. L'hôpital demande une ordonnance de sauvegarde qu'on conteste, mais qui est accordée. La personne prend la médication et va mieux au bout de deux ou trois mois. L'ordonnance n'est alors plus utile et l'hôpital se désiste.

Parfois la demande est carrément déraisonnable parce qu'il est clair qu'il n'y a pas de refus catégorique. On peut discuter avec l'avocat adverse. Certains sont très sensibles à ces questions et on peut convenir d'un désistement.

Quand on s'apprête à produire une contre-expertise favorable, ça mène généralement au désistement de l'hôpital.

Carte blanche à la réhospitalisation

De nombreux jugements d'AJSH autorisent non seulement la médication ou l'hébergement forcé, mais également, au besoin, la réhospitalisation de la personne, si son médecin considère que son état mental se dégrade.

L'établissement est alors entièrement maître de définir et de déterminer ce qui doit être compris par des termes tels *rechute*, *défaut de se soumettre à son plan de traitement* ou *stabilisation de sa condition*, qui sont inclus dans les jugements. Il peut donc décider, uniquement sur la base de sa perception des circonstances, sans autorisation particulière ou autre formalité, avec le concours des policiers.ères et pour une durée que lui seul détermine et qui est limitée seulement par la date de la fin de la période originalement autorisée par le tribunal, de priver la personne concernée de sa liberté en l'hospitalisant contre son gré.

Dans le contexte de la garde en établissement, la loi impose un cadre très strict aux établissements qui souhaitent priver une personne de sa liberté. Rien de tel pour les AJSH. Nul besoin de refaire la preuve de l'inaptitude à consentir ou du refus catégorique, nulle exigence de documenter les circonstances d'un éventuel défaut de se conformer au plan de traitement, aucun encadrement de la durée de l'hospitalisation forcée. Les établissements bénéficient d'une carte blanche sans réserve et sans obligation de faire valider leurs actes par le tribunal.

La question de la réhospitalisation témoigne de la nécessité d'un meilleur encadrement législatif de la pratique de l'AJSH. Si le législateur a si précisément encadré les procédures de gardes en établissement de façon à contrôler des actes susceptibles de priver des

citoyen.nes de leur liberté, on s'explique mal que des privations de libertés équivalentes ou plus graves puissent se faire sans aucun contrôle en contexte d'AJSH.

Des effets secondaires réels

Les personnes qui ont des réserves ou qui refusent les médicaments que les établissements veulent leur imposer le font le plus souvent en raison des effets secondaires que produisent les substances qui leur sont administrées.

Ces effets indésirables sont réels et rigoureusement documentés. Ils peuvent affecter autant la santé physique que l'équilibre mental, comme en témoignent des personnes concernées :

J'ai une quantité d'effets secondaires qui me pourrissent la vie, qui mettent ma santé physique en danger. J'ai pris 30kg. Je fais 120cm de tour de taille. Ça joue sur mon estime de moi-même. Ma psychiatre veut que je prenne ça à vie. Elle me dit de faire du sport pour maigrir. Je n'ai plus d'énergie ni de motivation à cause des médicaments (...) Je suis à risque de diabète, d'AVC... L'Invega Sustena augmente la prolactine dans le sang, ce qui donne de l'ostéoporose.

C'est certain qu'avec Abilify, c'est mieux que c'était, mais je le prends parce que je n'ai pas le choix. Si j'avais le choix, je ne le prendrais pas. J'ai encore des effets secondaires : agitation, éruptions cutanées...

Ces médicaments, ça tue la joie de vivre. (...), je n'ai plus d'énergie vitale (...) Avant, j'étais éloquente, j'avais de la culture. Maintenant je cherche mes mots, j'ai beaucoup moins d'acuité intellectuelle, moins envie de lire... Je n'ai plus d'imagination, de créativité comme j'avais avant. Il n'y a plus de qualité de vie... Je tue le temps avant que le temps me tue.

Ce n'est jamais vraiment fini

Au-delà du délai imposé par la cour, les personnes aux prises avec des AJSH risquent fort de subir pendant de longues années sinon pour le reste de leur vie, des contraintes qu'elles doivent accepter sous peine de voir se redéployer le processus judiciaire.

Pour les 268 personnes qui se sont fait imposer leurs conditions d'hébergement en 2018, il sera difficile, surtout pour les plus âgées, de retrouver l'autonomie nécessaire pour retourner vivre dans un logement individuel. Souvent, le milieu dans lequel elles vivent ne les y incite pas.

Plusieurs personnes ne sont pas informées du fait que la période de l'autorisation est limitée. Personne ne leur fera savoir que, la période autorisée se terminant, elles récupèrent le droit de consentir aux soins. Le traitement pourra ainsi se poursuivre indéfiniment, sans consentement libre et éclairé de la personne et sans autorisation du tribunal.

Même quand le ou la médecin accepte de ne pas demander de renouvellement, un certain niveau de menace demeure souvent :

Elle m'a dit qu'elle ne renouvelerait pas l'AJSH. Elle m'a dit «Je ne renouvelerai pas l'ordonnance, mais sachez que si ça ne va pas, je vais la redemander».

Heureusement, pour d'autres personnes, l'AJSH constitue une expérience qui se termine relativement bien :

Mon nouveau médecin est beaucoup plus à mon écoute. Il a changé complètement ma médication. Il m'a proposé un nouveau médicament en me mentionnant que ça impliquait une prise de sang par semaine durant 6 mois, que ça impliquait une prise de poids... Il m'a proposé de participer à une recherche du centre Fernand-Séguin. J'ai accepté. J'étais comme associée au traitement. J'ai connu le pire et le meilleur dans le même établissement!

La personnalité, les convictions et l'approche thérapeutique du ou de la psychiatre concerné.e et de l'équipe soignante qui l'entoure auront donc une influence certaine sur l'issue du processus. Le contexte familial et socio-économique dans lequel la personne évolue y contribuera également. Autre élément déterminant, les effets variables, primaires et secondaires, de la médication imposée sur chacune des personnes concernées prise individuellement, feront foi du succès ou de l'échec de la démarche.

Conclusion

La consultation des procès-verbaux de 547 requêtes présentées au district de Montréal de la Cour supérieure pour l'année 2018 témoigne de l'extrême difficulté pour les personnes concernées de se soustraire à la volonté des établissements qui ont décidé de les forcer à subir un traitement ou à s'établir contre leur gré dans une ressource d'hébergement.

Des constats émergent :

- Le recours aux requêtes en AJSH devient de plus en plus fréquent.
- Les moyens dont disposent les établissements pour parvenir à leurs fins sont sans commune mesure avec ceux des personnes qui tentent de s'en défendre.
- Dans presque tous les cas, les établissements auront au moins partiellement gain de cause. Quand ils perçoivent qu'ils pourraient être déboutés, ils vont souvent se désister de leur requête.
- La durée des autorisations, généralement entre 24 et 36 mois, continue de poser problème. Les effets bénéfiques du traitement devraient en toute logique se manifester au bout de quelques mois. Si ce n'est pas le cas, le traitement ne donne pas les résultats escomptés et il faudrait le réviser, ce qui n'est souvent pas fait. Des autorisations d'une si longue durée sont surtout à l'avantage des établissements en leur permettant de simplifier le suivi de l'administration de la médication à des patient.es percu.es comme non collaborant.es.
- Les personnes qui subissent des AJSH sont parmi les plus défavorisées et les plus vulnérables de la société montréalaise. Elles sont surreprésentées dans les milieux défavorisés matériellement et socialement.
- Les effets secondaires importants que les personnes évoquent souvent pour exprimer leur refus ou leurs réserves face aux médicaments sont réels et bien documentés. Plusieurs jugements d'AJSH autorisent d'ailleurs des médicaments dont la seule utilité est de contrer les effets secondaires physiques que peuvent ressentir les personnes. Mais les médicaments ont aussi souvent pour effet de briser la passion, la motivation, l'impulsion qui animent chacun.e de nous envers la réalisation de ses projets et le sentiment de réussir sa vie.
- L'approche biomédicale pratiquée dans les départements de santé mentale des établissements montréalais n'est pas intégralement mauvaise. Mais elle tend à occulter notamment les facteurs psychologiques et sociaux qui occupent une grande place dans la qualité de vie et l'équilibre émotionnel d'un individu.

Les établissements de santé et les tribunaux doivent opérer un changement de culture pour valoriser davantage le dialogue, l'ouverture et la recherche constante d'un équilibre psychique qui peut dans certains cas être perçu comme déviant de la norme. Ils doivent reconnaître que chacun.e d'entre nous, avec ses vulnérabilités, ses limitations, ses excentricités et ses choix subjectifs, bénéficie du statut de citoyen.ne et mérite le respect intégral des droits qui lui sont reconnus par les lois en vigueur.

Recommandations

- 1- Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, aux ordres professionnels concernés, à la Fédération des médecins spécialistes du Québec, au Barreau du Québec et au Conseil de la magistrature du Québec :

Développer et diffuser, en collaboration avec les groupes de défense des droits en santé mentale, des outils de formation et d'information qui permettront à toutes les intervenant.es impliqué.es dans la prestation ou l'imposition de soins en santé mentale, d'agir de façon plus conforme aux dispositions légales en vigueur en lien avec la procédure d'AJSH.

- 2- Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'Assemblée nationale du Québec:

Élaborer un cadre légal plus rigoureux pour encadrer les pratiques liées à l'AJSH.

- 3- Aux groupes québécois de défense des droits en santé mentale :

Exercer une veille sur les travaux visant la mise en place d'un tribunal spécialisé dans les causes d'agressions sexuelles et de violence conjugale, de façon à revendiquer, le cas échéant, des changements de pratiques inspirés de cette nouvelle approche de la part des tribunaux dans le traitement des requêtes liées à la santé mentale.