Action autonomie

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

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

3958 rue Dandurand, 3e étage
Montréal (Québec) H1X 1P7
514 525-5060
lecollectif@actionautonomie.qc.ca
https://www.actionautonomie.qc.ca

En couverture
Gabriel Contant (1931 -)
Sans titre, vers 1990
Collection privée

Document publié en novembre 2021

ISBN 978-2-9820489-0-4
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ), quatrième trimestre 2021

Trop souvent un abus, toujours un échec :

L'autorisation judiciaire de soins est trop souvent appliquée de façon abusive, quant à la conformité à l'esprit et à la lettre de la législation et quant au respect des droit reconnus aux personnes concernées.

Elle est toujours le résultat de l'échec de la relation thérapeutique ouverte et égalitaire qui devrait exister entre un.e soignant.e et son ou sa patient.e.

Dans le monde médical, comme ailleurs, beaucoup de personnes ont peur de la maladie. La peur amène le personnel médical à prendre de mauvaises décisions. Une réaction fréquente face à la peur est d'imposer des règles et des schémas. Ils pensent qu'en étant strict, tout ira bien.

***Lene-Marie Frosen**, 1986-2019*

Photographe professionnelle et personne ayant vécu avec l'anorexie

Table des matières

Remerciements **8**

Présentations : Action Autonomie **9**

Introduction : La liberté et l'intégrité **11**
Une exception: : L'autorisation judiciaire de soins et/ou d'hébergement 12
Les critères privilégiés 14
Le plan de soins 15
L'objet de la recherche 18

Chapitre 1 : L'analyse des dossiers de cour **19**
1 Les requêtes analysées 19
1.1 La nature des autorisations 19
1.2 Le nombre de requêtes 21
1.3 Les types de jugement 22
1.4 Les requérantsù 24
1.5 Les délais avant l'audience 27
1.6 Les demandes de remise 30
1.7 La durée des audiences 31
1.8 La représentation par avocat.e 34
1.9 La prise de parole par la personne 36
1.10 La durée du témoignage 40
1.11 La mention ou présence d'un.e curateur.trice 43
1.12 Les contre-expertises 44
1.13 Des témoins en faveur des personnes 45
1.14 Le témoignage des établissements 46
1.15 L'expertise des juges 48
1.16 Les mentions d'inaptitude à consentir et de refus catégorique 50
1.17 Les verdicts 53
1.18 Les requêtes rejetées 55
1.19 La durée de l'autorisation 61
1.20 Les médicaments et traitements imposés 63

Le profil des personnes **66**
1.21 Le sexe et l'âge 66
1.22 La défavorisation 68
1.23 Les problèmes psychosociaux 73
1.24 L'isolement social 76
1.25 Les antécédents de mesures judiciaires 79

Chapitre 2 : L'AJSH vue de l'intérieur 81
2.1 Le nombre de requêtes : Formaliser l'autoritarisme 82
2.2 S'entendre avec son ou sa psychiatre ? 83
2.3 Le personnel n'aide pas 86
2.4 Un prolongement de la garde 88
2.5 L'inaptitude du non obéissant 89
2.6 Refus catégorique et acceptation stratégique 91
2.7 Se préparer à l'audience 93
2.8 Obtenir une remise 94
2.9 La durée de l'audience 96
2.10 Le travail des avocat.es 98
2.11 L'audience telle que vécue par les personnes 101
2.12 Le Curateur public : mieux que rien 102
2.13 Les contre-expertise : Plus qu'il n'y paraît 104
2.14 Des victoires cachées 105
2.15 Pourquoi trois ans? 106
2.16 Carte blanche à la réhospitalisation 107
2.17 Spécialiser les juges? 109
2.18 Que penser des projets de jugements? 111
2.19 Cinq jours pour en appeler 112
2.20 Des effets secondaires réels 114
2.21 Ce n'est jamais vraiment fini 116

Conclusion 119

Recommandations 125

Médiagraphie 131

Remerciements

La réalisation de la présente recherche est un travail d'équipe qui a nécessité la collaboration de plusieurs personnes.

Tout.es les membres de l'équipe de travail d'Action Autonomie ont apporté une contribution significative à cette recherche par leurs commentaires et observations qui ont permis de bonifier et d'enrichir le texte, ou encore par leur support à la correction et la mise en page du rapport. Jean-François Plouffe, chargé de projets et de communications, a coordonné l'ensemble des travaux et réalisé la rédaction du document.

Merci à Audrey-Anne Dumais-Michaud, professeure à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval, qui a effectué la compilation des dossiers de la cour supérieure en vue de constituer notre banque de données.

Nous remercions également l'équipe du service du greffe civil du ministère de la Justice du Québec au Palais de justice de Montréal ainsi que son directeur par intérim, monsieur Andrei Stascu, qui nous a donné accès à leurs locaux et à toutes les informations requises pour mener à bien la présente recherche.

Merci à Emmanuelle Bernheim, professeure à la Faculté de droit civil de l'Université d'Ottawa ainsi qu'à Nicole Cloutier, coordonnatrice d'Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal pour la relecture du manuscrit et pour la pertinence de leurs commentaires.

Des remerciements chaleureux vont également aux 15 personnes concernées, conseiller.ères en défense de droit, avocat.es et juristes qui nous ont consacré leur temps et ont accepté de partager avec nous leur expérience et leur vision de l'autorisation judiciaire de soins et d'hébergement. Les citations qu'on retrouve tout au long du texte proviennent des entrevues qu'ils et elles nous ont accordées.

Merci enfin à tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.

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

Présentation : Action Autonomie

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. Notre approche s'appuie sur le principe de la primauté de la personne. Nos démarches s'effectuent dans un rapport d'aide et non d'autorité. Nous favorisons la prise en charge de la personne par elle-même, nous accordons toute la crédibilité voulue à sa parole et nous mettons en avant l'expression de sa volonté.

Dans le cadre de ses activités régulières d'aide et d'accompagnement, Action Autonomie soutient les démarches de personnes de façon à assurer le respect de leurs droits fondamentaux devant des professionnel.les du réseau de la santé et des services sociaux, devant certains titulaires de charges publiques et devant le système judiciaire. Chaque année, des centaines de personnes qui s'estiment lésées dans leurs droits communiquent avec l'organisme. 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 (AJSH), ce qui nous a permis de cumuler une connaissance précise de la législation qui encadre cette démarche et des irrégularités qui affectent les droits reconnus aux personnes.

La mission d'Action Autonomie comporte par ailleurs un important volet de défense collective de droits. Appuyé.es par l'équipe de travail, nos membres font pression en faveur d'une application plus stricte des lois en vigueur. La présente recherche veut constituer un outil nouveau pour nous permettre collectivement de mieux structurer notre argumentaire et nos revendications en lien avec la pratique de l'AJSH.

Des exercices semblables ont aussi été réalisés à plusieurs reprises au cours des 20 dernières années sur l'application des dispositions liées à la garde en établissement, notamment la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ c P-38,001). Nous réclamons également l'abolition des mesures d'isolement et de contention physique et chimique en milieu psychiatrique.

Action Autonomie mobilise ses membres et sympathisant.es pour intervenir dans l'espace public autour de nombreux autres dossiers, parmi lesquels :

- L'opposition à l'utilisation des électrochocs;
- L'opposition à la sectorisation des services, qui brime le droit des personnes de choisir leur établissement de santé;
- La dénonciation de pratiques déshumanisantes et traumatisantes ayant cours dans les milieux de la psychiatrie;
- Les interventions policières auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale;
- La lutte contre la pauvreté et en faveur de bonifications à l'aide sociale;
- Les conditions de vie des femmes;
- Les conditions de logement et d'hébergement en santé mentale et l'itinérance.

Nous plaidons aussi en faveur d'une plus large adhésion du milieu de la santé mentale à des approches alternatives à la médication, qui respectent les droits fondamentaux des personnes utilisatrices de services et qui contribuent souvent à l'amélioration de leur état de santé.

Introduction : La liberté et l'intégrité

À moins, par exemple, qu'elle n'ait été trouvée coupable d'un délit criminel passible d'une peine d'emprisonnement, toute personne vivant sur le territoire du Québec bénéficie du plein exercice du droit fondamental à la liberté de sa personne. Toute personne bénéficie aussi du droit à l'intégrité de sa personne, c'est-à-dire le droit de ne pas altérer sans son consentement l'état de sa personne.

Adoptée en juin 1975 et entrée en vigueur un an plus tard, la Charte des droits et libertés de la personne a préséance sur toutes les autres lois adoptées par l'Assemblée nationale. Son article 52 prévoit en effet que

> *Aucune disposition d'une loi, même postérieure à la Charte, ne peut déroger aux articles 1 à 38, sauf dans la mesure prévue par ces articles, à moins que cette loi n'énonce expressément que cette disposition s'applique malgré la Charte.*

La Charte prévoit dès son article 1 que

> *Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.*
>
> *Il possède également la personnalité juridique.*

Le Code civil du Québec prévoit quant à lui dans son article 10 que

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

Dans son article 10, la Charte prévoit que l'exercice des droits fondamentaux ne peut être entravé par des distinctions ou préférences de nature discriminatoire. Parmi les 13 motifs de discrimination (âge, condition sociale, origine ethnique ou nationale, etc.) identifiés par la Charte se trouve le motif du handicap, qui est défini par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse comme *un désavantage, réel ou présumé, qui vous limite physiquement, mentalement ou psychologiquement*[1].

[1] **Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)**, *Handicap*, site de la CDPDJ, Montréal, Québec, s.d., [Consulté le 21 octobre 2021]. http://www.cdpdj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/motifs/Pages/handicap.aspx

L'état mental d'une personne, ou toute limitation, anomalie, ou *problème de santé* qui peut y être rattaché est donc considéré par la Charte comme un handicap et devient du même coup un motif de discrimination interdit.

Il découle de ce qui précède une règle générale voulant que nul ne peut être privé de sa liberté ou subir sans son consentement une atteinte à son intégrité pour un motif découlant de son état de santé mentale.

Une exception : 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).

Règle générale, comme on l'a vu plus haut, le Code civil prévoit qu'on ne peut porter atteinte à l'intégrité d'une personne sans son consentement libre et éclairé.

En matière de soins de santé, l'article 9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ ch. S-4.2) est encore plus précis :

> *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.*
>
> *Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.*

La loi prévoit donc des circonstances exceptionnelles où une personne n'a pas l'aptitude à donner son consentement à des soins requis par son état de santé. Constatant cette inaptitude, les soignant.es se tourneront alors vers un.e proche de la personne concernée (conjoint.e, enfant ou autre membre la famille, tuteur.trice ou curateur.trice) pour obtenir de sa part un consentement substitué. Le ou la représentant.e, après avoir consulté la personne concernée, consentira ou non au traitement, dans le respect de ce qu'il ou elle perçoit comme étant son meilleur intérêt.

Or, il peut se produire des circonstances encore plus exceptionnelles où une personne refuse catégoriquement un traitement (le plus souvent une médication ou un hébergement de longue durée) tout en étant considérée, à tort ou à raison, par le médecin qui le lui propose comme inapte à y consentir, ou encore que la personne dépositaire du consentement substitué refuse le traitement pour des raisons considérées comme injustifiées. 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[2] de son inaptitude à consentir et du caractère catégorique de son refus. Cette pratique, que nous nommerons autorisation judiciaire de soins et/ou d'hébergement (AJSH) est régie depuis 1994 par l'article 16 du Code civil :

> *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 pratique de l'AJSH devrait également reposer sur une application rigoureuse des dispositions des articles 12 et 23 du Code civil :

> *12. Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.*
>
> *S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.*
>
> *23. Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins ou à l'aliénation d'une partie du corps prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.*
>
> *Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus.*

[2] La prépondérance est atteinte lorsqu'on convainc le juge que l'existence d'un fait est plus probable que son inexistence. Concrètement, le juge doit être convaincu à 50% + 1 de l'existence du fait. Dans les affaires civiles, le degré de preuve à atteindre pour obtenir le résultat souhaité est la prépondérance.
Éducaloi, Lexique, Site d'Éducaloi, Montréal, Québec, s.d. [Consulté le 13 avril 2021].
https://www.educaloi.qc.ca/lexique/P

L'AJSH est souvent appelée *ordonnance de traitement*. Cette appellation est fautive dans la mesure où l'effet premier du jugement de la Cour n'est pas d'ordonner à la personne de se soumettre au traitement. Il accorde plutôt sur une base exceptionnelle l'autorisation à l'établissement d'imposer un soin à une personne dans les circonstances prévues à l'article 16 du Code civil.

Les critères privilégiés

a) Le refus catégorique

L'établissement doit d'abord faire la preuve que la personne concernée refuse catégoriquement le traitement, qu'elle s'y oppose de façon ferme et déterminée. Pour que cette opposition apparaisse, il faut qu'une discussion approfondie sur le traitement ait eu lieu entre la personne et le médecin.

Si, au terme de cette discussion, la personne maintient son refus catégorique de recevoir le traitement, les soignant.es ne peuvent procéder. Ils et elles doivent obtenir l'autorisation préalable du tribunal pour passer outre au refus. L'autorisation est requise même si la personne est considérée par le ou la médecin comme inapte à consentir.

Par ailleurs, le refus catégorique doit être réel. Le fait de poser des questions, d'avoir des réserves ou des objections ou d'éprouver un malaise face à un traitement ne signifie pas nécessairement que la personne s'y oppose catégoriquement. Si le refus n'est pas catégorique, l'intervention du tribunal n'est pas requise[3]. La discussion doit se poursuivre entre la personne concernée et son médecin. Ainsi, la preuve du refus catégorique, dont le fardeau incombe à l'établissement, doit être présentée de façon prépondérante[4] devant le tribunal.

b) L'inaptitude à consentir

Dès son article 4, le Code civil du Québec prévoit que *Toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils.*

En présence d'un refus catégorique des soins proposés à la personne, il revient à l'établissement demandeur de démontrer au tribunal l'inaptitude de cette personne à consentir aux soins qui lui sont proposés.

---

[3] *Décision F.D. contre Centre Universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria),* paragraphe 54.

[4] **Code civil du Québec**, article 2804 : *La preuve qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence est suffisante, à moins que la loi n'exige une preuve plus convaincante.*

Quelle que soit la gravité de l'état mental altéré d'un.e patient.e, le personnel médical n'est pas autorisé, sauf dans les cas prévus par la loi, à lui prodiguer des soins auxquels lui ou elle-même ou l'un.e de ses proches n'aurait pas consenti. Si les soignant.es considèrent que son état mental présente un danger pour lui ou elle-même ou pour autrui, il est possible de le ou la garder contre son gré, après autorisation du tribunal, sous le contrôle de l'établissement,[5] mais cette privation de liberté ne dispense pas l'établissement d'obtenir le consentement requis pour lui prodiguer des soins.

Il est d'ailleurs à noter que le fait qu'une personne soit couverte par un régime de protection (curatelle, tutelle ou conseil au majeur) ne la rend généralement pas inapte à consentir aux soins.

L'établissement demandeur a donc le fardeau de convaincre le tribunal de l'inaptitude de la personne à consentir aux soins qu'il compte lui prodiguer.

Pour arriver à faire cette démonstration, la jurisprudence[6] propose un test inspiré des paragraphes 2a et 2b de l'article 52 du Hospital's Act de la Nouvelle-Écosse :

1- La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
2- La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
3- La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement, si elle le subit ?
4- La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
5- La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie ?

Une réponse négative à l'une des quatre premières questions et une réponse positive à la cinquième renforcent la preuve de l'inaptitude de la personne à consentir.

Le plan de soins

Des preuves solidement documentées de refus catégorique et d'inaptitude à consentir ne suffisent pas à l'obtention d'une AJSH. Dans un arrêt rendu en juillet 2015[7], la Cour d'appel du Québec propose une grille d'analyse du plan de soins qui vient guider la réflexion du juge de première instance :

Après avoir reçu la preuve de l'inaptitude à consentir et du refus catégorique, le ou la juge doit contrôler la légalité du plan de soins qui est proposé selon les critères énoncés à l'article 12 du Code civil. *Il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère* [le tout,]

[5] Cette procédure est régie par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ ch. P-38,001)
[6] *Institut Philippe Pinel c. A.G.,* 17 octobre 1994 Dossier No 500-08-000021-933.
[7] F.D. c. CUSM (Hôpital Royal Victoria) 2015 QCCA 1139, paragraphe 54.

dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.

Le jugement mentionne que c*elà ne signifie pas, évidemment, que le juge ou le tribunal « joue au docteur ». Son rôle n'est pas d'identifier quels seraient les soins que la personne devrait recevoir (…) [mais il doit] questionner les divers intervenants et obtenir les réponses destinées à l'éclairer.*

Une fois que le ou la juge a obtenu des réponses qui le ou la convainquent que les soins proposés seraient bénéfiques à la personne, il ou elle doit encore obtenir des réponses précises aux questions suivantes :

a) Les soins sont-ils requis et, le cas échéant, décrits avec suffisamment de précision?

- L'ordonnance recherchée doit viser des soins effectivement requis (et non ceux qui pourraient l'être)[8] :
  - dans le seul intérêt de cette personne;
  - en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester;
  - et qui sont opportuns dans les circonstances.
- La « commodité pour le milieu médical ou hospitalier » n'est pas un critère pertinent, malgré toutes les contraintes avec lesquelles il doit composer, le cas échéant[9].
- Le caractère coercitif d'une telle ordonnance nécessite d'en fixer les paramètres : ainsi, l'ordonnance ne peut pas être rédigée ni largement ni de façon imprécise[10].

b) **Les effets bénéfiques à tirer de ces soins dépassent-ils leurs effets néfastes?**

- Quels sont les effets bénéfiques?
- Quels sont les risques liés aux soins proposés?
- Les risques sont-ils hors de proportion avec les effets bénéfiques qu'on en espère?
- Les soins sont-ils opportuns dans ces circonstances?

[8] *M.B.* c. *Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur*, J.E. 2004-593 (C.A.), [2004] R.J.Q. 792 (C.A.), requête pour autorisation de pourvoi à la Cour suprême rejetée (C.S. Can., 2004-10-07), 30304; *Luyet* c. *P.L.*, 2014 QCCS 4561; *Centre Hospitalier Universitaire Sherbrooke – Hôtel-Dieu* c. *L.D.*, 2008 QCCS 4073; *Centre Hospitalier Universitaire Sherbrooke – Hôtel-Dieu* c. *L.D.*, 2008 QCCS 5953.

[9] *Luyet* c. *P.L.*, 2014 QCCS 4561; *Centre Hospitalier Universitaire Sherbrooke – Hôtel-Dieu* c. *L.D.*, 2008 QCCS 5953.

[10] *Québec (Curateur public)* c. *Institut Philippe-Pinel de Montréal*, 2008 QCCA 286.

c) Quelle devrait être la durée de l'ordonnance, le cas échéant?

- Le juge doit analyser les facteurs présentés au soutien de la durée, même en l'absence de contestation ou de contre-expertise, et n'accorder l'ordonnance que pour la période suffisante pour s'assurer que le traitement produise les effets bénéfiques escomptés[11].
- Une ordonnance de soins ne doit pas avoir une durée indéterminée, à supposer même que la preuve révèle que l'état va nécessairement perdurer[12].
- Au-delà de l'autorisation d'administrer le plan de soins et de sa durée, y a-t-il d'autres conclusions recherchées? Si oui, peut-on et doit-on les accorder dans les circonstances, telles que rédigées ou modifiées, après amendement[13]?

En général, l'essentiel de l'argumentation des établissements concerne le plan de soins, une matière qui correspond à leur expertise. Loin de «jouer au docteur», les juges de la Cour Supérieure accueillent le plus souvent les conclusions de l'établissement sans trop chercher à les remettre en question.

Comme on le constate, l'ampleur de la preuve que doit présenter un établissement à l'appui d'une demande d'autorisation judiciaire de soins et d'hébergement n'a rien d'une formalité. Comme on le verra plus loin, plusieurs de ces demandes sont entendues et jugées en quelques minutes, hors de la présence de la personne défenderesse ou de son avocate, sans que la personne concernée ait pu prendre la parole, ou après qu'elle ait pu s'exprimer durant une période de temps très limitée.

[11] Ibid.

[12] *Québec (Curateur public)* c. *Centre de santé et de services sociaux de Laval*, 2008 QCCA 833.

[13] *McGill University Health Centre* c. *A*, 2007 QCCA 208; *Hôpital Maisonneuve-Rosemont* c. *A*, 2007 QCCA 207; *McGill University Health Centre* c. *H.M.*, 2006 QCCA 951.

L’objet de la recherche

La présente recherche vise, d’une part à documenter dans quelle mesure les dispositions légales pertinentes sont adéquatement appliquées par les établissements de santé et les tribunaux et d’autre part à illustrer comment l’imposition des AJSH est vécue par les personnes qui les subissent et par celles qui tentent de les accompagner dans ce processus.

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.

Nous pourrons comparer nos résultats avec ceux d’une recherche ayant permis la réalisation d’un exercice semblable pour l’année 2009[14], 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.

Nos données portant sur l’année 2018 proviennent du service du greffe civil du ministère de la Justice du Québec au Palais de justice de Montréal et ont été compilées entre novembre 2019 et mai 2020.

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 ces personnes ainsi qu’à ceux et 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. Ces témoignages ont été obtenus au cours d’entrevues individuelles ou de groupe, en personne ou par visioconférence, ou encore par l’administration d’un questionnaire écrit.

Le tout sera suivi d’une conclusion générale et de recommandations visant à amender les pratiques en faveur d’un meilleur respect des droits des personnes concernées et du cadre légal qui balise l’application des AJSH.

[14] **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, février 2012, 80 pages.

Chapitre 1 : L'analyse des dossiers de cour

1. Les requêtes analysées

Le nombre de recours à la procédure d'AJSH a considérablement augmenté entre 2009 et 2018. Pour l'analyse des données des 338 requêtes présentées durant l'année 2009[15], les chercheur.es ont choisi de se concentrer uniquement sur les demandes présentées au tribunal par des hôpitaux. Il et elle ont donc retiré 48 dossiers qui avaient été présentés par des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), ce qui ramenait le nombre de dossiers analysés à 290. Les chercheurs ont constitué à partir de ces 290 dossiers un corpus final de 230 dossiers, les autres étant difficiles d'accès ou introuvables.

En 2018, le nombre total de requêtes est passé à 547. Nous avons choisi d'analyser l'ensemble de ces 547 requêtes, même si un petit nombre d'entre elles ne concernait pas des cas liés à la santé mentale ou ne concernait pas des adultes. Ce sont donc 532 des 547 requêtes en AJSH présentées dans le district judiciaire de Montréal, soit 97,26% de l'ensemble, qui concernaient des situations liées à la santé mentale de personnes adultes.

Tous les dossiers de cour que nous avons consultés n'étaient pas constitués de manière uniforme. Chacun ne contenait pas nécessairement l'ensemble des données que nous voulions compiler. C'est ce qui explique que le nombre de données manquantes peut varier d'un tableau à l'autre.

1.1 La nature des autorisations

Nous avons compilé les données de façon à distinguer les jugements relatifs aux AJS, de ceux qui concernent les AJH et de ceux qui autorisent simultanément les deux traitements (AJS-AJH).

Comme on l'a évoqué plus haut, l'AJS a pour but de contraindre la personne concernée à subir un traitement médical sans son consentement et malgré son refus. Le traitement imposé consiste la plupart du temps en la prise d'une ou d'un ensemble de médications utilisées en psychiatrie. La personne doit se présenter à intervalles réguliers, souvent mensuellement, dans les locaux de l'établissement pour obtenir sa dose de médication, qui est fréquemment administrée au moyen d'une injection intramusculaire. Tout manquement à se présenter au moment prévu peut entraîner une intervention policière. Ce type de médication comporte de nombreux effets secondaires (tremblements, prise de poids, apathie, difficultés d'élocution, etc.) dont l'intensité varie d'un individu à l'autre.

[15] Ottero et Kristofferson-Dugré, p. 6.

L'AJH consiste à imposer à une personne de vivre dans un milieu d'hébergement choisi par l'établissement. Il s'agit souvent d'une ressource de type familial ou d'une ressource intermédiaire, dont la gestion est sous-traitée à des intérêts privés par les Instituts universitaires en santé mentale qui en assument la responsabilité. La personne doit s'adapter aux règles de fonctionnement de la ressource, qui sont déterminées par chaque gestionnaire. Une AJH peut aussi bien être imposée à une personne âgée en perte d'autonomie qui ne souhaite pas quitter son milieu de vie, qu'à une personne porteuse de diagnostics en santé mentale qui serait considérée inapte à subvenir par elle-même à ses besoins quotidiens.

La vie en ressource d'hébergement peut impliquer plusieurs contraintes qui entravent la liberté des personnes et limitent leur autonomie : repas à heures fixes, couvre-feu, quantité limitée d'argent de poche, contrôle sur la provenance, la fréquence, le nombre et la durée des visites de personnes de l'extérieur, etc.

L'AJS-AJH combine les autorisations de traitement et d'hébergement et additionne les contraintes qui leur sont liées. C'est la mesure la plus privative de liberté.

Un grand nombre de jugements en AJSH permettent par ailleurs aux établissements d'hospitaliser la personne concernée sans son consentement, sans autorisation particulière du tribunal et pour une durée le plus souvent indéterminée (sinon par la durée de l'autorisation elle-même), si le médecin traitant considère que l'état mental de la personne s'est détérioré.

Il est pratiquement impossible d'en appeler ou de contester un jugement d'AJSH. La loi accorde à la personne un très court délai de cinq jours pour porter le jugement devant la Cour d'appel. La requête doit porter sur des points de droit ou sur des erreurs de fait. De telles démarches doivent être effectuées par avec le soutien d'un.e avocat.e. Dans la grande majorité des cas, les avocate.es de l'aide juridique n'ont pas le temps ni les ressources nécessaires pour porter ce type de cause en appel. Les cabinets privés, les accepteront également très rarement, soit parce qu'ils n'ont pas représenté la personne en première instance, soit parce qu'ils jugent trop faibles les probabilités de succès de la requête.

Cependant, comme nous l'avons dit plus haut, l'AJSH n'a pas pour but premier d'ordonner à la personne de suivre le traitement. Elle autorise l'établissement à l'administrer sans le consentement de la personne et malgré son refus. Ayant souvent, comme nous le verrons plus loin, rédigé lui-même le projet de jugement soumis au tribunal, l'établissement a donc le plus souvent, la marge de manœuvre nécessaire pour ajuster le traitement selon ce qu'il perçoit comme requis, ou même d'y mettre fin à tout moment. Il en résulte que la personne concernée a la possibilité de négocier avec son ou sa psychiatre, par exemple, une baisse de dose ou un médicament de substitution pour atténuer les effets secondaires. Dans tous les cas et pour toute la durée de l'autorisation et tenant compte des balises qu'elle pourrait fixer, la décision finale sera celle du médecin.

1.2 Le nombre de requêtes

Comme on l'a vu en introduction, 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, reconnus par la Charte des droits et par le Code civil, ainsi que le droit à consentir à un soin médical, prévu 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.

La notion d'exception est par nature subjective. À partir de quel seuil une occurrence cesse-t-elle d'être exceptionnelle pour devenir rare, peu fréquente, courante ou habituelle? La réponse est certainement matière à débat. S'il nous est actuellement impossible de trancher objectivement cette question, nous avons quand même la possibilité de mesurer la progression du recours à l'AJS durant la période de temps écoulée entre nos deux recherches, soit entre les années 2009 et 2018.

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

Afin de diminuer la probabilité que les années 2009 et 2018 aient été des années où le nombre de requêtes présentées serait exceptionnellement bas ou particulièrement élevé, nous avons demandé au service du greffe civil du Palais de justice de Montréal, le nombre de requêtes présentées pour l'année 2013 équidistante de chacune des deux années étudiées. Ce nombre s'élève à 519. Nous disposons aussi du nombre de requêtes pour l'année 2017, qui est de 610.

On observe donc plus clairement les fluctuations du nombre de requêtes.

Tableau 1.2
Nombre de requêtes en AJSH présentées, 2009, 2013, 2017, 2018

Année	Nombre	Variation vs 2009		Variation vs 2013		Variation vs 2017	
		n	%	n	%	n	%
2009	338	--	--	--	--	--	--
2013	519	+ 181	+ 53,6	--	--	--	--
2017	610	+ 272	+ 80,47	+ 91	+ 17,53	--	--
2018	547	+ 209	+ 62	+ 29	+ 5,39	- 63	- 10,33

La tendance à l'augmentation du nombre de requêtes semble être plus marquée au début de la période étudiée et amorce ensuite un ralentissement à partir de 2013. Le nombre augmente de 53,6% durant la période de quatre années s'étendant de 2009 à 2013, alors que les quatre années suivantes donnent lieu à une augmentation plus modeste de 17,53%.

On assiste entre 2017 et 2018 à une baisse significative du nombre des requêtes, qui passe de 610 à 547, pour une diminution de 10,33%. Il est trop tôt pour déterminer si nous assistons à une tendance durable au plafonnement ou à la baisse du nombre de requêtes en AJSH présentées par les établissements montréalais. Cependant, il n'est pas impossible que le ralentissement de la croissance du nombre de requêtes après 2017 soit lié à une importante décision de la Cour d'appel du Québec, F.D. contre le Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria)[16], que nous avons déjà citée et à laquelle nous ferons fréquemment référence au cours de la présente recherche. Cet arrêt invalide un jugement d'AJSH de la Cour supérieure et apporte d'importantes précisions sur la nature de la preuve que les établissements doivent présenter à l'appui de leurs requêtes.

1.3 Les types de jugement

Comme on l'a vu plus haut, les trois types principaux de requêtes présentés par les établissements visent à contraindre les personnes à consommer des médicaments (AJS), à vivre dans une ressource d'hébergement (AJH) ou une combinaison des deux (AJS-AJH). Le tableau suivant montre l'évolution du recours à chacun des trois types de requêtes entre 2009 et 2018.

Tableau 1.3[17]
Ventilation par type de jugements, 2009, 2018

Type de jugement	2009		2018	
	N	%	N	%
AJS	68	29,6	247	45,2
AJH	30	13	80	14,6
AJS-AJH	105	45,7	188	34,4
Sous total Autorisations avec hébergement	**135**	**58,7**	**268**	**49**
Requêtes retirées, données manquantes, etc.	27	11,7	32	5,9
Total	**230**	**100**	**547**	**100**

[16] *F.D. c. CUSM (Hôpital Royal Victoria),* 2ù015 QCCA 1139.
[17] Nous n'avons pas utilisé d'algorithme pour assurer que les additions de pourcentages arrivent systématiquement à 100% pour contrer l'effet de l'arrondissement des valeurs. Dans certains tableaux, on trouvera un très léger écart.

On remarque 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. On pourrait poser l'hypothèse que la baisse du recours à ce type d'autorisation soit liée à la baisse de la disponibilité des places en ressources d'hébergement, suite aux importantes rationalisations qui ont eu cours depuis le début des années 2000 dans le réseau de la santé et des services sociaux.

En janvier 2020, près de 3000 personnes âgées étaient en attente d'une place en CHSLD[18]. Dans les ressources d'hébergement intermédiaires et de type familial, qui sont notamment accessibles aux personnes présentant des problèmes de santé mentale une étude a évalué à 582 le nombre de postes non comblés dans les ressources d'hébergement uniquement sur le territoire de l'île de Montréal[19].

Plus largement, l'Institut de recherche et d'information socio-économique estimait en janvier 2017 que la croissance des budgets québécois en santé et services sociaux avait chuté de 63%, passant de 6% entre 2003 et 2011 à 2% depuis cette date. Il en est résulté une perte de revenu de près d'un milliard de dollars par année entre 2012 et 2017[20]. À cela s'ajoute la baisse des transferts fédéraux en santé qui pourraient priver le Québec de 14 milliards $ entre 2017 et 2027[21].

S'il faut malgré tout se réjouir que le recours à ce type de décision soit en baisse et souhaiter que cette tendance se maintienne et s'accélère dans les années à venir, on peut craindre que la médication forcée soit de plus en plus utilisée pour compenser la rareté des places en ressources d'hébergement. L'augmentation de la proportion des requêtes en AJS jumelée à la forte progression du nombre total des requêtes entre 2009 et 2018 témoigne du fait que la culture autoritariste, héritée de l'époque des asiles d'aliénés, est encore bien présente dans le réseau montréalais de la psychiatrie.

---

18 **ARCHAMBAULT Héloise**, *Bond de 20% dans les listes d'attentes des CHSLD*, Journal de Montréal, site de TVA nouvelles, Montréal, Québec, 30 janvier 2020, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.tvanouvelles.ca/2020/01/30/bond-de-20-dans-les-listes-dattente-des-chsld

19 **TESSIER, Charles**, *Portrait de la pénurie de personnel dans les ressources intermédiaires d'hébergement au Québec*, Association des ressources conseil, TACT Intelligence conseil, décembre 2018, 15 pages, [Consulté le 22 octobre 2021].
https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2019/03/Rapport-analyse-enquete-penurie.pdf

20 **HÉBERT, Guillaume**, *État de la contre-révolution Barrette en santé*, Institut de recherche et d'information socioéconomique (IRIS), Montréal, Québec, 6 janvier 2017, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://iris-recherche.qc.ca/blogue/etat-de-la-contre-revolution-barrette-en-sante

21 **Presse Canadienne,** *La ministre McCann réclame plus de transferts fédéraux en santé* in Le Devoir, Montréal, Québec, 8 mars 2019, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.ledevoir.com/politique/quebec/549470/la-ministre-mccann-reclame-plus-de-transferts-federaux-en-sante

1.4 Les requérants

Rappelons que pour l'année 2009, les chercheurs ont choisi de se concentrer uniquement sur les demandes présentées au tribunal par des hôpitaux. Ils ont donc retiré 48 dossiers qui avaient été présentés par des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui s'ajoutent à 60 dossiers introuvables ou difficiles d'accès.

En 2015, l'adoption de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* a fait en sorte que, sauf exception, tous les établissements de santé montréalais ont été fusionnés au sein de cinq Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). La réforme complexifie la comparaison des établissements tels qu'ils existaient en 2009 et tels qu'ils existent aujourd'hui. C'est particulièrement vrai dans le cas de l'hôpital Notre-Dame qui était intégré au CHUM en 2009 avant d'être transféré au CIUSSS du Centre-Sud en 2017.

Dans le tableau qui suit, nous avons regroupé le CHUM et le CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal afin de pouvoir comparer les mêmes centres hospitaliers. En 2009, le CHUM regroupait l'hôpital Saint-Luc, l'Hôtel-Dieu de Montréal (aujourd'hui fermés et intégrés au nouveau CHUM) et l'hôpital Notre-Dame. En 2018, le seul département de psychiatrie du CIUSSS du Centre-Sud se trouvait à l'hôpital Notre-Dame. Les cas d'urgence liés à la psychiatrie qui se présentent à l'hôpital de Verdun sont habituellement transférés à l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas, qui relève du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île et situé à proximité. On peut donc tenir pour acquis que la quasi-totalité des requêtes d'AJSH provenant du CIUSSS du Centre-Sud avait été présentée par l'hôpital Notre-Dame.

Les données disponibles nous permettent de dresser le tableau suivant :

Tableau 1.4.1
Requérants 2009, 2018

Requérants	2009		2018	
	N	%	N	%
Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et CIUSSS du Centre-Sud de l'île de Montréal [22]	72	31,3	100	18,3
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	14	6,1	50	9,1
Institut Douglas	40	17,4	--	--
St-Mary	10	4,3	--	--
Lakeshore[23]	--	--	--	--
CIUSSS de l'Ouest de l'île	50	21,7	121	22,1
Général juif	5	2,2	--	--
CIUSSS du Centre-Ouest	5	2,2	56	10,2
Fleury	6	2,6	--	--
Jean-Talon	9	3,9	--	--
Sacré-Cœur	8	3,5	--	--
CIUSSS du Nord-de-l'île	23	10	79	14,4
Louis-H.- Lafontaine	36	15,7	--	--
Maisonneuve-Rosemont	17	7,4	--	--
CIUSSS de l'Est de l'île	53	23	103	18,8
Institut Pinel	11	4,8	19	3,5
Sainte-Justine	--	--	7	1,3
Autres / indéterminés	2	0,9	12	2,2
Total	**230**	**100**	**547**	**100**

La comparaison des données de 2009 et 2018 démontre que le recours à l'AJSH est devenu une pratique plus courante dans plusieurs établissements montréalais. La proportion des requêtes présentées par les «gros demandeurs» de 2009, l'Institut Douglas / CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal / CIUSSS

[22] En 2018, le CHUM a présenté 38 requêtes en AJSH et le CIUSSS du Centre-Sud en a présenté 62.
[23] Ottero et Kristofferson-Dugré ne mentionnent pas l'hôpital du Lakeshore. Voir :
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

de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, est demeurée équivalente ou a légèrement baissé. Au CHUM / CIUSSS Centre-Sud, la proportion a baissé plus significativement. Par contre, les établissements pour qui ce recours était plus rarement utilisé en 2009 en ont demandé davantage en 2018. C'est particulièrement le cas de l'hôpital Juif / CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qui a présenté une proportion cinq fois supérieure (2,2% du total des demandes en 2009, et 10,24% en 2018). Le nombre des requêtes présentées par cet établissement, qui contient le seul département de psychiatrie du CIUSSS du Centre-Ouest, a bondi de 5 en 2009 à 56 en 2018. Les établissements du CIUSSS du Nord de l'Île (l'hôpital Fleury n'offre plus de services en psychiatrie) ont eux aussi sensiblement augmenté la proportion de leurs requêtes, passant de 10% à 14,4% du total des requêtes, soit une augmentation de plus de 40%.

Ces variations démontrent que le recours à l'AJSH devient une pratique de plus en plus courante dans l'ensemble des milieux de soins montréalais en psychiatrie.

Les données de 2018 nous permettent de dresser un second tableau, ventilé par catégorie de jugement.

Tableau 1.4.2
Requérants selon la catégorie de jugement, 2018

Établissement requérant en fonction du type d'autorisation										
Établissements requérants	**Type ordonnance**								**Total**	
	AJS		**AJH**		**AJS-AJH**		**NSP**			
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
CIUSSS Centre-Sud	17	27,4	10	16,1	32	51,6	3	4,8	62	100
CIUSSS Est	51	49	16	15,4	34	32,6	3	2,9	104	100
CIUSSS Nord	44	55,7	3	3,8	27	34,2	5	6,3	79	100
CIUSSS Centre-Ouest	19	33,9	11	19,6	20	35,7	6	10,7	56	100
CIUSSS Ouest	52	43	20	16,5	42	34,7	7	5,8	121	100
CHUM	14	36,8	10	26,3	12	31,6	2	5,3	38	100
CUSM	27	54	9	18	13	26	1	2	50	100
IPPM	11	57,9	0	0	8	42,1	0	0	19	100
NSP	4	40	1	1	0	0	5	50	10	100
CHU Ste-Justine	7	100	0	0	0	0	0	0	7	100
Autre	1	50	0	0	0	0	1	50	2	100
Total	**247**	**45,2**	**80**	**14,6**	**188**	**34,4**	**32**[24]	**5,9**	**547**	**100**

[24] Requêtes incomplètes, retirées, etc.

On constate que les deux plus importants demandeurs pour toutes les catégories de jugements demeurent les deux CIUSSS auxquels sont rattachés des Instituts universitaires en santé mentale, soient ceux de l'Est et de l'Ouest de l'Île. Cela pourrait s'expliquer en partie par le mandat de surspécialisation confié aux instituts dans certains domaines de la santé mentale, qui fait en sorte qu'ils interviennent avec un certain nombre de patient.es présentant des problématiques plus complexes et résidant hors de leur territoire.

Globalement, les CIUSSS et CHU montréalais présentent leurs différents types de requêtes dans des proportions comparables : autour de 45% d'AJS, de 15% d'AJH et de 35% d'AJS-AJH. Deux établissements s'écartent cependant de la moyenne. Le CIUSSS du Centre-Sud a recours plus fréquemment à la mesure la plus privative de liberté, l'AJS-AJH. La majorité (51,6%) des requêtes présentées par l'établissement concerne cette mesure. Elle est demandée nettement plus souvent que la moyenne montréalaise qui s'établit à 34,4% des demandes.

À l'inverse, le CIUSSS du Nord-de-l'Île n'a demandé pour toute l'année 2018 que trois AJH, qui constituent 3,8% de l'ensemble de ses 79 requêtes soit presque quatre fois moins que la moyenne montréalaise, qui s'établit à 14,4%. Par conséquent, cet établissement est celui qui pratique le plus la médicamentation forcée de ses usager.ères. 96,2% des requêtes qui ont été menées à terme (soustraction faite des NSP) impliquaient des traitements médicaux.

1.5 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. Durant cette période, il faut notamment prendre connaissance de la requête, se familiariser avec le fonctionnement de la cour, retenir les services d'un.e avocat.e, convenir d'une stratégie, construire son argumentation, etc. Cette étape est particulièrement importante pour des citoyen.nes ordinaires, peu au fait du processus juridique, qui doivent défendre leurs libertés fondamentales contre les stratégies de professionnel.es aguerri.es provenant de grands établissements de santé et soutenu.es par un contentieux disposant de toutes les ressources humaines et matérielles nécessaires. Pour des raisons probablement liées au caractère urgent de la procédure, l'article 395 du Code de procédure civile accorde aux demandeurs d'AJSH un délai particulièrement court de cinq jours entre la notification de la personne et la tenue de l'audience. L'intention du législateur était probablement de diminuer les délais afin de donner accès sans retard à des traitements requis par l'état de santé de personnes vulnérables. À l'usage, on constate que ces dispositions contribuent à priver les personnes concernées du temps nécessaire pour organiser leur représentation devant le tribunal.

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. Une fois le processus déclenché, la personne concernée se voit imposer un échéancier serré, qui débouche sur une date d'audience qu'elle n'a pas choisie. Le tableau suivant permet de prendre la mesure de ces courtes échéances.

Tableau 1.5.1
Délai entre le dépôt de la requête et l'audience, 2009 et 2018

Délais (jours)	2009		2018	
	N	%	n	%
0-4	--	--	43	7,9
0-5	43	18,7	--	--
5	--	--	63	11,5
6-7	--	--	255	46,6
8-10	--	--	37	6,8
6-10	125	54,4	--	--
11-15	31	13,5	16	2,9
16-20	7	3	5	0,9
21-25	5	2,2	4	0,7
26-30	6	2,6	4	0,7
31 et +	3	1,3	23	4,3
Non disponible	10	4,4	97	17,7
Total	**230**	**100**	**547**	**100**

On constate d'entrée de jeu que dans 43 cas en 2018, le délai prévu par le Code de procédure civile n'a pas été respecté et l'audience a eu lieu moins de cinq jours après le dépôt de la requête. Cette situation irrégulière se produit dans une proportion non négligeable de plus d'une audience sur 12, soit 7,9% du total des cas.

La collecte des données de 2018 a permis de ventiler de façon détaillée la catégorie la plus fréquente, soit celle des délais de six à dix jours. Il en ressort que les deux tiers (66%) des audiences ont lieu dans les sept jours qui suivent le dépôt de la requête. Si on ajoute les délais de huit à dix jours, on obtient une proportion de 72,8% des requêtes, qui ont lieu dans de courts délais, soit dix jours et moins après le dépôt de la requête, comparativement à 73,1% en 2009. Les procédures sont donc tout aussi expéditives en 2018 qu'elles l'étaient en 2009.

Les délais de durée moyenne, de 11 à 30 jours, sont quant à eux en voie de disparition. Ils concernaient 21,66% des requêtes en 2009 et n'en représentent en 2018 que 5,2%, pour une importante baisse de plus de 75%.

Les délais d'une durée dépassant 30 jours sont toujours présents dans une proportion marginale, mais celle-ci a progressé de 2009 à 2018, passant de 1,3% à 4,3%.

On observe donc globalement une détérioration de la situation quant à la période de temps dont disposent les personnes pour se préparer à leur audience. La majorité des délais entre le dépôt de la requête et la tenue de l'audience, déjà très courts en 2009, le sont tout autant en 2018. Les délais de durée moyenne sont en forte baisse. Quant aux délais de longue durée, leur augmentation est en partie liée au nombre plus élevé de remises accordées par le tribunal aux avocat.es des personnes concernées, depuis la parution de l'arrêt F.D c. Royal-Victoria, sur lequel nous reviendrons.

Il est également à noter que le nombre de dossiers où l'information concernant le délai entre le dépôt de la requête et la tenue de l'audience n'est pas disponible est significativement plus élevé pour l'année 2018 (17,7%) que pour l'année 2009 (4,4%). Si elles étaient connues, les données relatives à ces dossiers pourraient modifier le portrait d'ensemble sur cette question.

Tableau 1.5.2

Délai entre le dépôt de la requête et l'audience selon le type de jugement, 2018

Délais (jours)	Type ordonnance									
	AJS		AJH		AJS-AJH		Ne s'applique pas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	n	%
0-4	25	10,1	2	2,5	15	8	1	3,1	**43**	**7,9**
5	29	11,7	6	7,5	26	13,8	2	6,2	**63**	**11,5**
Délais minimums	54	21,8	8	10	41	21,8	3	9,3	**106**	**19,4**
6-7	108	43,7	44	55	93	49,5	10	31,3	**255**	**46,6**
8-10	28	11,3	4	5	4	2,1	1	3,1	**37**	**6,8**
Courts délais	190	76,8	56	70	138	73,4	14	43,7	**398**	**72,8**
11-15	8	3,2	3	3,8	5	2,7	--	--	**16**	**2**
16-20	1	0,4	2	2,5	2	1	--	--	**5**	**0,9**
21-25	2	0,8	2	2,5	--	--	--	--	**4**	**0,7**
26-30	1	0,4	--	--	3	1,6	--	--	**4**	**0,7**
Moyens délais	12	4,9	7	8,8	10	5,3	0	0	**29**	**5,3**
31 et plus	7	2,8	5	6,3	9	4,8	2	6	**23**	**4,2**
NSP	38	15,4	13	13,9	31	16,5	16	51,5	**97**	**17,7**
Total	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**	**547**	**100**

Les délais sont sensiblement plus longs pour les AJH que pour les autres types de jugement. Seulement 10% des requêtes en AJH sont traitées en des délais minimums de cinq jours ou moins alors que cette proportion atteint 21,8% pour les AJS ainsi que pour les AJS-AJH. Cependant, la grande majorité des requêtes est traitée en moins de 10 jours. Les courts délais (10 jours et moins) affectent 76,8% des AJS et 73,4% des AJS-AJH, comparativement à 70% des AJH. Ces dernières sont surreprésentées dans les causes ayant des délais moyens (11 à 30 jours), qui concernent 8,8% des AJH, mais seulement 4,9% des AJS et 5,3% des AJS-AJH. La tendance se maintient pour les délais dépassant 31 jours, qui concernent plus de 6% des AJH par rapport à moins de 5% pour les AJS-AJH et moins de 3% des AJS.

Soulignons enfin que les valeurs indiquées correspondent à des jours de calendrier qui incluent les samedis, dimanches et jours fériés, et non à des jours ouvrables. La marge de manœuvre des personnes pour organiser la défense de leurs droits s'en trouve réduite d'autant.

1.6 Les demandes de remise

Afin de pallier les cours délais de préparation entre le dépôt d'une requête en AJSH et la tenue de l'audience, les avocat.es des personnes ont la possibilité de demander au ou à la juge la remise de l'audience à une date ultérieure, de façon à leur permettre de mieux se préparer et d'assurer à leur client.e une défense pleine et entière de leurs intérêts. De leur côté, les établissements peuvent plaider l'urgence de la requête pour procéder immédiatement. La question des remises n'a pas été abordée dans la recherche portant sur l'année 2009, si bien que nous ne disposons pas de statistiques précises à ce sujet.

Cependant, l'une des conclusions de l'arrêt de la Cour d'appel F.D. contre le Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria)[25] veut que le tribunal de première instance eût erré en refusant d'accorder la remise demandée par l'avocate de la personne concernée.

[25] Op. cit., paragraphes 33 à 40 .

Depuis la publication de la décision, en juillet 2015, il est possible que davantage de demandes de remise présentées par la partie défenderesse soient accordées par la Cour supérieure.

Tableau 1.6
Remise des audiences, 2018

Audience remise 2018		
	N	**%**
Oui	71	13
Non	464	84,8
NSP[26]	12	2,2
Total	**547**	**100**

1.7 La durée des audiences

Un jugement d'autorisation judiciaire de soins peut avoir des conséquences majeures sur la vie d'une personne pour plusieurs années. On s'attend à ce que le verdict sur ce type de requête soit rendu après avoir consacré le temps nécessaire à un examen rigoureux et réfléchi des éléments de preuve présentés par les deux parties.

Les juges de la Cour d'appel vont d'ailleurs dans ce sens dans le jugement F.D. contre le Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria) :

> *[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.

[26] Il s'agit de requêtes retirées ou qui n'ont pas été menées à terme .

Tableau 1.7.1
Durée des audiences : 2009, 2018

Durée (min)	2009			2018		
	n	%	% cumul.	n	%	% cumul.
1-15	18	7,8	7,8	--	--	--
16-30	55	23,9	31,7	--	--	--
30 et moins	73	31,7	31,7	--	--	--
29 et moins	--	--	--	84	15,4	15,4
31-45	53	23	54,7	--	--	--
46-60	31	13,5	68,2	--	--	--
31-60	84	36,5	68,2	--	--	--
30-59	--	--	--	178	32,5	47,9
Une heure et moins	157	--	68,2	262	--	47,9
61-75	18	7,8	76	--	--	--
76-90	13	5,7	81,7	--	--	--
91-105	8	3,5	85,2	--	--	--
106-120	5	2,2	87,4	--	--	--
61-120	44	19.1	87,4	--	--	--
60-119	--	--	--	196	35,8	83,7
121-135	6	2,6	90	--	--	--
136-150	4	1,7	91,7	--	--	--
151-165	2	0,9	92,6	--	--	--
166-180	1	0,4	93	--	--	--
180+	3	1.3	94,3	--	--	--
121 et plus	16	6,9	94,3	--	--	--
120 et plus	--	--	--	53	9,7	93,4
Non disponible	13	5,7	100	36	6,6	100
TOTAL	**230**	**100**	**100**	**547**	**100**	**100**

Les résultats pour l'année 2018 tendent à démontrer 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 (121 minutes et plus) : 6,9% en 2009 et 9,7% en 2018.

Il s'agit là de bonnes nouvelles. Dans une recherche portant sur l'application des dispositions légales relatives à la garde en établissement, nous avions pu établir que *la grande majorité [des requêtes rejetées par le tribunal] nécessite de plus longues discussions et négociations puisqu'elles se retrouvent (…) dans la catégorie des audiences qui durent 30 minutes ou plus.*

Ainsi, nous pouvons conclure que plus l'audience dure longtemps, plus les chances que la requête soit rejetée ou qu'elle ne soit accordée que partiellement augmentent.[27]

Nous ne pouvons pas ici faire de corrélation directe entre la durée de l'audience et la probabilité de rejet de la requête, compte tenu, entre autres, du faible nombre de requêtes rejetées par le tribunal. Mais nous pouvons voir cette augmentation de la durée des audiences comme un signe encourageant envers une tendance des tribunaux à apporter une certaine attention à ce type de requête et à les accueillir moins souvent de manière routinière et machinale.

Cela dit, il reste que près de la moitié (47,9) des audiences sont complétées en moins de 60 minutes et que près d'une sur six (15,4%) durent moins de 30 minutes.

Tableau 1.7.2
Durée des audiences selon le type de jugement, 2018

Durée audience (minutes)	Type d'ordonnance							
	AJS		AJH		AJS-AJH		NSP	
	n	%	n	%	N	%	n	%
29 et moins	46	18,6	8	10	26	13,9	4	12,5
30-59	88	35,6	28	35	61	32,4	1	3,1
Moins d'une heure	(134)	(54,2)	36	(45)	(87)	(46,3)	(5)	(15,6)
60-119	85	34,4	29	36,3	79	42	3	9,4
120 et plus	24	9,7	10	12,5	17	9	2	6,2
NSP	4	1,6	5	6,3	5	2,6	22	68,8
Total	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**

On remarque que les audiences en AJS ont tendance à être traitées plus rapidement. Plus de la moitié d'entre elles (54,2%) ont une durée de moins d'une heure. Ces audiences de courte durée constituent 46,3% des cas d'AJS-AJH et 45% des AJH. Cette tendance tend à s'estomper pour les audiences de moyenne (59 à 119 minutes) et de longue durée (120 minutes et plus). Pour les AJS, les AJH et les AJS-AJH, on retrouve des fréquences respectives 34,4%, 36,3% et 42% pour les audiences de durée moyenne et de 9,7%, 12,5% et 9% pour des audiences de longue durée.

[27] **Action Autonomie**, *Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*, Montréal, Québec, décembre 2016,153 pages. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tabllissement%202016(1).pdf

1.8 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. Les établissements de santé disposent au sein de leurs services juridiques de plusieurs avocat.es spécialisé.es et expérimenté.es qui leur assurent une représentation efficace devant le tribunal.

Il n'en va pas de même des personnes concernées, qui le plus souvent ignorent tout de la procédure à laquelle elles sont mêlées malgré elles. Ces personnes disposent, comme on l'a vu, de très peu de temps pour comprendre ce processus complexe et préparer leur défense. Il est évident que sans la présence d'un.e avocat.e compétent.e, elles ne parviendront pas à s'interposer contre la volonté des établissements.

Tableau 1.8.1
Présence de la personne concernée et de son avocat.e, 2009, 2018

Présences	2009		2018	
	N	%	n	%
Avocat.e et personne concernée	100	43,5	292	53,4
Avocat.e seul.e	49	21,3	70	12,8
Personne concernée seule	16	6,7	47	8,6
Aucun.e présent.e	--	--	104	19
Aucun.e présent.e / Non disponible	65	28,3	--	--
NSP	--	--	34	6,2
Total	**230**	**100**	**547**	**100**

Mentionnons d'abord que la compilation des données n'a pas été effectuée de la même façon pour les années 2009 et 2018. Les auteur.es de la recherche précédente semblent avoir inclus dans une même catégorie les jugements où l'information concernant la présence de la personne ou de son avocat.e n'était pas disponible et ceux sur lesquels apparaissait l'information selon laquelle le personne était absente et n'était pas représentée par un.e avocat.e. Pour l'ensemble des données concernant cette question, la comparaison entre les deux années doit se faire avec prudence.

Il semble toutefois 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, 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. Les critères restrictifs d'éligibilité à l'aide juridique et l'impossibilité pour la personne non éligible de défrayer les honoraires d'un.e avocat.e de pratique privée peut expliquer ce type de représentation.

Il semble également que le nombre de cas où ni la personne concernée ni son avocat.e ne sont présent.es à l'audience soit en lente diminution. Si on additionne les 104 cas clairs identifiés pour l'année 2018 et les 34 dossiers pour lesquels l'information n'est pas disponible ou ne s'applique pas, on obtient une proportion de 25,2%, soit légèrement moins que les 28,3% identifiés pour 2009.

Cette proportion de plus d'un jugement sur quatre en AJSH rendu sans avoir entendu la personne concernée demeure très préoccupante.

L'article 23 du Code civil prévoit de manière spécifique, pour les requêtes en AJSH, que

> *Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins (…) est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de [la] personne [concernée] (…).*

De manière plus générale, l'article 17 du Code de procédure civile prévoit que

> *Le tribunal ne peut se prononcer sur une demande ou, s'il agit d'office, prendre une mesure qui touche les droits d'une partie sans que celle-ci ait été entendue ou dûment appelée.*
>
> *Dans toute affaire contentieuse, les tribunaux doivent, même d'office, respecter le principe de la contradiction et veiller à le faire observer jusqu'à jugement et pendant l'exécution. (…).*

Le Code de procédure civile donne également au ou à la juge, par son article 90, des moyens de favoriser la présence en cour des deux parties.

> *90. La représentation peut, tant dans une procédure contentieuse que non contentieuse, être ordonnée par le tribunal, même d'office, si celui-ci la considère nécessaire pour assurer la sauvegarde des droits et des intérêts d'un mineur ou d'un majeur non représenté par un tuteur, un curateur ou un mandataire et s'il l'estime inapte.*

Aucun des dossiers que nous avons consultés n'indiquait que le ou la juge s'était prévalu.

de cette disposition pour procurer les services d'un.e avocat.e. à l'une ou l'autre des 149 personnes qui ne bénéficiaient pas d'une telle représentation. .

Tableau 1.8.2
Présence de la personne concernée et de son avocat.e, 2018
selon le type de jugement

Présences	AJS		AJH		AJS-AJH		NSP	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Avocat.e et personne concernée	128	51,8	46	57,5	115	61,2	3	9,4
Avocat.e seul.e	30	12,1	10	12,5	29	15,4	1	3,1
Personne concernée seule	30	12,1	7	8,8	9	4,8	1	3,1
Aucun présent	57	23,1	13	16,3	31	16,5	3	9,4
NSP	2	0,8	4	5	4	2,1	24	75
Total	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**

Plus de 75% des personnes qui font face à un jugement d'AJS-AJH sont représentées par un.e avocat.e, qu'elles soient elles-mêmes présentes ou non en cour. C'est nettement plus que pour les cas d'AJS (63,9%) et davantage que pour les AJH (70%). À l'opposé, presque une audience sur quatre se soldant par un jugement d'AJS se déroule sans la présence de la personne concernée et de son avocat.e, soit presque 40% plus que pour les AJH et les AJS-AJH.

Ce sont les personnes qui font face à une AJS qui se présentent le plus souvent seules en cour. Elles le font plus d'une fois sur dix (12,1%) soit nettement plus souvent que dans les cas d'AJH (8,8%) et d'AJS-AJH (4,8%).

1.9 La prise de parole par la personne

Les informations auxquelles nous avons eu accès dans les dossiers de cour ne nous permettent pas de connaître la teneur des échanges entre les différents protagonistes de chaque audience. Les procès-verbaux permettent cependant de savoir quel.les sont les intervenant.es qui ont pris la parole et s'ils et elles s'expriment à titre de témoin de l'Établissement ou de la personne concernée. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la prise de parole des personnes concernées, qui constituent la partie défenderesse.

En 2009, il a été possible de savoir si la personne avait été interrogée par son ou sa propre avocat.e, par le ou la juge ou par la partie adverse. Pour l'année 2018, l'information sur la partie qui a procédé à l'interrogatoire n'était pas disponible. Nous ne disposons de données que pour l'ensemble des interrogatoires.

Tableau 1.9.1

Prise de parole par la personne concernée, 2009, 2018

Prise de parole	2009 Tribunal			2009 Défense			2009 Demandeurs			2018	
	n	% total	% présents	n	% total	% présents	N	% total	% présents	N	%
OUI	71	30,87	61,74	87	37,83	75,65	46	20	40	305	55,76
NON	142	61,74	--	123	53,48	--	163	70,87	--	48	8,78
Données non disponibles	17	7,39	--	20	8,7	--	21	9,13	--	194	35,47
Total	**230**	**100**	**--**	**230**	**100**	**--**	**230**	**100**	**--**	**547**	**100**

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%, ces personnes étaient en 2018 clairement majoritaires, ayant pu intervenir dans plus de 55% des audiences. Cette tendance s'observe à travers les trois types de requêtes. Dans plus du tiers des dossiers cependant, il n'a pas été possible de déterminer si la personne concernée avait pris la parole ou non.

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, identifiée au tableau 1.8.1. 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. Ainsi, puisque 61,6% des personnes étaient présentes lors de leur audience et que la partie défenderesse a pris la parole dans 55,8% de l'ensemble des causes, il s'ensuit que 90,6% des personnes présentes ont pu s'exprimer devant le juge. Cette proportion était de l'ordre de 75,6%[28] en 2009. La progression atteint 19,8%.

[28] Ce pourcentage correspond à la proportion des personnes présentes qui ont été interrogées par leur propre avocat. Les données communiquées dans la recherche n'incluent pas le nombre total des personnes ayant pris la parole. Il est possible que ce pourcentage soit plus élevé si certaines personnes, particulièrement celles qui se représentaient seules, n'avaient été interrogées que par le juge ou l'avocat de l'établissement.

Tableau 1.9.2
Prise de parole par la personne concernée
selon le type de jugement, 2018

Prise de parole	Type ordonnance							
	AJS		AJH		AJS-AJH		NSP	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Oui	148	60	48	60	105	55,8	4	12,5
Non	19	7,7	9	11,3	20	10,6	--	--
Donnée non disponible	80	32,3	23	27,8	63	33,5	28	87,5
Total	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**

La proportion des personnes ayant pris ou non la parole durant leur audience varie peu selon le type de jugement en 2018. Elle semble légèrement moins élevée chez celles qui ont fait l'objet d'une requête en AJSH. Le nombre relativement élevé de dossiers où l'information sur la prise de parole des défendeur.esses n'est pas disponible fait en sorte que les écarts entre les différentes catégories sont peu significatifs.

Il aurait par ailleurs été logique de penser que la prise de parole de la personne concernée puisse avoir une certaine influence sur la durée de l'autorisation. Là encore, les données que nous avons compilées pour l'année 2018 ne permettent pas d'établir une tendance claire.

Tableau 1.9.3
Durée de l'autorisation vs prise de parole
par la personne concernée, 2018

Durée de l'autorisation	Prise de parole par la personne concernée					Total
	OUI		NON		NSP	
	N	%	N	%		
Moins de 1 mois	--	--	4	8,3	3	**7**
1-11 mois	7	2,3	5	10,4	13	**25**
12-23 mois	24	7,9	2	4,2	13	**39**
24-35 mois	88	28,9	12	25	37	**137**
36-47 mois	175	57,4	22	45,8	91	**288**
48 mois et plus	3	0,9	--	--	8	**11**
NSP	8	2,6	3	6,3	29	**40**
Total	**305**	**100**	**48**	**100**	**194**	**547**

Pour les autorisations de 12 mois et plus, la proportion des audiences où la personne concernée a pu prendre la parole demeure relativement constante, peu importe la durée de l'autorisation. Ainsi, 24 des 26 personnes (92%) pour lesquelles l'information est disponible ayant obtenu des autorisations de 12 à de 23 mois ont pu s'exprimer lors de leur audience. Pour les autorisations d'une durée de 24 à 35 mois, la proportion fléchit légèrement pour se fixer à 88% (88 des 100 personnes pour lesquelles l'information est disponible). Elle se maintient à 89% (175 des 197 personnes pour lesquelles l'information est disponible) pour les autorisations d'une durée de 36 à 47 mois. Dans les rares cas où la durée de l'autorisation dépasse 48 mois, chacune des trois personnes concernées a pris la parole durant l'audience.

Nous n'avons pas compilé les demandes des établissements quant à la durée des autorisations qu'ils souhaitaient originalement obtenir. On ne peut donc pas affirmer qu'il pourrait exister un lien direct entre l'audition d'un témoignage de la personne et une révision à la baisse de la durée de l'autorisation accordée par le tribunal. Il convient cependant de souligner l'importance pour les personnes d'être présentes et de témoigner lorsqu'elles font l'objet d'une requête d'AJSH, et ce, malgré la fragilité de leur état émotionnel, la complexité des procédures et le caractère intimidant du décorum de la Cour. Ce témoignage est essentiel pour faire en sorte que le ou la juge dispose d'un portrait plus complet de leurs situations et qu'il ou elle puisse rendre une décision plus éclairée.

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

> *23. Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins (…) est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus.*

Le ministère québécois de la Justice a par ailleurs rendu publique au printemps 2018 sa Stratégie nationale de concertation justice et santé mentale. Cette stratégie prévoit de mettre en oeuvre *certaines dispositions prévues au Code criminel et à la Loi sur la preuve au Canada [qui] contribuent à favoriser la participation au système judiciaire des adultes ayant des incapacités cognitives et mentales par l'adoption de mesures qui facilitent leurs témoignages et l'exercice de leurs droits devant le tribunal*.[29]

Il est à souhaiter que les établissements de santé soient sensibilisés à cette stratégie et qu'ils y participent pleinement pour favoriser l'accès au tribunal d'une proportion encore plus grande, sinon de l'ensemble des personnes qui font l'objet d'une AJSH.

1.10 La durée du témoignage

S'il faut se réjouir du fait qu'un nombre croissant de personnes aient eu la possibilité de s'exprimer lors de leur audience en AJSH, il faut encore que ces interventions soient significatives. Les dossiers de cours ne comprennent pas de retranscription des échanges qui ont eu lieu durant les audiences. Par contre, le procès-verbal de plusieurs audiences contient l'heure du début et de la fin de chaque intervention. Le tableau suivant fait état de la durée du témoignage des personnes en lien avec la décision du ou de la juge, d'accueillir intégralement ou partiellement la requête de l'établissement, ou de la rejeter.

[29] **Ministère de la Justice**, *Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale*, Site du ministère de la Justice, Gouvernement du Québec, Québec, 2018, page 11, [Consulté le 21 octobre 2021]. https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr__francais_/centredoc/publications/ministere/plans-actions/Strategie-sante-mentale-2018.pdf

Tableau 1.10.1
Durée du témoignage des personnes, par décision 2018

Durée témoignage défendeur (minutes)	Décision juge								Total	
	Accueil		Accueil partiel		Rejet		Requêtes retirées, données non disponibles			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-4	36	87,8	4	9,8	1	2,4	--	--	**41**	**100**
5-9	59	74,7	19	24,1	--	--	1	1,3	**79**	**100**
10-14	53	69,7	21	27,6	2	2,6	--	--	**76**	**100**
15-19	27	72,9	10	27	--	--	--	--	**37**	**100**
20-24	22	70,9	9	29	--	--	--	--	**31**	**100**
25-29	8	57,1	5	35,7	1	7,1	--	--	**14**	**100**
30-34	7	53,8	5	38,4	1	7,7	--	--	**13**	**100**
35-39	5	100	--	--	--	--	--	--	**5**	**100**
40 et plus	8	66,6	4	33,3	--	--	--	--	**12**	**100**
Total disponibles	225	73,1	77	25	5	1,6	1	0,3	**308**	**100**
Non disponibles	180	75,3	30	12,6	--	--	29	12,1	**239**	**100**
Total	**405**	**74**	**107**	**19,6**	**5**	**0,9**	**30**	**5,5**	**547**	**100**

Il ressort des données de cette compilation que la majorité des 308 interventions faites par les personnes concernées durent 14 minutes ou moins, près de 15% ont une durée de cinq minutes ou moins et plus de 75% d'entre elles ne dépassent 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 (voir tableau 1.7.1) 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.

Davantage que le simple fait de prendre la parole durant l'audience, la durée de l'intervention de la personne semble influer sur la décision du juge. Cette intervention devrait être ni trop brève, ni trop longue. Les personnes ont donc tout intérêt, en préparation de l'audience, à structurer leur message de façon à le transmettre d'une manière simple et complète. Elles gagnent ainsi en crédibilité et acquièrent la capacité d'exercer une influence réelle sur la décision du tribunal.

Nous avons ventilé le temps de prise de parole des personnes en fonction du type d'autorisation demandé. Les résultats montrent peu de variations significatives. Seules les prises de parole de longues durées (30 minutes et plus) seraient près de deux fois moins fréquentes lors des audiences en AJS-AJH. Le nombre des audiences concernées est cependant très restreint.

Tableau 1.10.2
Durée du témoignage des personnes,
selon le type d'autorisation, 2018

Durée témoignage défendeur	Type ordonnance								Total	
	AJS		AJH		AJS-AJH		NSP			
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
1-4	16	6,4	8	10	17	9	--	--	**41**	**7,5**
5-9	37	15	12	15	28	14,9	2	6,3	**79**	**14,4**
10-14	39	15,8	10	12,5	27	14,4	--	--	**76**	**13,9**
15-19	17	6,9	9	11,3	11	5,9	--	--	**37**	**6,8**
20-24	19	7,7	2	2,5	10	5,3	1	3,1	**32**	**5,9**
25-29	6	2,4	1	1,3	7	3,7	1	3,1	**15**	**2,7**
30-34	9	3,6	1	1,3	2	1,1	1	3,1	**13**	**2,4**
35-39	2	0,9	1	1,3	2	1,1	--	--	**5**	**0,9**
40 et plus	6	2,4	3	3,8	3	1,6	--	--	**12**	**2,2**
NSP	96	38,9	33	41,3	81	43,1	27	84,4	**237**	**43,3**
total	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**	**547**	**100**

1.11 La mention ou présence d'un.e curateur.trice

L'article 15 du Code civil prévoit notamment que

> *Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.*

C'est ainsi que pour chacune des requêtes en AJSH, un.e proche de la personne concernée reçoit, à titre de mis.e en cause, une copie de la signification. La personne mise en cause est le plus souvent celle qui a exprimé le consentement substitué au traitement demandé. Dans un certain nombre de cas, l'établissement n'a pas pu identifier une personne suffisamment intéressée pour donner ce consentement. Il s'adresse alors au Curateur public qui, même si la personne n'est pas sous curatelle, donne le consentement et est désigné comme mis en cause.

Par ailleurs, plusieurs des personnes qui font l'objet de requêtes en AJSH sont déjà sous tutelle ou curatelle. Dans la quasi-totalité des cas, cette responsabilité est assumée par le Curateur public. Celui-ci est avisé, à titre de partie mise en cause, de la tenue de l'audience. Le curateur public est aussi mis en cause dans un grand nombre de cas où des personnes qui ne sont pas sous sa responsabilité n'ont pas de proche ou d'allié.e pour assurer la défense de leurs intérêts.

L'article 12 du Code civil établit clairement les obligations du curateur ou du tuteur :

> *Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.*
>
> *S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.*

Or, dans la grande majorité des cas, le curateur n'agit pas. Il n'est pas présent lors de l'audience, laissant la personne à elle-même et la privant de son droit d'être soutenue par lui dans la défense de ses intérêts.

Pour l'année 2009, les chercheurs ont pu établir que le curateur de la personne était présent lors de 9 des 206 audiences où il avait été mis en cause. Il n'est pas précisé si les personnes présentes étaient des curateur.trices privé.es ou des représentant.es du Curateur public.

La tendance observée en 2009 s'est nettement dégradée en 2018. Les dossiers de cour ne sont pas toujours clairs à savoir si la personne concernée est ou non sous curatelle. Ce qui est très clair par contre c'est qu'aucun représentant de curateur, ni privé, ni public n'a assisté à l'une ou l'autre des 547 audiences en AJSH tenue à Montréal durant toute l'année 2018.

L'article 23 du Code civil du Québec prévoit pourtant que

> ***23.*** *Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins (…), prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle (…).*

Bien que dans les faits, il ne témoigne à peu près jamais, il semble cependant que le Curateur public ait pour pratique de favoriser la représentation des personnes sous sa responsabilité par un.e avocat.e de l'aide juridique.

Malgré cela, comme on l'a vu au tableau 1.8.1, dans plus d'une audience sur quatre (27,2%), les personnes concernées sont absentes et non représentées par un.e avocat.e (19%) ou elles se représentent seules (8,2%). Elles sont donc privées de tout soutien dans leur relation avec le tribunal.

1.12 Les contre-expertises

Le recours à la contre-expertise est une pratique par laquelle une personne retient elle-même les services d'un.e psychiatre pour évaluer sa capacité à consentir au traitement, pour contester un diagnostic établi par l'établissement, ou pour remettre en question la nécessité des soins pour lesquels l'autorisation est demandée, le tout dans le but de présenter au tribunal un second avis qui pourrait lui être plus favorable que l'expertise menée par la partie adverse. La réalisation de cette stratégie de défense se heurte à de nombreuses difficultés. La personne est rarement informée de la possibilité d'obtenir une contre-expertise. De plus, contrairement à l'établissement qui dispose de tout le temps voulu pour préparer et présenter sa requête, la personne n'est informée de la tenue de l'audience que quelques jours à l'avance, ce qui rend très difficile de retenir les services d'un.e psychiatre indépendant.e, de réaliser, mettre en forme et présenter la contre-expertise. Enfin, les dépenses requises pour réaliser une contre- expertise sont la plupart du temps hors de la portée des personnes concernées.

Pour toutes ces raisons, la contre-expertise est un recours qu'on observe que très rarement dans les dossiers d'AJSH. On a retracé 6 contre-expertises dans l'échantillon de 2009. Malheureusement, ces données n'ont pas été compilées pour l'année 2018.

Nous savons par contre que dans l'une des requêtes rejetées par le tribunal, que nous analyserons en détail plus loin, la personne a eu recours à la contre-expertise d'un psychiatre d'un autre établissement que celui du demandeur. Cependant, la contribution de cet expert était liée à des considérations strictement médicales : l'existence ou non chez cette personne d'une réaction physiologique toxique, le syndrome malin des neuroleptiques, suite à l'administration d'un médicament antipsychotique, la clozapine.

Le recours au témoignage de cet expert ne visait pas à contester la prétention de l'établissement demandeur quant à l'aptitude à consentir de la personne. De fait, les deux médecins s'entendent pour affirmer que *la maladie affecte le jugement et l'autocritique de* la défenderesse.

1.13 Des témoins en faveur des personnes

La présence en cour et le témoignage de témoins appelés par l'avocat.e de la personne pour appuyer ses prétentions permettent au juge d'obtenir un supplément d'information, provenant d'une autre source que l'établissement, sur la situation.

Ce type de témoignages n'a été entendu que lors de 24 (4,4%) des 547 audiences qui se sont déroulées durant l'année 2018. Ils ont été particulièrement rares (5 audiences, 2,6%) pour les requêtes d'AJS-AJH, qui sont pourtant les plus privatives de libertés.

La rareté de ces témoignages contribue à démontrer l'isolement social dans lequel vivent un grand nombre de personnes qui font l'objet de ce type de requêtes et le peu de ressources dont elles disposent pour contester les requêtes des établissements.

Tableau 1.13
Témoignage de parent.es et d'ami.es, 2018

Témoignage	Type d'autorisation								Total	
	AJS		AJH		AJS-AJH		NSP			
	n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Oui	12	4,8	6	7,5	5	2,6	1	3,1	**24**	**4,4**
Non	225	91	70	87,5	177	94,1	4	12,5	**476**	**87**
NSP	10	4	4	5	6	3,2	27	84,4	**47**	**8,6**
Total	**247**	**100**	**79**	**100**	**188**	**100**	**33**	**100**	**547**	**100**

1.14 Le témoignage des établissements

Les tableaux qui suivent font état de la quantité et de la provenance des témoignages présentés par les établissements à l'appui de leurs requêtes d'AJSH. Ils démontrent aussi le déséquilibre des forces en présence.

Dans le tableau 1.14.1, on constate que dans 87,8% des audiences, une ou des personnes, dont, le plus souvent le psychiatre traitant, témoignent en faveur de l'établissement. Dans seulement 30 des 547 audiences, l'établissement n'a pas présenté de témoin, étant uniquement représenté par son avocat.e. Il s'agit souvent de requêtes qui concernent la santé physique et d'audiences où la personne concernée n'est pas présente, ni représentée par un.e avocat,e. Les 480 audiences ou des intervenant.es témoignent en faveur de l'établissement offrent un contraste frappant avec les 24 audiences, compilées au tableau précédent, auxquelles ont participé des allié.es des personnes concernées.

Tableau 1.14.1
Témoignage des établissements, 2018

Témoignage des établissements		
	N	**%**
Oui	480	87,8
Non	30	5,5
NSP	37	6,8
Total	**547**	**100**

Le tableau suivant montre les interactions entre les témoins présentés par l'établissement et ceux qui participent à l'audience à la demande de la personne concernée. À une seule occasion, la personne a présenté un témoin alors que l'établissement n'en a pas présenté. La situation inverse s'est présentée à 456 reprises. L'établissement a donc présenté un ou des témoins dans 95,8% des cas où la personne en a aussi présenté et dans 96,2% des audiences où la personne n'a présenté aucun témoin.

Tableau 1.14.2

Témoignage des établissements et témoignage des personnes, 2018

Témoin de l'établissement	Témoin de la personne							
	Oui		Non		NSP		Total	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Oui	23	95,8	456	96,2	1	2	**480**	**87,7**
Non	1	4,2	17	3,6	12	24,4	**30**	**5,5**
NSP	--	--	1	0,2	36	73,4	**37**	**6,7**
Total	**24**	**100**	**474**	**100**	**49**	**100**	**547**	**100**

Il résulte de cette compilation et de celles qui la précèdent un modèle assez constant du déroulement de la grande majorité des audiences en AJSH :

- L'avocat.e de l'établissement présente la requête
- Un ou des témoins de l'établissement intervien.nen.t en appui à la requête
- La personne témoigne, mais ne présente pas de témoin
- Le jugement est rendu.

Le tableau 1.14.3 démontre que la pratique des établissements qui consiste à présenter plus d'un témoin à l'appui de leurs requêtes est assez répandue. Elle concerne près de 30% des audiences.

Tableau 1.14.3

Nombre de témoins en faveur des établissements, 2018

Témoins	Audiences	
N	N	%
1	326	59,6
2	132	24,1
3	24	4,4
4 et plus	1	0,2
NSP	64	11,7
Total	**547**	**100**

C’est ainsi que le temps de parole imparti à chacune des deux parties affiche souvent un fort déséquilibre. Rappelons que le tableau 1.10.1 indique que les interventions des personnes ne dépassent pas une durée de 15 minutes dans la majorité des audiences. La hausse de la durée des audiences que nous avons observée à la section 1.6 pourrait donc être due en grande partie à une augmentation du temps de parole des établissements.

Le tableau suivant fait état du type d’intervenant.es qui agissent comme témoins en faveur des établissements. Il était prévisible quel les psychiatres forment la majorité des témoins. Ils et elles sont accompagné.es d’intervenant.es psychosociaux et psychosociales. Les membres de la famille et les ami.es des personnes ont témoigné plus souvent en faveur des établissements (34 témoignages) que la totalité des témoins venus à la demande des personnes (24 témoignages (tableau 1.13)

Tableau 1.14.4
Témoins des établissements, 2018

Témoins	Audiences	
	N	%
Psychiatre ou résident en psychiatrie	432	72,1
Travailleur social	63	10,5
Gériatre	30	5
Psychologue	5	0,8
Un membre de la famille ou ami	34	5,7
Autre	35	5,8
Total	**599**	**100**

1.15 L’expertise des juges

Nous avons compilé les noms de tout.es les juges qui ont rendu les décisions d’AJSH présentes dans notre échantillon. Nous voulions établir si les causes d’AJSH sont tranchées par un nombre restreint de juges qui développent une expertise particulière pour ce type de cause ou si, au contraire, elles sont examinées par un grand nombre de juges différent.es qui n’abordent cet aspect du droit que de façon ponctuelle ou épisodique. Le tableau qui suit met en parallèle le nombre de causes examinées par un.e juge donné.e et le nombre de juges ayant entendu la quantité de causes correspondante.

Tableau 1.15

Nombre de causes entendues par juge 2018

Nombre de causes entendues par un même juge	Nombre de juges ayant entendu ce nombre de causes	Nombre de causes entendues	% des causes entendues	**% cumulatif**
1-5	57	119	21,76	**21,76**
5-10	17	115	21,02	**42,78**
10-15	9	105	19,20	**61,98**
15-20	8	130	23,77	**85,75**
20 et +	2	47	8,59	**94,34**
Sous total	**93**	**516**	**94,33**	**--**
Donnée non disponible	--	31	5,67	**100**
TOTAL	**93**	**547**	**100**	**100**

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 ou moins durant toute l'année 2018.

Nous ne mettons pas ici en cause 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. Cela est d'autant plus vrai que, comme au l'a vu à la section 1.7, la majorité des audiences d'AJSH dure moins de 75 minutes.

Les particularités des causes d'AJSH, qui se distinguent notamment par le déséquilibre systématique des ressources humaines, matérielles et financières des parties en présence pourraient justifier que certain.es juges développent une forme de spécialisation dans ce type de cause de façon à favoriser une meilleure administration de la justice.

1.16 Les mentions d'inaptitude à consentir et de refus catégorique

Rappelons que le Code civil évoque, dans son article 16, les deux critères qui doivent être réunis pour que le tribunal puisse validement émettre une AJSH :

> *L'autorisation du tribunal est nécessaire (…) 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. (Nos soulignements)*

Toute personne est présumée apte à consentir. La preuve de l'inaptitude à consentir tout comme celle du refus catégorique incombe à l'établissement. Dans un arrêt de la Cour d'appel[30] rendu en 2015, les juges Dutil, Gagnon et Saint-Pierre mentionnent que

> *Contraindre une personne à demeurer là où elle ne veut pas et à ingurgiter ou se voir administrer, contre son gré, des médicaments, c'est porter atteinte à ses droits fondamentaux, à sa liberté et à l'intégrité de sa personne. Une telle intervention n'est possible que lorsque permise par la loi, ce que le juge ou le tribunal ne peut déterminer qu'à la suite d'un examen structuré et rigoureux de la situation, selon les prescriptions de la loi et dans le plus grand respect des droits de cette personne.*

Pourtant, comme on l'a vu, une proportion importante des jugements sont rendus à l'issue d'audiences dont on peut penser que la très courte durée n'a pas permis une analyse approfondie des faits, où le ou la défendeur.esse et son avocat.e sont souvent absents, ou disposent de très peu de temps pour transmettre leur argumentation à la cour. Les établissements savent que la loi les oblige à évoquer l'inaptitude à consentir et le refus catégorique. Il n'est d'ailleurs pas rare que les jugements soient rendus dans des formats standardisés qui semblent écrits à l'avance par les établissements et prêts à être signés par les juges.

Ces jugements sont souvent rédigés selon le modèle suivant :

[30] F.D. c. CUSM (Hôpital Royal Victoria) 2015 QCCA 1139, paragraphe 1.

Figure 1.16
Jugement type en AJSH

LE TRIBUNAL, APRÈS L'EXAMEN DE LA PREUVE SOUMISE À SON ATTENTION DÉCLARE :

[1] CONSIDÉRANT le rapport d'évaluation déposé à la Cour sous la cote P1 et le témoignage du médecin (…)

[2] CONSIDÉRANT l'ensemble de la preuve présentée à l'audition

[3] CONSIDÉRANT que le défendeur refuse les soins requis par son état de santé

[4] CONSIDÉRANT l'inaptitude du défendeur à consentir aux soins requis par sa condition médicale

[5] Considérant qu'il est dans l'intérêt du défendeur de recevoir ces soins

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL

[6] ACCUEILLE la présente demande

(…)

Les critères requis par la loi (l'inaptitude à consentir et le refus des soins) sont bel et bien évoqués dans les *considérants* qui introduisent la décision. Mais dans un grand nombre de cas, l'*examen structuré et rigoureux de la situation*, s'il peut avoir eu lieu durant l'audience, n'est pas documenté dans le corps du jugement.

Dans l'arrêt de la Cour d'appel F.D. c CUSM que nous avons évoqué précédemment, les juges citent le juge de première instance :

> *Donc, je vous invite à soumettre les arguments, mais je dois dire qu'en fonction de la preuve et des représentations que j'ai entendues des avocats en cours de route, j'entends rendre jugement en accueillant la requête selon ses conclusions.*
>
> *(…)*
>
> *Donc, merci de vos interventions, maître Zuquim. J'accueille la requête selon les conclusions et s'il y a un projet, je vais le signer.*[31]

[31] F.D. c. CUSM (Hôpital Royal Victoria) 2015 QCCA 1139, paragraphes 22 et 24.

Dans ce cas particulier tout au moins, le juge de la Cour Supérieure déclarait explicitement qu'il était prêt à rendre jugement avant même d'avoir entendu les arguments de l'avocat de la défense. Il se disait également prêt à signer, sans y apporter aucune modification, le *projet*, vraisemblablement un libellé de jugement préparé à l'avance par l'établissement.

Les juges de la Cour d'appel assimilent ce comportement à de la partialité :

> *En l'espèce, tenant compte notamment de ses propos reproduits aux paragraphes 18 et 22 du présent arrêt, on ne peut écarter l'appréhension de partialité. Une personne sensée, raisonnable et bien renseignée (…) qui étudie la question en profondeur, de façon réaliste et pratique, retient que le juge est convaincu de l'issue de l'affaire dès le départ et que cette conviction acquise fait obstacle au contrôle de légalité de l'autorisation recherchée auquel il est pourtant tenu de se livrer.*[32]

Le même jugement de la Cour d'appel mentionne par ailleurs explicitement à son paragraphe 50 :

> *Tout automatisme est à proscrire de même que l'usage de conclusions types (ou de paragraphes types) à moins que, dans ce dernier cas, l'analyse effectuée ne mène à la conclusion voulant que cela soit pertinent et requis en l'espèce*[33]*.*

La présence de telles manifestations d'une forme d'automatisme dans le traitement de la cause pourrait peut-être constituer un motif d'appel. Cependant, comme nous le verrons en détail dans la section 2.19, plusieurs considérations font obstacle à une telle démarche. L'une des plus importantes se trouve à l'article 361 du code de procédure civile qui limite à cinq jours après la date du jugement de première instance, le délai accordé pour amorcer la procédure d'appel.

Ce délai exceptionnellement court ne s'applique que *lorsqu'il s'agit de s'opposer à la libération d'une personne ou de faire appel du jugement qui accueille une demande d'autorisation touchant l'intégrité d'une personne, ordonne la garde en vue de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation.*

Les délais pour les autres types de causes varient entre 10 et 30 jours. Les raisons qui ont poussé le législateur à raccourcir considérablement les délais et donc d'entraver et de restreindre les possibilités d'appel pour des causes qui concernent des questions aussi fondamentales pourraient être liées au caractère d'urgence de la requête. Le jugement de première instance ne peut être exécuté tant que le délai d'appel n'est pas expiré. Par ailleurs, bien que ce délai soit très court, l'appel d'une cause d'AJSH est autorisé d'office par la loi, il n'a pas à être autorisé par la Cour d'appel, ce qui est à l'avantage de l'appelant.

[32] Ibid, paragraphe 47.
[33] En prenant notamment compte de l'article 12 *C.c.Q.*

Une procédure d'appel implique une série de démarches rapides et rigoureuses qui ne peuvent être effectuées que par un.e avocat.e animé.e par la conviction que l'appel présente des chances raisonnables d'être accueilli. Ce type de circonstances se produit très rarement. D'ailleurs, comme on l'a vu (tableau 1.8.1), plus du quart des personnes visées par une requête d'AJSH se défendent seules ou ne sont ni présentes en cour, ni représentées par un.e avocat.e.

1.17 Les verdicts

À la lumière des résultats exposés dans les sections précédentes, qui avantagent systématiquement les établissements de santé aux dépens des personnes concernées par les requêtes, la teneur des verdicts rendus ne fait guère de doute.

Tableau 1.17.1
Verdicts des requêtes en AJSH, 2009, 2018

Année	2009		2018	
	N	%	n	%
Requête accueillie	155	67,4	405	74
Requête accueillie partiellement	22[34]	9,6	107	19,6
Requête rejetée			5	0,91
Requête retirée, remise ou autre	53	23	30	5,4
TOTAL	**230**	**100**	**547**	**100**

Les conclusions de la recherche portant sur l'année 2009 ne sont malheureusement pas claires quant aux nombres de requêtes rejetées par le tribunal. Les chercheurs ont choisi de les inclure dans une catégorie intitulée *AJS non accordées (ou non spécifiées).* Cette catégorie regroupe 53 des 230 requêtes qu'ils ont analysées, soit 23,04% de l'ensemble. Les autres (76,96%) ont été accordées. Ils précisent dans leur texte:

[34] **Ottero et Kristofferson-Dugré** op. cit. Les chercheur.es mentionnent avoir trouvé 22 dossiers dont la durée a été réduite par le juge. Ils auraient aussi trouvé un nombre indéterminé de requêtes partiellement accueillies pour d'autres motifs : rejet de la demande d'hébergement et accueil de la demande de soin ou l'inverse, rejet d'une partie du traitement proposé, hébergement de la personne dans la ressource de son choix, etc. Le nombre total des requêtes accueillies partiellement est donc très probablement supérieur à 22.

Parmi l'ensemble des dossiers, on retrouve un petit nombre qui concerne les demandes intérimaires (2,16%), les remises (6,96%) et les appels (1,3%). De toutes les demandes d'autorisation de soins confondues, plus des trois quarts sont accordés par la Cour.[35]

On peut, sous toutes réserves, supposer que ces trois sous-catégories sont incluses dans la catégorie *AJS non accordées (ou non spécifiées).* Si on soustrait du pourcentage lié à cette catégorie (23,04%) le total des pourcentages des trois sous-catégories mentionnées (10,42%) on obtient un pourcentage de requêtes rejetées qui atteint 12,62%, soit un total de 29 requêtes.

Quoi qu'il en soit, les chiffres de 2018 sont sans commune mesure avec cette proportion. Seulement cinq requêtes, sur un total de 547, soit moins de 1% d'entre elles, ont été rejetées par le tribunal.

Les résultats qui concernent les requêtes partiellement accueillies sont un peu plus réjouissants. Alors qu'en 2009, elles représentaient 9,6% (et probablement plus[36]) 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.

Tableau 1.17.2
Verdicts selon le type de requêtes, 2018

Décision du juge	AJS		AJH		AJS-AJH		NSP	
	N	%	N	%	n	%	N	%
Requête accueillie	199	80,6	64	80	142	75,5	--	--
Requête accueillie partiellement	46	18,6	14	17,5	45	23,9	2	6,25
Requête rejetée	2	0,8	2	2,5	1	0,5	0	0
Abandons du dossier, données manquantes	--	--	--	--	--	--	30	93.75
TOTAL	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**

[35] **Ottero et Kristofferson-Dugré**, op. cit.
[36] Voir note 34.

En analysant les décisions du tribunal par type de requête, on constate que la proportion de requêtes partiellement accueillies est près de 30% plus élevée pour les AJS-AJH. Pourtant, les personnes qui font face à ce type de requêtes ne parlent pas plus longtemps (tableau 1.10.2), ne font pas entendre plus de témoins en leur faveur (tableau 1.13) et ne bénéficient pas de délais plus importants pour se préparer à leur cause (tableau 1.5.2).

Par contre, la durée moyenne des audiences en AJS-AJH est légèrement plus longue (tableau 1.10.2) et les personnes qui font face à ce type de requêtes sont plus souvent accompagnées ou représentées par un.e avocat.e (tableau 1.8.2). L'augmentation du nombre de requêtes partiellement accueillies pourrait avoir un lien avec ces deux caractéristiques.

1.18 Les requêtes rejetées

Sur l'ensemble des 547 décisions sur des requêtes d'AJSH rendues en 2018 par la Cour supérieure, seules cinq requêtes présentées par des établissements, soit moins de 1% du total, ont été intégralement rejetées par le tribunal. Il nous est apparu utile de nous attarder au déroulement de ces audiences et aux modalités de leurs résultats.

Dans le premier dossier, CIUSSS Centre-Sud contre L.C.[37], l'établissement fait une demande d'AJH en vue d'héberger la personne dans une ressource d'hébergement ou de l'hospitaliser sans son consentement si son état est perçu comme s'étant détérioré.

La juge applique de façon très rigoureuse la grille d'analyse arrêtée par la Cour d'appel dans l'arrêt F.D. c. CUSM Royal-Victoria, que nous avons abordé en introduction. Elle se penche donc d'abord sur la preuve prépondérante d'inaptitude à consentir qui doit être présentée par l'établissement. Elle en vient à la conclusion que la défenderesse *comprend la nature de sa maladie* (paragraphe 10), *ne nie pas les lacunes cognitives et physiques dont elle est affectée* (paragraphe 11), *comprends très bien ce qu'on souhaite pour elle et ce qu'elle refuse* (paragraphe 12) et qu'en conséquence, la preuve de son inaptitude à consentir n'étant pas suffisante, *la compétence du tribunal n'est pas démontrée* (paragraphe 16).

La seconde requête rejetée, CHUM c. A.F.[38] concerne une demande d'AJS-AJH pour une femme de 34 ans. D'entrée de jeu (paragraphe 8) *le tribunal voit une jeune femme convaincante et capable d'exprimer sa pensée. Elle est parfaitement au courant de sa situation, reconnaît d'emblée présenter la pathologie diagnostiquée, avoue avoir besoin des traitements prescrits* [auxquels] *elle consent et les suit.*

[37] Cour supérieure # 500-17-108184-183.
[38] Cour supérieure # 500-17-104724-185.

> *En revanche, elle n'est absolument pas d'accord avec l'hébergement (…). Elle trouve qu'il s'agit d'une invasion importante dans sa vie privée (…) (paragraphe 9).*
>
> *Au terme de ce témoignage, le tribunal estime séance tenante que toutes les réponses aux questions de la grille d'analyse permettant l'évaluation de son aptitude à consentir aux soins, énoncés dans l'arrêt F.D., convergent vers un constat d'aptitude. (paragraphe 10.)*

L'établissement présente alors un argument fréquent, celui de l'acceptation stratégique, qui consiste à consentir au traitement lors de l'audience afin d'éviter l'ordonnance du tribunal pour le refuser peu de temps après. Le demandeur mentionne ne pas voir dans la déclaration de la personne un *mensonge ou une stratégie visant à induire le Tribunal en erreur (bien qu'il ne l'exclue pas), mais plutôt la démonstration d'une autocritique fluctuante et superficielle* (paragraphe 18).

Le juge répond en citant l'arrêt M.B c. Centre hospitalier Le Gardeur[39] :

> *(…) Il n'y a rien dans la lettre et l'esprit de la loi qui permette d'évaluer à l'avance. une demande future advenant un refus et d'en décider. La situation peut évoluer entre aujourd'hui et demain; il est imprudent et contraire à la loi de décider aujourd'hui en fonction d'une situation qui risque de se présenter demain.*

Le jugement de la troisième requête rejetée, CIUSSS de l'Est c. P.T.[40], est présenté dans une forme beaucoup plus concise. Il prend la forme d'un court texte rédigé en anglais à la suite du procès-verbal de l'audience, qui semble s'être déroulée en français. Il s'agit très probablement d'une demande d'AJH destinée à forcer une personne âgée à être hébergée dans un CHSLD ou une ressource semblable.

Le juge mentionne simplement que la preuve est insuffisante. La personne concernée semble raisonnable (*defendant seems to be sane*) et si la Cour ne prétend pas que les services offerts dans la résidence privée pour personnes âgées dans laquelle elle habite correspondent à ses besoins, il n'y a pas de preuve du contraire.

Le quatrième dossier, CHUM c. R.C.[41] concerne une demande d'AJS-AJH. L'établissement semble ici vouloir adopter une stratégie préventive. Il reconnaît lui-même dans son témoignage que *madame C. accepte de prendre sa médication (…) de manière continue* (paragraphe 5). Il est aussi *d'opinion qu'il faut supporter le plan de madame C. de demeurer chez sa mère et obtenir le soutien de l'équipe SIM* (suivi intensif dans le milieu). Toutefois

[39] Cité dans **Robert P. Kouri et Suzanne B Nootens**, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins* 4e édition, ed. Yvon Blais, Cowansville, Québec, 2017, paragraphe 222.
[40] Cour supérieure #500-17-101969-189.
[41] Cour supérieure #500-17-105785-185.

(…), si ce plan échoue, la défenderesse devra être hébergée dans un appartement autonome ou supervisé (paragraphe 7).

À l'issue de son témoignage, la juge conclut que la personne concernée comprend la nature de sa maladie, la nature, les buts les avantages et les risques du traitement proposé, ainsi que les risques de ne pas subir les traitements (paragraphes 16 à 19). Elle est donc apte à consentir.

De plus, depuis plusieurs semaines, elle se rend tous les jours à la pharmacie pour prendre ses médicaments (paragraphe 14). Elle n'oppose donc aucun refus au traitement. Le témoignage de la partie défenderesse est qualifié par le tribunal de *clair, honnête et sincère* (paragraphe 10).

Le cinquième et dernier jugement, Institut Douglas c. S.M.[42], porte sur un débat où prédominent des considérations médicales. La personne concernée a présenté une réaction rare à la consommation d'antipsychotiques, le syndrome malin des neuroleptiques (SMN). Son psychiatre n'étant pas convaincu que les problèmes de santé de la personne étaient réellement le résultat d'un SMN, envisage de recommencer l'administration de la clozapine, le médicament qui aurait provoqué le syndrome, ce à quoi la personne s'oppose, avec l'appui de sa sœur.

La partie défenderesse fait entendre un témoin expert, un psychiatre d'un autre établissement qui affirme que *s'il avait été le médecin traitant, il n'aurait pas recommencé à administrer la clozapine, ni un autre antipsychotique* (paragraphe 22). Il mentionne également *qu'il permettrait à la défenderesse de retourner chez elle, avec ou sans médication* (paragraphe 24).

La personne concernée est aussi interrogée. Elle ne s'oppose pas à la prise de médicament même si elle considère ne pas en avoir besoin et elle désire retourner chez elle (paragraphe 26).

Tant le médecin représentant l'établissement que le témoin expert considèrent que l'état mental de la personne la rend inapte à consentir aux soins. Puisqu'[elle] n'a pas de représentant légal, ni d'autre famille proche, il revient à sa sœur, qui est son plus proche parent, de consentir ou non aux soins proposés (paragraphe 45). Celle-ci s'oppose à l'administration du médicament en raison des risques qu'il représente pour la santé physique de la défenderesse.

Le tribunal ne croit pas que l'établissement ait réussi à démontrer que ce refus est déraisonnable dans les circonstances (Paragraphes 50-51).

L'analyse de ces cinq jugements permet d'identifier des caractéristiques communes à chacune de ces audiences.

[42] Cour supérieure # 500-17-103184-183.

Participation active et structurée

Dans tous les cas, la personne concernée est présente et participe activement au déroulement de l'audience. Dans quatre des cinq cas, leur témoignage consolide leur crédibilité. Dans le dernier cas, c'est le témoignage de la personne dépositaire du consentement substitué qui convainc le juge du bien-fondé de son opposition.

Dans CIUSSS Centre Sud c. L.C., le juge mentionne que *la défenderesse comprend très bien ce qu'on souhaite pour elle et c'est ce qu'elle refuse* (paragraphe 12). On a vu plus haut que dans CHUM c. A.F. le juge est encore plus explicite : *Le tribunal voit une jeune femme convaincante et capable d'exprimer sa pensée* (paragraphe 8). Dans CHUM c. R.C. la juge qualifie le témoignage de la personne concernée, de *clair, honnête et sincère* (paragraphe 10).

Les personnes ont donc tout avantage à être présentes à l'audience, à préparer soigneusement leur témoignage avec le support de leur avocat.e, à élaborer et à observer rigoureusement la stratégie convenue avec ce dernier ou cette dernière pour le déroulement de l'audience. Elles devront surmonter le caractère intimidant du décorum de l'audience et s'exprimer en présence de la partie adverse. Elles auront aussi avantage à bien connaître leur diagnostic ainsi que les médicaments qui leur sont proposés, les effets qu'ils produisent dans leur cas particulier ainsi que les alternatives qu'elles jugent satisfaisantes, tant pour la médication que pour l'hébergement.

Représentation par avocat.e

Dans les cinq audiences concernées la personne était représentée par un.e avocat.e. En plus de conseiller la personne et de l'aider à structurer sa défense, l'avocat.e permet de renforcer la crédibilité de son ou sa client.e, notamment par sa maîtrise des procédures de la Cour.

On a vu plus haut (tableau 4) que les personnes disposent rarement de plus d'une semaine pour obtenir et comprendre l'information nécessaire sur la procédure, identifier et retenir les services d'un.e avocat.e et se préparer à l'audience. Il en résulte que plus du quart des personnes assument seules leur défense ou sont sans aucune représentation à la Cour (tableau 6).

Présence d'un.e allié.e

Dans chacune des audiences où la requête de l'établissement a été rejetée, la personne pouvait compter sur la présence d'une personne alliée à sa cause.

Dans CIUSSS Centre-Sud c. L.C., un proche de la personne est identifié comme co-défendeur (et non comme mis en cause). La personne mentionne par ailleurs dans son témoignage que son *retour à domicile est sécuritaire et* [qu'] *elle est suffisamment encadrée*

par la présence de son colocataire de même que par la présence significative d'un ami, son parrain aux alcooliques anonymes, à qui elle parle tous les jours (paragraphe 14).

Dans CHUM c. A.F et CHUM c. R.C., les personnes peuvent compter sur l'appui de leurs mères. Celle de A.F. témoigne en faveur de sa fille alors que celle de R.C. l'héberge depuis sa sortie de l'hôpital.

Dans CIUSSS de l'Est c. P.T., c'est une personne liée à la résidence privée pour personnes âgées où la personne concernée réside qui vient témoigner en sa faveur. L'établissement demandait qu'elle soit désormais hébergée à un autre endroit.

Enfin, dans Institut Douglas c. S.M., c'est comme on l'a vu, un témoin expert, psychiatre dans un autre établissement, qui vient appuyer la prétention de la personne à l'effet que les médicaments qui lui sont prescrits produisent chez elle un syndrome malin des neuroleptiques.

À défaut de pouvoir présenter un témoin qui viendra les appuyer dans leurs revendications, les personnes qui peuvent évoquer la présence dans leur entourage de personnes significatives susceptibles de les soutenir dans leur démarche vers un meilleur équilibre personnel semblent faire partie de celles qui peuvent espérer éviter de se voir imposer des obligations par le tribunal. Il est regrettable de constater, comme on le verra plus loin, qu'un grand nombre de personnes qui font face à des AJSH proviennent de milieux où prédominent la défavorisation économique et l'isolement social.

Reconnaître la «maladie»

Comme on l'a vu précédemment, le premier critère de la Nouvelle-Écosse, qui permet de déterminer l'aptitude d'une personne à consentir aux soins consiste à comprendre *la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé.* De fait, cette acceptation du diagnostic est explicite dans au moins trois des cinq jugements :

> *La défenderesse (…) admet que la consommation d'alcool lui a causé des problèmes mentaux et physiques qui l'ont abîmée. (CIUSSS Centre-Sud c. L.C. paragraphe 11).*

> *Elle est parfaitement au courant de sa situation, reconnaît d'emblée présenter la pathologie diagnostiquée, avoue avoir besoin des traitements prescrits et se rend très bien compte que ces derniers sont nécessaires et bénéfiques. Par ailleurs, elle y consent et les suit (CHUM c. A.F. paragraphe 8).*

> *Elle comprend sa maladie, se déclare bipolaire, affirme devoir vivre avec cela pour le restant de sa vie (CHUM c. R.C. paragraphe 12).*

Dans le dernier cas, S.M. se distingue des autres personnes à cet égard. *Elle indique qu'elle accepterait de prendre les médicaments que peuvent lui prescrire les médecins, même si elle croit ne pas en avoir besoin, puisqu'elle va bien* (Institut Douglas c. S.M., paragraphe 26). Très explicitement, le médecin mandaté par la personne ainsi que celui de l'établissement s'entendent pour constater *que la maladie affecte le jugement et l'autocritique de madame M. avec la conséquence que celle-ci ne croit pas être malade* (paragraphe 45). Sur la base entre autres, de ce constat, la personne est jugée inapte à consentir et son consentement substitué est confié à sa sœur.

Même dans les rares cas où la requête des établissements est rejetée, la Cour semble donc toujours considérer comme avéré le diagnostic posé par les médecins. Une personne qui remet en question son diagnostic ou qui n'admet pas être atteinte d'une forme ou d'une autre de pathologie mentale semble avoir très peu de chance de convaincre le tribunal et d'éviter l'autorisation de soins ou d'hébergement. Aucune d'entre elles n'y est parvenue à travers toutes les causes en AJSH entendues à Montréal en 2018.

D'ailleurs, même quand elle rejette leur requête, la Cour souligne fréquemment la légitimité, en termes de soins médicaux, de l'intervention des établissements auprès des personnes. C'est un peu comme si les juges, alors qu'ils et elles s'apprêtent à transgresser la règle non écrite consistant à accueillir systématiquement ce type de requête ressentaient le besoin de s'en excuser auprès des établissements demandeurs. Il n'est pas évident que ce genre de formule de déférence soit aussi fréquemment adressé aux personnes lorsqu'elles perdent leurs causes.

> *(…) le tribunal doit d'abord se pencher sur sa compétence à disposer de la demande qui lui est faite, et ce, même s'il est convaincu du bien-fondé du traitement proposé et de la bonne foi de ceux qui le proposent (CIUSSS de l'Est c. L.C. paragraphe 4).*

> *Le tribunal, bien qu'il soit sensible aux expertises produites par le CHUM, ne peut pas lui accorder la demande (CHUM c. A.F. paragraphe 22).*

> *Le tribunal souhaite souligner le grand professionnalisme de l'équipe traitante et son souci d'assurer le bien-être physique et psychologique de la patiente. Il est certainement souhaitable que madame F. collabore avec ces professionnels de la santé et continue de suivre les traitements prescrits (CHUM c. A.F. paragraphe 25).*

> *The burden of proof rests on Plaintiff's but <u>unfortunately</u>, this burden was not met (CIUSSS de l'Est c. P.T. (Notre soulignement).*

Ayant compilé le nombre d'audiences d'AJSH présidée par chaque juge, nous avons vérifié cette information pour chacun.e des auteur.es des jugements rejetant les requêtes des établissements. Aucune tendance claire ne peut être dégagée à cet égard. L'un de ces cinq juges fait partie de ceux qui ont entendu le plus grand nombre de causes d'AJSH. Pour une autre, la cause qu'elle a rejetée constitue le seul dossier de ce type qu'elle a traité en 2018. Les trois autres juges en ont respectivement entendu entre une et cinq, entre cinq et 10 et entre 10 et 15.

Finalement, il est à noter que bien que, comme on le verra dans la section suivante, en 2009 comme en 2018, la majorité des personnes qui se sont vu imposer une AJSH étaient des hommes, les cinq personnes pour qui la requête a été rejetée en 2018 étaient des femmes.

1.19 La durée de l'autorisation

Pour l'année 2009, les chercheurs observaient *qu'une tendance à l'allongement de la durée [des autorisations] semble s'être installée*[43]. La réalité telle que nous l'observons pour l'année 2018 tend à indiquer que cette tendance se maintient.

Tableau 1.19
Durée des autorisations 2009, 2018

Durée (mois)	2009		2018	
	N	%	N	%
Moins de 24	14	6,1	71	13
24	84	36,5	137	25
24-36	113	49,1	288	52,7
Plus de 36	2	0,9	11	2
Info. manquantes/ne s'applique pas	17	7,4	40	7,3
Total	**230**	**100**	**547**	**100**

[43] Ottero et Kristofferson-Dugré, op. cit., p. 18.

La proportion des AJSH de courte durée (moins de 24 mois) a doublé entre 2009 et 2018, passant de 6,1% à 13% du total. Il faut cependant mentionner que certaines de ces autorisations concernent des soins de santé physique, qui avaient été retirés de l'échantillon de 2009. La majorité concerne cependant les AJSH en santé mentale. L'augmentation est donc réelle.

Notre compilation de données nous indique par ailleurs que le tiers des 137 autorisations de 24 mois accordées en 2018 résultent de requêtes accueillies partiellement. Dans plusieurs de ces cas, la durée demandée par l'établissement était probablement plus longue.

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 0,9% à 2%.

Le tableau suivant décline la durée des autorisations en fonction du type de jugement :

Tableau 1.19.1
Durée de l'autorisation selon le type de requête, 2018

Durée de l'autorisation												
Type de requête	**Moins de 24 mois**		**24-35 mois**		**36-47 mois**		**48 mois +**		**NSP**		**Total**	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
AJS	47	19	67	27,1	124	50,2	6	2,4	3	1,2	**247**	**100**
AJH	8	10	23	28,8	46	57,5	0	0	3	3,8	**80**	**100**
AJS AJH	16	8,4	47	24,7	118	62,1	5	2,6	4	2,81	**190**	**100**
NSP	0	0	0	0	0	0	0	0	30	100	**30**	**100**
Total	**71**	**13**	**137**	**25**	**288**	**52,7**	**11**	**2**	**40**	**7,3**	**547**	**100**

La durée des autorisations tend à être plus courte pour les jugements en AJS. C'est le type de jugement ou on retrouve à la fois la plus grande proportion d'autorisations de moins de 24 mois, et la plus faible proportion d'autorisations de 36 mois et plus. À l'inverse, les AJS-AJH reçoivent à la fois la plus faible proportion d'autorisations de moins de 24 mois ainsi que la proportion la plus importante des autorisations de plus de trois ans. C'est ainsi que les

personnes qui subissent les plus graves atteintes à leurs droits et libertés sont aussi celles qui subissent ces atteintes durant la plus longue période de temps.

1.20 Les médicaments et traitements imposés

Le but premier poursuivi par les établissements au moment de présenter une requête en AJSH est le plus souvent de contraindre une personne à consommer un médicament. De fait, cette obligation est clairement présente dans 419 des 547 jugements rendus pas la Cour supérieure en 2018 (76,6%).

Les 79 cas d'AJH que nous avons identifiés se retrouvent dans les 18 cas clairs où aucune médication n'est imposée, et dans 61 des 110 jugements où l'obligation de prendre une médication n'est pas clairement établie.

Tableau 1.20.1
Imposition de médicaments dans les jugements, 2018

Médicaments	Jugements	
	N	%
Oui	419	76,6
Non	18	3,3
NSP	110	20,1
Total	**547**	**100**

Des médicaments de même nature sont imposés dans la majorité des jugements. Il s'agit généralement de psychotropes (antipsychotiques, stabilisateurs de l'humeur, antidépresseurs et anxiolytiques) et de médicaments destinés à atténuer leurs effets secondaires.

Les antipsychotiques sont utilisés pour atténuer les symptômes de la psychose (idées délirantes, hallucinations, etc.). Ils sont aussi utilisés pour traiter la schizophrénie, le trouble bipolaire et la dépression.[44] Le lithium est le stabilisateur de l'humeur le plus fréquemment utilisé dans des cas de trouble bipolaire.[45]

[44] **Centre de toxicomanie et Santé mentale,** *Les antipsychotiques*, site web de l'organisme, Québec, 2021. [Consulté le 21 octobre 2021]. https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-antipsychotiques

[45] **Psycom,** *Médicaments psychotropes, stabilisants de l'humeur, normothymiques,* sur le site de psycom.org, Paris, France, mai 2018, [Consulté le 31 mai 2021]. http://www.psycom.org/Medicaments-psychotropes/Medicaments-psychotropes/Stabilisants-de-l-humeur-normothymiques#psycho1

L'utilisation de ce type de médicament entraîne fréquemment des effets indésirables : somnolence, apathie, pertes de mémoire, etc. Les effets secondaires les plus visibles sont des tremblements intenses et incontrôlables aussi appelés dyskinésie tardive. Pour y remédier, on impose souvent la prise de médicament de type antiparkinsonien.

Le tableau suivant compare la fréquence avec laquelle les différents médicaments sont imposés en 2009 et en 2018. La plupart des jugements autorisent l'imposition de plusieurs médicaments.

Tableau 1.20.2
Type de médicaments et traitements imposés, 2009, 2018

Médicaments / traitements	2009		2018	
	N	% des 230 dossiers	N	% des 547 dossiers AJSH
Antipsychotiques	176	76,5	407	74,41
Stabilisateurs humeur	81	35,22	177	32,36
Antidépresseurs	32	13,91	48	8,78
Anxiolytiques	--	--	10	1,82
Sous total psychotropes[46]	**187**	**81,3**	**419**	**76,60**
Problèmes physiques			54	9,87
Contrer effets secondaires	146	63,48	404	73,86
Antiparkinsoniens	81	35,22	--	--
Électrochocs	5	2,17	10	1,82
Autres traitements	6	2,61	--	--
Non indiqués	44	19,13	--	--

Globalement, la proportion des différents types des médicaments imposés a peu varié entre 2009 et 2018. Les antipsychotiques demeurent présents dans les trois quarts des jugements, suivis des stabilisateurs de l'humeur dans un tiers des dossiers. Les médicaments visant à contrer les effets secondaires se retrouvent eux aussi dans environ les trois quarts des dossiers.[47] Le recours aux antidépresseurs est en baisse de 37%, passant de 13,91% à 8,78% des dossiers. Il en est de même des électrochocs dont la présence passe de 2,17% à 1,83% des autorisations, pour une baisse d'environ 15%.

[46] Comme plusieurs médicaments psychotropes ont pu être imposés dans un même jugement, le nombre total des médicaments de ce type est plus grand que le sous-total des jugements concernés.

[47] **Ottero et Kristofferson-Dugré** mentionnent dans leur rapport que *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 faut donc ajouter une proportion non déterminée des antiparkinsoniens dans la catégorie *contrer les effets secondaires.*

En plus de la médication, un grand nombre de traitements non pharmacologiques est imposé aux personnes. Ils sont présents dans plus de 90% des autorisations.

Tableau 1.20.3
Traitements non pharmaceutiques imposés, 2018

Traitement	Jugements	
	N	%
Oui	493	90,1
Non	12	2,2
NSP	42	7,7
Total	**547**	**100**

Contrairement à ce qu'on pourrait espérer, ces traitements ne sont habituellement pas de nature psychosociale ou relevant d'une approche autre que biomédicale. Il s'agit surtout de procédures visant à s'assurer que la personne consomme adéquatement et régulièrement sa médication, ou encore à procéder à son hospitalisation forcée en cas d'apparition de signes qui seraient perçus par le médecin traitant comme des symptômes de dégradation de son état mental.

Tableau 1.20.4
Types traitements non pharmaceutiques imposés, 2018

Types de traitement	Jugements	
	N	% / 547 dossiers
Examen médical de suivi	399	72,9%
Hospitaliser au besoin	338	61,8%
Suivi avec l'équipe traitante	308	56,3%
Hospitaliser jusqu'à stabilisation	191	34,9%
Suivi en toxicomanie pour l'abstinence	12	2,19%
Autres	94	17,2%

Dans près des trois quarts des cas, la personne doit se soumettre à des examens de suivi obligatoire afin de déterminer les effets de la médication sur son état physique et mental.

Dans 191 cas sur 547, l'établissement est autorisé à hospitaliser la personne, sans son consentement et sans autre autorisation du tribunal, s'il considère que la détérioration de son état mental justifie une hospitalisation. Dans une proportion encore plus importante de cas, 338 ou 61,8% du total, l'établissement peut détenir la personne sans justification particulière, *au besoin*. Cette privation de liberté peut se prolonger pour une période indéfinie, limitée

uniquement par la durée de l'autorisation elle-même, sans qu'il soit nécessaire de demander l'autorisation de qui que ce soit. C'est ainsi que de nombreuses personnes peuvent se retrouver hospitalisées pendant des périodes prolongées sans leur consentement, et sans qu'elles n'aient aucun moyen légal ou administratif de contester la décision de leur médecin.

Le profil des personnes

Les dossiers de cour renferment des renseignements qui permettent de tracer un portrait des caractéristiques psychosociales des personnes qui font l'objet de requêtes en AJSH.

1.21 Le sexe et l'âge

Parmi les informations de base qui figurent dans tous les dossiers se trouvent l'âge et le sexe de la personne concernée par la requête. Le croisement de ces deux informations permet de dégager des tendances significatives.

Tableau 1.21.1
Sexe des personnes concernées, 2009 et 2018

	2009		2018 AJS		2018 AJH		2018 AJS-AJH		2018 NSP		2018 Total	
Sexe	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%	N	%
Masculin	129	56,1	135	54,6	47	58,8	109	58	20	62,5	**311**	**56,8**
Féminin	101	43,9	108	43,7	31	38,8	78	41,5	12	37,5	**229**	**41,9**
NSP	--	--	4	1,6	2	2,5	1	0,5	0	0	**7**	**1,2**
Total	**230**	**100**	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**	**547**	**100**

Globalement, la tendance observée en 2009 se maintient. Les hommes représentent une majorité des personnes qui font l'objet de requête d'AJSH. La proportion s'observe dans toutes les catégories de jugement. Les hommes y sont majoritaires dans des proportions variant de 54,6% à 59,5%. Cette surreprésentation des hommes chez les personnes qui font l'objet d'AJSH est d'autant plus significative que ceux-ci sont minoritaires dans la population de plus de 15 ans résidant sur l'île de Montréal, représentant 49,29% de cette population[48].

[48] **Institut de la statistique**, *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*, Gouvernement du Québec, Québec, 2020, [Consulté le 2 juin 2021].
https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil06/societe/demographie/demo_gen/pop_age06.htm

Tableau 1.21.2
Statut majeur ou mineur des personnes concernées, 2018

Statut	N	%
Majeur	532	97,3
Mineur	15	2,8
Total	**547**	**100**

La grande majorité des personnes concernées est âgée de plus de 18 ans. Les dossiers qui concernent les personnes mineures se rapportent le plus souvent à des cas de santé physique.

Tableau 1.21.3
Sexe et âge des personnes concernées, 2009, 2018

	2009				Total 2009		2018						Total 2018	
	Hommes		Femmes				Hommes		Femmes		NSP			
Âge	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
18 -	7	3	1	0,4	**8**	**3,5**	8	1,5	5	0,9	3	0,6	**16**	**2,9**
19-25	23	10	7	3	**30**	**13**	44	8	15	2,7	1	0,2	**60**	**10,9**
26-30	21	9,1	3	1,3	**24**	**10,4**	34	6,2	15	2,7	--	--	**49**	**8,9**
31-35	12	5,2	10	4,3	**22**	**9,6**	39	7,1	13	2,4	--	--	**52**	**9,5**
36-40	13	5,7	7	3	**20**	**8,7**	30	5,5	17	3,1	--	--	**47**	**8,6**
41-45	8	3,5	7	3	**15**	**6,5**	18	3,3	21	3,8	--	--	**39**	**7,1**
46-50	13	5,7	11	4,8	**24**	**10,4**	24	4,4	16	2,9	--	--	**40**	**7,3**
51-55	8	3,5	11	4,8	**19**	**8,3**	21	3,8	21	3,8	1	0,2	**43**	**7,8**
56-60	6	2,6	7	3	**13**	**5,7**	24	4,4	22	4	--	--	**46**	**8,2**
61-65	4	1,7	10	4,3	**14**	**6,1**	16	2,9	21	3,8	--	--	**37**	**6,7**
66-70	3	1,3	5	2,2	**8**	**3,5**	11	2	17	3,1	--	--	**28**	**5,1**
71-75	2	0,9	7	3	**9**	**3,9**	8	1,5	11	2	--	--	**19**	**3,5**
76 +	--	--	--	--	**--**	**--**	31	5,7	32	5,9	2	0,4	**65**	**12,0**
76-80	3	1,3	5	2,2	**8**	**3,5**	--	---	--	--	--	-	**--**	**--**
81-85	4	1,7	6	2,6	**10**	**4,3**	--	-	--	--	--	--	**--**	**--**
86 +	1	0,4	2	0,9	**3**	**1,3**	--	--	--	--	--	--	**--**	**--**
NSP	1	0,4	2	0,9	**3**	**1,3**	3	0,5	3	0,5	--	--	**6**	**1**
TOTAL	**129**	**56**	**101**	**43,7**	**230**	**100**	**311**	**56,8**	**229**	**41,9**	**7**	**1,3**	**547**	**100**

Globalement, la proportion des hommes et des femmes qui font l'objet de requêtes en AJSH demeure stable : 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 plus de 25%.

Pourtant, bien que les femmes soient majoritaires chez les personnes plus âgées, la proportion d'hommes s'est accrue à l'intérieur de ce groupe, passant de 35,9% en 2009 à 46% en 2018.

1.22 La défavorisation

La recherche portant sur l'année 2009 établissait un lien entre la défavorisation matérielle et sociale et le nombre de demandes d'AJSH. Les chercheurs ont couplé les codes postaux des personnes concernées avec le territoire de CSSS et de CLSC correspondants. Ils concluaient que les résidents des zones plus défavorisées faisaient nettement l'objet d'un nombre plus important de requêtes d'AJSH.

Nous avons fait un exercice semblable en faisant correspondre les régions de tri d'acheminement (RTA)[49] 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. L'exercice est quelque peu complexe dans la mesure où dans certains secteurs, on peut retrouver des zones favorisées et défavorisées à l'intérieur d'un même RTA. Nous avons alors classifié ce territoire selon l'indice dominant. De plus, les données dont nous disposons sont relativement anciennes. Le portrait démographique de l'île de Montréal a connu des changements significatifs depuis 2011. Les données que nous avons colligées, même si elles doivent être interprétées avec une certaine prudence, procurent des ordres de grandeur qui nous semblent toujours pertinents.

[49] Les RTA correspondent aux secteurs géographiques représentés par les trois premiers caractères de chaque code postal

Il est également à noter que tous les RTA ne comptent pas un nombre égal de résident.es. Ce nombre varie, pour les territoires résidentiels, de 560 (H4S)[50] à 48 556 (H1G). La moyenne de population par RTA s'établit à 18 610 résident.es.

Les RTA comportant moins d'habitant.es correspondent souvent à des secteurs moins densément peuplés et plus favorisés. Globalement, une majorité des habitant.es de l'île de Montréal réside dans des zones de défavorisation.

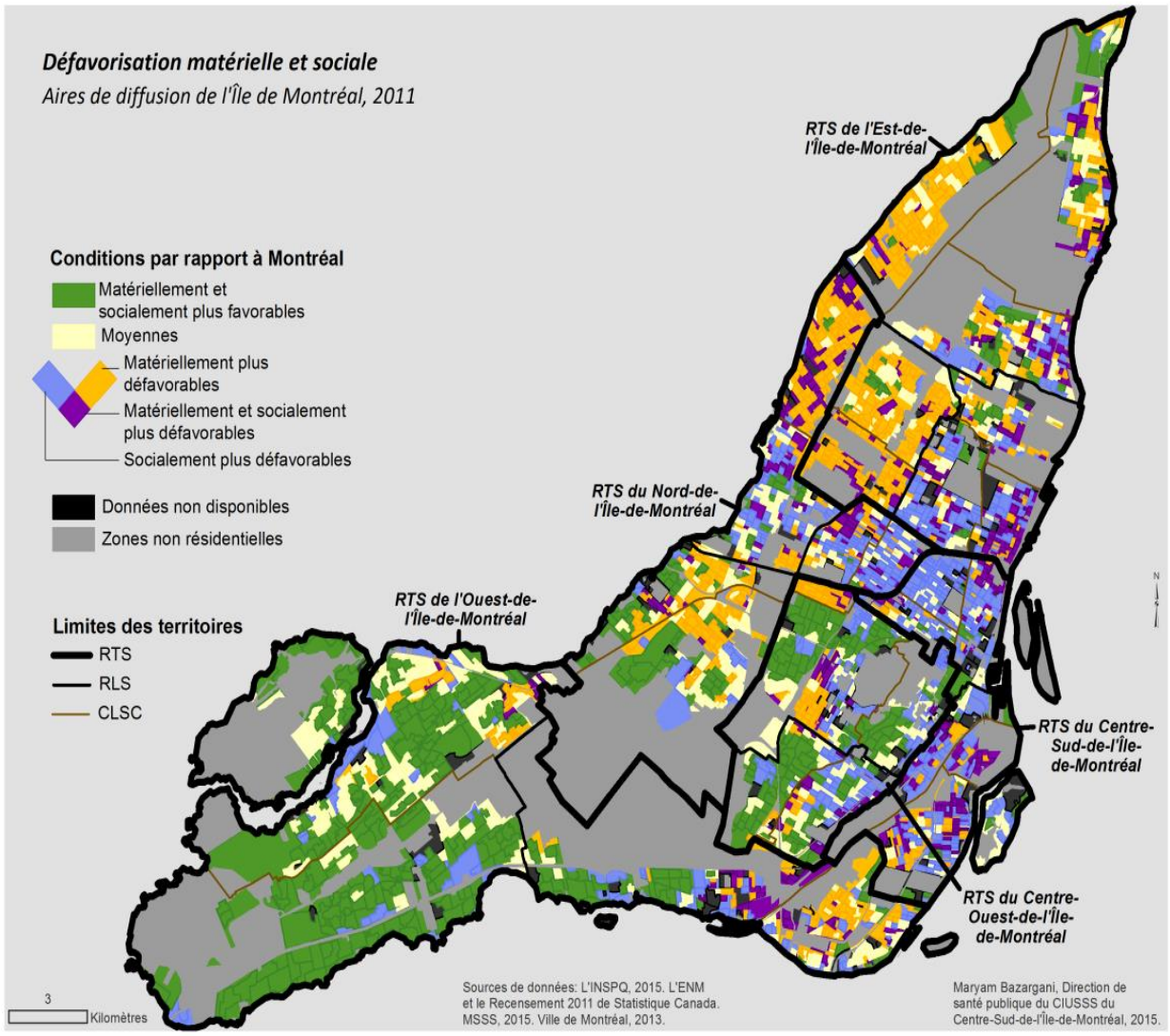
L'Institut national de santé publique du Québec définit la défavorisation sociale par la proportion de personnes vivant seules dans leur ménage, de personnes séparées, divorcées veuves ou de familles monoparentales. L'indice de défavorisation matérielle se mesure selon la proportion de la population détenant un diplôme d'études secondaires, selon le niveau de revenu et selon la proportion de personnes détenant un emploi. [51]

La carte illustrée à la figure 2 montre le degré de défavorisation des différentes zones résidentielles de l'île de Montréal. Le tableau 2.3 identifie les RTA selon leur degré de défavorisation de chacune et établit le poids démographique de chacun des types de zones de défavorisation ainsi qu'un ratio d'AJSH par 1000 habitant.es pour chaque type de secteur.

[50] Toutes les données contenues dans ce paragraphe proviennent du recensement 2016
Statistiques Canada, *Chiffres des populations et des logements*, Recensement de 2016, Gouvernement du Canada, Ottawa, Ontario, 7 février 2018, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=1201&SR=351&S=22&O=A&RPP=25&PR=0&CMA=0&CSD=0

[51] **Institut national de santé publique du Québec**, *Environnement social et culturel*, Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services – Indice de défavorisation, Site de l'Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec, 2021, [Consulté le 22 mai 2021].
https://www.inspq.qc.ca/portrait-de-l-environnement-bati-et-de-l-environnement-des-services/indice-de-defavorisation

Figure 1.22
Carte de la défavorisation matérielle et sociale, île de Montréal, 2011[52]



[52] La carte à partir de laquelle nous avons compilé les données est disponible sur le site Atlas Montréal, hébergé sur **Espace Montréalais d'information et de santé,** *Défavorisation matérielle et sociale*, aires de diffusion de l'île de Montréal, Montréal, Québec, 2011. [Consulté le 18 novembre 2018]. http://www.emisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/geo_defavo11/carto.php?lang=fr&nivgeos=admtl&curCodeDomCH=DS&curCodeThemeCH=defavo&typindCH=I&curCodeIndCH=quintmatrss

Tableau 1.22
Distribution des AJSH selon les zones de défavorisation, 2018

Défavo-risation	Région de tri d'acheminement (RTA)	AJSH	% Mtl	Popu-lation	% Mtl	Ratio AJSH /100 000 hab
Matérielle et sociale	H1B H1L H1W H2E H3K H8S H8T	27	8,4	162 289	8,3	16,63
Matérielle	H1E H1G H1H H1J H1N H1P H1R H1S H2N H2P H3J H3M H3N H3S H3W H4E H4G H4J H4L H4N H4Y H8N H8R	112	34,9	579 719	29,6	19,31
Sociale	H1L H1V H1X H1Y H2B H2C H2G H2H H2J H2K H2L H2M H2R H2S H2T H2W H2X H2Y H3C H3L H3T H3V H3Z H4A H4B H4C H4H H4T	95	29,6	530 903	27,1	17,89
Moyenne	H1C H1K H1M H1T H1Z H2A H3E H3H H4M H4P H4V H8P H8Z H9E H9R	42	13,08	309 443	15,8	13,57
Favorisée	H1A H2V H2Z H3A H3B H3G H3P H3R H3X H3Y H4K H4R H4S H4W H4Y H8Y H9A H9B H9G H9H H9J H9K H9P H9S H9W H9X	45	14	376 541	19,2	11,95
Itinérant.e		91	--	3149[53]	--	2889,80
Laval[54]	H7C H7K H7N H7P H7R H7V H7W H7X	15	--	--	--	--
Hors Île de Mtl	GOW JOL JOM J3Y J4J	27	--	--	--	--
Adresse de l'hôpital		37	--	--	--	--
Non disponible		56	--	--	--	--
Total RTA Mtl		**321**	**100**	**1 958 895**	**100**	**16,38**
Total		**547**	**--**	**--**	**--**	**--**

[53] Cette population n'est pas incluse dans le total de la population des RTA.
[54] LES RTA indiqués pour Laval et hors de l'île de Montréal sont ceux pour lesquels des requêtes d'AJSH appartenant à notre échantillon ont été présentées. Les données sur la défavorisation dans ces RTA ne sont pas disponibles.

Sans grande surprise, les données du tableau 2.2 démontrent que 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 pourtant que le facteur le plus déterminant soit celui de la défavorisation matérielle. Les personnes qui vivent de façon plus accentuée ce type de défavorisation présentent un niveau de risque de se voir imposer une AJSH (19,31 / 100 000) supérieur à celui des personnes appauvries socialement (17,89 / 100 000). Il est étonnant de constater que les personnes vivant dans des milieux cumulant la défavorisation matérielle et sociale sont moins exposées aux AJSH. Leur proportion parmi les personnes concernées équivaut plus ou moins à leur poids démographique sur l'île de Montréal.

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 d'AJSH par 1000 individus est considérablement moins élevé que la moyenne, s'établissant à 11,95 AJSH par 100 000 habitant.es.

Un dénombrement effectué à l'initiative de la Ville de Montréal a par ailleurs permis d'établir qu'en avril 2018, 3149 personnes étaient en situation d'itinérance à Montréal[55]. Les méthodes qui ont permis d'établir ce nombre ont fait l'objet de certaines critiques. Le nombre réel de personnes en situation d'itinérance est probablement plus élevé que celui qui a été établi lors du dénombrement.

Il est vraisemblable qu'une certaine proportion des 37 dossiers où l'adresse de résidence inscrite correspondait à celle d'un établissement de santé concerne des personnes itinérantes. Si on ne considère que les 91 cas où les personnes ont clairement été identifiées comme itinérantes et qu'on tient pour acquis que toutes ces personnes vivaient sur l'Île de Montréal, le ratio d'AJSH sur la base du résultat du dénombrement 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.

[55] **Société Radio Canada (SRC) avec la collaboration de Diana Gonzalez et les informations de La Presse canadienne**, *Près de 5800 itinérants «visibles» au Québec*, Site de la SRC, Montréal, Québec, 25 mars 2019, mis à jour le 18 juin 2019, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1160344/denonbrement-itinerants-visibles-sans-abri-montreal

Les tendances identifiées dans la recherche de 2012 se confirment. Les chercheurs établissaient alors que la majorité des personnes ayant subi une AJSH résidaient sur le territoire des CSSS ayant les plus hauts taux de défavorisation et qu'à l'intérieur de ces CSSS plus défavorisés, les résident.es habitant les territoires des CLSC les plus pauvres étaient surreprésenté.es.

Par contre, les chercheurs avaient établi que près du quart des personnes intimées étaient *dans une situation soit d'itinérance, soit d'absence de tout type de logement disponible.*[56] Les 91 AJSH imposées à des personnes itinérantes en 2018 représentent 16,64% de l'ensemble des requêtes. Bien que leur proportion soit en baisse, les personnes itinérantes sont toujours très fortement surreprésentées parmi celles à qui sont imposées des AJSH. La baisse du poids relatif de ces personnes dans la population des victimes d'AJSH pourrait témoigner d'une certaine «démocratisation» de ce recours de la part des établissements. Comparativement à 2009, on impose de nos jours des traitements forcés en plus grand nombre et à un segment plus large de la population.

1.23 Les problèmes psychosociaux

Les établissements évoquent à l'appui de leurs demandes d'AJSH l'existence d'une variété de problèmes psychosociaux qui affectent les personnes concernées. Il est certain que ces problèmes, dans la mesure où ils sont réels et bien documentés, demandent des interventions destinées à soutenir les personnes dans leurs efforts pour les surmonter. Cependant, ces difficultés ne sont pas en elles-mêmes des indicateurs prépondérants qui justifient l'imposition d'une AJSH.

[56] **Ottero et Kristofferson-Dugré**, Op. cit. p. 33.

Tableau 1.23.1
Problèmes psychosociaux mentionnés, 2018

Problèmes psychosociaux	N	% / 547 dossiers
Dangerosité envers autrui	219	40%
Dangerosité envers soi-même	178	32,5%
Santé physique	174	31,8%
Instabilité résidentielle	168	30,7%
Alcool, drogues	150	27,4%
Hygiène / salubrité	140	25,6%
Troubles cognitifs	132	24,1%
Problèmes judiciaires	131	23,9%
Alimentation	129	23,5%
Perte d'autonomie	100	18,3%
Problèmes financiers	58	10,6%
Total des types de problèmes évoqués	**1579**	**-**

Comme on peut le voir, un nombre significatif de problèmes psychosociaux sont évoqués par les établissements à l'appui de leurs demandes. Il est remarquable que parmi les problèmes les plus fréquemment soulevés apparaissent le danger pour autrui (219 mentions, 40% des dossiers) et le danger pour soi-même (178 mentions, 32,5% des dossiers). La notion de dangerosité est pourtant davantage associée à une autre procédure légale fréquemment appliquée à l'encontre des personnes porteuses de diagnostics en santé mentale, celle de la garde en établissement. Comme son nom l'indique, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38,001) impose aux établissements la présentation d'une preuve prépondérante de dangerosité pour obtenir l'autorisation de maintenir l'hospitalisation d'une personne contre sa volonté.

L'instabilité résidentielle, les problèmes de consommation d'alcool et de drogues ainsi que les problèmes d'hygiène et de salubrité peuvent correspondre à la réalité vécue par les nombreuses personnes itinérantes qui font l'objet de requêtes en AJSH. La fréquence de la mention de ces problèmes indique cependant qu'ils sont également évoqués pour d'autres personnes.

Par ailleurs, les auteur.es de la recherche précédente avaient identifié pour l'année 2009 six catégories de difficultés vécues par les personnes intimées pour des requêtes d'AJSH. Certaines de ces catégories recoupent les problèmes psychosociaux que nous avons identifiés pour l'année 2018, ce qui nous permet de mesurer l'évolution du nombre de mentions de ces problèmes dans les documents préparés par les établissements.

Tableau 1.23.2
Problèmes vécus par les personnes, 2009, 2018

Difficulté/ problème	2009	2018
Autonomie	25,6%	18,3%
Hygiène/salubrité	23,5%	25,6%
Alimentation	18,7%	23,6%
Éviction /itinérance	18,7%	30,7%
Gestion de l'argent	18,3%	10,6%
Sécurité	7,39%	--
Danger envers autrui	--	40%
Danger envers soi-même	--	32,5%
Alcool, drogues	--	27,4%

Il faut d'abord se réjouir que les mentions de problèmes liés à l'autonomie et à la gestion de l'argent soient en baisse marquée depuis 2009. Cela donne à penser qu'un nombre moins important de personnes se voient imposer des traitements forcés pour des raisons liées à leurs habitudes de vie ou à la gestion de leurs biens.

Par ailleurs, les mentions de problèmes liées à l'itinérance et à l'éviction d'un logement ont fortement augmenté passant de 18,7% à 30% des dossiers. Il est fort inquiétant de voir se banaliser l'approche autoritaire mise de l'avant par des établissements de santé, qui recourent aux tribunaux pour forcer des personnes itinérantes ou à risque de le devenir à intégrer sous la contrainte une ressource d'hébergement qu'elles n'ont pas choisie. Ces pratiques viennent en contradiction avec, entre autres, les principes mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans sa *Politique nationale de lutte à l'itinérance*, publiée en 2013.

> *Malgré les difficultés qu'elles peuvent éprouver et en dépit de leur vulnérabilité, la Politique reconnaît les forces des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir. Elle vise à renforcer leur capacité d'agir et souligne la nécessité de les accompagner en ce sens dans la mise en œuvre des décisions et des mesures concrètes les concernant. (…) Le droit à la santé, à la sécurité, à l'exercice de la citoyenneté, tout comme le droit au logement, à l'éducation ou à tout autre service public doivent faire l'objet d'une attention et d'une vigilance particulière et constante de la part de tous. Au nom du respect de ces droits et de la dignité humaine, il faut s'assurer de demeurer particulièrement attentif et sensible aux réalités et aux besoins différents, notamment selon les sexes, des personnes en situation d'itinérance.*[57]

Par ailleurs, le phénomène de l'éviction de logement pourrait aussi toucher un certain nombre de personnes âgées. Retirées malgré elles de leur logement par un propriétaire désireux de le rénover ou par des proches inquiets d'une certaine perte d'autonomie, elles pourront subir une AJSH, surtout lorsqu'elles présentent un historique d'utilisation de services en santé mentale et lorsqu'on n'aura pas eu le temps ou la volonté de mettre en place avec elles une approche psychosociale qui tienne compte de leur volonté et de leurs aspirations.

1.24 L'isolement social

Nous avons vu dans la section sur la défavorisation qu'un nombre important de personnes ayant subi une AJSH vivent dans des secteurs défavorisés non seulement au plan économique, mais également au plan social. La défavorisation sociale se mesure essentiellement par le degré d'isolement dans lequel vit une personne. L'Institut national de santé publique du Québec établit le taux de défavorisation sociale d'un milieu de vie par le nombre de personnes vivant seules, de personnes séparées, divorcées ou veuves et de familles monoparentales qui y vivent.

Les dossiers de cour auxquels nous avons eu accès nous renseignent sur l'état civil des personnes concernées et sur la présence d'enfants dans leur foyer.

[57] **Ministère de la Santé et des Services sociaux**, *Ensemble pour éviter la rue et en sortir, politique nationale de lutte à l'itinérance*, Site du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 2014, page 31, [Consulté le 20 octobre 2021].
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf

Tableau 1.24.1

État civil des personnes visées par les requêtes, 2009, 2018 par type de jugement

État civil	2009		2018 AJS		2018 AJH		2018 AJS-AJH		NSP		2018 Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Personne seule	120	52,2	169	68,4	36	45	139	73,9	15	456,9	**359**	**65,6**
Marié.e /en couple	13	5,7	14	5,7	10	12,5	12	6,4	6	18,8	**42**	**7,7**
Séparé.e, / divorcé.e	25	10,9	39	15,8	15	18,8	19	10,1	6	18,8	**79**	**14,4**
Veuf, veuve	10	4,3	6	2,4	16	20	9	4,8	2	6,3	**33**	**6**
Aucune donnée	62	27	19	7,7	3	3,8	9	4,8	3	9,4	**34**	**6,2**
Total	**230**	**100**	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**	**547**	**100**

Globalement, les proportions de personnes de différents états civils ont peu varié entre 2009 et 2018. L'augmentation du pourcentage lié à chaque catégorie vient surtout du fait que beaucoup moins de dossiers comportaient des informations sur l'état civil des personnes. En 2009 comme en 2018, la grande majorité des personnes concernées (personnes seules, séparées, divorcées, veuves) n'ont pas de conjoint.e, ce qui augmente leur degré d'isolement et de défavorisation sociale.

La même tendance peut être observée en lien avec la présence d'enfants dans le ménage des personnes concernées.

Tableau 1.24.2

Présence d'enfants chez les personnes concernées, 2009, 2018 selon le type de jugement

	2009		2018 AJS		2018 AJH		2018 AJS AJH		2018 NSP		2018 Total	
Enfants	55	23,9	66	26,7	30	37,5	41	21,8	13	40,6	**150**	**27,4**
Pas d'enfant/ NSP	125	54,3	160	64,8	46	57,5	134	71,3	16	50	**356**	**65.1**
Aucune donnée	50	21,7	21	8,5	4	5	13	6,9	3	9,4	**41**	**7,5**
Total	**230**	**100**	**247**	**100**	**80**	**100**	**188**	**100**	**32**	**100**	**547**	**100**

Le nombre de dossiers où la présence d'enfants est indiquée est nettement plus élevé que le nombre de personnes vivant en couple, ce qui laisse supposer qu'une certaine proportion des personnes sont à la tête de familles monoparentales, ce qui est un facteur qui renforce la défavorisation sociale. On remarque que les personnes ayant des enfants sont surreprésentées parmi celles qui se font imposer une AJSH. Cette donnée renforce l'hypothèse selon laquelle plusieurs de ces personnes seraient âgées (leurs enfants étant devenus adultes) et que l'AJH aurait pour but de les contraindre à intégrer une ressource d'hébergement pour pallier leur perte d'autonomie.

Les informations disponibles dans les dossiers de cour ne permettent pas de déterminer si la présence d'enfants est ici un facteur qui renforce ou atténue la défavorisation sociale. Dans les cas où les enfants seraient âgés de moins de 18 ans, le fait qu'ils se trouvent dans des familles monoparentales renforcerait la défavorisation. Par ailleurs, dans les cas où les enfants sont plus âgés, on ne connaît pas la nature de la relation qu'ils entretiennent avec leurs parents. Ils pourraient soit agir à la manière de proche aidant, ce qui diminue l'isolement social, soit être tout à fait absents, ce qui le renforce.

Il demeure qu'une forte majorité des personnes concernées mentionne ne pas avoir d'enfant ou ne fait aucune mention à ce sujet. On peut conclure que ces personnes vivent dans une situation de plus grand isolement.

Il semble donc assez clair que la présence chez un individu de problèmes de nature psychosociale ou de facteur de défavorisation économique et sociale augmente la probabilité qu'il fasse l'objet d'un recours en AJSH. Bien que ces problématiques puissent avoir un impact certain sur la santé mentale des personnes qu'elles affectent et nécessiter des soins, il n'est pas pour autant évident qu'elles altèrent leur aptitude à consentir au traitement proposé qui, en plus du refus catégorique, constitue le critère privilégié dont la démonstration prépondérante doit être faite par l'établissement qui présente une requête en AJSH.

1.25 Les antécédents de mesures judiciaires

On observe qu'une forte proportion des personnes qui font l'objet d'une requête en AJSH n'en sont pas à leur première expérience devant les tribunaux

Tableau 1.25
Dossiers d'AJSH liés à des personnes ayant déjà fait l'objet de mesures judiciaires relatives à l'état mental, 2018

Mesure	Nombre	%
Garde	254	46,4
AJSH	143	26,1
CETM[58]	72	13,2

Près de la moitié (46,4%) des personnes qui se sont vues 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 médicament.

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

Enfin, près de 15% des requêtes concernent des personnes qui sont déjà encadrées par la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM). On superpose alors deux procédures différentes, l'une civile et l'autre administrative et découlant de la commission d'actes criminels. Cette superposition peut se justifier dans la mesure où il n'entre pas dans les attributions de la CETM d'imposer un traitement médical à un.e accusé.e.

[58] Le rôle de la Commission d'examen des troubles mentaux est d'évaluer le danger que représente pour la société une personne accusée d'un acte criminel, en fonction de son état mental. Voir à cet effet : **Tribunal administratif du Québec (TAQ)**, *La Commission d'examen des troubles mentaux*, Site du TAQ, Gouvernement du Québec, Québec, s.d., [Consulté le 20 octobre 2021]. https://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/commission-d-examen-des-troubles-mentaux/role

> *Toutefois, elle peut en faire une condition de remise en liberté ou de sorties sans accompagnement hors de l'hôpital désigné.*
>
> *Si l'accusé refuse de suivre un traitement, la CETM peut, si elle considère que ce traitement est nécessaire pour assurer la sécurité du public, refuser de libérer l'accusé ou lui interdire toute sortie59.*

Le fait qu'une personne soit sous la juridiction de la CETM ne doit donc pas être présenté devant le tribunal comme un facteur justifiant le recours à l'AJSH. Son imposition éventuelle doit être basée sur les critères habituels (inaptitude à consentir et refus catégorique du traitement) et non sur une dangerosité que la CETM a tous les moyens requis de contenir.

***

Bien que certains progrès semblent apparaître depuis 2009, la procédure d'AJSH continue de présenter une grande complexité pour des personnes qui manquent d'outils pour y faire face.

Certaines données démontrent que des obstacles importants continuent d'entraver les efforts des personnes pour éviter les contraintes d'une AJSH. Le nombre des requêtes présentées par les établissements est en hausse, les délais entre la signification et l'audience continuent d'être très courts, les remises d'audiences sont toujours assez rares, malgré les dispositions de l'arrêt de la Cour d'appel et le Curateur public donne peu de soutien aux personnes pour favoriser la défense de leurs droits. Le nombre de requêtes rejetées par le tribunal est aussi extrêmement bas.

Par ailleurs, d'autres résultats permettent de constater une participation plus active des personnes au processus. Par rapport aux données de 2009, elles sont plus souvent présentes en cour, elles sont davantage représentées.es par un.e avocat.e et elles prennent plus souvent la parole durant l'audience. Il en résulte des audiences de plus longue durée, surtout pour les requêtes en AJH, ce qui indiquerait un traitement globalement moins expéditif de la part du tribunal.

[59] **Tribunal administratif du Québec (TAQ**), *La Commission d'examen des troubles mentaux : guide*, Site du TAQ, Gouvernement du Québec, Québec, 2016, p. 26, [Consulté le 20 octobre 2021]. https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/publications/guide-CETM.pdf

Chapitre 2 : L'AJSH vue de l'intérieur

Dans ce second chapitre, nous nous proposons d'examiner la problématique de l'AJSH avec la vision de ceux et celles qui, à différents niveaux, y sont quotidiennement confronté.es et qui unissent leurs efforts pour favoriser une application rigoureuse du cadre légal qui entoure cette pratique.

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 droit en santé mentale et cinq personnes qui vivent ou ont vécu une AJSH. 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 aurions aussi voulu mieux comprendre le déroulement des audiences en AJSH en prenant connaissance du contenu de certains des enregistrements ou des transcriptions qui sont réalisés à chacune des audiences. Au terme de nombreuses démarches auprès de la Cour supérieure, sa juge en chef adjointe, l'honorable Eva Petras, nous a informés par lettre que l*es enregistrements des audiences de demande d'autorisation de soins consistent en grande partie du témoignage du psychiatre et le contenu de son rapport. Ces éléments sont confidentiels. Dans ces circonstances, il faut l'autorisation du juge ayant présidé l'audience pour en faire l'écoute. Il faut également l'autorisation du patient pour protéger la vie privée (entre autres, le dossier médical) et la dignité des patients concernés par les demandes d'autorisation de soins.*

Ne disposant pas des ressources nécessaires pour entrer en contact avec tous les acteurs concernés afin d'obtenir leur consentement, nous avons dû renoncer à l'écoute des audiences que nous avions sélectionnées. Si nous comprenons et acceptons le fait que la confidentialité du contenu de ces enregistrements ne peut être levée qu'avec le consentement des personnes concernées, il demeure regrettable que ce contenu ne puisse apporter à nos travaux un éclairage qui aurait sûrement contribué à mieux documenter les pratiques qui entourent l'AJSH.

Par ailleurs, on pourra remarquer que nous avons choisi de ne donner la parole qu'aux personnes entourant une seule des deux parties au litige civil que constitue une requête en AJSH, soit la partie défenderesse, la personne 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.*[60] C'est en vertu de notre mission que nous

[60] **Action Autonomie**, *Mission*, site web de l'organisme, Montréal, Québec, 2021. [Consulté le 20 octobre 2021]. https://www.actionautonomie.qc.ca/intro_mission/#mission

agissons comme porte-parole des personnes porteuses de diagnostics en santé mentale qui font l'objet d'atteintes à leurs droits fondamentaux.

Notre but n'est pas de discréditer ou de prêter de mauvaises intentions aux tribunaux ou aux établissements de santé, à leur personnel ou à leurs représentant.es. Nous ne prétendons pas que les situations que nous décrivons dans ce chapitre sont représentatives de celles vécues par toutes les personnes qui font l'objet d'une requête en AJSH, ni que celles-ci sont systématiquement brimées dans l'exercice de leurs droits. Toutefois, nos 30 ans de pratique en défense de droits en santé mentale nous permettent d'affirmer que ce type de situation apparait de façon répétée et constante et affecte une proportion significative des personnes concernées.

Nous souhaitons sensibiliser le public à la réalité, tel qu'elle est vécue par ces personnes qui n'ont pas la parole, qui font le plus souvent les frais de décisions imposées par d'autres et qui vivent quotidiennement et pour de nombreuses années, avec les conséquences de ces décisions.

2.1 Le nombre de requêtes : Formaliser l'autoritarisme

Il est certain que la médication et l'hébergement forcés ont existé bien avant le début des années 1990, moment où l'AJSH est apparue dans l'univers juridique québécois. À notre connaissance, il n'y avait avant cette date aucun mécanisme particulier de reddition de comptes quant à ces privations de liberté qui s'exerçaient en profitant d'un vide juridique.

Si l'apparition du nouvel article 16 du code civil en 1991 n'a apparemment pas eu pour effet d'apporter des changements majeurs et immédiats aux pratiques de soins des psychiatres, nous avons par ailleurs vu à la section 1,2 que le nombre de requêtes en AJSH présentées par les établissements de santé montréalais à la cour Supérieure affichait une forte hausse comparativement à ce qu'il était en 2009. Il est clair que cette augmentation témoigne d'une tendance à l'autoritarisme de la part de plusieurs soignant.es, ainsi que d'un recours de plus en plus routinier à une mesure qui devrait demeurer exceptionnelle.

De l'avis d'une avocate qui s'exprimait lors d'une formation, les nouvelles règles ont eu un effet facilitant pour les soignant.es jugeant nécessaire la médication ou l'hébergement contre le bon gré de leur patient.e. « Cette mesure plaît. »

Les conseiller.ères en défense des droits témoignent de l'augmentation au fil des années d'appels à l'aide de personnes, souvent en garde en établissement, qui se font menacer d'AJSH, ou qui sont déjà privées de leurs libertés de choix par une ordonnance.

Malgré la formalisation de la mesure d'imposition de traitements, l'échec de la relation thérapeutique et la privation de droits n'en sont pas moins grands.

Un.e avocat.e que nous avons consulté.e nous dit observer un plus grand nombre de cas où la personne concernée présente des signes moins clairs d'inaptitude à consentir ou dont le refus catégorique s'apparente davantage à des hésitations qui, auparavant, auraient pu être assimilées à un consentement .

> *Auparavant, quand on se rendait à l'AJSH, c'était pour une clientèle qui me semblait être extrêmement lourde, beaucoup plus affectée que celle que je côtoie en ce moment. Il y a de nombreux cas pas clairs : Ils ont des difficultés, mais s'agit-il d'une incapacité franche? Les médecins reconnaissent peut-être davantage la nécessité d'obtenir une autorisation plutôt que de procéder par eux-mêmes. L'ambivalence est peut-être davantage assimilée à un non-consentement alors qu'anciennement elle pouvait être davantage assimilée à un consentement, surtout dans les cas d'hébergement. Dans le doute face au consentement, les établissements seraient davantage portés à demander une autorisation.*

Il est essentiel de lutter contre la banalisation de l'AJSH et de renforcer auprès des professionnel.les de la santé, des avocat.es et des juges le message selon lequel il s'agit d'une mesure d'exception à n'utiliser qu'en tout dernier recours.

2.2 S'entendre avec son ou sa psychiatre ?

Tout recours à une procédure d'AJSH 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, tel que nous l'avons évoqué en introduction. 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 AJSH.

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 et 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.»*

> *Il s'en fiche des droits. C'est lui qui a raison. Il gagnera toujours. Il me l'a dit. (…) J'ai essayé de lui faire comprendre qu'il existe d'autres méthodes que les médicaments. Il ne voulait rien entendre. (…) On était à couteau tiré. C'était une bataille ininterrompue.*

> *Il aurait pu s'asseoir avec moi, en discuter, me dire «on pourrait essayer le Lithium». On l'a essayé quelques jours et il me l'a enlevé sans explication. Je n'avais pas les réponses à mes questions. C'est lui qui décidait et ça s'est conclu par une AJS.*

> *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. Ils vont chercher à te convaincre. La notion de consentement, ils ne m'en ont pas vraiment parlé. J'ai appris que j'avais le droit de consentir quand j'ai parlé à Action Autonomie.*

> *Il n'a pas cherché à obtenir mon consentement ni cherché à savoir si j'étais apte à consentir ou pas.*

> *Elle disait que je ne savais pas ce que je disais, que j'étais paranoïaque, toutes sortes d'affaires.*

> *Il ne disait rien. Je n'ai jamais su ce qu'il pensait, sauf à la cour, quand il a présenté mon dossier au juge.*

Les travailleuses sociales et travailleurs sociaux sont présent.es dans le milieu de la psychiatrie. On pourrait s'attendre à ce qu'ils et elles offrent une sorte de contrepoids à l'approche autoritaire de certain.es psychiatres. Leur référentiel de compétences [61] énumère, parmi les finalités, valeurs et principes du travail social :

- *Le respect de la dignité de tout être humain;*
- *Le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités;*
- *Le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination;*
- *La promotion des principes de justice sociale.*

[61] **MERCIER, Clément**, *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*, sur le site de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et famailiaux du Québec, Montréal, Québec, 30 novembre 2011, page 7. [Consulté le 20 octobre 2021]. https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf

Ces intervenant.es peuvent se retrouver dans une position délicate qui les force à manœuvrer entre leur mission, qui consiste à apporter une aide concrète à des personnes qui vivent une situation difficile et leur loyauté envers leur employeur, l'établissement de santé qui, par l'intermédiaire des médecins et autres membres de l'équipe soignante a déterminé sans son consentement le type de soins requis.

Aux yeux des personnes concernées, les travailleuses sociales et travailleurs sociaux ont choisi leur camp :

Il y avait une travailleuse sociale à l'hôpital, mais elle était très du côté du médecin. Elle disait oui à tout ce qu'il disait.

> *Je n'avais pas de travailleur social au moment de préparer l'audience. Je n'en ai toujours pas et c'est mieux comme ça.*

Il est très difficile d'amener les travailleurs sociaux seulement à réfléchir sur pourquoi on a recours à cette pratique, remarque un.e conseiller.ère en défense de droits.

Pour ces dernier.ères, l'approche autoritaire n'est pas exceptionnelle, ni nouvelle. Elle s'appuie d'abord sur une volonté d'efficacité. La médication constante d'une personne devrait prévenir de nouvelles hospitalisations, l'empêcher de déranger son entourage. Plus l'autorisation du tribunal sera prolongée, meilleurs seront les gains en termes de temps et d'efficacité. Le nombre des consultations sera réduit, elles seront de courte durée et se limiteront à un suivi de routine.

> *Le bénéfice est beaucoup plus grand pour le système de santé que pour la personne.*

L'approche expéditive et autoritaire repose aussi sur une vision paternaliste héritée de l'époque des asiles d'aliénés. La discussion avec la personne concernée est considérée comme inutile. Elle ne comprendra pas, elle oubliera, elle ne tiendra pas parole. De toute façon, elle ne sait pas ce qui est bon pour elle.

> *La culture asilaire est encore bien présente dans le réseau de la santé mentale même si à peu près tous ceux et celles qui y travaillent aujourd'hui n'ont pas connu l'époque des asiles. Plus ou moins consciemment, ils et elles se disent : «°Moi, le soignant, je sais mieux que toi, le patient, ce qui est bon pour toi. Je vais donc te l'imposer et tu me remercieras plus tard ».*

Au-delà de la stricte question des droits, l'AJSH est le résultat d'une relation thérapeutique qui n'a pas été fructueuse. Le médecin n'a pas réussi à établir avec son ou sa patient.e la relation de confiance mutuelle qui aurait permis d'identifier un traitement auquel les deux parties auraient adhéré. Le dialogue est rompu. Souvent, il n'a jamais existé.

> *L'AJSH, c'est soit un abus, soit un échec.*
>
> *Un.e conseiller.ère en défense de droits*

2.3 Le personnel n'aide pas

Plusieurs personnes qui font l'objet d'une requête en AJSH ont été hospitalisées en psychiatrie préalablement à l'audience. Elles peuvent avoir été mises sous garde en établissement ou avoir été hospitalisées sur une base plus ou moins volontaire. Non seulement ces personnes sont plongées malgré elles dans un processus légal et juridique duquel elles ignorent à peu près tout, mais elles le sont alors qu'elles sont retirées de leur milieu d'appartenance, entourées d'inconnu.es et aux prises avec des problèmes émotionnels qui peuvent entraver leurs prises de décision.

Les établissements et leur personnel devraient avoir l'obligation morale, sinon légale, de soutenir ces personnes dans leur compréhension de la démarche et dans la défense des droits qui leur sont reconnus par la loi.

En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux a rendu public son Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui[62]. Ce document et le modèle de protocole[63] qui l'accompagne aspirent à encadrer les pratiques des établissements en matière de garde dans le sens d'un meilleur respect des lois en vigueur.

[62] **Ministère de la Santé et des Services sociaux**, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Garde en établissements de santé et de services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, site du MSSS, Gouvernement du Québec, Québec, 2018, 94 pages, [Consulté le 21 octobre 2021]. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf

[63] **Ministère de la Santé et des Services sociaux**, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Site du MSSS, Gouvernement du Québec, Québec, 2018, 76 pages, [Consulté le 21 octobre 2021]. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-37W.pdf

Le cadre de référence prévoit notamment que Pour assurer le respect du droit à l'information de la personne mise sous garde, le personnel de l'établissement doit lui fournir, dès le début du processus, toutes les explications nécessaires à sa compréhension de l'ensemble du processus de garde. Le protocole affirme pour sa part 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. Parmi les mesures qui favorisent l'exercice des droits et des recours, celles qui consistent à donner accès en temps opportun à une information adaptée et à accompagner et à assister la personne qui en a besoin figurent au nombre des actions à privilégier.

À ce jour, nos interventions en aide individuelle nous indiquent que, à Montréal du moins, le cadre de référence et le modèle de protocole n'ont pas eu pour effet d'apporter une amélioration spectaculaire dans les communications entre les soignant.es et les personnes mises sous garde, pour permettre à celles-ci de mieux connaître et exercer leurs droits. Ils témoignent quand même d'un positionnement bien arrêté du ministère de la Santé et des Services sociaux en faveur de cet objectif.

Malheureusement, à notre connaissance, aucun document gouvernemental de cette nature n'a été publié pour encadrer les pratiques en matière d'AJSH.

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.

> *Ils ont toujours procédé par autorisation judiciaire, sans que j'aie de copies, sans que je sois informée.*
>
> *On t'amène au tribunal et c'est tout*
>
> *Je ne me sentais pas appuyé par le personnel de l'hôpital. C'était comme si on n'était pas du même côté.*

> *Je n'ai pas trop eu le temps de me préparer. Beaucoup de choses ont déboulé, beaucoup de violation de mes droits, ils m'ont mis dans la salle d'isolement…*

Pour les conseiller.ères en défense de droit, non seulement les personnes ne reçoivent pas d'assistance, mais elles doivent aussi composer avec une forme d'hostilité passive du personnel.

> *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. La personne va rester à sa chambre, elle perd ses privilèges, on va lui parler durement et on va surtout insister constamment pour qu'elle prenne la médication. S'ils ne collaborent pas, ce ne sont pas de «bons patients». Parfois la personne «craque» et finit par accepter le médicament. L'hôpital peut quand même aller chercher une AJS au cas où elle changerait d'idée.*

Je me suis déjà fait dire par un membre du personnel à qui je disais que la personne avait le droit de consentir aux traitements : «Monsieur, ici vous êtes en psychiatrie…»

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.»

2.4 Un prolongement de la garde

Le tableau 1.25 nous a démontré que dans près d'un cas sur deux (46,4%) la procédure d'AJSH est appliquée à une personne ayant déjà subi une garde en établissement. Cette donnée illustre une tendance qui semble se généraliser dans l'approche de soins psychiatriques des établissements de santé montréalais : La personne est d'abord mise sous garde en établissement. Durant sa garde, elle débute la prise de médicaments, souvent sans consentement libre et éclairé, bien que l'établissement soit légalement tenu de l'obtenir, ou encore, elle exerce son droit de refuser la médication. À la fin de la garde, l'établissement la contraint, par l'obtention d'une AJSH devant la Cour supérieure, à débuter ou à poursuivre à long terme la prise de médicament.

Selon les conseiller.ères en défense de droits, il s'agit là d'une pratique de plus en plus courante :

C'est plus évident depuis quelques années, surtout pour les personnes qui cumulent plusieurs gardes.

Je vois davantage de personnes hospitalisées pour la première fois à qui on parle d'AJSH. (…). J'ai l'impression qu'on voyait moins ça il y a dix ou 15 ans.

Il arrive même que la garde soit prolongée pour donner le temps à l'établissement de compléter le dossier d'AJSH.

Le recours à l'AJSH a aussi pour effet de simplifier le suivi des dossiers de personnes perçues comme peu fiables ou récalcitrantes :

Il y a la question de la convenance pour le milieu hospitalier de présenter une demande pour s'assurer que pendant X temps il va y avoir une observance et qu'ils n'auront pas de difficulté à assurer le suivi.

Un.e avocat.e

La menace d'un recours à l'AJSH est donc souvent évoquée pour inciter une personne à suivre son traitement :

> *C'est devenu LA façon de faire : «Vous savez que je peux vous forcer à prendre votre médication.» Ce n'est certainement pas un consentement libre et éclairé à la médication. C'est un consentement obtenu sous la menace, ce qui le rend invalide.*
>
> *Un.e conseiller.ère en défense des droits*

Ce type de comportement met en lumière le fait que dans un certain nombre de cas, le motif premier qui mène à l'imposition de traitements forcés n'est pas l'inaptitude à consentir de la personne, ni même son refus catégorique, mais plutôt le fait qu'elle ne soit pas d'accord avec l'approche thérapeutique proposée par les soignant.es.

C'est ainsi que les quatrième et cinquième critères de la Nouvelle-Écosse[64] sont évoqués par les établissements pour assimiler le désaccord de la personne avec une non-compréhension des bienfaits présumés du traitement, incompréhension causée par la maladie elle-même dont elle conteste parfois le diagnostic. La personne se retrouve alors dans une situation sans issue : Plus elle manifestera son désaccord, plus elle renforcera l'argument de l'établissement voulant qu'elle soit inapte à consentir en raison de son état mental perturbé.

2.5 L'inaptitude du non obéissant

Au Québec, une personne a le droit de refuser des soins de santé même si les conséquences de ce refus pouvaient entraîner une détérioration de son état de santé, et même son décès.

En 1992, le cas de Nancy B., une jeune femme de 25 ans atteinte du syndrome de Guillain-Barré a fait jurisprudence. La Cour supérieure a ordonné à l'Hôtel Dieu de Québec de donner suite à sa demande de débrancher le respirateur qui la maintenait en vie. Un psychiatre qui l'avait préalablement examinée à quatre reprises a témoigné devant la cour à l'effet que Nancy B. «jouit d'une très bonne santé mentale: elle est en mesure de prendre des décisions et d'en saisir la portée».[65]

Or, nos observations en aide individuelle nous amènent à penser que certains diagnostics (schizophrénie, états psychotiques, etc.) peuvent constituer en eux-mêmes un indicateur d'inaptitude à consentir. La maladie entraînerait, aux yeux des psychiatres, des distorsions de la réalité qui ont pour effet d'altérer le jugement de la personne qui en est atteinte, ce qui la rendrait inapte à consentir. Le diagnostic est donc la cause de cette inaptitude.

---

[64] 4- La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
5- La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

[65] **Cour supérieure du Québec**, Nancy B. c Hôtel-Dieu de Québec, 6 janvier 1992, 200-05-003232-910

Le cinquième critère de la Nouvelle-Écosse[66] lie très directement les effets de la maladie qu'on se propose de traiter et la capacité à consentir de la personne. En conséquence, dès qu'une personne reçoit le diagnostic d'un trouble considéré comme s'accompagnant d'une perception distorsionnée de la réalité, elle s'expose à faire l'objet d'une AJSH et perd du même coup toute possibilité de faire reconnaître la légitimité de son refus. Le fait qu'elle nie être atteinte du trouble en question sera mis sur le compte de l'altération de son jugement et aura paradoxalement pour effet d'accroître la présomption de son inaptitude à consentir.

L'éventail des diagnostics menant à l'inaptitude à consentir peut varier d'un médecin à l'autre. C'est ce qui amène un.e juriste à observer que

> *Si les psychiatres ont une approche plus conservatrice quant à l'évaluation de l'aptitude et qu'au moindre doute, ils plaident que la personne est inapte, et qu'en plus les conséquences du refus du traitement proposé sont présentées comme très graves, l'AJSH sera assurément accueillie.*

Par ailleurs, l'inaptitude à consentir se confond souvent avec un désaccord entre la personne et son médecin sur le recours à un médicament précis, qui a déjà produit des effets néfastes chez cette personne particulière. On évoquera le manque de collaboration de la personne envers le traitement comme élément de preuve de son inaptitude à consentir. C'est le mythe de l'inaptitude du non obéissant :

> *La première conséquence consiste à outrepasser la décision des patients qui sont capables de consentir à un traitement, mais qui le refusent. Ainsi, on porte atteinte, entre autres, à leur droit à l'autodétermination et à leur droit à l'égalité en rendant impossible l'exercice de ce droit. (…) La pratique montre, en effet, qu'il existe un réel danger, celui de jauger l'aptitude en fonction d'un objectif médical et de conclure un peu rapidement à l'aptitude d'une personne qui accepte le plan d'intervention proposé et à l'inaptitude de celle qui refuse. Ni la preuve qu'un traiement est bénéfique ni le refus de soins ne permettent de conclure à l'inaptitude.* [67]

Si la non-obéissance va jusqu'à remettre en question le diagnostic posé par le médecin, la présomption d'inaptitude devient de plus en plus forte.

> *Le problème c'est le diagnostic. On m'a donné troubles psychotiques ou schizophrène… J'ai 47 ans. On ne peut pas développer soudainement une schizophrénie à 47 ans.*
>
> *Une personne concernée*

[66] Ibid. *La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?* Voir la section 2 de l'introduction

[67] **Édith Deleury et Dominique Goubau,** Le droit des personnes physiques, 5e éd. par Dominique Goubau, éd. Yvon Blais, Cowansville, 2014, cité dans Cour d'appel du Québec J.M. c. hôpital Jean-Talon, 13 mars 2018, 500-09-027010-172 (500-40-047004-176)

Même si ses objections pouvaient être valables, la personne dispose de très peu de moyens de contester le diagnostic de son médecin. Si elle tente de le faire, on pourra lui imposer un diagnostic supplémentaire, l'anosognosie.[68]

De plus, comme on l'a vu plus haut, si la situation socio-économique dans laquelle se trouve la personne fait en sorte qu'elle soit perçue comme vulnérable, le biais paternaliste toujours très présent dans le milieu institutionnel de la santé mentale fera en sorte que la prise en charge de la personne par l'intermédiaire de l'AJSH sera encore plus probable.

2.6 Refus catégorique et acceptation stratégique

Dans l'arrêt de la cour d'appel F.D. contre Hôpital Royal Victoria, le tribunal identifie clairement à l'instar de l'article 16 du Code civil, l'expression d'un refus catégorique du traitement comme une condition à l'intervention du tribunal dans une requête en AJSH.

> *[54] (…) Ce n'est qu'en présence d'une preuve de refus catégorique que le juge peut intervenir, le cas échéant.*
>
> *Si le traitement visé par l'ordonnance recherchée n'a pas encore été offert, envisagé et discuté, il ne peut être question de refus catégorique, évidemment.*

Dans les faits, comme en témoignent des personnes concernées, il n'y a rien d'évident.

> *Je voulais me soigner, je voulais avoir des soins. Même si je consentais, ils m'ont forcée quand même.*

> *Durant l'audience, j'ai dit devant le juge : « Je consens au traitement » Personne n'a eu aucune réaction.*

> *Ils voulaient me donner le même médicament qu'avant et moi je ne voulais pas. Je leur ai proposé des alternatives, voir si on ne pouvait pas essayer autre chose, mais eux tenaient mordicus à me donner l'Invega.*

Le refus exprimé par les personnes, quand il est réel, n'est souvent pas catégorique. Des réserves et des questions peuvent apparaître, ou encore une ouverture à une médication de remplacement peut être émise.

[68] L'**anosognosie** est un trouble neuropsychologique qui fait qu'un patient atteint d'une maladie (…) ne semble pas avoir conscience de sa condition. https://fr.wikipedia.org/wiki/Anosognosie

Les établissements évoquent souvent l'argument de *l'acceptation stratégique* pour pallier l'ouverture que certaines personnes manifestent en cour et obtenir l'autorisation malgré l'absence d'une preuve claire de refus catégorique. Ils prétendent que la personne veut donner au tribunal l'impression qu'elle ne s'oppose pas au traitement, mais que dès que l'audience sera terminée elle le refusera. Même s'il est hypothétique en présumant d'un comportement futur, cet argument est souvent retenu par le tribunal sans qu'il soit demandé à l'établissement d'en faire une preuve étoffée. Ce procédé témoigne du déséquilibre de crédibilité entre l'établissement et la personne devant la cour.

Il peut être difficile, pour les avocat.es qui défendent les personnes, de défaire la thèse de l'acceptation stratégique, surtout si un semblable changement d'avis a déjà eu lieu dans le passé.

Par ailleurs, il arrive également que les établissements décident de modifier le traitement qu'ils se proposaient d'imposer à la personne, dans un délai qui ne permet pas d'en discuter avec la personne pour obtenir son consentement ou prendre acte de son refus.

> *Ils m'ont donné de l'Invega Sustena. Ils ont changé d'idée parce qu'ils m'avaient dit qu'ils me donneraient de l'Abilify. Je n'ai jamais su pourquoi ils ont changé.*
>
> *Une personne concernée*

> *Dans un dossier que j'ai traité récemment, on avait écrit partout et on m'avait dit tout au long des discussions préalables à l'audience que c'est le Zyprexa qu'on envisage. Une demi-heure avant l'audition, je reçois un message texte de l'hôpital qui me dit que finalement, ils vont demander une autre médication.*
>
> *Une avocate*

Ces témoignages démontrent clairement que le temps et les efforts nécessaires ne sont pas toujours déployés par les établissements pour discuter d'une façon approfondie avec les personnes du traitement envisagé pour elles avant d'avoir recours à une approche autoritaire et privative de liberté.

Il semble clair que les établissements peuvent prendre des raccourcis avec la notion de refus catégorique. Ils le font parce que la procédure d'AJSH présente pour eux une dimension de convenance. Elle convient notamment à leur besoin d'alléger le suivi sur la prise constante et adéquate de médication de la part de personnes qu'ils perçoivent comme non collaborantes ou indisciplinées.

2.7 Se préparer à l'audience

La section 1.5 nous apprend que plus des deux tiers des personnes qui font l'objet d'une requête en AJSH disposent d'un délai de sept jours ou moins pour préparer leur comparution. Il semble pourtant que les établissements doivent réserver des dates d'audiences jusqu'à un mois à l'avance auprès de la Cour supérieure. Cela ne les empêche pas, bien qu'ils connaissent la date de l'audience depuis des semaines, de ne transmettre les documents de signification qui informent la personne de cette date que quelques jours à l'avance. L'article 395 du code de procédure civile les y autorise :

> *395. La demande en vue d'obtenir une autorisation du tribunal pour des soins à être prodigués à un mineur ou à un majeur inapte à donner son consentement (…) ne peut être présentée au tribunal moins de cinq jours après sa notification aux intéressés.*

Le tableau 1.5.1 nous rappelle que dans 43 cas en 2018, les établissements n'ont pas même respecté ce très court délai en transmettant leur signification moins de cinq jours avant la date de l'audience. Dans la majorité des cas, la période ne dépasse pas sept jours.

Idéalement, la personne concernée devrait consacrer cette courte semaine à retenir les services d'un.e avocat.e, qui obtiendrait ensuite à même son dossier médical les informations essentielles à une représentation adéquate. Elle devrait aussi rencontrer l'avocat.e pour convenir ensemble d'une stratégie de défense.

On peut très difficilement défendre des droits dont on ignore l'existence. On peut encore plus difficilement se préparer adéquatement à une procédure dont on ignore la finalité. Or, dans de nombreux cas, ni le médecin, ni aucun membre du personnel soignant, ne prend la peine d'expliquer à la personne concernée le mécanisme qui a été déclenché. Parfois, l'attitude des soignant.es frôle la dissimulation :

> *Mon médecin m'a croisée dans le corridor et m'a dit « Vous allez recevoir bientôt un papier pour une autorisation de soins médicaux » Il avait un beau sourire. Je me suis dit « Wow, il y a quelque chose qui se passe!» Je n'avais aucune idée de ce que c'était.*
>
> *Une personne concernée*

Dans d'autres cas, l'approche est, comme on l'a vu plus haut, purement autoritaire :

> *Un interne m'avait donné une sorte d'ultimatum : j'acceptais la médication avant telle date ou c'était l'ordonnance de soins.*
>
> *Une personne concernée*

La représentation par avocat.e lors d'une audience d'AJSH est défrayée par les services gouvernementaux d'aide juridique, pour les personnes à très faible revenu qui y sont admissibles. Pour les autres, les coûts que suppose la représentation sont très souvent inabordables, si bien que la personne en sera réduite à se représenter seule ou à ne pas se présenter à l'audience.

De fait, la préparation rigoureuse d'un dossier d'AJSH demande aux avocat.es plusieurs heures de travail. L'augmentation importante au cours des dernières années, de la charge de travail des avocat.es salarié.es de l'aide juridique fait en sorte qu'ils et elles ne disposent souvent pas du temps nécessaire pour préparer adéquatement leurs représentations. Par ailleurs, les compensations plutôt modestes[69] accordées par l'aide juridique aux avocat.es de pratique privée pour s'acquitter de cette tâche font en sorte qu'ils et elles peinent à offrir à leurs client.es une représentation pleine et entière. L'information pertinente à la cause est difficile à obtenir et il faut consacrer beaucoup d'énergie en très peu de temps pour y avoir accès.

Les rencontres de préparation entre l'avocat.e et son ou sa client.e sont réduites au strict minimum, souvent à seulement quelques minutes, juste avant le début de l'audience. Cela peut donner lieu à des malentendus au cours de l'audience, qui minent la crédibilité de la partie défenderesse et augmentent la probabilité déjà très élevée que l'établissement obtienne gain de cause.

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 n'ayant 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…

2.8 Obtenir une remise

L'une des stratégies privilégiées pour permettre une meilleure préparation de la partie défenderesse consiste à demander au ou à la juge, dès l'ouverture de l'audience, que celle-ci soit remise à une date ultérieure. Notre compilation n'a pas permis de déterminer le nombre total de demandes de remise, mais nous savons que des demandes en ce sens ont été accueillies à 71 reprises en 2018, ce qui correspond à 13% des 547 audiences en AJSH ayant eu lieu dans le district de Montréal en 2018 (voir tableau 1.6). Il s'agit donc d'une procédure assez peu fréquemment évoquée. Néanmoins, elle n'est pas exceptionnelle et il semble que lorsqu'elle est demandée, elle est assez régulièrement obtenue. Les avocat.es que nous avons consulté.es nous le confirment:

[69] En 2018, le tarif versé par l'aide juridique à un.e avocat.e pour l'ensemble d'une procédure d'AJSH totalisait 680$. En 2021, il s'établit à 1565$.

> *Il est rare que les établissements s'opposent à une demande de remise et encore plus rare que le tribunal s'oppose.*

> *Il y a moins d'opposition de la part des juges depuis FD. Le jugement de la cour d'appel est clair, ça nous revient de plein droit.*

En effet, l'arrêt F.D. c. Hôpital Royal-Victoria est clair:

> *[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.*
>
> *[34] En effet, s'il est heureux, souhaitable et requis qu'un juge se préoccupe de l'usage raisonné et raisonnable des ressources judiciaires et médicales ainsi que du temps que doivent consacrer les témoins appelés à collaborer à l'administration de la justice et de leurs contraintes, jamais une telle préoccupation ne justifiera que les droits de la personne vulnérable dont on envisage d'affecter les droits fondamentaux que sont la liberté et l'inviolabilité de sa personne en souffrent.*

Il s'agit là d'une avancée significative et d'un recours plus accessible pour permettre aux personnes concernées de défendre plus efficacement leur droit. Le temps et le travail supplémentaires que demande cette procédure sans bonification du tarif d'aide juridique pourraient expliquer pourquoi les avocat.es qui représentent les personnes n'ont pas recours à la demande de remise de façon plus systématique.

L'accueil des demandes de remise s'accompagne d'ailleurs le plus souvent d'une ordonnance de sauvegarde. Il s'agit d'une décision temporaire, rendue par le tribunal pour pallier une situation perçue comme urgente et nécessitant des mesures immédiates, en attendant une décision sur le fond. Dans les dossiers d'AJSH, l'ordonnance de sauvegarde a le plus souvent pour effet d'imposer à la personne une forme ou une autre de médication, ou de la placer dans une ressource d'hébergement temporaire. Si la personne prenait déjà une médication, le statu quo est habituellement maintenu. Sinon, elle n'aura d'autre choix que de débuter la prise d'un nouveau médicament.

Il s'agit donc souvent d'un gain qui n'en est pas vraiment un pour la personne concernée. Par ailleurs, des avocat.es ont observé des cas où la situation a évolué durant la période de remise.

Il arrive aussi que l'ordonnance de sauvegarde ait pour effet de rétablir l'aptitude de la personne à consentir et entraîne un désistement. La personne redevient en mesure de faire des choix et de consentir à certaines médications qui lui sont bénéfiques.

Dans d'autres cas, la mise en place d'une démarche de nature psychosociale durant la période de remise a permis d'améliorer l'état mental de la personne, ce qui a fait en sorte que l'établissement a retiré sa requête d'AJSH.

Dans les cas d'hébergement, l'ordonnance de sauvegarde crée une sorte de fait accompli. La personne a vécu durant un certain nombre de semaines ou de mois dans une ressource d'hébergement. Elle n'a pas pu conserver son logement et peut difficilement et n'a pas nécessairement la capacité d'en trouver un autre. Elle n'aura d'autre choix que d'accepter son hébergement à défaut de quoi, l'établissement disposera de nouveaux arguments pour obtenir l'autorisation de l'héberger contre son gré. L'ordonnance de sauvegarde aura alors pour effet de statuer sur le fond du dossier, ce qui n'était pas le but recherché par le tribunal lorsqu'il l'a émise.

En définitive, bien qu'elle soit fréquemment accordée par le tribunal, la demande d'une remise demeure une procédure assez peu utilisée. Les conseiller.ères en défense de droits l'observent rarement. Les avocat.es n'obtiennent aucune rémunération supplémentaire de la part de l'aide juridique pour le travail qu'ils et elles effectuent durant la période de remise, ce qui peut ne pas les inciter à la demander. Le contenu des ordonnances de sauvegarde va souvent dans le sens des demandes de l'établissement. La demande de remise est un outil, mais pas une solution.

2.9 La durée de l'audience

Le tableau 1.7.1 nous démontre une légère augmentation de la durée moyenne des audiences d'AJSH tenues en 2018 par rapport à celles ayant eu lieu en 2009. Il demeure qu'un bon nombre de dossiers sont traités d'une manière qui peut sembler expéditive.

L'arrêt FD c. Royal Victoria reproche au tribunal de première instance d'avoir subordonné le respect des droits des personnes concernées à des contraintes administratives, notamment en termes de temps consacré à l'audience.

Or, trois ans après l'arrêt de la cour d'appel, certain.es juges sont toujours tenté.es de traiter certains dossiers d'une manière plutôt expéditive. Un.e avocat.e témoigne:

À quelques reprises on m'a déjà dit qu'il était hors de question que l'audience dure plus que, par exemple une heure. Un juge m'a déjà dit «Arrangez-vous pour que ça rentre dans le temps.» Avec respect, rien dans le code ne pose de limite de temps pour ce type d'audience.

Une situation du même type a été rapportée par une personne concernée:

> *Après que les avocats de l'hôpital et les médecins aient fini, la juge a voulu se retirer. J'ai dit : «mais moi, j'ai pas parlé!» Elle a dit : «Vous savez, ça a déjà duré assez longtemps…» Mon avocat est intervenu. Elle m'a permis de parler, mais pas de gaieté de cœur. Je n'ai pas pu parler trop longtemps, peut-être un quart d'heure.*
>
> *À la fin, la juge a dit qu'habituellement elle n'était pas trop sévère avec la durée des autorisations, mais que dans mon cas elle mettrait le maximum.*
>
> *Elle n'a pas oublié de m'entendre. Elle ne voulait pas m'entendre parce que l'audience avait duré trop longtemps.*

Dans ce cas, la juge semble avoir laissé entendre qu'elle accorderait une AJS de plus longue durée pour punir la personne d'avoir prolongé l'audience en livrant son témoignage.

Heureusement, un autre modèle existe aussi :

> *J'ai participé récemment à une audience (pour une garde en établissement) qui a duré jusqu'à 18h30 un vendredi soir. Le juge était attentif et ouvert, on a pu développer en détail notre argumentation… mais ça reste l'exception alors que ça devrait être la norme.*
>
> *Un.e avocat.e*

> *Le juge était très compréhensif et très à l'écoute, très patient, pas intimidant*
>
> *Une personne concernée*

Il en va des juges comme des psychiatres, certain.es sont plus ouvert.es, plus empathiques, plus attentif.ves que d'autres. Si ce n'est par l'expérience acquise antérieurement par son avocat.e, la personne n'a aucun moyen de connaître à l'avance la personnalité ou l'état d'esprit du ou de la juge devant qui elle comparaîtra. C'est l'une des raisons pour lesquelles le lien de collaboration doit être très étroit entre la personne et son avocat.e. La stratégie adoptée pour mener la représentation de la personne doit être comprise et acceptée de part et d'autre. Malheureusement, d'autres contraintes administratives, liées à la disponibilité et au manque de ressources, et trop souvent au manque de volonté de la part de l'avocat.e de réellement défendre les droits de la personne, font en sorte que dans plusieurs cas, ce lien de collaboration ne peut pas se créer, alors qu'il existe de façon beaucoup plus solide du côté de l'établissement.

2.10 Le travail des avocat.es

Le tableau 1.8.1 nous montre qu'une courte majorité de personnes (53,4%) se présentent à leur audience en compagnie d'un.e avocate. Cette proportion a significativement augmenté depuis 2009 (43,5%) et il y a tout lieu de s'en réjouir. Cependant, le simple fait d'avoir retenu les services d'un.e avocat.e n'assure pas aux personnes une représentation adéquate durant l'audience. Les personnes que nous avons interrogées sont en général assez critiques face au travail de leur avocat.e :

> *J'avais un avocat à côté de moi. Je l'ai vu comme une heure avant la comparution. 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'ai pas choisi. C'est l'hôpital qui me l'a assigné. (…). Je ne l'avais jamais vu avant. Il ne m'a pas vraiment défendue. Il ne me connaissait pas. Il n'était pas là pour me défendre.*

> *J'ai été très déçue. Il était tellement mauvais que même mon médecin me l'a fait remarquer. Le même avocat a pourtant été très bon dans une autre procédure.*

> *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.*

> *J'avais une avocate, mais elle n'a pas demandé de seconde opinion. Elle ne m'a pas vraiment défendue. Ça a été un flop monumental et ça m'a coûté 2500$. Je n'étais pas admissible à l'aide juridique. Je passais pour la pas bonne qui ne comprend rien. Je me faisais dénigrer par les intervenants de l'hôpital. Elle me disait «ne répondez pas, ça va aller contre vous »*

> *Elle aurait pu demander un appel dans les cinq jours de l'audience. Elle ne l'a pas fait et ne me l'a pas dit.*

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

> *Il est fréquent que des avocats limitent leur intervention à négocier avec l'établissement une diminution de la durée de l'autorisation ou la suppression de certains médicaments.*

> *Beaucoup de gens ne sont pas très satisfaits du travail de leur avocat. Ils ont parfois l'impression que leur avocat est davantage du côté de l'hôpital. Un avocat a déjà recommandé formellement de ne pas s'opposer à l'AJS et de privilégier la négociation. Dans plusieurs cas, il n'y a pas de contre-expertise.*

J'ai vu des avocats dire à leurs clients : « Moi je ne suis pas ici pour que tu n'aies pas d'AJS, mais plutôt pour que l'AJS dure deux ans plutôt que trois. Tu en as besoin! *»*

L'insatisfaction des personnes face au travail de leur avocat.e pourrait aussi venir d'une contradiction apparente entre leur intérêt et leur volonté. D'un point de vue médical et psychosocial, il peut être dans l'intérêt d'une personne de recevoir un traitement médical qui, présumément, améliorera son état de santé. Or, la volonté de la personne qui ne désire pas recevoir ce traitement semble aller à l'encontre de son intérêt.

Pour une personne mineure ou reconnue inapte, le rôle de l'avocat.e est d'assurer la défense de ses meilleurs intérêts. L'une des finalités d'une audience en AJSH est d'établir si la personne est apte à consentir à son traitement. Par définition, avant que le jugement ne soit rendu, la personne concernée, comme toute autre personne est présumée apte. Le Code civil prévoit en effet dans son article 4 que t*oute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils,* dont le droit à consentir aux soins, prévu à son article 11*.*

Certain.es avocat.es agissent comme s'ils ou elles présumaient de l'inaptitude de la personne, et donc de la nécessité de subordonner sa volonté à ses intérêts, avant même que cette inaptitude ait été établie par le tribunal.

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.

Un.e avocat.e

Bien entendu, il existe aussi une catégorie d'avocat.es réellement motivé.es à apporter à leurs client.es une représentation dynamique et conforme à leur volonté de ne pas être contraints à subir des traitements médicaux qu'ils et elles n'acceptent pas librement. Mais ces avocat.es reconnaissent volontiers que les contraintes inhérentes au système les empêchent souvent de consacrer toute l'énergie et les ressources requises aux dossiers d'AJSH.

Notre défi, et la raison pour laquelle on doit parfois refuser d'intervenir, c'est d'entrer ce type de dossier dans notre agenda. Comme ces auditions sont considérées comme urgentes, si notre pratique n'est pas exclusivement consacrée à la santé mentale (gardes, AJSH), il peut être difficile d'y consacrer beaucoup de temps. La seule chose qu'on peut faire c'est de demander une remise.

Il y a des cas où la personne sait d'avance que l'AJSH s'en vient, mais il est difficile d'agir quand on ne sait pas ce qui sera demandé. Dans d'autres cas, on a commencé à faire venir les dossiers médicaux de la personne, avec les frais que ça implique, et l'audience n'a jamais eu lieu.

Certaines personnes se présentent seules devant le tribunal, comme l'article 23 du Code de procédure civile les y autorise. Il peut s'agir de personnes non admissibles à l'aide juridique dont les moyens financiers ne permettent pas d'assumer les honoraires d'un.e avocate de pratique privée. Peu au fait de la législation et des procédures ayant cours au tribunal et n'ayant le plus souvent pas eu accès à leur dossier médical, elles n'ont que leur parole pour se défendre. Cette parole a peu de valeur.

> *La personne est considérée comme n'ayant pas d'expertise par elle-même. Le savoir expérientiel existe, mais devant le juge on ne le qualifie pas comme ça. Il existe deux sortes de témoins : les témoins de fait et les témoins experts. Ces derniers sont les seuls à pouvoir répondre à des questions d'opinion ou des questions hypothétiques. Il faut que ce soit un professionnel de la santé.*
>
> *Un.e avocat.e*

> *J'avais préparé un document pour le juge, basé sur les valeurs de l'hôpital (équité, bienveillance, autonomie, respect) qui étaient affichées sur un des murs de l'étage où je me trouvais. J'ai décortiqué tous les termes pour expliquer comment je ne vivais pas ça, pour montrer l'autre côté de la médaille. Mon avocat a hésité à remettre mon document au juge à la fin de l'audience, il s'est retiré pour lire mon texte. Je pensais qu'il allait me revenir là-dessus. Pantoute! C'est comme si je ne lui avais rien donné. Je ne sais pas s'il l'a lu.*
>
> *Une personne concernée*

Dans près d'un cas sur cinq (104 des 547 dossiers analysés) la personne est absente et aucun.e avocat.e n'est présent.e pour la représenter.

La pratique du jugement par défaut est courante en droit civil. Elle est autorisée par l'article 180 du Code de procédure civile :

> *180. Lorsque l'affaire a été inscrite par défaut de réponse à l'assignation, le demandeur peut obtenir jugement sans autre avis ni délai. (…)*

Cependant, les causes civiles qui concernent les droits de la personne, notamment en matière de santé, requièrent une attention particulière de la part du ou de la juge. L'article 23 du Code civil prévoit en effet que :

> ***23.*** *Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins (…) prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.*
>
> *Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus.*

Les juges ne semblent pas enclin.es à se conformer à cette obligation formulée par le Code civil. Rien n'indique qu'ils ou elles font des démarches particulières pour entendre la partie défenderesse quand celle-ci n'est pas représentée. Comme plusieurs d'entre eux et elles n'entendent chaque année qu'un petit nombre d'audiences de ce type (voir tableau 1.15), il se peut qu'ils et elles ne soient pas familier.ères avec cette contrainte supplémentaire qui leur est imposée par la loi.

Par contre, il arrive que ces démarches soient entreprises par les établissements eux-mêmes. Un.e avocat.e nous a dit avoir reçu des demandes de leur part pour représenter des personnes à qui ils voulaient imposer des traitements.

Le cadre juridique dans lequel se déroulent les procédures d'AJSH présente de nombreuses dispositions destinées à protéger les droits des personnes concernées et à faire en sorte que leur point de vue soit pleinement pris en compte par le tribunal. Mais un certain laxisme préside à leur application, ce qui contribue à ce que l'issue des audiences se conclue de façon quasi systématique en faveur des établissements demandeurs.

2.11 L'audience telle que vécue par les personnes

Devoir se présenter dans une cour de justice, particulièrement à titre de partie défenderesse est une expérience éprouvante pour tout.e citoyen.ne. Pour les personnes faisant l'objet d'une requête en AJSH, l'enjeu est important. L'issue de l'audience pourrait déterminer leur façon de vivre pour les prochaines années. Elles n'ont que peu ou pas de connaissance des raisons précises qui les amènent en cour et elles ignorent l'essentiel des procédures et du décorum d'un tribunal.

La façon dont sera vécue l'audience par la personne dépend grandement de son degré de préparation, de la relation qu'elle a pu établir avec son avocat.e et de l'attitude du ou de la juge qui préside l'audience.

Bien entendu, la prise de parole par la personne constitue pour elle l'un des moments forts de l'expérience. Lors du témoignage de l'établissement, qui précède le leur, elles prennent pleinement conscience du caractère conflictuel de l'audience. Comme partie demanderesse, l'établissement s'exprime explicitement *contre* ce à quoi elles aspirent. Globalement toutefois, plusieurs en retiennent le sentiment d'avoir été entendues. Elles ont peut-être bénéficié de plus d'écoute et d'attention de la part du ou de la juge que de celle de leur médecin.

> *J'ai parlé 20 minutes. J'avais de la difficulté à m'exprimer. Ce que le médecin avait dit était tellement négatif Il y avait un gros document de 30-40 pages qui parlais de moi. Je ne pouvais pas l'analyser, je ne connais rien juridiquement.*

> *Ça s'est bien passé. J'ai eu la possibilité d'exprimer mon point de vue. Le juge s'est retiré pour délibérer avant de rendre le jugement. Il a dit qu'il allait peut-être prendre la fin de semaine pour y penser.*

J'ai réussi à bien me défendre. J'ai dit que l'évaluation de mon état psychologique et psychiatrique présenté par l'hôpital n'était pas valide. Ils ont présenté un document d'environ 50 pages à mon sujet. Il y avait plein de faussetés dedans. Ils dressaient un portrait de moi qui n'était pas réel. Je n'avais pas besoin de ce médicament que j'avais déjà essayé dans le passé. J'avais un réseau autour de moi pour me soutenir, etc. J'ai réussi à bien m'exprimer et à faire passer mes points.

Le juge m'a fait parler. Au début je parlais à ma façon. Il m'a écouté.

C'est en cour que j'ai pu débattre mon point. Le médecin a fini par céder et utiliser une autre molécule à la place.

Comme on l'a constaté à l'analyse des données des tableaux 1.8.1 et 1.9.1, un plus grand nombre de personnes ont été présentes à leur audience et une plus forte proportion d'entre elles y ont pris la parole durant l'année 2018 comparativement à l'année 2009. La bonne pratique qui consiste à entendre les deux parties avant de rendre jugement semble s'être raffermie aux cours de la période. Les juges ont peut-être aussi évolué dans leur approche face au témoignage des personnes. Même si globalement l'issue des audiences continue d'être à l'avantage des établissements, les personnes, à force de présence et de prise de parole, commencent peut-être à rétablir leur crédibilité devant le tribunal.

2.12 Le Curateur public : mieux que rien

La mission du curateur consiste en *la protection de personnes inaptes et du patrimoine de mineurs. Le Curateur public reconnaît le potentiel d'autonomie des personnes inaptes et en facilite la sauvegarde et l'usage; il tient compte de leur opinion et de leurs volontés dans les décisions qu'il doit prendre en leur nom et dans leur intérêt, que ce soit à l'égard de leur personne ou de leurs biens*[70].

Les personnes qui font face à une procédure d'AJSH vivent, pour plusieurs, une période extrêmement difficile de leur vie, un moment où elles éprouvent un besoin impérieux d'écoute, de soutien et de conseil. Celles pour qui un régime de protection est en vigueur devraient légitimement s'attendre à recevoir soutien et assistance de la part du ou de la responsable de leur dossier au Curateur public. Comme on l'a vu à la section 1.11, la plupart du temps, il n'en est rien.

[70] **Curateur public**, *Le curateur public en bref*, Site du Curateur, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, [Consulté le 21 octobre 2021]. https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/curateur/index.html

Bien que rien dans les dossiers de cour que nous avons consultés ne le confirme, on présume que, si le curateur était le dépositaire du consentement de la personne sous régime de protection, une forme ou une autre de communication a pu avoir lieu entre l'établissement et le Curateur public, de façon à ce que le consentement soit émis. Dans la meilleure des hypothèses, le Curateur public consent au traitement au nom de la personne concernée, mais ne cherche pas à respecter l'obligation qui lui est faite par l'article 12 du Code civil, de respecter *dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester.*

Il semble cependant que la pratique courante du Curateur public dans ces circonstances consiste à assigner un.e avocat.e de l'aide juridique à la représentation de la personne. C'est une bonne pratique, qui a peut-être contribué à faire croître la présence des personnes et de leur avocat.e lors des audiences, comme le montre le tableau 1.8.1. C'est mieux que rien. Il s'agit d'une mesure minimale, à laquelle plusieurs personnes ont recours par elles-mêmes quand elles disposent de l'information nécessaire. Par ailleurs, il semble que les personnes ne soient pas toujours informées de la démarche du Curateur public. Leur avocat.e leur est imposé.e sans qu'elles aient eu la possibilité de le ou la choisir et d'établir avec lui ou elle la communication essentielle à une représentation effective:

> *Je ne l'ai pas choisi. C'est l'hôpital qui me l'a assigné. Il venait de l'aide juridique, je ne l'avais jamais vu avant. Il ne m'a pas vraiment défendue. Il ne me connaissait pas.*

Comme on l'a vu plus haut, il peut arriver que des hôpitaux réfèrent eux-mêmes des avocat.es à des personnes pour qu'ils ou elles les représentent. Dans le cas de celle-ci, il n'est pas clair que la démarche ait été effectuée par l'établissement ou par le Curateur public. Quoi qu'il en soit, la performance de cet avocat n'a pas correspondu aux attentes de son ou sa client.e.

Il est quand même de rares cas où le Curateur public prend une part active à la procédure. Il est notamment porté à contester les demandes dont la durée dépasse cinq ans. Rappelons qu'à peine 2% des autorisations sont d'une durée supérieure à 36 mois (tableau 1.19). Le Curateur peut aussi intervenir dans des cas inhabituels qui pourraient faire jurisprudence :

> *Il y a eu un cas récent où une AJS a été accordée en vertu des pouvoirs généraux de la cour même si la personne était apte à consentir. Le Curateur public avait été mis en cause et n'avait pas réagi. Cinq mois plus tard, le Curateur a déposé une demande d'appel hors délai. L'établissement s'est désisté et l'autorisation est tombée. C'était perçu comme très innovateur par les hôpitaux, mais c'était très attentatoire aux droits des patients.*
>
> *Un.e avocat.e*

Certaines personnes concernées font l'objet d'une curatelle privée, assumée par un.e membre de leur famille ou un.e ami.e. Les curateurs et curatrices privé.es sont généralement impliqué.es de très près dans chacune des étapes de la prestation de soins et, le cas échéant, de la procédure d'AJSH. La manière dont ils et elles jouent leur rôle offre un contraste frappant avec le soutien minimal offert par le Curateur public.

2.13 Les contre-expertise : Plus qu'il n'y paraît

La contre-expertise est un second avis sur l'état mental d'une personne, effectuée par un.e psychiatre qui n'est pas en lien avec l'établissement où cette personne reçoit habituellement des soins. Dans le contexte de l'AJSH, elle est particulièrement utile quand une personne n'est pas en accord avec le diagnostic qui a été identifié, ou pour contester l'avis selon lequel elle serait inapte à consentir. C'est un outil privilégié pour donner de la crédibilité aux prétentions de la personne, qui se donne des moyens d'argumenter sur le même terrain que l'établissement.

Trois contraintes majeures se dressent contre les personnes qui cherchent à obtenir ce type de service, particulièrement si elles ne peuvent pas compter sur le soutien de leur avocat.e.

D'abord, il faut identifier un.e professionnel.le qui offre ce service. Les psychiatres, comme la majorité des médecins spécialistes, suivent un nombre considérable de patient.es et n'ont pas de disponibilité pour des consultations ponctuelles. Les recherches nécessaires pour trouver un.e médecin compétent.e, disponible et désireux.se d'effectuer ce type d'expertise vont au-delà des capacités de la plupart des citoyen.nes, notamment de ceux et celles qui souhaitent se prévaloir de leurs services.

La seconde contrainte est celle du temps. Comme on l'a vu à la section 2.7, la période qui sépare la transmission des documents de signification à la personne et la tenue de l'audience ne dépasse généralement pas sept jours. À moins d'obtenir une remise à la demande de son avocat.e, la personne ne disposera pas du temps nécessaire pour identifier le ou la spécialiste, tenir le rendez-vous et obtenir l'évaluation écrite dont elle a besoin pour la produire devant le tribunal.

La troisième contrainte est celle des coûts. Une contre-expertise demande des honoraires qui peuvent dépasser les mille dollars. L'aide juridique ne défraie une partie des coûts que si un.e avocat.e est associé.e au dossier. L'allocation maximale ne couvre généralement pas la totalité des honoraires de l'expert.e. La personne ou, à défaut le cabinet de son avocat.e, devra alors défrayer la partie excédentaire.

La personne non représentée ou accompagnée d'un.e avocat.e ayant peu de ressources à sa disposition n'aura que sa parole à opposer à l'expertise de l'établissement et comme on l'a vu plus haut, sa connaissance de sa propre condition de santé a peu de valeur aux yeux du tribunal.

Malgré tout, certain.es avocat.es nous disent être en lien avec des médecins à qui ils et elles demandent régulièrement des contre-expertises concernant l'état mental des personnes. Pourtant, nous n'avons décelé qu'un très petit nombre de références à une contre-expertise dans les dossiers de cour que nous avons consultés (une contre-expertise fait partie du volet médical du dossier de cour, qui est confidentiel et auquel nous n'avions pas accès).

La raison de cette grande rareté est à la fois simple et regrettable :

> *Les contre-expertises ne sont pas souvent positives [susceptible de contribuer au rejet de la requête]. Quand elles ne sont pas positives, on ne les produit pas.*
>
> *Un.e avocat.e*

Malheureusement pour les personnes concernées, bon nombre de contre-expertises vont confirmer le diagnostic originalement posé par l'établissement. Les conseiller.ères en défense de droit y voient un certain nombre de raisons :

> *On demande à un collègue de contredire un autre collègue. Ce n'est pas évident…*

> *La contre-expertise est basée sur l'expertise qui elle, porte uniquement sur le diagnostic et les symptômes.*

On constate que l'obtention d'une contre-expertise pour la personne concernée est une entreprise complexe, longue et onéreuse dont les résultats sont loin d'être garantis. Mais il arrive à l'occasion qu'une personne obtienne une contre-expertise convaincante dont on pourra espérer qu'elle apporte un réel contrepoids aux arguments de la partie adverse. Un phénomène inattendu pourrait alors se produire…

2.14 Des victoires cachées

On a vu à la section 1.17 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 plusieurs 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 a un diagnostic de trouble bipolaire et elle semble être en phase manie. Elle 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.*

> *Le rejet d'une demande d'ordonnance de sauvegarde va souvent être suivi d'un désistement parce que l'hôpital réalise que son dossier a des faiblesses au niveau de la simple apparence de droit.*

Au tableau 1.17.1 figurent 30 requêtes *retirées, remises ou autres*. Il n'est pas possible de connaître le nombre précis de désistements inclus dans cette catégorie ni le motif précis de ces désistements. Leur seule existence constitue pourtant de vraies victoires pour les personnes concernées**.**

> *Ce sont des causes difficiles, qu'on fait par principe. On y va à coup de petites victoires à gauche et à droite même si c'est très rare qu'on frappe des coups de circuit.*
>
> *Une avocat.e*

2.15 Pourquoi trois ans?

Le tableau 1.19 démontre que, tant en 2009 qu'en 2018, la majorité des AJSH avait une durée de 24 à 36 mois. La durée des autorisations apparaît à plusieurs égards comme démesurément et inutilement longue. Du point de vue des personnes concernées, deux aspects majeurs militent en faveur d'autorisations de courte durée, particulièrement quand elles impliquent la prise de médication.

Sans être expert en pharmacologie, on peut s'attendre à ce que l'effet bénéfique d'un médicament du type de ceux qui sont prescrits en psychiatrie se fasse pleinement sentir à l'issue d'un délai raisonnable de quelques semaines ou quelques mois. Si à l'issue de ce

délai, la personne perçoit une amélioration de son état, il est vraisemblable qu'elle accepte volontairement de poursuivre le traitement, ce qui rend inutile l'administration forcée du médicament autorisée par le tribunal.

Si au contraire, les effets secondaires indésirables de la médication l'emportent clairement sur ses effets bénéfiques, il convient d'interrompre le traitement et d'y trouver, le cas échéant une alternative, biomédicale ou autre. Cela devrait se faire par un dialogue égalitaire et constructif entre le ou la professionnel.le de la santé et la personne concernée. Une longue autorisation légitimise l'établissement de poursuivre le traitement original et ne l'incite pas à y trouver des mesures de remplacement qui amélioreraient la qualité de vie de la personne.

> *Je suis allergique aux autorisations de 36 mois. Si le plan de traitement ne fonctionne pas au bout de six mois, le pronostic est déjà sombre. S'ils ont à avoir un résultat, ils en auront eu un après six mois. Pourquoi faire ça si long ? Ça devrait être légiféré (…), ça ne devrait pas être plus qu'un certain nombre de mois.*
>
> *Un.e avocat.e*

Par ailleurs, comme on l'a évoqué à la section 2.8, le nombre plus élevé de remises accueillies par la Cour supérieure depuis quelques années s'accompagne dans plusieurs cas d'ordonnance de sauvegarde qui ont pour effet de maintenir la médication déjà administrée à la personne ou d'en imposer une nouvelle de façon temporaire jusqu'à ce que la cause soit entendue sur le fond. Durant cette période de quelques semaines, l'effet de la médication peut faire en sorte que la personne récupère son aptitude à consentir, ce qui entraîne parfois

> *Il arrive aussi que l'ordonnance de sauvegarde ait pour effet de rétablir l'aptitude de la personne à consentir et entraîne un désistement. La personne redevient en mesure de faire des choix et de consentir à certaines médications qui lui sont bénéfiques.*
>
> *Un.e avocat.e*

L'imposition d'autorisations de longue durée n'avantagerait finalement que les établissements, qui profitent d'une simplification du suivi de cas qu'ils considèrent chroniques tout en étant dispensés de renouveler régulièrement devant le tribunal la preuve d'inaptitude à consentir qui leur permet de procéder contre le gré de la personne.

2.16 Carte blanche à la réhospitalisation

Nous avons vu à la section 1.20 que de nombreux jugements d'AJSH autorisent non seulement la médication ou l'hébergement forcé, mais également, au besoin, la réhospitalisation de la personne.

Des dispositions larges et assez vagues sont incluses par les établissements dans les projets de jugements qu'ils présentent au ou à la juge pour sa signature. Leur formulation peut varier, mais s'apparente à l'exemple suivant, extrait d'un jugement d'AJSH :

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL :

(…)

AUTORISE les défendeurs à hospitaliser la défenderesse jusqu'à la stabilisation de son état, malgré son refus catégorique et contre son gré.

AUTORISE les demandeurs, ou tout membre du personnel, ou tout établissement de santé ayant pris en charge la défenderesse, en cas de rechute, malgré le traitement ou à défaut par la demanderesse de se soumettre à son plan de traitement, à hospitaliser la défenderesse malgré son refus catégorique et contre son gré pour la réinstauration immédiate des traitements ou son évaluation et ce, jusqu'à la restabilisation de sa condition.

(…)

ORDONNE à tout agent de la paix ou policier, lorsque la défenderesse fait défaut de se soumettre au présent jugement et sur demande d'un représentant des demandeurs (…) d'aller chercher la défenderesse en utilisant la force nécessaire quel que soit le lieu où elle se trouve, y compris son domicile, afin de la transporter [à l'établissement demandeur] ou à tout autre établissement de santé appliquant le présent jugement.

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

Dans un contexte de garde en établissement, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* impose un cadre très strict aux établissements qui souhaitent priver une personne de sa liberté. Ils ne peuvent le faire sans l'autorisation du tribunal que pour une courte période ne dépassant pas 72 heures et ne peuvent prolonger la garde qu'en présentant une preuve prépondérante de la dangerosité de l'état mental de la personne. 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.

Il y a ici un argument supplémentaire en faveur du raccourcissement des périodes d'autorisations. Si celles-ci ne dépassaient pas quelques mois, le tribunal pourrait mieux encadrer les privations de liberté liées aux réhospitalisations.

Par ailleurs, la question d'une éventuelle dégradation future de l'état mental de la personne est au stade de la première l'audience totalement hypothétique. Le jugement devrait porter uniquement sur des circonstances réelles, mesurables et ayant fait l'objet d'une preuve étoffée.

Pour un.e avocat.e motivé.e à défendre adéquatement la personne concernée, des stratégies existent pour contrer la réhospitalisation forcée :

> *Il faut contester ces demandes des établissements. On n'a pas le choix.*

> *En contre-interrogatoire j'ai déjà demandé à un médecin : Le but du traitement que vous demandez pour cette personne, c'est qu'il n'y ait pas de détérioration de son état. Si elle est forcée de prendre la médication, il n'y aura pas de détérioration.*
>
> *Réponse : Il y a toujours des risques…*
>
> *Si elle manque une dose, la police va aller la chercher, on va l'immobiliser, on va l'injecter de force, etc. (les juges n'aiment pas entendre ça…).*
>
> *Un autre médecin m'a répondu : je ne ferai rien, je ne le forcerai pas.*
>
> *Alors à quoi sert de demander une AJS?*

> *Si elle manque une dose, on amène la personne, on l'injecte et elle quitte l'hôpital. Elle n'a pas besoin d'être hospitalisée. Si elle ne manque pas de dose, il n'y aura pas de détérioration.*

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 contextes d'AJSH.

2.17 Spécialiser les juges?

Le tableau 1.15 nous démontre qu'un grand nombre de juges de la Cour supérieure sont appelé.es à entendre des causes en AJSH. Au total, 93 juges ont présidé de telles audiences à Montréal en 2018. En moyenne, chacun.e de ceux et celles-ci ont entendu moins de six requêtes au cours de l'année.

Les procès qui impliquent les droits de la personne demandent une expertise particulière que ne semblent pas posséder certain.es juges de la Cour supérieure.

> *La formation des juristes n'est pas adéquate en matière de droits des personnes. La pratique ne se développe pas en ce domaine. Ce n'est pas une pratique prestigieuse.*
>
> *Un.e juriste*

> *Je suis parfois devant des juges qui me donnent l'impression d'avoir travaillé dans de grands cabinets pour des grosses compagnies toute leur vie. Il pourrait y avoir des formations pour développer une sensibilité particulière à ces enjeux*
>
> *Un.e avocat.e*

Faut-il pour autant une équipe de juge spécialisée pour des causes liées à la santé mentale ? Une telle spécialisation permettrait d'espérer que le cadre législatif et jurisprudentiel en vigueur soit mieux connu, compris et respecté, de façon à assurer une meilleure protection des droits des personnes concernées.

Par contre, des connaissances académiques approfondies sur la santé mentale et la psychiatrie ne sont pas toujours garantes d'une approche respectueuse, ouverte et valorisante envers les personnes concernées. Bon nombre (mais heureusement pas la totalité) des professionnel.les en santé mentale œuvrant dans les établissements montréalais affichent une attitude autoritaire et stigmatisante face aux personnes, en plus d'un désintérêt ou une ignorance plus ou moins marqués par rapport à leurs droits.

Une piste de réflexion pourrait résider dans le projet de tribunal spécialisé dans les causes d'agressions sexuelles et de violence conjugale, pour lequel un comité de travail vient récemment d'être créé par le ministère de la Justice[71]. Les personnes aux prises avec des requêtes en AJSH bénéficieraient certainement d'un accompagnement psychosocial repensé, d'une meilleure accessibilité aux services juridiques et d'une représentation plus adéquate devant le tribunal, tel que l'envisagent les membres du comité d'expert.es qui s'est penché sur la question[72].

[71] **RICHER, Jocelyne**, *Violence conjugale et agressions sexuelles : Un pas de plus vers un tribunal spécialisé* in La Presse, La Presse canadienne, Montréal, Québec, 8 février 2021, [Consulté le 21 octobre 2021]. https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2021-02-08/violence-conjugale-et-agressions-sexuelles/un-pas-de-plus-vers-un-tribunal-specialise.php

[72] Coprésidé par Elizabeth Corte et Julie Desrosiers, *Rebâtir la confiance : Rapport du comité d'experts sur l'accompagnement des victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale (synthèse),* décembre 2020.

2.18 Que penser des projets de jugements?

Nous avons évoqué précédemment, notamment dans la section 2.16, qu'un grand nombre de jugements semblaient avoir été rédigés à l'avance par les établissements pour la signature du ou de la juge à l'issue de l'audience. Souvent, ces jugements sont effectivement signés sans aucune modification. Dans d'autres cas apparaissent des annotations manuscrites qui viennent modifier la teneur de certains paragraphes. Les juristes que nous avons consultés nous confirment qu'il est de pratique courante pour les établissements de préparer à l'avance des projets de jugement qui correspondent à leurs demandes.

S'agit-il là d'une procédure normale ou d'un usage abusif qu'il faudrait dénoncer ?

Il est vraisemblable que certaines clauses des projets de jugements n'aient pas été discutées en profondeur durant l'audience, surtout si la personne était absente ou non représentée par un.e avocat.e. Il peut s'agir des dispositions liées à la réhospitalisation ou à l'imposition de certaines médications et autres traitements. Leur présence peut devenir routinière ou comporter des détails techniques ou médicaux qui, malgré un examen rigoureux de la part du ou de la juge, peuvent avoir des implications qui dépasseraient les dispositions qu'il ou elle souhaiterait autoriser.

Cependant, rédiger un jugement de toute pièce demande du temps et les audiences en AJSH sont des procédures considérées comme urgentes. Le volume important de requêtes présentées ferait en sorte que le jugement ne serait émis que plusieurs jours ou semaines après l'audience, ce qui retarderait le démarrage du traitement demandé et pourrait théoriquement entraîner une détérioration de l'état de santé de la personne.

Aussi, un grand nombre de jugements dans ce type de causes sont rendus sur le banc, sans période de délibération. Si un projet de jugement n'était pas fourni, le jugement ne serait que verbal. La seule façon de s'y référer par la suite consisterait à faire l'écoute de l'enregistrement de l'audience, au terme d'une démarche assez longue et complexe auprès du greffe de la Cour Supérieure. Or il est primordial pour la personne concernée de détenir une copie écrite du jugement rendu. Elle peut ainsi le consulter aussi souvent que nécessaire, et connaître de façon précise et détaillée ce à quoi l'établissement est autorisé dans sa prestation de soins. Une copie du jugement est pour la personne concernée un outil privilégié pour assurer la reconnaissance de ses droits et obligations par elle-même ainsi que par l'établissement.

Par ailleurs, la personne et son avocat.e reçoivent habituellement le projet de jugement avant l'audience. Ils ont ainsi la possibilité de connaître précisément les demandes de l'établissement et d'organiser leur argumentaire en conséquence. Encore faut-il, comme on l'a vu plus haut, qu'ils disposent du temps et des ressources nécessaires pour le faire. La très courte période de temps entre la notification et l'audience, la difficulté à trouver un.e avocat, la faible disponibilité de celui ou celle-ci avant l'audience et la complexité de la procédure ne sont que quelques-uns des obstacles qui entravent la pleine participation de la personne à un processus où elle est pourtant la première concernée.

Même si elle existe également dans d'autres champs du droit civil, notamment pour des dossiers de régime de protection et pour certains jugements rendus par défaut, la pratique consistant à produire un projet de jugement par la partie demanderesse ne correspond pas à un modèle idéal d'administration de la justice. Elle est particulièrement problématique dans les cas où la personne présente une argumentation étoffée ou comportant un témoignage d'expert.e. Il faut d'ailleurs rappeler que le ou la juge n'est aucunement tenu.e de signer un projet de jugement. Il ou elle peut l'amender ou le rejeter intégralement. Il arrive à certaines occasions que des causes d'AJSH débouchent sur des jugements détaillés.

Les juges de la Cour d'appel ont d'ailleurs fait une mise en garde à ce sujet, dans leur arrêt F.D. contre Hôpital Royal Victoria :

> *[50] Tout automatisme est à proscrire de même que l'usage de conclusions types (ou de paragraphes types) à moins que, dans ce dernier cas, l'analyse effectuée ne mène à la conclusion voulant que cela soit pertinent et requis en l'espèce.*

2.19 Cinq jours pour en appeler

L'article 361 du Code de procédure civile limite à 5 jours le délai d'appel pour *un jugement qui accueille une demande d'autorisation touchant l'intégrité d'une personne*. Ce délai est particulièrement court comparativement à la règle générale en droit civil, qui accorde un délai de 30 jours pour déposer une déclaration d'appel.

Ici encore, le caractère d'urgence de la procédure d'AJSH explique cette contrainte particulière.

> *En principe, ce sont des recours exceptionnels qu'on doit accorder rarement, mais qui sont absolument nécessaires. Un délai plus long entraînerait un retard dans la mise en œuvre de l'autorisation. Même si la vie de la personne n'est pas en jeu, il s'agit quand même de soins très importants.*
>
> *Un.e juriste*

Dans la pratique toutefois, à moins d'être incitée à en appeler du jugement par son avocat.e, (ce qui est très rare), la personne ignore qu'il existe une possibilité de contester son jugement.

> *En général, les personnes nous appellent après les faits. Personne ne les a informées, elles ne savent pas qu'elles pouvaient contester.*
>
> *Un.e conseiller.ère en défense de droits*

Même si elles étaient informées de la possibilité d'en appeler, les personnes ne pourraient pas le faire sans l'assistance d'un.e avocat.e. L'appel doit en effet porter non pas sur le désaccord que la personne pourrait éprouver face à la décision du tribunal de première instance, mais sur des erreurs de faits, de procédure ou d'interprétation des dispositions légales.

C'est ce qui s'est passé dans le cas de l'arrêt F.D, contre Royal Victoria. L'appel concernait alors le refus du juge de première instance d'accorder une remise alors que celle-ci s'imposait, une apparence de partialité du juge concerné, et un non-respect de la loi quant aux critères permettant d'établir le refus catégorique et l'inaptitude à consentir.

La Cour d'appel ne se prononcera pas sur des considérations de natures médicales tel le diagnostic porté par une personne. Ce sont souvent des considérations de ce type que les personnes souhaiteraient voir réviser. Malheureusement, il n'existe aucun moyen simple et efficace d'y arriver. La seule possibilité consisterait en l'ouverture d'un autre procès en Cour supérieure sur la base de faits nouveaux. Mais il faut convaincre un.e avocat.e que ces faits nouveaux existent réellement et qu'ils sont suffisamment importants pour espérer changer le verdict. De plus, les frais associés à cette démarche ne sont pas couverts par l'aide juridique parce que la personne agirait alors à titre de partie demanderesse.

La seule issue qui demeure est partielle et incertaine. C'est celle de la collaboration et de la négociation. La personne peut tenter de rétablir sa crédibilité auprès de son ou sa psychiatre pour pouvoir le ou la sensibiliser à l'importance des effets secondaires découlant de la prise de la médication et, à terme, obtenir une baisse de dose, l'utilisation d'une médication de remplacement ou l'administration sous forme de comprimé plutôt que par injection.

Les résultats de cette stratégie varient d'un cas à l'autre :

> *J'ai changé de médecin et le nouveau voulait que je collabore avec lui, quel que soit le traitement qu'on allait adopter. Il n'a pas fait de démarches pour faire appliquer l'AJSH, il l'a simplement ignorée. (…) Il m'a écoutée, il a changé complètement ma médication.*
>
> *Une personne concernée*

> *Après ma sortie de l'hôpital, je suis suivie depuis deux ans par une autre médecin. Elle est un peu moins pire que la première, mais elle aussi, elle est très pour les médicaments. Elle pense que ce sont les médicaments qui font que je vais mieux alors que moi je pense que c'est parce que je suis dans un environnement qui est plus sain et plus stable.*
>
> *Une personne concernée*

2.20 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. La présence, la récurrence et l'intensité de ces effets varient grandement d'une personne à l'autre.

Comme le présente le tableau 1.20.2, les médicaments de type *antipsychotiques* sont présents dans la majorité des jugements en AJSH, tout comme le sont des médicaments destinés à contrer leurs effets secondaires. Dans la section *médication* de son site web[73], la Société québécoise de la schizophrénie décrit bien la nature des effets secondaires que produisent les *antipsychotiques.*

Ces effets peuvent affecter la santé physique :

> *(…) on peut citer la prise de poids, le diabète, la somnolence, des troubles de la fonction sexuelle comme l'impuissance ou la survenue de règles irrégulières, l'hypotension artérielle, des maux de tête, des raideurs musculaires, des tremblements, la sécheresse de la bouche ou des vertiges.*

Les antipsychotiques peuvent aussi avoir des effets indésirables sur l'état mental ou psychologique des personnes :

> *Les effets indésirables peuvent aussi ressembler aux symptômes de la maladie elle-même, comme la perte d'énergie, le manque de motivation et d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne, etc.*

Parmi les nombreux effets secondaires des médicaments qui affectent la santé physique des personnes, on retrouve la dyskinésie tardive. Il s'agit d'un trouble caractérisé par une activité musculaire anormale et répétitive qui provoque des mouvements involontaires, notamment des lèvres, de la langue ou des bras et des jambes. Contrairement à la plupart des effets secondaires des antipsychotiques, la dyskinésie tardive peut dans certains cas se révéler irréversible et se poursuivre même après l'arrêt de la prise du médicament.[74]

---

[73] https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/medication

[74] **TAMMINGA, Carol**, *Médicaments antipsychotiques* in Le manuel Merck, version grand public, Site de Merck & Co., Dernière révision totale mai 2020, dernière modification du contenu mai 2020, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/m%C3%A9dicaments-antipsychotiques

Les impacts des médicaments sur l'état physique des personnes peuvent prendre de multiples autres formes :

> *Je ne vois aucune différence dans ma façon d'être et de voir les choses avec ou sans médicament, mais avec le médicament, 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.*
>
> *Une personne concernée*

Les effets secondaires des antipsychotiques affectent aussi de façon non négligeable le quotidien et la qualité de vie de certaines des personnes qui doivent les consommer. Contrairement aux effets qui affectent la santé physique, peu de moyens semblent être mis en œuvre pour les atténuer.

> *D'un côté, ça m'a permis de rester un an loin des hôpitaux, mais d'un autre côté, ma qualité de vie n'était pas excellente. Souvent assommée, des peurs, pas de motivation, j'étais amortie.*

> *Jamais je n'aurais imaginé que des médicaments faisaient de tels effets secondaires. J'ai compris longtemps après que ce sont les médicaments qui font toutes ces choses-là.*

> *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. (…) Maintenant, 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.*

À la lecture de ces témoignages provenant de personnes concernées, on peut se demander si certains de ces effets secondaires en sont vraiment. Ne s'agit-il pas plutôt de l'effet recherché par ce type de médicament? Ces *troubles mentaux* que la psychiatrie cherche à faire disparaître ne sont-ils pas des parties intégrantes de l'individualité de certaines personnes, des caractéristiques qui dévient de la norme sociale et que pour cette raison on a choisi de réprimer? L'effet *calmant* de la médication permet de réduire le dérangement pour l'entourage, mais peut avoir un impact important sur la qualité de vie de la personne.

Pour les personnes qui vivent difficilement avec les effets des antipsychotiques et autres médicaments couramment utilisés en psychiatrie, il existe d'autres approches, développées dans les milieux de l'alternative en santé mentale qui permettent, grâce à une approche plus globale qu'un simple diagnostic, de mieux conserver le contrôle de leur propre vie, de faire face de façon responsable à des situations de crise et de mettre en œuvre personnellement et collectivement des moyens d'améliorer leur vie en société. Ces approches gagneraient à être mieux connues du grand public et les organismes qui les mettent de l'avant devraient pouvoir compter sur davantage de ressources.

2.21 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 (voir tableau 1.3), 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. Elles n'ont souvent pas obtenu ou conservé la copie de leur jugement ou ont perdu le souvenir exact de la finalité de l'audience qui les concernait, surtout si elles n'y ont pas assisté, comme c'est le cas de près d'une personne sur trois[75]. Personne ne leur fera savoir que, la période d'autorisation 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 renouvellerait pas l'AJSH. Elle m'a dit «Je ne renouvellerai pas l'ordonnance, mais sachez que si ça ne va pas, je vais la redemander».*
>
> *Une personne concernée*

> *J'ai eu 18 autorisations judiciaires depuis 1988. C'était par périodes, des fois ça s'arrêtait. La dernière a duré de 2018 à 2020.*
>
> Une personne concernée

[75] Voir tableau 1.8.1. Dans 12,7% des audiences, la personne est absente et représentée par un avocat et dans 19% des cas, la personne est absente et non représentée. Le total des audiences qui se déroule hors de la présence de la personne concernée s'élève donc à 31,7%.

Des personnes nous disent : «je vais être contrôlée jusqu'à ma mort.»

Un.e conseiller.ère en défense de droits

En réalité, je suis encore contrainte. Je suis encore et toujours forcée de prendre cette cochonnerie!

Une personne concernée

Certaines personnes vont tenter de se soustraire au jugement de la cour, notamment en quittant le territoire québécois. Elles se placent alors en situation d'illégalité sans toujours connaître les conséquences légales et médicales de leur geste.

Je connais une personne qui a disparu pendant 5 ans. Un jour, elle est retournée au CLSC parce qu'elle s'était fait mal au bras. Une semaine plus tard, elle était mise en garde et se retrouvait avec une AJSH.

Un.e conseiller.ère en défense de droits

Devant la possibilité d'un renouvellement, d'autres personnes s'organisent et mettent à profit l'expérience acquise lors de l'autorisation précédente.

Souvent, des gens qu'on a soutenus au moment de la première autorisation nous rappellent trois ans plus tard au moment du renouvellement. On les a outillés et ils ont gardé ça. Quand on dit qu'ils ne sont pas là, qu'ils sont inaptes, ce n'est pas tout à fait vrai. Nous on oubliait ces personnes, mais elles ne nous oubliaient pas.

Un.e conseiller.ère en défense de droits

Dans certains cas, le renouvellement d'une AJSH est assorti de la mise en place d'un régime de protection, tutelle ou curatelle. Bien que le curateur ait comme mission, comme on l'a vu plus haut, de protéger les intérêts des personnes vulnérables, certaines de celles-ci, notamment celles qui font l'objet d'une autorisation judiciaire d'hébergement, vivent cette prise en charge comme une négation de leur désir de vivre leur vie à leur façon et de faire les choix auxquels elles aspirent.

Plusieurs personnes m'ont dit qu'on ne leur donne que deux ou trois dollars par jours et que le reste de leur allocation mensuelle est contrôlée par leur travailleur social. Ça peut devenir frustrant, par exemple pour une personne fumeuse de recevoir trois ou quatre cigarettes par jour. Après, on va les empêcher de sortir seules parce qu'elles sont portées à mendier sur la rue…

Un.e conseiller.ère en défense de droits

La contrainte n'est alors plus simplement associée à la prise de médication. Elle couvre, au quotidien, toutes les facettes de la vie de la personne. Ses protestations seront perçues comme des manifestations de dangerosité et de dégradation de son état mental, auxquelles on répondra souvent par une augmentation de la médication. Au fil du temps, sa situation se révélera sans issue.

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!*
>
> *Une personne concernée*

Comme nous l'avons évoqué au tout début de ce chapitre, nous ne prétendons pas que toutes les personnes qui font l'objet d'une AJSH sont victimes d'abus et brimées dans leurs droits. Pour certaines d'entre elles, il s'agira d'un épisode difficile de leur vie qui débouchera sur une reprise durable de leur équilibre émotionnel. Pour d'autres, elle marquera une longue période de mal-être, de frustrations, de conflits et d'incompréhension.

La personnalité, les convictions et l'approche thérapeutique du ou de la psychiatre concerné.e et de l'équipe soignante qui l'entoure auront une influence 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.

D'où la nécessité, dans les cas où l'approche biomédicale ne donne pas les résultats escomptés, de manifester une ouverture envers des méthodes alternatives.

Conclusion

Nous avons tenté dans le présent travail de recherche d'établir dans quelle mesure les dispositions légales et jurisprudentielles en vigueur étaient prises en compte dans le traitement par la Cour supérieur des requêtes d'autorisations judiciaires de soins et/ou d'hébergement.

Nous nous sommes aussi intéressés à l'impact de la défavorisation matérielle et sociale sur les risques que court une personne donnée de subir une AJSH.

Nous disposions des données compilées par Marcelo Otero et Geneviève Kristofferson Dugré pour l'année 2009 qui nous ont permis d'esquisser un portrait évolutif du recours à l'AJSH par les établissements de santé montréalais au cours de la dernière décennie. Alors que les différentes recherches réalisées au cours des 20 dernières années sur la garde en établissement nous permettent de connaître l'évolution détaillée du recours à cette pratique, nous ne disposions pas jusqu'à maintenant du contenu qui nous permettrait de faire un exercice semblable pour le recours à l'AJSH.

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.

Première constatation : Le recours aux requêtes en AJSH devient de plus en plus fréquent. Leur nombre est passé de 338 en 2009[76] à 547 neuf ans plus tard, pour une augmentation de plus de 60%. Il faut déplorer l'usage de plus en plus fréquent d'une mesure particulièrement privative de liberté et dont l'usage devrait être hautement exceptionnel. L'avenir nous dira par ailleurs si la baisse observée entre les années 2017 et 2018 amorce une réelle tendance à la réduction du nombre de requêtes.

Il faut rappeler que l'AJSH doit demeurer une mesure exceptionnelle puisqu'elle entrave l'exercice de droits fondamentaux reconnus par la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, ainsi que celui d'autres droits spécifiquement reconnus aux personnes utilisatrices par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Un nombre sans cesse croissant de citoyens et citoyennes voient leurs droits et libertés entravés, souvent durant de longues années par les des établissements censés les aider à améliorer leur état de santé. Il faut souligner que le recours à la pratique la plus privative de liberté, l'AJS-AJH, semble devenir un peu moins courant. Toutefois, cette diminution s'accompagne d'une hausse marquée des AJS, qui implique le plus souvent la prise forcée de médicaments. On pourrait supposer que les établissements sont portés à augmenter la prise forcée de médicaments pour faire face à la pénurie actuelle de places en ressources d'hébergement.

[76] **Ottero et Kristofferson-Dugré,** op. cit. p. 6. Il s'agit du nombre total de dossiers et non du nombre des dossiers analysés par les chercheurs.

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.

Les établissements sont maîtres du temps. Leurs avocat.es, rompu.es depuis longtemps à ce type de procédure, peuvent préparer à loisir les dossiers qu'ils et elles présenteront au tribunal. Les personnes concernées ne seront mises au courant que quelques jours avant la tenue de l'audience. Elles ne disposeront que de très peu de temps pour retenir les services d'un.e avocat.e et préparer leur défense. Elles ne peuvent généralement compter ni sur leur médecin, ni sur le personnel hospitalier, ni sur leur travailleur.euse social.e, quand elles en ont un.e, pour les guider dans la compréhension du processus dans lequel elles sont plongées malgré elles.

Dans les faits, elles ne rencontreront souvent leur avocat.e que le jour même de l'audience et demeureront largement tenues dans l'ignorance et l'incompréhension du déroulement des procédures. Certain.es avocat.es orientent leur représentation des personnes envers la défense de leur intérêt plutôt que celle de leur volonté. Ce type de représentation s'applique à des personnes mineures ou inaptes. Or, l'objet même de l'audience consiste à établir si la personne est apte ou non à consentir aux soins qu'on se propose de lui administrer. Avant le jugement, la personne est donc présumée apte au même titre que tout.e autre citoyen.ne. Même si on peut alléguer que le traitement proposé serait conforme aux intérêts de la personne, son avocat.e devrait, à ce stade de la procédure, se faire le porte-parole de sa volonté, qui consiste en l'occurrence à ne pas recevoir le traitement contre son gré.

Certaines personnes tenteront de se défendre elles-mêmes. Elles auront alors peu de chance d'établir leur crédibilité auprès du tribunal. D'autres n'assisteront pas à l'audience et ne seront représentées par aucun.e avocat.e.

Quoi qu'il en soit, 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.

Bien qu'il soit régulièrement mis en cause, le Curateur public, qui a pour mandat de *veiller à la protection de personnes inaptes*[77], est systématiquement absent aux audiences pour lesquelles ils est mis en cause. L'intervention du Curateur public se limite à faire en sorte que la personne soit représentée par un.e avocat.e de l'aide juridique.

Moins d'une personne sur 20 avait un proche qui a témoigné au cours de l'audience. On ne sait pas si ces témoignages étaient en appui aux personnes ou en faveur des établissements. Un nombre très restreint de contre-expertises médicales qui auraient pu nuancer celle de l'établissement ont été produites en appui aux personnes. Bien que certains cabinets d'avocat.es qui représentent des personnes concernées semblent être en lien avec des professionnel.les qui sont en mesure de produire des contre-expertises, les personnes elles-mêmes ne disposent ni du temps requis, ni des contacts, ni des ressources financières

[77] **Curateur public**, *Le curateur public en bref*, Site du Curateur, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, [Consulté le 21 octobre 2021]. https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/curateur/index.html

nécessaires pour en obtenir une de façon autonome. On peut en conclure que de façon générale, les personnes qui qui font face à des requêtes d'AJSH, sont largement laissées à elles-mêmes, dans un moment de leur vie où elles sont le plus vulnérables.

Comparativement à des procès tenus dans d'autres sphères du droit civil, les audiences en AJSH font l'objet d'un traitement que l'on peut encore qualifier d'expéditif. La grande majorité d'entre elles sont réglées en à peine plus d'une heure. On constate cependant que la durée moyenne des audiences s'est légèrement allongée depuis 2009. À cette époque, près de 70% des audiences duraient moins de 60 minutes. En 2018, cette proportion a été ramenée à 47,9%. La majorité des audiences dure encore aujourd'hui moins de 75 minutes.

Autre progression, dans la majorité des audiences, la personne concernée est maintenant présente en cour et accompagnée d'un.e avocat.e. Il semble également qu'elle ait dans la le plus souvent l'occasion de s'exprimer pendant au moins quelques minutes durant l'audience. Dans les cas où la personne prend la parole, la durée de l'autorisation tend à être moins longue. Toutefois dans près de 20% des cas, le jugement est rendu en l'absence de la personne et sans qu'elle soit représentée par un.e avocat.e.

Comme on l'a vu, l'établissement a le fardeau d'établir la preuve prépondérante de l'inaptitude à consentir de la personne et de son refus catégorique de recevoir le traitement proposé. Il devrait s'agir là du cœur de l'argumentation de l'établissement à l'appui de sa requête. Pourtant, la lecture de bon nombre de jugements d'AJSH laisse penser que cette preuve n'est souvent pas faite de façon rigoureuse. Les mentions de l'inaptitude à consentir et du refus catégorique sont bien présentes dans le jugement, mais elles y figurent simplement parmi les *considérants* et aucun élément de preuve à l'appui de cette prétention ne fait partie du corps du jugement. Au cours des audiences, il arrive que la démonstration du refus catégorique ne soit pas faite de façon prépondérante. Les établissements ont recours à l'argument de l'acceptation stratégique pour pallier le fait que des personnes manifestent une certaine ouverture face au traitement proposé.

Dans ce contexte, il n'est guère étonnant de constater que les requêtes des établissements soient systématiquement accueillies au moins partiellement, par le tribunal. Pour toute l'année 2018 dans le district judiciaire de Montréal, seulement cinq requêtes, soit moins de 1% de l'ensemble de celles qui ont été menées à leur terme, ont été rejetées.

S'il peut se justifier par l'urgence de la procédure, le délai d'appel d'une décision d'AJSH réduit à cinq jours imposé par l'article 361 du Code de procédure civile fait en sorte de priver à toutes fins utiles les personnes défendeur.esses de l'exercice de tout recours pour contester la décision de la Cour supérieure.

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 pour améliorer la qualité de vie de la personne et lui redonner l'aptitude à consentir à ce qu'il se poursuive. Si ce n'est pas le cas, le traitement ne donne pas les résultats escomptés et il faut le réviser. 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.

On constate donc aisément que, malgré quelques avancées, tous les éléments sont mis en place pour que les établissements obtiennent gain de cause dans leur recours à une procédure de moins en moins exceptionnelle, qui a pour conséquence de soustraire un nombre grandissant de personnes à l'exercice de droits reconnus par la loi à l'ensemble des citoyen.nes.

Par ailleurs, on constate aussi qu'un grand nombre de 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. Il s'agit majoritairement de personnes vivant seules. Une personne itinérante a 241 fois plus de chances de recevoir une AJSH qu'une personne vivant dans une zone économiquement et socialement favorisée. La médication et l'hébergement forcés se substituent à un soutien psychosocial empathique et soutenu qui prendrait en compte la globalité des conditions de vie de la personne et contribuerait bien davantage à améliorer sa santé mentale et son plein épanouissement personnel et social.

Les établissements identifient aussi chez les personnes qu'ils veulent traiter de force, une série de problèmes psychosociaux : comportement, hygiène, risque d'itinérance, dangerosité, etc. Ces problèmes devraient être traités par des interventions psychosociales plutôt que par des médicaments ou de l'hébergement forcé. Ils n'affectent d'ailleurs pas systématiquement l'aptitude de la personne à consentir au traitement proposé.

Pourquoi alors les évoquer dans la requête sinon pour présenter la personne sous un angle qui amplifie artificiellement son caractère dysfonctionnel et son besoin d'être prise en charge?

Il n'est pas rare que les personnes faisant l'objet d'une requête en AJSH aient préalablement été mises sous garde en établissement. Le but de la requête semble alors de poursuivre le traitement amorcé durant la garde ou de contraindre la personne à débuter le traitement si elle l'a préalablement refusé. Ici encore, l'établissement économisera temps, argent et énergie à expliquer le traitement à la personne et à susciter son adhésion grâce au dialogue. Une approche autoritaire succédera ainsi à une autre.

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, notamment les antiparkinsoniens dont la seule utilité est de contrer les effets secondaires physiques que peuvent ressentir les personnes.

Mais les médicaments ont aussi 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.

> *Je me sens diminuée, ma vie est devenue complètement con, débile, insignifiante. Je ne peux pas (pour eux je ne dois pas) accéder à quelque chose qui me donnerait de l'élan, l'envie de me dépasser… Tout de suite, ils prennent ça comme un problème de santé mentale. Ma psychiatre me dite me dit « vous voulez toujours en faire plus », comme pour me diminuer.*
>
> *Une personne concernée*

L'approche biomédicale pratiquée dans les départements de santé mentale des établissements montréalais n'est pas intégralement mauvaise. Elle apporte des résultats positifs dans un grand nombre de cas. Le problème n'est pas que la psychiatrie ait recours aux médicaments pharmaceutiques pour remédier aux problèmes émotionnels vécus par certaines personnes. Le problème est que la médication pharmaceutique constitue souvent le seul outil que les soignant.es acceptent d'utiliser. Quand les résultats ne sont pas adéquats aux yeux de la personne concernée, le réflexe premier de la psychiatrie est d'avoir recours à la contrainte et à la privation de liberté pour imposer le traitement qu'elle identifie, souvent à tort, comme le seul traitement possible.

Le traitement biomédical occulte notamment les facteurs psychologiques et sociaux qui occupent une grande place dans la qualité de vie et l'équilibre émotionnel d'un individu. Ces notions ne sont pas inconnues du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il leur a donné le nom de *déterminants de la santé*. Ces déterminants incluent à la fois les caractéristiques propres à chaque personne (génétique, compétences personnelles et sociales, habitudes de vie, etc.) son milieu de vie (résidentiel, familial, professionnel) et le contexte global (politique, économique, culturel, environnemental) dans laquelle elle vit[78].

Le milieu communautaire autonome propose depuis des décennies le modèle de l'alternative en santé mentale. Ce modèle s'appuie entre autres sur la conviction que *les états de détresse et de déséquilibres sont considérés comme normaux et font partie de l'existence humaine. Les moments de vulnérabilité et de souffrance sont perçus comme des expériences d'enrichissement à travers lesquelles la personne peut se développer et grandir*[79].

[78] Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, La Santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 26p. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf

[79] Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec : Notre vision de la santé mentale http://www.rrasmq.com/alternative-en-SM.php

L’alternative en santé mentale prend un grand nombre de visages : lieux d’écoute et de partage, relation d’aide, activités favorisant le bris d’isolement, logement social avec soutien communautaire, gestion autonome de la médication, réinsertion sociale et professionnelle et de nombreuses autres déclinaisons adaptées à la réalité locale et au vécu des personnes participantes.

Ce que cette multitude d’approches démontre, c’est que la santé mentale est une réalité complexe, qui se détermine à travers l’ensemble de l’histoire de vie que chacun.e d’entre nous bâtit jour après jour. Il n’y a pas de modèle parfait, ni de remède miracle, ni de solution infaillible.

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

Même si, à certains égards, on a pu assister au cours des dix dernières années à des améliorations quant au respect des droits des personnes dans le processus d'AJSH, il demeure un grand nombre d'aspects qui doivent encore être améliorés.

En février 2010, un groupe de travail du barreau du Québec sur la santé mentale et la justice produisait un rapport mettant de l'avant une série de recommandations liées à *l'accessibilité à la justice pour les personnes vulnérables et le traitement que leur réserve le système de justice lui-même*[80]. Plusieurs des recommandations préconisées par le comité n'ont pas eu de suites. La présente recherche s'inscrit en partie dans la continuité des conclusions du rapport et nous amène à formuler les recommandations suivantes.

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 tout.es 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.

Chacune des instances que nous interpelons dispose déjà d'interfaces élaborées pour favoriser la formation continue de ses membres ou de ses employé.es. Les juges devraient notamment être sensibilisé.es au fait que sauf impossibilité, ils et elles sont tenu.es, en vertu de l'article 23 du Code civil de recueillir l'avis de la personne concernée par une autorisation relative à des soins. Une application plus rigoureuse de cette disposition permettrait de diminuer la proportion d'audiences en AJSH où ni la personne concernée, ni un.e avocat.e chargé.e de la représenter ne sont présent.es. En 2018, cette proportion s'établissait à près de 20% (voir tableau 1.8.1).

[80] **Groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec**, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice*, Barreau du Québec, Montréal, Québec, mars 2010, 27 pages. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://laressource.ca/images/ressources/rapport_du_groupe_de_travail_sur_la_sante_mentale_et_la_justice_du_barreau_du_quebec.pdf

Le conseil de la magistrature devrait rappeler à ses membres les dispositions de l'arrêt F.D. contre Hôpital Royal Victoria sur la nécessité d'établir pour chaque requête la compétence de la cour Supérieure à statuer sur une demande d'AJSH :

> *[54] (…)*
>
> *Il doit donc, dans une première étape, vérifier s'il est en présence des deux conditions essentielles à l'existence de cette compétence : (1) inaptitude à consentir et (2) refus catégorique. Si l'une ou l'autre de ces conditions fait défaut, il n'a d'autre choix que de rejeter la demande.*

À un autre niveau, des informations sur les effets des médicaments le plus souvent demandés par les établissements devraient être transmises aux magistrat.es. Sans les inciter à s'ingérer dans des considérations médicales qui ne sont pas les leurs, ces connaissances pourraient les disposer à accorder des autorisations de moins longue durée. Si après quelques mois, les effets secondaires indésirables d'une médication ou l'absence de ses effets bénéfiques tendent à démontrer que le traitement accordé n'apporte pas les résultats voulus, un nouveau recours devant le tribunal devrait être requis pour assurer le respect de l'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ ch. S-4.2) qui prévoit que :

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

Les juges pourraient aussi être sensibilisé.es au fait que les audiences liées à l'imposition de soins ne sont pas des formalités destinées à officialiser la volonté des établissements de santé. Il faut ici rappeler la prise de position de la cour d'appel dans le tout premier paragraphe de l'arrêt F.D. c. Hôpital Royal Victoria :

> *[1] Contraindre une personne à demeurer là où elle ne veut pas et à ingurgiter ou se voir administrer, contre son gré, des médicaments, c'est porter atteinte à ses droits fondamentaux, à sa liberté et à l'intégrité de sa personne. Une telle intervention n'est possible que lorsque permise par la loi, ce que le juge ou le tribunal ne peut déterminer qu'à la suite d'un examen structuré et rigoureux de la situation, selon les prescriptions de la loi et dans le plus grand respect des droits de cette personne.*

De son côté, le Barreau du Québec devrait notamment rappeler à ses membres que l'inaptitude à consentir de la majorité des personnes qu'ils et elles représentent n'a au moment de l'audience en AJSH jamais été démontrée. Comme dans tout litige civil qui implique des personnes majeures, les avocat.es de ces personnes devraient plaider en faveur de la volonté de leur client.et plutôt qu'en faveur de ce qu'ils ou elles perçoivent, à tort ou à raison, comme leur meilleur intérêt, comme on le ferait pour un enfant.

Il est également important de rappeler que même si une personne fait l'objet d'un régime de protection (tutelle ou curatelle) elle ne doit pas être de ce fait automatiquement considérée comme inapte à consentir aux soins. Tout.e avocat.e doit, en toute circonstance et notamment lorsqu'il ou elle représente une personne qui fait l'objet d'une requête en AJSH, se rappeler de l'article 4 du *Code civil qui prévoit que toute personne est apte à exercer ses droits* civils. Le préambule du code de déontologie des avocats[81] prévoit par ailleurs que *l'exercice de la profession d'avocat repose sur la prise en considération (…) [du] respect de la personne et [de] la protection de ses droits fondamentaux, dont celui de ne pas subir de discrimination ou de harcèlement.*

La fédération des médecins spécialistes, ainsi que les ordres professionnels concernés (notamment l'ordre des infirmier.ères et l'ordre des travailleuses sociales et travailleurs sociaux) partagent déjà certainement la préoccupation commune de voir leurs membres exercer leur profession dans le respect des lois en vigueur. Les témoignages que nous avons obtenus ainsi que notre pratique auprès des personnes utilisatrices de services en santé mentale nous indiquent que, tant pour ce qui concerne les procédures d'AJSH que pour d'autres prestations de soins, le cadre légal n'est pas toujours appliqué avec la rigueur voulue. C'est pourquoi il apparaît urgent que ces instances, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux aient comme priorité d'apporter à tous les membres du personnel hospitalier évoluant dans le milieu de la psychiatrie, la formation nécessaire pour leur permettre d'acquérir une meilleure connaissance de la loi et le souci de l'appliquer constamment, rigoureusement et en toute circonstance.

La matière qui doit leur être transmise a trait, notamment aux premiers articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui énoncent les droits dont bénéficient l'ensemble des personnes utilisatrices de services de santé. Elle concerne entre autres les droits de recevoir des services de santé adéquats, de choisir son ou sa professionnel.le ou son établissement, d'être informé sur son état de santé, de consentir à ses traitements et de participer à la prise de décision concernant ses soins.

[81] RLRQ ch B-1, r.3.1

La procédure d'AJSH doit aussi être présentée comme une mesure exceptionnelle et de dernier recours. Le fait de ne pas partager l'avis de l'équipe soignante quant au traitement à recevoir ne doit pas être considéré, en soi, comme une incompréhension de la nature du traitement et de ses avantages qui témoigneraient de l'inaptitude de la personne à donner son consentement. Des réserves et questionnements face à une médication ou un autre traitement ne devraient pas être assimilés à un refus catégorique.

L'ensemble du personnel hospitalier en santé mentale devrait avoir accès à ce type de formation, qui devrait être disponible sur l'Environnement numérique d'apprentissage (E.N.A) mis au point par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

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.

Dans son rapport de 2010, le Groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec recommandait que *les différents processus en matière civile soient la garde en établissement, l'autorisation de traitement et les régimes de protection (…) soient guidés par des principes et procédures similaires afin d'uniformiser le traitement accordé à la personne (…).*

Cette recommandation n'a malheureusement pas eu de suites. Alors que la garde en établissement est encadrée depuis près de 50 ans par une loi distincte (qui demeure perfectible et dont l'application n'est pas toujours rigoureuse), l'AJSH demeure soumise à des considérations éparses dans le Code civil et le Code de procédure civile, ce qui rend sa mise en œuvre difficile à contrôler pour les autorités et complexifie les moyens de défense accessibles aux personnes.

Les éléments suivants devraient faire l'objet d'orientations plus précises de la part du législateur :

- Mettre en évidence le caractère exceptionnel de cette mesure qui entrave les droits à la liberté et à l'intégrité de toute personne, droit reconnus par l'article 1 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne;
- Prévoir la mise en place d'interventions psychosociales préalables à l'imposition forcée de médication ou d'hébergement ainsi que, le cas échéant à la suite de celle-ci;
- Réglementer la durée des autorisations et prévoir un processus de suivi et de contestation de la décision du tribunal;
- Imposer aux établissements l'obligation de documenter dans le dossier médical de la personne concernée la transmission d'informations claires et accessibles sur le traitement proposé et sur des approches alternatives ainsi que la recherche active d'un consentement libre et éclairé;

- Imposer aux établissements l'obligation de remettre à la personne concernée dès le début de la procédure un document d'information approuvé par le ministère et présentant de façon claire et accessible le processus de demande, les critères requis (refus catégorique et inaptitude à consentir) ainsi que les ressources et recours disponibles;
- Établir des critères précis et adaptés à la réalité québécoise pour l'inaptitude à consentir et le refus catégorique. Ces critères devraient notamment permettre de distinguer clairement le désaccord d'une personne avec son diagnostic ou son traitement et son inaptitude à comprendre le traitement et les avantages qu'il peut procurer. Ils devraient aussi permettre de distinguer refus catégorique, réserves face au traitement et acceptation stratégique;
- Prévoir des mécanismes visant à favoriser la présence en cour et la représentation par avocat.e des personnes faisant l'objet d'une demande d'AJSH, en conformité avec l'article 23 du Code civil;
- Encadrer les procédures de réhospitalisation de façon à restreindre le pouvoir d'un établissement de santé d'entraver unilatéralement la liberté d'un.e citoyen.ne. Cet encadrement pourrait s'inspirer du processus de garde en établissement tel qu'il figure dans la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.*
- Prévoir la présence d'intervenant.es en situation de crise lors d'événements liés à l'observance d'une AJSH qui impliquent le recours aux policier.ères.
- Donner suite à la recommandation numéro 9 du Groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec en élaborant un processus de révision administrative de l'autorisation émise par la Cour supérieure sur le modèle du recours au Tribunal administratif du Québec prévu dans la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.* Ce recours pourrait notamment permettre une diminution de la durée de l'autorisation, selon l'effet du traitement autorisé, de façon à permettre dès que possible à la personne qui en aurait retrouvé l'aptitude, d'exercer son droit à consentir au traitement.

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 de la part des tribunaux dans le traitement des requêtes liées à la santé mentale.

Les travaux se poursuivent en vue de la mise en place d'un tribunal ayant pour mandat d'administrer la justice en fonction de la réalité vécue par les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle ou de violence conjugale. Les membres du comité d'experts chargé d'élaborer les grandes lignes de ce que pourrait être le nouveau tribunal ont mis de l'avant une série de recommandations dont certaines pourraient, avec les ajustements requis, permettre de mieux adapter le processus judiciaire à la réalité vécue par les personnes qui font l'objet de requêtes en AJSH ou en garde en établissement.

Ces recommandations concernent notamment :

- Le soutien psychosocial aux personnes tout au long de la procédure;
- La transmission aux personnes d'informations précises sur leurs droits;
- L'octroi de conseils juridiques gratuits sans égard aux revenus;
- L'accès élargi à l'aide juridique;
- Information continue sur l'avancement de la procédure;
- Une formation continue appropriée pour les juges et les avocat.es et les intervenant.es concerné.es;
- Une rencontre de la personne concernée avec un.e avocat.e avant le jour de l'audience;
- Un soutien à la personne pour livrer son témoignage;
- Un environnement sécuritaire et accueillant à la cour;
- Une diffusion large d'information sur les droits et recours.

Les groupes de défense de droits en santé mentale auraient tout intérêt à suivre attentivement la mise en place de ces mesures de façon à pouvoir revendiquer pour les personnes judiciarisées en raison de leur état mental un traitement mieux adapté à leur réalité et qui favoriserait un meilleur respect de leurs droits.

Médiagraphie

Action Autonomie, *Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*, Montréal, Québec, décembre 2016,153 pages. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/Recherche%20garde%20en%20%C3%A9tabllissement%202016(1).pdf

Action Autonomie, *Mission*, site web de l'organisme, Montréal, Québec, 2021. [Consulté le 20 octobre 2021].
https://www.actionautonomie.qc.ca/intro_mission/#mission

ANCTIL, Hervé, *La Santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir,* Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, gouvernement du Québec, Québec, 26 pages. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf

ARCHAMBAULT Héloise, *Bond de 20% dans les listes d'attentes des CHSLD*, Journal de Montréal, site de TVA nouvelles, Montréal, Québec, 30 janvier 2020, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.tvanouvelles.ca/2020/01/30/bond-de-20-dans-les-listes-dattente-des-chsld

Centre de toxicomanie et Santé mentale, *Les antipsychotiques*, site web de l'organisme, Québec, 2021. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-antipsychotiques

Comité d'expert sur l'accompagnement des victimes d'agressions sexuelles et de violence conjugale, *Rebâtir la confiance*, disponible sur le site de la Bibliothèque et Archives nationales du Québec, Québec, 312 pages, 2021. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4287551?docref=6RH0ZYmwH8K9lXgfm1Kp0Q

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ), *Handicap*, site de la CDPDJ, Montréal, Québec, s.d., [Consulté le 21 octobre 2021].
http://www.cdpdj.qc.ca/fr/droits-de-la-personne/motifs/Pages/handicap.aspx

Cour supérieure du Québec, *Nancy B. c Hôtel-Dieu de Québec*, Jugement, Site de Vos droits en santé point com, 1992, 200-05-003232-910, Québec, 9 pages, [Consulté le 21 octobre 2021].
http://www.vosdroitsensante.com/documents/file/nancy-b-c-hotel-dieu-de-quebec.pdf

Curateur public, *Le curateur public en bref*, Site du Curateur, Gouvernement du Québec, Québec, 2002, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/curateur/index.html

Éducaloi, Lexique, Site d'Éducaloi, Montréal, Québec, s.d. [Consulté le 13 avril 2021].
https://www.educaloi.qc.ca/lexique/P

Espace Montréalais d'information et de santé, *Défavorisation matérielle et sociale*, aires de diffusion de l'île de Montréal, Site de Atlas Montréal, Montréal, Québec, 2011. [Consulté le 18 novembre 2018].
http://www.emisatlas.mtl.rtss.qc.ca/geoclip_dyn/geo_defavo11/carto.php?lang=fr&nivgeos=admtl&curCodeDomCH=DS&curCodeThemeCH=defavo&typindCH=I&curCodeIndCH=quintmatrss

Groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice*, Barreau du Québec, Montréal, Québec, mars 2010, 27 pages. [Consulté le 21 octobre 2021].
https://laressource.ca/images/ressources/rapport_du_groupe_de_travail_sur_la_sante_mentale_et_la_justice_du_barreau_du_quebec.pdf

HÉBERT, Guillaume, *État de la contre-révolution Barrette en santé*, Institut de recherche et d'information socioéconomique (IRIS), Montréal, Québec, 6 janvier 2017, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://iris-recherche.qc.ca/blogue/etat-de-la-contre-revolution-barrette-en-sante

Institut de la statistique, *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*, Gouvernement du Québec, Québec, 2020, [Consulté le 2 juin 2021].
https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil06/societe/demographie/demo_gen/pop_age06.htm

Institut national de santé publique du Québec, *Environnement social et culturel*, Portrait de l'environnement bâti et de l'environnement des services – Indice de défavorisation, Site de l'Institut national de santé publique, Gouvernement du Québec, 2021, [Consulté le 22 mai 2021].
https://www.inspq.qc.ca/portrait-de-l-environnement-bati-et-de-l-environnement-des-services/indice-de-defavorisation

MERCIER, Clément, *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux 2012*, sur le site de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Montréal, Québec, 30 novembre 2011, 34 pages, [Consulté le 20 octobre 2021].
https://www1.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_competences_des_travailleurs_sociaux.pdf

Ministère de la Justice, *Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale*, Site du ministère de la Justice, Gouvernement du Québec, Québec, 2018, 44 pages, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr__francais_/centredoc/publications/ministere/plans-actions/Strategie-sante-mentale-2018.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Garde en établissements de santé et de services sociaux*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, site du MSSS, Gouvernement du Québec, Québec, 2018, 94 pages, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Ensemble pour éviter la rue et en sortir, politique nationale de lutte à l'itinérance*, Site du ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 2014, 74 pages, [Consulté le 20 octobre 2021].
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-846-03F.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Site du MSSS, Gouvernement du Québec, Québec, 2018, 76 pages, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-37W.pdf

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

Presse Canadienne, *La ministre McCann réclame plus de transferts fédéraux en santé* in Le Devoir, Montréal, Québec, 8 mars 2019, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.ledevoir.com/politique/quebec/549470/la-ministre-mccann-reclame-plus-de-transferts-federaux-en-sante

Province of Nova Scotia, *Hospitals Act*, chapter 208 of the revised status, Authority of the Speaker of the House of Assembly Halifax, 1989, 14 pages, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://nslegislature.ca/sites/default/files/legc/statutes/hospitals.pdf

Psychom, *Médicaments psychotropes, stabilisants de l'humeur, normothymiques,* sur le site de psycom.org, Paris, France, mai 2018, [Consulté le 31 mai 2021].
http://www.psycom.org/Medicaments-psychotropes/Medicaments-psychotropes/Stabilisants-de-l-humeur-normothymiques#psycho1

Recueil des lois refondues du Québec, *Charte des droits et libertés du Québec*, chapitre C-12, à jour au 20 juin 2021, Site des Publications du Québec, LégisQuébec, source officielle, Gouvernement du Québec, Québec, s.d. [Consulté le 21 octobre 2021].
http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-12

Recueil des lois refondues du Québec, *Code civil du Québec*, chapitre CCQ 1991, à jour au 21 juillet 2021, Site des Publications du Québec, LégisQuébec, source officielle, Gouvernement du Québec, Québec, s.d. [Consulté le 21 octobre 2021].
http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991

Recueil des lois refondues du Québec, *Code de déontologie des avocats*, chapitre B-1 r.3.1, Loi sur le Barreau, à jour au 1er avril 2021, Site des Publications du Québec, LégisQuébec, source officielle, Gouvernement du Québec, Québec, s.d. [Consulté le 21 octobre 2021].
http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/B-1,%20r.%203.1%20/

Recueil des lois refondues du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, chapitre S-4.2, à jour au 30 juin 2021, Site des Publications du Québec, LégisQuébec, source officielle, Gouvernement du Québec, Québec, s.d. [Consulté le 21 octobre 2021].
http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-4.2?&digest

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) : *Notre vision de la santé mentale*, Site web du RRASMQ, Montréal, Québec, s.d., [Consulté le 21 octobre 2021].
http://www.rrasmq.com/alternative-en-SM.php

RICHER, Jocelyne, *Violence conjugale et agressions sexuelles : Un pas de plus vers un tribunal spécialisé* in La Presse, La Presse canadienne, Montréal, Québec, 8 février 2021, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2021-02-08/violence-conjugale-et-agressions-sexuelles/un-pas-de-plus-vers-un-tribunal-specialise.php

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

Société québécoise de la schizophrénie (SQS), *Effets secondaires des antipsychotiques*, Site de la SQS, Montréal, Québec, s.d., [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/medication

Société Radio Canada (SRC) avec la collaboration de Diana Gonzalez et les informations de La Presse canadienne, *Près de 5800 itinérants «visibles» au Québec*, Site de la SRC, Montréal, Québec, 25 mars 2019, mis à jour le 18 juin 2019, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1160344/denonbrement-itinerants-visibles-sans-abri-montreal

Statistiques Canada, *Chiffres des populations et des logements*, Recensement de 2016, Gouvernement du Canada, Ottawa, Ontario, 7 février 2018, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=1201&SR=351&S=22&O=A&RPP=25&PR=0&CMA=0&CSD=0

TAMMINGA, Carol, *Médicaments antipsychotiques* in Le manuel Merck, version grand public, Site de Merck & Co., Dernière révision totale mai 2020, dernière modification du contenu mai 2020, [Consulté le 21 octobre 2021].
https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-mentaux/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/m%C3%A9dicaments-antipsychotiques

TESSIER, Charles, *Portrait de la pénurie de personnel dans les ressources intermédiaires d'hébergement au Québec*, Association des ressources conseil, TACT Intelligence conseil, décembre 2018, 15 pages, [Consulté le 22 octobre 2021].
https://www.arihq.com/wp-content/uploads/2019/03/Rapport-analyse-enquete-penurie.pdf

Tribunal administratif du Québec (TAQ), *La Commission d'examen des troubles mentaux*, Site du TAQ, Gouvernement du Québec, Québec, s.d., [Consulté le 20 octobre 2021].
https://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/commission-d-examen-des-troubles-mentaux/role

Tribunal administratif du Québec (TAQ), *La Commission d'examen des troubles mentaux : guide*, Site du TAQ, Gouvernement du Québec, Québec, 2016, 47 pages, [Consulté le 20 octobre 2021].
https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/publications/guide-CETM.pdf