

L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie

Rapport de recherche
Point de vue de Action Autonomie sur les AJS
Guide d'information juridique



UQÀM | Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie

Nous remercions chaleureusement toutes les personnes ayant collaboré à cette recherche particulièrement les personnes qui ont accepté de partager leur histoire de vie et leurs expériences parfois douloureuses. La recherche a été réalisée en partenariat avec Action Autonomie et le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal.

Auteurs :

L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie – Marcelo Otero et Emmanuelle Bernheim

Le point de vue d'Action Autonomie sur les autorisations judiciaires de soins – Action Autonomie

Guide d'information juridique – Hospitalisation, liberté, intégrité et santé mentale – Emmanuelle Bernheim

Recherche :

Marcelo Otero, professeur, département de sociologie, UQAM

Emmanuelle Bernheim, département de sciences juridiques, UQAM

Audrey-Anne Michaud, étudiante au doctorat au département de sociologie, UQAM

Geneviève Dugré, étudiante au département de sociologie, UQAM

Johanne Galipeau, conseillère d'Action Autonomie.

Composition du comité d'encadrement :

Emmanuelle Bernheim, UQAM

Nicole Cloutier, Action Autonomie

Pilar Barbal i Rodoreda, Action Autonomie

Jean-François Plouffe, Action Autonomie

Marcelo Otero, UQAM

Josée-Anne Riverin, UQAM

Éditeurs

Action Autonomie et Service aux collectivités

Page couverture

Titre : La liberté - Huile sur toile

Œuvre collective réalisée par des membres d'Action Autonomie dans le cadre la démarche d'art conscientisant InsolentEs et insoumisEs

En collaboration avec le Musée des Beaux-arts de Montréal - 2014

ISBN 978-2-923773-27-8

Novembre 2015

Ce projet a été réalisé avec l'appui financier du Programme d'aide financière à la recherche et à la création – volet 2.

Action Autonomie: sa mission et ses approches.

Action Autonomie est l'organisme régional de défense de droits en santé mentale de Montréal. Cet organisme communautaire autonome montréalais a été fondé en 1991 par des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale pour défendre les droits et libertés individuels et collectifs de toutes les personnes aux prises avec ce type de problématique. S'appuyant sur le principe de primauté de la personne, le soutien offert s'inscrit dans un rapport d'aide et non d'autorité. Ainsi, la prise en charge de la personne par elle-même est favorisée et les membres de l'équipe de travail manifestent un préjugé favorable envers elle en véhiculant sa volonté. Les interventions d'Action Autonomie s'articulent autour de trois principaux volets :

L'aide et l'accompagnement : Un service d'aide individualisé est offert aux personnes qui vivent des privations de liberté ou d'autres limitations de leurs droits en lien avec leur état de santé mentale : garde en établissement, autorisations judiciaires de soins, problèmes de logement, discrimination en milieu de travail ou à l'embauche, etc. L'approche retenue consiste à outiller les personnes de façon à ce qu'elles soient mieux en mesure de défendre par elles-mêmes leurs droits et libertés.

L'information et la sensibilisation : L'organisme offre à ses membres, à des organismes communautaires, à des étudiantEs de niveau collégial et universitaire ainsi qu'à l'ensemble des personnes intéressées par ces questions, un grand nombre de formations portant sur différents sujets liés à la défense de droits en santé mentale. Parmi les sujets abordés : différentes notions dont la connaissance par les personnes contribue à une meilleure défense de leurs droits (confidentialité, consentement libre et éclairé, etc) ou les dispositions de différents textes légaux qui encadrent les actes des intervenantEs et définissent les droits des personnes utilisatrices de services (Loi sur les services de santé et les services sociaux, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles- même ou pour autrui, etc.). D'autres actions sont mises de l'avant à des fins de sensibilisation du grand public : campagnes de signatures de pétitions, kiosques d'information, soutien à des initiatives citoyennes, etc. Le journal La Renaissance, rédigé avec la collaboration de membres de l'organisme, fait également l'objet d'une diffusion large et régulière.

Les représentations politiques : Action Autonomie effectue également des actions de nature politique (appui à diverses causes sociales, interventions auprès des éluEs, mémoires, intervention dans les médias, etc.) en faveur du respect et de l'avancement des droits et libertés des personnes vivant ou ayant vécu des problèmes de santé mentale et en faveur de changements des pratiques en milieu psychiatrique dans une perspective d'humanisation des soins.

Action Autonomie - 2015

Table des matières

<u>ACTION AUTONOMIE: SA MISSION ET SES APPROCHES.....</u>	<u>5</u>
<u>RAPPORT DE RECHERCHE.....</u>	<u>9</u>
INTRODUCTION	9
SECTION 1 : PRÉSENTATION DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À LA RECHERCHE	14
1.1 LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	14
1.2 SCOLARITÉ ET EMPLOI.....	15
SECTION 2 : FAMILLE ET TRAVAIL : LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE LA RÉINTÉGRATION ..	16
2.1 FAMILLE : SOUTIEN, MÉSENTENTES, CONFLITS	16
2.2 RÉSEAUX COMMUNAUTAIRES, SOCIAUX, INSTITUTIONNELS.....	20
2.3 TRAVAIL ET RÉINTÉGRATION.....	21
SECTION 3 : LOGEMENT : UN ENJEU MAJEUR.....	23
3.1 ABSENCE DE REVENUS ET FRAGILITÉ RÉSIDEN TIELLE	23
SECTION 4 : LE RAPPORT À LA POLICE, LE STIGMATE DE LA FOLIE ET LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES.....	27
4.1 LES RAPPORTS PROBLÉMATIQUES AVEC LA POLICE	27
4.2 LE STIGMATE DE LA FOLIE ET DES CONTACTS AVEC LA PSYCHIATRIE	28
4.3 LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES ET LES HOSPITALISATIONS	30
SECTION 5 : LE RAPPORT AUX MÉDICAMENTS PSYCHIATRIQUES ET LA RELATION THÉRAPEUTIQUE ..	32
5.1. CONSENTEMENT, EFFETS SECONDAIRES, IMPACT POUR LA PERSONNE	32
5.2 LA RELATION THÉRAPEUTIQUE : PROBLÈMES D'INFORMATION ET D'ÉCOUTE	35
SECTION 6 : LE RAPPORT AU DROIT ET À L'INSTITUTION JUDICIAIRE	37
6.1 LA CONNAISSANCE DES MÉCANISMES JURIDIQUES ET DE SES DROITS.....	37
6.2 L'EXPÉRIENCE JUDICIAIRE	38
6.3 L'ENJEU CENTRAL DE L'INFORMATION ET DU RECOURS AUX SERVICES D'UN AVOCAT.....	42
SECTION 6 – ALTERNATIVES POSSIBLES À LA PSYCHIATRIE : ENTRE ABSENCE ET MÉCONNAISSANCE ..	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE.....	51
<u>LE POINT DE VUE D'ACTION AUTONOMIE SUR LES AUTORISATIONS JUDICIAIRES DE SOINS.....</u>	<u>52</u>
<u>GUIDE D'INFORMATION JURIDIQUE : HOSPITALISATION, LIBERTÉ, INTÉGRITÉ ET SANTÉ MENTALE</u>	<u>57</u>

Rapport de recherche

L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie

Introduction¹

En février 2012, les conclusions d'une recherche menée en partenariat avec Action Autonomie le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal (Action Autonomie) dans le cadre du Programme d'aide financière à la recherche et à la création – volet Service aux collectivités de l'UQAM - mettaient en lumière le fonctionnement concret des principaux mécanismes qui mènent un juge à accorder une Autorisation judiciaire de soins (AJS) aux hôpitaux ou aux médecins traitants. Dans ce rapport, on documentait les déséquilibres énormes entre les parties en termes d'autorité, de moyens, de connaissances et de pouvoir qui plaçaient les personnes faisant l'objet des demandes d'AJS en situation de subordination structurelle du début à la fin du processus. Mais aussi, on esquissait un profil sommaire de la population touchée par les AJS caractérisée par la presque absence d'un emploi, des conditions de vie matérielles et sociales d'une grande précarité, notamment l'énorme fragilité de la condition résidentielle marquée par une proportion significative de personnes en situation d'itinérance. Cet univers de personnes correspond à un portrait global aux caractéristiques assurément dramatiques mais composé de sous-groupes distincts en termes de ressources, de problématiques et de trajectoires. Or, la clientèle desservie par Action Autonomie régulièrement dans ses locaux correspond en partie à un de ces sous-groupes qui est, en termes généraux, moins touché par des conditions de vie sociales et matérielles extrêmes et qui est en meilleure posture objective pour demander de l'aide (conseils, accompagnement, support, éclaircissements, etc.) en ce qui concerne le respect de leurs droits.

Dans cette recherche, nous voulions mieux comprendre l'expérience vécue par un sous-groupe de personnes aux caractéristiques précises touchées par les AJS, soit les usagers et

¹ Afin d'alléger le texte, l'usage du masculin a été conservé.

usagères des services d'Action Autonomie. Pour ce faire, nous avons interviewé 13 personnes² contactées par Action Autonomie qui ont accepté de nous livrer le récit large de leurs trajectoires de vie en lien avec le fait d'avoir été l'objet d'au moins une AJS. Les entrevues ont été réalisées dans les locaux d'Action Autonomie en présence d'un intervenant afin de garantir les conditions de mise en confiance lors des témoignages qui se sont avérés parfois éprouvants. De manière générale les entretiens visaient à : 1) comprendre l'imbrication et les interactions entre problèmes sociaux et problèmes de santé mentale dans leurs trajectoires de vie; 2) identifier ce que les personnes considèrent être des points de basculement qui ont mené à une détérioration significative de leur vulnérabilité sociale, matérielle ou psychique ; et 3) évaluer l'impact des dispositifs psychiatrico-judiciaires dans la vie des personnes qui en sont touchées. Alors que ce n'était pas l'objet de la recherche, les entrevues ont mis en lumière une méconnaissance du droit, plus particulièrement du mécanisme juridique de l'autorisation judiciaire de soins, et une confusion par rapport à la situation juridique dans laquelle les personnes se trouvent. Ainsi, il semble que bien souvent les personnes rencontrées en entrevue ne peuvent pas établir clairement la différence entre les épisodes d'hospitalisation volontaire de celles involontaires, que ce soit par le moyen de la garde en établissement ou de l'autorisation de soins. Cet état de fait ne semble pas être différent que les personnes aient eu recours ou non aux services d'un avocat ou d'une avocate. Ces résultats inattendus ont modifié quelque peu la nature de l'analyse des résultats et expliquent la présence du second document joint à ce rapport de recherche, le *Guide d'information juridique – Hospitalisation, liberté, intégrité et santé mentale*.

Dans ce rapport, nous commençons par une présentation de l'approche et philosophie d'Action Autonomie, suivi d'une mise en contexte juridique des autorisations judiciaires de traitement. Puis les sections subséquentes s'attardent à décrire les caractéristiques sociodémographiques sommaires des personnes interviewées (âge, sexe, emploi, scolarité, etc.) (Section 1), leur entourage (famille, amis, réseaux) y compris le support des organismes communautaires et le rapport au travail en regard du processus de sortie

² Les personnes usagères des services d'Action Autonomie sont à 95% prestataires de l'aide sociale. Toutefois, les personnes qui ont accepté de collaborer à cette recherche correspondent à un portrait socioéconomique plus favorisé car, tel qu'on le verra plus loin, la moitié d'entre elles avaient un emploi au moment des entrevues.

de l'hôpital (Section 2), la dynamique des conditions résidentielles en fonction de l'impact des hospitalisations (Section 3), le rapport à la police, le stigmate de l'hospitalisation et de la maladie mentale, le rôle de la consommation des drogues comme cause d'hospitalisation (Section 4), le rapport aux médicaments et aux médecins psychiatres (Section 5), le rapport au droit et à l'institution judiciaire (Section 6) et, enfin, le rôle des alternatives à la psychiatrie (Section 7).

Mise en contexte juridique : les autorisations judiciaires de soins

Pendant des décennies, au Québec, aucune mesure législative spécifique n'encadrait le refus de soin. La nécessité d'obtenir un consentement libre et éclairé avant d'entreprendre un traitement est pourtant un principe juridique développé par la jurisprudence depuis les années 1930 et codifié dans le *Code civil du Bas-Canada* en 1971.

En matière psychiatrique plus particulièrement, le développement et la disponibilité de la médication ont changé la pratique et se sont progressivement imposés comme moyen privilégié de traitement. Dans les années 1970-80, les patients faisant l'objet d'une « cure fermée » (internement psychiatrique) faisaient régulièrement l'objet de traitement contre leur gré sans qu'aucune procédure particulière ne s'impose (Bergeron 1981). La réforme du *Code civil du Québec* (au début des années 1990) visait à modifier cette situation en créant un régime de refus de soins totalement distinct de la garde en établissement (internement) (Bernheim 2011).

Le principe général en matière de soins est la primauté de la volonté individuelle, même lorsque celle-ci va l'encontre des avis médicaux (*Code civil du Québec*, art 10, 11; *Nancy B c Hôtel-Dieu de Québec*). Il est donc admis que le refus de soins, même fatal, doit être respecté. Certaines exceptions s'appliquent, dont la situation où « la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile » (*Code civil du Québec*, art 13). Lorsque l'on parle de soins, il s'agit tant d'évaluations, de prélèvements, d'interventions ou de traitements de nature médicale, psychologique ou sociale. L'hébergement peut également être considéré comme un soin (Québec, Ministère de la Justice 1993).

Tout consentement ou refus de soins doit être libre et éclairé, ce qui signifie qu'il doit être dénué de toute contrainte indue (menace, pressions, etc.) et qu'il doit être informé. Le médecin a en effet l'obligation de divulguer toute l'information utile à la prise de décision telle que le diagnostic, la nature et l'objectif du traitement proposé, les risques, les effets et bénéfices du traitement, la procédure, la conséquence d'un non-traitement et les alternatives possibles (Kouri et Philips-Nootens 2012). Le patient doit être en mesure de comprendre et d'évaluer l'information pour arrêter une décision en fonction de ses besoins et valeurs personnels. L'impossibilité de le faire constitue l'« inaptitude à consentir aux soins ».

L'inaptitude à consentir aux soins n'est pas nécessairement définitive, elle peut être due à certains événements éprouvants de la vie (deuil, accident, traumatisme, etc.), à la médication ou à la maladie, et fluctuer dans le temps (même dans une journée). Elle doit faire l'objet d'une évaluation à chaque fois qu'un traitement est proposé. L'inaptitude à consentir aux soins ne peut pas être tenue pour acquies en raison de diagnostics spécifiques (par ex. : la psychose) ou de situations juridiques (curatelle, tutelle, garde en établissement, etc.). De la même façon, l'aptitude à consentir aux soins ne doit pas être déduite d'un consentement ou de la passivité. Pour évaluer l'aptitude à consentir aux soins, cinq critères s'appliquent :

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 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? (*Pinel c AG*)

Le fait qu'une personne soit inapte à consentir aux soins ne dispense pas d'obtenir un consentement. En plus du consentement de la personne habilitée à consentir pour elle (qui peut-être la ou le représentant légal, la ou le conjoint, les parents, les enfants ou un

proche), le personnel médical doit tenter d'obtenir le consentement de la personne inapte à consentir aux soins. Ses volontés, à la fois exprimées alors qu'elle était apte à consentir aux soins et/ou pendant les périodes d'inaptitude, doivent être au mieux respectées, ou au moins prises en compte.

Lorsqu'une personne majeure inapte à consentir aux soins refuse catégoriquement des soins, ou que son représentant légal les refuse de façon injustifiée³, et que ces soins sont requis par l'état de santé, le médecin traitant et son établissement de santé devront faire appel au tribunal pour éventuellement la contraindre à les recevoir (*Code civil du Québec* art 16). C'est l'autorisation de soins.

L'autorisation de soins est un litige civil: l'établissement de santé et/ou le médecin agissent en tant que demandeurs (ou « partie demanderesse ») à l'encontre d'une personne placée en position de défenderesse. C'est donc une poursuite qui débouche sur un procès contradictoire où chacune des parties présente une preuve et des arguments, interroge et contre-interroge les témoins. Dans ce processus, la personne visée par une autorisation de soins peut être représentée par une ou un avocat, mais les recherches menées dans les dossiers judiciaires et la jurisprudence démontrent que bien souvent elle est absente et non-représentée (Otero et Kristoffersen-Dugré 2012; Bernheim, Chalifour et Laniel 2016).

La personne faisant l'objet d'une demande d'autorisation de soins doit recevoir signification des procédures au moins cinq jours avant que la requête ne soit présentée devant la Cour supérieure; une partie agissant à titre de mise en cause doit également être signifiée. La personne visée par la demande peut être représentée par une ou un avocat et être accompagnée par la personne de son choix. Le juge peut lui nommer d'office un procureur s'il la considère comme inapte. La décision d'autorisation de soins peut faire l'objet d'un appel devant la Cour d'appel du Québec. Le délai pour former appel d'une décision d'autorisation de soins est de cinq jours (*Code de procédure civile*, art 26, 394.1, 394.3, 776 (3), 779 (2), 859). En appel, il s'agit de démontrer que le juge de première instance a commis une erreur de droit ou s'est livré à une évaluation manifestement déraisonnable des faits. Le cadre procédural de l'autorisation de soins vise la protection et

³ Le refus injustifié serait « gratuit, non fondé, non motivé, injuste, abusif, arbitraire, discriminatoire, illégitime, inéquitable, déraisonnable, insoutenable, indéfendable »: Boulet 2012, 86.

la mise en œuvre des droits protégés par la *Charte des droits et libertés de la personne*, et plus particulièrement les droits à l'intégrité, à la liberté et les droits judiciaires comme les droits à l'assistance d'un avocat et à une défense pleine et entière (art 1, 34, 35).

Pour prendre une décision en matière d'autorisation de soins, le tribunal procède à une évaluation en deux temps : d'abord il tranche la question de l'inaptitude puis, dans la mesure où il conclut que la personne est inapte à consentir aux soins, il évalue la nécessité du traitement proposé ainsi que les risques et bénéfices attendus. Lors de la première étape, il procède à un examen objectif de la preuve, notamment sur la base du rapport médical, du témoignage du médecin demandeur, du témoignage de la personne concernée et de toute autre preuve pertinente. Lors de la seconde étape, il doit agir dans l'intérêt de la personne, en tenant compte dans la mesure du possible de ses volontés (*Code civil du Québec* art 23; Bernheim 2011a).

Section 1 : Présentation des personnes ayant participé à la recherche

La description sommaire du profil des personnes interviewées dans le cadre de cette recherche permet de comprendre un peu mieux les univers des personnes qui ont accepté de discuter avec nous de leurs expériences d'obligations de traitement en milieu hospitalier psychiatrique. Les informations portent sur les données sociodémographiques (âge, sexe, origine, lieu de résidence, état civil), la formation académique et l'emploi, passé ou actuel.

1.1 Les caractéristiques sociodémographiques

Sur les 13 personnes interviewées, neuf étaient des femmes et quatre étaient des hommes. Concernant les profils d'âge, ceux-ci sont assez diversifiés : deux personnes se situent dans la catégorie 20-30 ans, six dans la catégorie 30-40 ans et enfin trois personnes se trouvent dans la catégorie 50-60 ans. Par ailleurs, deux personnes n'ont pas précisé leur âge au moment de l'entrevue. Sous un autre angle, la grande majorité des personnes interrogées sont d'origine québécoise. Seulement deux d'entre elles provenaient de l'Afrique du Nord et la moitié des personnes demeuraient à l'extérieur de l'île de Montréal au moment de l'entrevue, notamment à Longueuil.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des personnes au moment de l’entrevue

Sexe		Groupe d’âge					Origine	
Femme	Homme	20-30	30-40	40-50	50 et plus	ND	Canada	Hors Canada
9	4	2	6	0	3	2	11	2

Quant au statut de résidence, bien que deux personnes aient vécu une expérience d’itinérance dans le passé, au moment de l’entrevue, toutes les personnes vivaient avec leur famille, en appartement supervisé ou dans une autre situation ne s’inscrivant pas dans l’itinérance.

1.2 Scolarité et emploi

En ce qui concerne la scolarité, sept personnes mentionnent avoir acquis un diplôme professionnel ou universitaire tandis que les autres n’ont pas terminé les études entreprises. Par ailleurs, une personne se disait toujours aux études.

Tableau 2 : Formations académiques

Formations académiques			
DES	DEC	UNIVERSITAIRES	ND\AUCUNE
2	1	4	6

Au sujet de l’emploi, six personnes en occupait un, six autres recevaient de l’aide sociale et une personne était aux études au moment de l’entrevue. Il est fréquent qu’une même personne signale avoir occupé plusieurs emplois, et ce, dans une pluralité de domaines tantôt rapprochés tantôt disparates. Ceci dit, tel qu’il sera présenté ultérieurement, la capacité de maintenir un emploi, d’entreprendre ou de continuer son cursus académique semble difficilement conciliable avec certains effets de la médication psychiatrique.

Tableau 3 : Tableau relatif au statut d’emploi de la personne

Travail		Aux études	
Oui	Non	Oui	Non
6	6	1	12

Points saillants :

- ✓ **13 personnes interrogées (9 femmes et 4 hommes).**
- ✓ **Profil sociodémographique diversifié.**
- ✓ **Deux personnes ont vécu par le passé une situation d'itinérance.**
- ✓ **Sept ont acquis un diplôme d'étude secondaire, professionnel ou universitaire tandis que certaines n'ont pas terminé les études entreprises.**
- ✓ **Six personnes détenaient un emploi au moment de l'entrevue,**
- ✓ **Une personne terminait son diplôme d'éducation professionnelle.**

Section 2 : Famille et travail : les enjeux de l'accompagnement et de la réintégration

L'information issue des entrevues permet de connaître plusieurs aspects de la vie des personnes touchées par les AJS, notamment le soutien familial et social dont elles bénéficient. Un peu plus de la majorité des personnes a affirmé avoir un certain soutien provenant de la famille immédiate ou découlant de ses réseaux sociaux autres. Or, les dynamiques du soutien ne sont pas exemptes de conflictualité et d'effets paradoxaux.

2.1 Famille : soutien, mésententes, conflits

Lorsque la famille observe un changement préoccupant dans le comportement chez la personne, elle tente tantôt de trouver des moyens et des alternatives à l'hospitalisation, tantôt le recours à l'hôpital semble plus expéditif.

- *Un moment donné j'ai craqué puis je me suis mis à pleurer pis euh...pis là j'ai pris l'autobus je suis allée chez moi [nom du village] puis là je n'arrêtais pas de pleurer puis tout ça. Finalement mes parents m'ont amené à des cliniques, aller voir les docteurs finalement j'ai abouti à [nom de l'hôpital] à l'aile psychiatrique. (p2)*
- *J'ai aucune expérience en psychiatrie, j'avais aucune idée de c'était quoi le principe. Je suis allé consulter par mes propres parents parce qu'ils trouvaient que j'étais pas normal, j'étais peut-être malade ou quelque chose comme ça puis en fait eux autres ont décidé de me garder pendant quasiment un mois. (p4)*
- *Je suis tombée malade d'un coup. Du jour au lendemain, ça a commencé par de l'anxiété puis du jour au lendemain, j'ai commencé à faire une crise d'anxiété puis ma famille m'a fait hospitaliser, ils m'ont amenée à [nom de l'hôpital] puis ils m'ont internée puis ils m'ont dit que j'étais schizophrène puis ils m'ont donné de la médication, des antipsychotiques tout de suite. (p11)*

Certaines personnes affirment recevoir l'aide de leurs parents, de la fratrie ou d'un partenaire afin de les accompagner dans diverses démarches (judiciaires, thérapeutiques, occupationnelles), en leur offrant un lieu de résidence, un soutien ponctuel et un certain réconfort.

- *Mais mon conjoint m'appuyait, me consolait, il était là avec moi. On n'a pas eu de, on n'a pas vraiment parlé de ça. Il sait que j'ai été à l'hôpital puis tout, mais je veux dire, lui y, il était correct avec ça. (p1)*
- *J'ai un compagnon maintenant qui m'encourage, bon il n'est pas parfait, il m'encourage, il m'a beaucoup encouragé et aidé depuis que je suis rentrée. (p13)*

Ces liens affectifs semblent avoir des effets positifs chez la personne. Par exemple, certaines personnes ont exprimé se sentir moins seules. Cependant, bien que des liens puissent être établis avec les membres de la famille, ils sont parfois fragiles. De fait, certaines personnes expliquent qu'elles peuvent communiquer avec leurs parents à l'occasion pour avoir un hébergement, et ce, bien qu'elles ne leur parlent que très peu. Certaines personnes ont rapporté toutefois que la famille bien que présente pouvait avoir de la difficulté à reconnaître certaines dimensions de leur autonomie ou de leur indépendance. En effet, deux personnes interrogées ont éprouvé certains malaises ou mésententes familiales lorsque, après avoir vécu pendant plusieurs années en appartement, elles ont dû retourner vivre avec leur famille à cause de difficultés d'ordre psychologique, social ou du manque de ressources. Il découle de leurs propos que des malentendus sur les façons dont elles appréhendaient leur vie créaient des tensions au sein de la famille.

- *Quand j'ai des questions, je veux parler, mes parents sont toujours là pour parler, mon chum aussi. Je n'ai pas de problème. C'est sûr que je pourrais aller vivre en appartement si je voulais, mais chaque fois que je dis que je veux partir en appartement ma mère dit, ah non, reste avec nous puis tout ça. Je suis nourri et logé. C'est ma mère qui fait la bouffe chez nous. La cuisine c'est sa place.. Puis elle fait des bons repas. Puis elle est vraiment affectueuse. Puis je pense que si je m'en irais elle s'ennuierais. Pis elle m'a dit dernièrement comme de quoi que si j'étais pour partir en appartement ben, c'était plus risqué vue que j'avais eu des, ma crise comme de quoi, je pouvais perdre mon autonomie puis je pouvais perdre, y'aurait quelqu'un d'attiré pour mon compte bancaire parce qu'ils disent que je ne suis pas apte à prendre mon argent puis tout ça. Je ne sais plus quoi dire penser. (p1)*
- *Puis comme j'ai vécu pendant trop longtemps à [nom d'une ville américaine] avec des colocataires puis là je suis revenue en famille puis comme je suis habitué de vivre avec des personnes qui n'ont rien à faire avec moi, ce n'est pas vraiment des gens que je connais, on était tous indépendants puis là je suis revenue en famille puis là je vis encore comme une colocataire donc là je suis trop indépendante. (p8)*

Également, certaines déceptions peuvent apparaître quant au type d'aide pouvant être offerte par la famille. De fait, une personne perçoit que la famille agit de la même façon que l'équipe traitante dans ses demandes envers elle (tenir un cadre ferme, discours psychiatrique, etc.) ou trouve étrange le fait de vouloir être replié sur soi-même par moment.

- *Je suis venu juste pour voir un psychologue pour avoir trois jours de repos, juste pour se faire... juste quelques jours de repos puis peut-être parler avec des psychologues de trouver une entente avec ma famille parce qu'on ne se comprenait pas trop puis on était comme dans un univers différent. (...) Je pensais que j'allais avoir ça, mais là ils ont trop fonctionné comme une psychiatrie, parce qu'on est la psychiatrie puis on va te traiter parce qu'on est la psychiatrie puis je ne sais pas. (p8).*
- *Personnellement moi j'étais bien. J'étais bien, j'étais normale. Je ne parlais pas beaucoup à du monde donc j'étais replié. Je m'étais concentré dans mes études. J'essayais de terminer mon DEP. (p4)*

Abordée sous un autre angle, l'hospitalisation forcée peut modifier négativement le rapport entre la personne hospitalisée et sa famille. Au moins deux personnes ont témoigné à cet effet. Dans un cas, la relation entre la famille et la personne était apparemment très bonne avant cet événement. Dans un autre cas, la qualité de la relation n'est pas décrite par la personne interrogée, mais après l'hospitalisation la situation s'est nettement détériorée, la personne gardant rancune à ses parents de l'avoir fait hospitaliser. Dans tous les cas, l'hospitalisation ou les hospitalisations modifient les liens avec la famille et la fratrie, car les comportements attendus de part et d'autre ne semblent pas correspondre. Il y a souvent un avant et un après.

- *Ah c'était mieux bien avant, avant que je sois hospitalisé ça c'est sûr. (p8)*
- *Ça s'est mal passé du fait que, t'sais, tu ne peux pas vraiment accepter d'avoir passé la St-Jean Baptiste, d'avoir passé l'été passé enfermé. C'était pas vraiment acceptable. J'ai...je suis resté rancunier là-dessus, je suis toujours rancunier là-dessus aussi. T'sais, je dirais pas si j'avais rien d'autre à faire, t'es pas arrêté, on ce n'est pas les vacances, mais quand c'est les seules vacances que t'as avant de recommencer à l'école c'est assez désagréable (...) j'tais peut-être malade ou quelque chose comme ça puis en fait eux autre y'ont décidé de me garder pendant quasiment un mois. (p4)*
- *Bien un moment donné oui parce que j'ai choisi de ne pas les fréquenter puis je leur ai dit que je ne voulais pas les voir à l'hôpital en visite. Mais je veux dire là maintenant le temps s'est écoulé puis euh. Je suis en bons termes avec ma famille, mais je veux dire ils ne s'occupent pas de mes affaires quand je vais à l'hôpital puis ça occasionne des problèmes. (p12)*

Certains cas sont bien plus complexes et dramatiques. En effet, une personne rapporte

avoir été hospitalisée en raison d'un passé incestueux et d'un contexte familial où elle était perçue tantôt comme victime, tantôt comme dangereuse.

- *Mon père voulait que ce soit moi qui passe pour dangereuse parce qu'il m'avait fait de l'inceste. Moi je le traitais de dangereux, mais lui il me traitait de dangereuse. Moi je n'utilisais pas le terme dangereux dans son cas là. J'utilisais incestueux. Puis lui, pour lui, je le traitais de dangereux inconsciemment. Il me traitait de dangereuse pour cacher son crime. Pour montrer que c'était moi qui étais dans faute, pas lui. (p3)*

Dans cette situation particulière, il semble que la personne ne trouve pas la confiance nécessaire en les psychiatres pour être capable de dévoiler sa situation et que les antécédents liés aux hospitalisations et à sa supposée dangerosité aient été faussement déclarés par un membre de sa famille.

- *Ben non, on ne me disait pas la raison, on ne me disait par la raison. On ne me disait même pas que c'était mon père qui appelait. On ne me disait même pas que j'avais soi-disant fait des menaces de mort à mon père. Mais du seul fait que j'appelais mon père, ça le choquait pis il appelait l'hôpital pis il disait que je faisais des menaces de mort. Les policiers venaient me chercher pis là j'avais un diagnostic de dangerosité. (p3)*
- *Non, je n'en n'ai pas parlé de cela à mon psychiatre actuel parce que ça fait longtemps que mon père n'a pas embarqué dans le dossier, dans ma vie privée parce que j'ai coupé les ponts avec lui. À partir du moment où j'ai coupé totalement les ponts j'ai arrêté de l'appeler ou de répondre à ces appels. Bien là ce sont les hospitalisations qui se sont espacées. (p3)*

Si la présence des autres proches (famille, amis, amoureux, amoureuses, etc.) joue un rôle essentiel (aidant ou conflictuel) dans la traversée des expériences traumatisantes (problèmes de santé mentale, hospitalisations, rétablissement, etc.), les ruptures amoureuses, les relations malsaines ou encore l'isolement sont dans plusieurs cas associés au déclenchement des problèmes de santé mentale graves qui ont conduit à l'hospitalisation

- *Puis là je me ramassais tout seul parce que j'avais pas d'ami à [Lieu de fréquentation scolaire] Un moment donné j'ai craqué puis je me suis mis à pleurer pis euh... pis là j'ai pris l'autobus je suis allée chez moi à [nom d'un village] puis là je n'arrêtais pas de pleurer puis tout ça. Finalement mes parents m'ont amené à des cliniques, aller voir les docteurs finalement j'ai abouti à [nom de l'hôpital] à l'aile psychiatrique. (p2)*
- *Oui j'ai vécu plusieurs expériences très difficiles. Pendant du temps que j'étais danseuse, j'ai fréquenté un homme, un américain très riche. Puis euh... Il m'a comme... Je l'ai fréquenté pendant plusieurs années puis il me donnait des sommes....des sommes d'argent incroyables en échange de relations sexuelles. Mais euh... Il m'enflait l'égo aussi, un peu. En tout cas il me laissait croire que j'étais quelqu'un de spécial puis qu'un jour j'allais avoir une destinée spéciale. (p6)*
- *Je me suis isolée puis je me suis mis à faire de la recherche. Je lisais beaucoup de lecture à teneur spirituelle puis je me questionnais sur qui j'étais, c'était quoi ma mission dans le monde. Puis*

euh... c'est pour ça que je me suis un peu ramassée en psychiatrie parce que j'en suis venue à la conclusion que j'étais la reine de l'univers. (p6)

- *Alors moi dans mon désespoir, parce que là j'étais vraiment dans une phase, à cause de ma séparation, je voyais juste du noir, je suis tombée dans une grosse dépression. (p5)*

2.2 Réseaux communautaires, sociaux, institutionnels

Les hospitalisations et les contacts répétés avec l'univers de la psychiatrie et de la justice peuvent contribuer à briser les liens sociaux pour toutes sortes de raisons (honte de sa situation, préjugés des autres, stigmates de toutes sortes, etc.), contribuant à isoler la personne.

- *J'ai perdu contact avec beaucoup d'amis. Y'en a beaucoup là-dedans qui se sont mariés, qui ont eu des enfants, que j'ai perdu la trace ou qui ne sont plus à Montréal alors j'avais pas d'autres personnes à qui référer à l'hôpital pour avoir une bonne perspective. Alors c'est ce qui est arrivé. (p5)*
- *Mes amis n'étaient pas tellement au courant de ma situation. (p3)*

Dans ce contexte, le soutien d'organismes communautaires est mis en lumière par plusieurs personnes interviewées qui mentionnent avoir été accompagnées dans des démarches particulières et diverses (aspects juridiques, recherche d'emploi, questionnements par rapport à la médication, etc.) ou tout simplement avoir trouvé un espace autre afin de pouvoir échanger sur leurs expériences avec la psychiatrie et la justice. Le réseau communautaire permet dans certaines occasions de compenser l'affaiblissement des réseaux sociaux et familiaux éprouvés suite à l'apparition des problèmes de santé mentale.

- *Je vais dans un centre communautaire. Qui n'est pas loin de chez nous puis j'ai encore mes amis que je vois une fois de temps en temps.(p2)*
- *Mais euh, y'a eu une intervenante là-bas je me rappelle qui m'a dit « monsieur X », ce n'est pas normal que tu prennes tout ça [en parlant des médicaments] pis ils m'ont dit communique avec Action Autonomie pis fait des démarches pour que tu puisses arrêter toute cette médication. (p2)*
- *Je vais trouver, je trouve déjà, je dis chez Action Autonomie j'ai trouvé le programme, je trouve les bonnes personnes, les bonnes ressources, le modus operandem nécessaire et encore là quand je retourne dans le programme, je me tourne vers autre chose qui vont me guider puis que... je vais réussir. (P13)*
- *J'ai demandé à Action Autonomie si y connaissait un avocat, mais euh. J'ai dit un avocat qui nous défend pas un avocat de l'aide juridique. (p9)*

- *j'avais peur, mais là, quand on m'a expliqué, Action Autonomie m'a expliqué tout ça j'ai... je me suis sentie, j'ai pris du pouvoir dans ma vie, dans le truc, j'ai dit Ah! je vous ai... vous pensez que vous m'avez, moi je vous aurai. (p13)*

À l'occasion, des liens amicaux peuvent également se créer lors des hospitalisations.

- *À [nom de l'hôpital] j'ai rencontré un gars que j'avais connu à [nom de l'hôpital d'une autre ville] Moi j'étais là pour l'externe, mais lui y'était là pour une dépression. Puis moi je le reconnaissais pas, mais je me souvenais de son nom. Quand il m'a vue il m'a dit aie! Je te connais.. On se met à parler, on avait du fun. Lui il habitait à X ça fait que y pouvait plus s'occuper de son jardin puis moi j'avais des sorties. Ça fait que je me suis occupée de son jardin quand j'avais des sorties.*

2.3 Travail et réintégration

Plusieurs des personnes interviewées ont déjà occupé un emploi ou exercé un métier avant les épisodes menant à une hospitalisation et semblent vouloir le réintégrer ou encore retourner aux études. Dans certains cas cependant, c'est justement le milieu ou l'activité de travail en elle-même qui serait à l'origine des problèmes de santé mentale qui ont conduit à l'hospitalisation.

- *J'ai fait un burnout ça a commencé vraiment j'ai eu un suivi en psychiatrie, en psychologie et. Donc c'était à cette époque-là. (p13)*

Tandis que dans d'autres cas, ce sont les problèmes de santé mentale qui ont amené la personne à quitter un emploi satisfaisant.

- *En fait, j'ai décidé d'arrêter de travailler parce que j'aimais beaucoup mon travail et quand on aime beaucoup son travail on veut bien le faire et je voyais que ma santé mentale, appelons là comme ça, parce que c'est un terme que je trouve qui est bien galvaudé, mais je voyais que ma santé mentale commençait à affecter la qualité de mon travail. Moi je travaillais entre autres dans le documentaire, dans les entrevues... J'ai beaucoup traité d'abus, de choses comme ça... Je voulais prendre soin de mon monde et là je n'étais plus capable de prendre soin de mon monde alors j'ai décidé d'arrêter de travailler. (p7)*

Or, dans les entrevues, on constate que parfois les symptômes résiduels, les effets secondaires de la médication, les nombreux rendez-vous ainsi que les hospitalisations ponctuelles nuisent au processus de réintégration. Parmi les personnes interrogées, le rythme de travail ou d'études ne semble pas compatible avec le processus de rétablissement à la sortie de l'hôpital, notamment à cause du stress et la pression qui y sont associés.

- *Pour l'instant je suis bien, je pousse pas trop, j'y vais une journée à la fois (p3)*
- *Bien oui ça perturbe la vie. Comme je te dis, retourner travailler quand tu bouges tout le temps, que tu es tout le temps en train de te bercer, les gens voient ça. Ils te demandent qu'est-ce que t'as t'sais, ils te demandent ou bien ils te le demandent pas, mais ils vont te juger t'sais. Ça commence mal, commencer un nouveau travail avec des symptômes comme ça; pas des symptômes, mais des effets secondaires comme ça. C'est la même chose pour étudier. C'est difficile de m'asseoir puis d'étudier parce que j'ai la bougeotte. (p12)*
- *Depuis l'âge de 22 ans j'ai travaillé comme danseuse nue (...) j'ai pris 40 livres en un an j'ai pris. C'est énorme. J'avais déjà beaucoup de problèmes dans ma vie, là j'en ai encore plus. Il faut que je maigrisse, que je m'entraîne, c'est comme ouf, c'est fatigant (p6)*

Les processus de retour au travail sont la plupart du temps éprouvants. Alors que les médecins traitants semblent mettre en garde les personnes contre un retour trop rapide ou non graduel à des activités intenses ou trop exigeantes, des intervenants en matière d'emploi peuvent servir de conseillers lorsque vient le moment de faire des choix.

- *Je voulais faire un retour au travail, sur le marché du travail, faire un retour aux études, pour avoir de l'argent, des sous pour les études. Là j'ai vu, j'ai été à plusieurs programmes et j'ai été accepté par deux, mais l'agente d'Emploi-Québec m'a suggéré de prendre celui qui était plus court, pour que je puisse travailler plus rapidement. (p13)*

Dans certains cas, qui semblent exceptionnels, le milieu de travail semble contribuer activement à la réinsertion: des accommodements seraient possibles mais de manière plutôt informelle.

- *En fait, pendant les deux ans que j'ai été arrêtée, j'avais donné ma démission. Ils ont dit que j'étais pas là mentalement pis ils m'ont faite rentrer comme si je n'avais pas donné ma démission. En disant que j'étais inapte, pas inapte, mais que j'étais, que j'avais pas toute ma raison donc, j'ai donné ma démission puis que j'étais bla-bla-bla. Que j'avais des problèmes. Ils l'ont enlevé du dossier puis ils ont fait comme si je n'avais pas donné ma démission. Puis j'ai retrouvé ma paye, mes avantages sociaux pis mon ancienneté que j'avais perdus. Bien. Je n'ai pas eu de problème là-dessus. Comme je vous dis, ils m'ont rembarqué tout de suite. Il y a moins de personnes qui sont au courant. Ben là j'ai dit au monde là-bas que je faisais une dépression. C'est pas une dépression, c'est une psychose. Mais j'aurais dit la dépression en pensant que...parce que je voulais en dire le moins possible. Pis euh, c'est ça là... C'est pas mal ça. (p1)*

Et dans d'autres cas, le retour sur le marché de travail se fait, semble-t-il, sans trop de problèmes.

Bien j'étais en congé de maladie pour une couple de mois, après ça je retournais au travail. Deux-trois mois de convalescence puis je retournais au travail.(p12)

✓ **Points saillants :**

- ✓ **Les liens familiaux sont encore présents.**
- ✓ **Les enjeux de l'accompagnement après ou entre les hospitalisations sont complexes et éprouvants autant pour les personnes touchées que pour les familles.**
- ✓ **Les organismes communautaires contribuent à soutenir les trajectoires des personnes lors des hospitalisations et lors des retours à la communauté.**
- ✓ **Le retour au travail est à la fois souhaité et éprouvant.**

Section 3 : Logement : un enjeu majeur

3.1 Absence de revenus et fragilité résidentielle

Parmi les personnes interrogées, certaines parviennent à retourner à la maison et à reprendre le rythme de vie qu'elles avaient connu avant les hospitalisations, notamment si une famille les attend et un logement est disponible. D'autres personnes semblent avoir été confrontées à plusieurs difficultés dont leur condition résidentielle instable. L'interruption des allocations de sécurité du revenu après de longues hospitalisations, par exemple, débouche parfois sur une spirale d'évènements qui commence par un cumul des comptes impayés et aboutit à la perte du logement et des biens des personnes. Ces dynamiques dramatiques qui enlèvent tous les supports aux personnes déjà fragilisées par les expériences éprouvantes des problèmes de santé mentale et les périodes d'hospitalisation ont pu pousser certaines des personnes interviewées à se trouver dans des situations d'itinérance ou de risque d'itinérance par le passé.

- *La dernière fois que j'ai été hospitalisé, j'ai été hospitalisé six mois, j'ai pris six mois de retard dans mes comptes. Puis là que je suis arrivé pour retourner en appartement, je n'avais plus les moyens de vivre en appartement, je n'avais pas les moyens de payer six mois de retard plus les intérêts. Oui, c'est parce que oui, mais t'sais quand tu as tout perdu tes biens puis tout ça, la travailleuse sociale elle ne te paie pas des meubles là. Moi c'est mes amis qui m'ont beaucoup aidé aussi. (p12).*
- *Ca c'est une des conséquences des ordonnances où l'on garde quelqu'un à long terme à l'hôpital, mais y'en a beaucoup qui ont déjà des logements. Là ils perdent l'aide social donc ils perdent leur logement. ... C'est ça, ça a pris du temps, mais ils m'ont remboursé, ça a pris du temps quand même. Sauf que là moi je voulais prendre un recours contre eux parce que y'ont mal géré la situation. ... Là il me réclame des sous, ils me réclament 395 \$, mais ils ne me le réclamaient pas là. Ils m'ont enlevé ça, ils m'ont enlevé l'argent puis ils me l'ont remboursé puis là ils veulent*

encore garder.. Là je suis un petit peu mélangé. (...) Ça, c'est une des conséquences des ordonnances où l'on garde quelqu'un à long terme à l'hôpital, mais y'en a beaucoup qui ont déjà des logements. Là, ils perdent l'aide sociale donc ils perdent leur logement. (p11)

- *En plus oui. Alors ils ont mis, ils ont mis mes affaires, je n'ai pas beaucoup d'affaires de toute manière dans un petit coin puis ils ont attendus que je sorte de l'hôpital puis à ce moment j'ai été ramassé mes affaires. Mais j'ai dû trouver une autre chambre par exemple. (p5)*

À ce sujet, différents dispositifs viennent faciliter le retour au logement suite à une hospitalisation. Par exemple, certaines personnes ont évoqué le rôle des Auberges du Cœur, qui fut un endroit où en plus de trouver un lieu où vivre temporairement, les membres de l'équipe accompagnaient la personne dans son parcours.

- *La première fois je n'ai pas perdu mes meubles, mais j'avais perdu mon appartement puis mes meubles finalement ont les avaient déménagé dans le sous-sol de mon cousin là. Mais j'ai été un an et de demi dans un centre d'hébergement parce que le médecin. Je n'avais pas de soutien j'étais pas capable de me faire à manger, pas capable de faire mon ménage. (...)J'ai passé six mois là-bas pis eux c'est eux qui m'ont fait connaître Action Autonomie parce que quand je suis arrivé aux Auberges, j'avais 9 pilules différentes à prendre à chaque jour. (p2)*

Concernant les appartements supervisés, quelques personnes ont été davantage critiques notamment en raison de la gestion serrée de la prise des médicaments assortie à l'hébergement accordé, aux conflits entre les résidents et à la qualité ou disponibilité de la nourriture.

- *C'est parce que après ça il me lâche plus avec les médicaments. C'est pour ça qu'il ne voulait pas que je m'en aille en centre d'hébergement, parce que t'es surveillé, t'sais. Mais c'est très, moi je me sens très infantilisé quand je me sens surveillé à prendre mes médicaments, puis contrôlé, c'est pour ça que je voulais m'en aller dans un appartement indépendant puis faire mes affaires. Je suis capable de la prendre tout seul ma médication quand je sais que j'en ai de besoin. (p11)*
- *Bien parce que quand t'es hébergé, ils surveillent ta médication. Ils surveillent si tu prends tes médicaments puis euh.. (p12)*
- *La femme a dit le téléphone tu peux t'en servir. Puis d'habitude il faut manger au repas puis y'a pas de sandwich entre les repas ou le soir au coucher. Icite à dit si tu vois quelque chose dans le frigidaire qui fait ton affaire tu peux te faire une sandwich, le soir.. même si ce n'est pas un repas. Mais elle a sacré, a sacré tout le temps. Ça fait que j'ai été là deux ans, au bout de deux ans il ne payait plus, là j'ai payé le 200, ou lieu de payer 100\$ je payais 200\$. (p9)*

3.2 Itinérance : au bout du rouleau

Deux personnes interviewées ont révélé avoir vécu des périodes d'itinérance dans leur

passé. Il s'agit de deux expériences dramatiques, la première reliée à une rupture conjugale fort traumatisante et la deuxième à un état de psychose persistant.

- *Et puis faute de, faute de ma séparation, mon mari et moi, qui a été une rupture très difficile, due à la violence conjugale, je suis revenue au pays, pas parce que j'avais envie de revenir au pays, mais parce que j'avais envie d'avoir un support moral. Et puis mon frère qui était en [province canadienne] était la meilleure personne qui me semblait pour juste m'appuyer dans ces moments-là. Alors je suis revenue au pays, mais je pense un peu séquelle de, des coups que j'ai reçus à la tête. J'ai reçu de nombreux coups à la tête alors, je pense que j'avais comme une espère de commotion cérébrale qui a duré parce que j'ai jamais consulté, ni consulté là-bas, ni consulté ici quand je suis arrivée, mais j'avais des problèmes d'orientation. Alors je me suis ramassée en [province canadienne], mais mon frère ne pouvait venir me rejoindre au rendez-vous. Alors moi dans mon désespoir, parce que là j'étais vraiment dans une phase, à cause de ma séparation, je voyais juste du noir, je suis tombée dans une grosse dépression. Pis euh. Finalement mon frère n'était pas au rendez-vous et puis j'ai comme pris panique et puis je me suis ramassée dans les rues de [ville canadienne], j'avais pas son numéro de téléphone, y'avait pas de téléphone alors y'avait pas moyen de le rejoindre alors j'ai comme divaguée et puis je suis tombée dans la grosse drogue. (p5)*
- *L'état de psychose c'est un état qui n'est pas absolu, c'est-à-dire qu'on n'est pas toujours en état de psychose. Donc, moi j'étais en état de psychose seulement quand j'avais un délire, un arrière-plan, mais j'étais très capable de fonctionner, de répondre aux policiers, aux ambulanciers, de parler aux gens de...alors puis dans cet arrière-plan, ce délire d'arrière-plan, je devais accepter de l'aide de personne et je devais mourir. Alors ça c'était jour et nuit, tout le temps tout le temps. C'était toute ma vie d'itinérante. Manger, c'est comme si à chaque fois que je mangeais quelque chose, ou si j'osais accepter de l'argent ou si j'achetais quelque chose c'est comme si je mettais en danger, pas comme si, je mettais en danger les personnes qui m'aidaient. Alors si sûr que je demandais le moins possible, c'est sûr que je pouvais prendre... utiliser le moins de toilettes possible que bon... ça a donné lieu à... c'était une souffrance cérébrale qui était insupportable. ... La police puis les gens vous disent ça c'est un terrain privé, la police où les gens disent ça c'est un terrain public donc il n'y avait pas de place où être. Les itinérants disaient ça c'est mon territoire donc euh... d'être toujours en marche, en marche, jour et nuit je pense que... je peux compter les nuits où j'ai pu dormir une nuit complète, au même endroit. Je ne me sentais pas en danger parce qu'il y a quelque chose dans la psychose qui est très souffrante, mais en même temps qui gèle. Je ne sais pas comment expliquer ça. Alors, moi je me sentais protégée enfin jusqu'au jour où j'ai perdu mon œil ou j'ai été agressée. (p7)*

Ce qui est frappant c'est le fait que ces deux personnes interviewées qui ont connu des expériences dramatiques dans le cadre de leur situation d'itinérance affirment redouter davantage l'hospitalisation psychiatrique que les interventions policières ou même vivre dans la rue. Leurs expériences psychiatriques sont teintées de violence, de coercitions de toutes sortes, y compris les mesures de contrôle.

[...]je préférerais me faire arrêter par les policiers que par les ambulanciers parce qu'avec les policiers c'était la prison, mais y'avait pas de prison chimique alors qu'avec les hôpitaux, y'avait toujours le spectre de pas seulement qu'on t'attache – les policiers te mettent des menottes –, mais les hôpitaux ils nous attachent sur des tables, des contentions et puis en plus y'a la prison des camisoles chimiques. Alors je trouvais ça pas mal plus violent les hôpitaux que la prison et euh... en général, les gens étaient assez gentils, les policiers. (p7)

.... je veux dire, mais de rester dans un milieu institutionnel surtout là ce n'était pas du tout ce que j'envisageais même si j'étais dans la rue, je préférerais être dans la rue t'sais. (p5)

Le retour à la routine de la vie d'avant l'hospitalisation, des nombreux allers-retours entre l'hôpital et leur milieu de vie semble être une véritable épreuve pour bien des personnes interviewées. Certaines personnes affirment en revanche que depuis l'AJS, les hospitalisations sont moins fréquentes et que des efforts différents sont investis pour un retour à une « normalité ».

Le positif que j'en retiens c'est que, maintenant que je le prends à tous les jours, étant donné qu'y l'injection, je me sens beaucoup plus à l'aise. Je suis capable de faire tout ce que je faisais avant sans problème (p1)

J'arrête de prendre ma médication pis avec le temps ça fini que je deviens comme animal. Pis habituellement la police arrive, je me fais embarquer. Ce qu'il y a de positif, je ne sais pas, je pourrais dire que je suis encore en vie. (p2)

En effet, une personne affirme que lorsque les traitements étaient forcés, elle faisait plus d'effort pour se sortir de sa situation problématique. Or, la fin de l'hospitalisation peut être aussi synonyme d'anxiété face à une nouvelle hospitalisation. En effet, la crainte d'une nouvelle hospitalisation peut venir hanter les pensées de certaines personnes. De fait, certaines pratiques en milieu hospitalier peuvent avoir été traumatisantes et avoir laissé des marques importantes sur la perception du traitement.

J'ai plusieurs traumatismes reliés à la psychiatrie puis euh... Quoique, je pense que j'ai sur-utilisé la psychiatrie. Et puis j'ai remarqué que ce n'est pas, ce n'est pas nécessairement un lieu de guérison soit un lieu de mal compréhension puis des intérêts peut-être personnels de certains travailleurs, je ne sais pas.(p8)

Autrement dit, la vie entre les hospitalisations et la réintégration sociale semble difficile et demande parfois quelques mois d'adaptation. Quoi qu'il en soit, certaines personnes retournent vivre avec leurs familles, certaines retournent vivre seules, mais dans tous les cas, il s'agit réellement de reprendre contact avec l'extérieur de la vie en périphérie de la psychiatrie.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Points saillants :✓ Les dynamiques des allers-retours entre l'hôpital et le milieu de vie risquent d'empirer la situation de la personne faute d'interfaces adéquates entre l'un et l'autre. |
|---|

- ✓ **Lors des hospitalisations les personnes perdent souvent leurs revenus ce qui les empêche de garder leur logement à leur sortie.**
- ✓ **Les biens des personnes sont souvent perdus lors des hospitalisations si personne ne peut s'en occuper. Elles doivent alors recommencer à zéro.**
- ✓ **Le risque d'itinérance guette les personnes qui ne disposent pas de réseau social et des ressources financières adéquates à leur sortie de l'hôpital.**
- ✓ **Il est évident que ces conditions structurelles et financières à la sortie de l'hôpital vont à l'encontre de processus de rétablissement et alimentent la dynamique des «portes tournantes».**

Section 4 : Le rapport à la police, le stigmatisme de la folie et la consommation de drogues illicites

4.1 Les rapports problématiques avec la police

Il n'est pas rare que les personnes ayant des problèmes en santé mentale importants aient des contacts problématiques avec la police, et ce, pour diverses raisons (Bernstein et Seltzer, 2003). La plupart des personnes interviewées ont mentionné des événements qui impliquaient à un moment ou à un autre un agent de la paix. Seulement deux personnes n'ont rien évoqué à cet effet. Les contacts avec la police peuvent être initiés par des proches, des personnes inconnues ou la personne elle-même. Également, une personne soulève le fait que d'avoir des antécédents psychiatriques semble accélérer le processus décisionnel de la police puisque celle-ci ferait appel rapidement à l'ambulance pour diriger la personne à l'hôpital.

- *Mais tu sais les policiers, je veux dire, quand tu as un dossier psychiatrique, ils ne te posent aucune question. Ils viennent te chercher puis si tu montres de la résistance, ils te mettent les menottes. Ils appellent l'ambulance puis tu rentres dans une ambulance. Juste ça, c'est traumatisant. (...) Même quand il n'y a pas d'ordonnance de traitement ils viennent te chercher quand même. Quand tu as un dossier psychiatrique, ils ne posent aucune question puis ils viennent te chercher. Non c'est les policiers toujours, c'est toujours les policiers qui nous rentrent à l'hôpital. (p12)*
- *D'après moi ils te connaissent, c'est pour ça. En général, quand ils connaissent quelqu'un ils ne t'amènent pas en prison. En général, c'est quoi, ils font. Ils t'amènent soit en prison soit poste de police (...). Toi c'est directement à l'hôpital. Ça veut dire qu'ils te connaissaient (p11).*

L'élément déclencheur commun des contacts avec la police semble celui de troubler l'ordre public. En effet, différentes expériences vécues par les personnes font écho au fait de ne pas garder la paix ou de troubler l'ordre public.

- *Mais j'ai piqué une crise d'angoisse. J'ai tapé dans un mur. Mes parents y'ont contacté la police. Ça a dégénéré. Pis ça avait pas vraiment bien été auparavant. Ça faisait des mois que ça allait pas bien. J'ai pas eu vraiment le choix. (p4)*
- *Quand j'ai eu 24 ans, ce qui est arrivé c'est que je me suis ramassé au métro [nom de station de métro de Montréal], dans tous mes états, puis euh, la sécurité m'a pris en charge, du métro [nom de station de métro de Montréal],. Puis ils m'ont demandé, qui est-ce qui pouvait, avec qui il pouvait communiquer. Ils ont communiqué avec ma mère puis là bien ils ont jaser ensemble. Pis euh, finalement ma mère leur a dit de m'envoyer en psychiatrie. J'ai abouti à l'hôpital. (p2)*

Bien qu'une des personnes interviewées affirme avoir été bien traitée par la police lorsqu'elle était en situation d'itinérance, d'autres personnes ont vécu des expériences désagréables lors du transport à l'hôpital.

- *J'ai téléphoné au poste de police de mon quartier puis là les maudits ils m'ont joué un tour parce qu'ils m'ont dit « allez », j'ai parlé à une policière elle m'a dit « on va vous parler, on va vous envoyer deux femmes policières pour savoir qu'est-ce qui se passe » parce que je lui ai expliqué, « telle chose est arrivée » elle me dit « juste pour vous parler, vous n'avez qu'à ouvrir la porte, parlez si vous ne vous sentez pas à l'aise vous laissez faire ». Et je l'avais au téléphone en allant vers la porte, j'arrive à la porte, j'ouvre la porte, les policiers entrent. Là j'ai dit, je ne pouvais plus, ils ont forcé l'entrée dans mon logement là ils m'ont dit « cinq minutes vous avez, vous prenez vos affaires on va à l'hôpital ». J'ai dit, mais, messieurs les policiers, j'ai des chats, je dois mettre de la nourriture, je dois... de l'eau, je dois prendre mes médicaments, je dois prendre-ci, je dois prendre ça, donnez moi du temps pour... vous me stressez là. (...) J'ai fait tant mieux que mal. (...) Puis ils m'ont amené à l'hôpital puis euh. Encore là la façon dont ils procédaient c'est comme ils se moquaient « ah ah » ils ont amené des gros rires avec l'infirmier d'accueil à l'urgence, gros rire ah ah ah madame croit qu'on la taquine Ah mon dieu, mais ce n'est pas possible là. La police qui, je me fais attaquer puis la police qui se moque de moi en plus de ça au lieu de me protéger hein... Imaginez donc ça. Et comment on peut avoir confiance dans des autorités, comment ? (p13)*
- *Oui, mais pourquoi y'appellent la police pour me forcer puis pour aller là-bas, c'est ça que je ne comprends pas. (...) C'est juste la police puis ces gens-là qui le savent puis ils vont toujours essayer de me forcer pour retourner là-bas puis... Pour essayer que je ne sois pas capable de réussir ma vie saine... Ça m'embrouille l'esprit pas mal (p11)*

4.2 Le stigmatisme de la folie et des contacts avec la psychiatrie

En somme, l'impact et la nature des interventions policières semblent avoir plusieurs conséquences négatives pour certaines des personnes interviewées ce qui augmente d'une part le sentiment de stigmatisation et d'autre part qui questionne le rôle de la police dans la gestion de crises. La question de la stigmatisation associée à l'intervention policière et/ou au statut de « malade mental » est un problème qui se répercute dans les aspects

pratiques et quotidiens de la vie des personnes, notamment concernant leur réputation dans le voisinage et leurs rapports avec leurs propriétaires ou concierges d'immeubles

- *Y'a le propriétaire une fois qui avait appelé la police, ils m'ont rentrée à l'hôpital quand je suis revenue, que je suis sortie de l'hôpital, je suis retournée voir mon propriétaire pour mes loyers puis c'est son fils de, je ne sais pas, il devait avoir 7-8 ans quand il m'a répondu puis là quand il m'a vue y'est retourné voir son père puis y'a dit c'est la folle qui est arrivée. (p12)*
- *C'est sûr que le voisinage m'ont vu embarquer dans l'auto-patrouille, menotté. Quand j'ai fait le feu y m'ont toute, le monde qui ont eu la chance de voir ce qui se passait m'ont vu rentrer dans l'auto-patrouille menotté t'sais. C'est sûr que je passe pour un fou. (p2)*
- *Je suis restée dans ce logement, pourquoi parce que je suis subventionnée. Je ne peux pas déménager comme ça parce que je suis à faible revenu, je suis subventionné pour un logement. Comme ça je vais attendre d'être sept ans. Je ne peux pas. C'est un bon immeuble, je suis bien situé, je ne peux pas juste déménager comme ça. Donc je suis restée. Mais vous voyez le préjudice que ça m'a causé là. Les gens ils me regardaient comme ça. Ils parlaient (simulation de la façon dont ils parlaient). Puis tout de sorte de trucs. On a essayé de me manipuler en me refusant des services auxquels j'avais droit dans l'immeuble. On a essayé plein de trucs. Ça m'a causé beaucoup de préjudices. (p13)*

Dans leurs récits, des personnes expliquent de nombreux évènements où elles ont été traitées de fou/folles après les hospitalisations en psychiatrie. De nombreux préjugés coriaces sont véhiculés et nuisent à la réputation des personnes sur tous les plans de leur vie allant de la recherche d'un logement à un emploi en passant par les simples relations au quotidien avec les autres, même les plus proches.

- *Au Québec, une fois qu'on a un « dessin » psychiatrique, ça nous suit à vie madame. C'est certain si mes employeurs apprennent, je vais garder ça secret ça c'est certain ça m'appartient, c'est mon dossier. S'ils apprennent que j'ai un vécu en psychiatrie, ça peut me porter préjudice dans l'emploi. C'est certain. Et je ne peux pas parler à tout le monde de mon vécu en psychiatrie et je dois doser. Dépendamment à qui je parle parce que même mon compagnon il dit des choses comme de « crazy house ». Je dis pourquoi tu dis quelque chose de pareil. Ce n'est pas une crazy house, c'est la psychiatrie. OK, utilise les bons mots, le bon terme. Non, il faut faire attention, on ne peut pas tout dévoiler, on ne peut pas. Les gens ils ne sont pas prêts à entendre vraiment ce qui peut se passer. Parce qu'il y'a l'externe que vous viviez soit à l'étage ou bien à l'urgence ou quoi que ce soit ou dans votre vie quotidienne, mais y'a aussi ce que vous vivez à l'intérieur, votre détresse, votre angoisse, le mal que vous avez. Vous êtes mal, vous êtes jugé. Il y a des préjugés, on ne vous respecte pas, on vous chahute, vous n'avez pas les mêmes droits. Oui. C'est ça la réalité ... Bien voilà, comme je vous dis, ma réputation était zéro parce qu'on me croyait folle, puis on me disait la folle. Je les entendais des bruits. La folle, voilà la folle qui s'en vient, la folle qui va là, la folle qui fait ça, qui fait ça. Bon déjà c'est préjudiciable, comment vous vous sentez la folle. Voilà. Alors voilà qu'est-ce qu'on vit quand on est en psychiatrie madame. On n'a pas, on perd notre crédibilité, on n'est plus un être humain on est moins qu'un animal finalement. C'est ça que j'ai vécu. (p13)*
- *Quand on va en psychiatrie une fois, on se retrouve toujours en psychiatrie. (p9)*

- *Ça, ça a été aussi, tout ce qui, le point de vue de mon cercle social sur l'hospitalisation et la médication. Alors j'ai perdu beaucoup d'amis à cause de cela. C'est quelque chose de très triste, ça a fait peur à certaines personnes qui étaient très proches de moi. Ils ont arrêté complètement de... de... de m'appeler, tout simplement. (p5)*

Cette perception négative de la psychiatrie peut aller jusqu'à faire hésiter une des personnes rencontrées à recourir aux services d'un groupe communautaire pour trouver de l'aide ou défendre ses intérêts et ses droits.

- *Ça fait que je ne voulais pas être membre du groupe [nom d'un groupe communautaire] pour pas passer pour un malade mental parce que je voyais ça associé à la maladie mentale. (p9)*

Les formes de stigmatisation semblent se renforcer par certaines dynamiques sexistes selon l'une des personnes interviewées.

- *La psychiatrie c'est très péjoratif contre les femmes hein au Québec. C'est très péjoratif, c'est la chasse aux sorcières contre les femmes. Tandis que pour les hommes c'est sir, monsieur, whatever mais pour les femmes ce n'est pas ça donc les autres avaient la priorité des appels, les hommes surtout. (p13)*

D'ailleurs l'une des personnes accepte davantage l'étiquette de marginale parce que, selon ses dires, elle ne voit pas la vie comme les autres. Et c'est en raison de ses hospitalisations que les autres la considèrent comme « folle ».

- *Ça fait que moi je ne me considère pas malade mental, mais les psychiatres ils me trouvent malade. Ça fait que. Mais c'est juste dans le dossier ... S'ils me checkent, moi, je suis correct, 'est que dans le dossier je suis malade. (p9)*

4.3 La consommation de drogues illicites et les hospitalisations

Pour certaines personnes, la consommation de substances psychoactives semble être une des causes menant à l'AJS. De fait, deux ont déclaré à leur médecin que les psychoses étaient occasionnées par la drogue. En effet, pour certaines il s'agissait d'un cycle récurrent : isolement, psychose, *acting out*, arrestation par la police et hospitalisation.

- *C'est ça, la plupart du temps c'est que, c'est que j'arrêtais de prendre la médication, je prenais de la drogue puis ça finissait que je m'isolais. Puis là je partais dans un autre monde puis finalement je pétais une coche chez moi. La plupart du temps, c'est le voisinage qui appelait la police. (...)Il reste quand même que j'avais de la médication à prendre pis tout ça. De l'âge de 24 ans jusqu'à environ 30 ans j'ai eu des hospitalisations à chaque année. Puis quand je sortais, j'arrêtais de prendre ma médication puis je prenais de la drogue, ça fait que chaque année je me retrouvais, je me faisais réenfermer. (p2)*
- *Peut-être tout ensemble plus la drogue. Je ne sais pas. J'étais une personne comme ça et comme ça puis j'ai fait une psychose parce que je prenais de la drogue. (p8)*

- *Moi je ne voyais aucune issue à ma situation, donc je ne pensais même pas au lendemain je pensais juste à me geler la face pour pas penser à ce qui se passait t'sais. Alors de là a commencé un début de consommation de drogue dure notamment le crack. Alors j'ai consommé énormément puis je me suis fait ramasser dans la rue par des policiers alors que j'étais super high puis là j'avais des hallucinations, j'avais euh, bref euh...problèmes d'orientations, etc. Tout ce que tu veux qui est lié avec la consommation de drogue et probablement aussi avec ma commotion que j'avais eue. J'ai été hospitalisée pour la première fois là-bas. Toutes les hospitalisations que j'ai eues, j'ai eu environ sept hospitalisations, toutes les hospitalisations ont été suite à la consommation. (p5)*
- *C'est parce que j'avais des problèmes de consommation dans le passé. Puis là présentement, j'avais eu des cravings, j'avais pas la force de continuer à cause que la police venait me chercher puis la police me brutalisait, là j'avais pas le choix parce qu'ils me disaient que j'avais un problème de violence puis là je ne pouvais pas rien faire pour m'en sortir. Là je me suis dit comment je vais faire pour essayer de m'en sortir, de ce domaine-là qui est la psychiatrie. Je me suis dit que je n'avais plus de force pour essayer de combattre contre ces gens-là. Là je ne sais pas trop ce qui est arrivé par rapport à ça. (p12)*
- *Je n'avais plus de joie, je ne rencontrais plus mes amis, je ne voyais plus personne. (p4)*

Points saillants :

- ✓ **Rapport problématique dans les contacts avec la police en général;**
- ✓ **Procédures policières lors des arrestations dans le milieu de vie des personnes détruisent leur réputation.**
- ✓ **La question de la dangerosité ressort au moment de l'arrestation policière.**
- ✓ **Le stigmatisme de la folie nuit aux personnes qui ont subi une hospitalisation dans tous les aspects de leur vie.**
- ✓ **La consommation de certaines drogues peut conduire à des psychoses toxiques et à des hospitalisations.**

Section 5 : Le rapport aux médicaments psychiatriques et la relation thérapeutique

Cette section aborde la question du rapport au médicament, du consentement de la personne à sa prise, ses effets positifs, ses effets secondaires et son impact spécifique sur la vie sociale et le travail. Également, on aborde la relation entre le psychiatre et la personne concernant la négociation dans le processus de prescription du médicament (type de médicaments, posologie). Soulignons que toutes les personnes interviewées n'ont pas évoqué le type de médicament qu'elles consomment. Trois d'entre elles n'ont même rien mentionné concernant la médication. Les médicaments explicitement nommés sont les suivants (marques commerciales et molécules confondues) : Lithium, Épival, Piportil, Rispéridone et Risperdal.

5.1. Consentement, effets secondaires, impact pour la personne

Malgré le fait que certaines personnes contestent le fait d'être soumises à une autorisation judiciaire de soins, plusieurs d'entre elles ne s'opposent pas formellement à la médication mais au fait qu'elle soit imposée. En effet, dans certains cas, il semble que la prise de la médication présente des avantages. Par exemple, certaines personnes nous exprimaient que de prendre la médication augmentait leur sentiment de bien-être, diminuait leurs épisodes psychotiques et qu'elle était utile lors des situations de crises aiguës.

- *C'est une contrainte, mais de l'autre côté je me sens tellement, je me sens mieux. Je me suis rendu compte que je me sentais mieux par rapport à ça. (p1)*
- *Je dirais les médicaments peut-être dans les moments de crise, oui je vois la pertinence. Mais à long terme, ça dépend des personnes. Il faut être réaliste parce que il y'a des personnes qui répondent très bien quand ils ont un suivi, une dose de maintenance, tout ça, ils répondent très bien. (p13)*

Certaines personnes affirment que si elles ne se plient pas à la prescription de telle ou telle médication, cela peut amener le médecin traitant à demander une autorisation de soins ou une garde en établissement, ce qui les dissuade de toute contestation.

- *Si tu contestes la médication, ils vont aller chercher une autre obligation de rester sur place. Malgré le fait que ça peut faire six mois, ça peut faire un an que t'es là y vont aller en chercher une autre pareil parce que tu refuses de prendre la médication, eux y vont aller chercher une obligation de traitement. (p3)*

- *Bien peut-être pas, c'est la réalité, ils veulent me forcer à prendre le médicament. Si je prends pas le médicament, je vais être obligé de retourner là-bas. (p11)*

D'autres personnes acceptent dans une certaine mesure la médication, mais souhaiteraient que le psychiatre tienne compte de leurs expériences négatives avec telle ou telle molécule afin de discuter d'autres options et même de négocier les doses. Ce type de négociation semble très difficile dans un cadre hospitalier.

- *On m'a mis sur des médicaments antidépresseurs puis j'ai dit plusieurs fois, regardez les antipsychotiques c'est pas pour moi, ça me rend déprimée suicidaire, je ne peux pas les prendre. (p8)*
- *Par exemple j'ai demandé moi-même, j'ai demandé à une certaine période, j'étais, je me sentais déprimée, j'ai demandé à ma docteure, celle qui m'a trahie à la fin, j'ai demandé, pouvez-vous me prescrire tel médicament, par exemple j'ai demandé pour le wilbutrin, j'ai demandé pour le abilival, c'est moi qui a demandé, et euh.. on pouvait négocier les doses quand même assez bien. Mais ça dépend des médecins. Une fois qu'on est à l'hôpital, très souvent, bien dans mon expérience, c'était impossible, c'était ça. Puis même maintenant ils m'ont dit « vous devez prendre tels médicaments ». J'ai dit aie! Est-ce que vous savez que ce médicament, le médecin qui a pensé — c'est moi qui a demandé — OK, je ne suis pas obligé de le prendre puis j'ai demandé je ne le prends pas, vous ne m'imposerez rien. C'est ça. (p13)*

Les modifications non souhaitées de l'humeur et la cognition de certaines personnes, le sens de ce que signifie «aller mieux» pour les cliniciens et les usagers, voire la méfiance radicale envers le traitement médicamenteux est exprimée de plusieurs façons dans les entretiens.

- *Par les médicaments, on est lourd, on est comme. Je suis lourde je ne peux plus penser comme avant puis c'est considéré normal. Je ne sais pas c'est comme.... L'autre jour j'ai parlé avec du personnel puis ils m'ont dit « 'là t'es mieux »', mais mieux dans quel sens ? Je ne sais pas. T'as pas certains symptômes, mais en même temps. Je ne sais pas. (p8)*
- *Moi je me sens... Aussi bien je me sentais vivante avant je me sens inerte maintenant. Je me sens dépressive. (p3)*
- *Lui il croit que j'ai besoin de la médication. Il croit que la médication me fait du bien et il croit que ça m'aide dans ma vie. Il croit aussi que c'est nécessaire que je sois suivi par son équipe d'intervenants alors moi j'explique là... Je suis suivi par un groupe d'intervenants qui s'appelle le suivi intensif. (p5)*
- *Il dit moi je te donne ça pour le deuxième effet. Moi je ne suis pas malade, je fais semblant d'en prendre. (p9)*

Les effets secondaires des médicaments psychotropes sont largement connus et évoqués dans les entretiens. Par ordre d'importance, les effets secondaires ressentis nommés par les personnes sont la somnolence, un état dépressif ou apathique, une prise de poids, ne

plus avoir de pensée, des tremblements, une voix changeante, des palpitations cardiaques ou l'impression d'avoir un deuxième cerveau. Pour une personne, les effets secondaires n'ont pu être identifiés.

- *Je suis comme morte. J'ai perdu ma souplesse. Ma voix a changé, je ne sais pas si ça a rapport. Ma voix a changé. J'ai la voix rauque depuis que je prends ces médicaments-là. Perte d'intérêt pour tout. (p3)*
- *Donc là en partant c'était quand même bon. À part le tremblement des mains que je vous ai dit tantôt n'y'avait rien comme effet secondaire. Ah, pis peut-être euh un peu d'embonpoint. (p1)*
- *Oui, des tremblements. Comme là en ce moment je prends du Clozaril puis de l'Épival puis j'ai une injection de Sustenna puis c'est, le soir, quand je prends la médication, j'ai beaucoup de somnolence. (p2)*
- *Moi toutes les personnes que je connais qui sont sur médication ont des graves problèmes de santé physique. T'sais on sait toute ça, mais y'a quand même ce discours dominant qui veut que sur la médication ont protégé la personne et le médecin se protège. (p7)*

Ces effets secondaires ont des conséquences directes sur les activités de la vie quotidienne telles que les relations sociales, le travail ou même les déplacements des personnes qui se voient parfois lourdement handicapées

- *Les points négatifs bon euh... Tous les effets secondaires de la médication : prise de poids, léthargie, manque d'énergie. Des fois je me couche à 8 h le soir, je dors jusqu'au lendemain matin. Avant je dormais six-sept heures. Là il me faut 10-11h de sommeil. (p5)*
- *Je pense qu'on n'a pas compris encore ce que c'était. Tout ce qu'on fait c'est qu'on donne des médicaments à ces gens-là pour les rendre un peu zombies, pour pas qui causent de tort à qui que ce soit ou à eux-mêmes. C'est juste un médicament qui désactive le cerveau. Pendant un an j'ai été droguée aux antipsychotiques j'ai vécu un enfer exécrable. Tout c'que...Ça ne m'a pas... C'est certain que je n'avais plus les pensées qui jadis avaient été considérées comme paranoïde ou quoi que ce soit. Je n'avais plus de pensées du tout. Ce n'est pas vraiment une solution. (p6)*
- *Quand je prenais ma pilule, je n'étais pas habitué là, à prendre ça une fois de temps en temps. Je ne pouvais pas aller travailler. J'allais déjeuner, je ne déjeunais pas cher, je déjeunais (lieu du travail) puis j'étais pour aller travailler puis ça n'allait pas. Quand je sortais de l'autobus, il fallait que je fasse attention pour ne pas tomber. Ça fait que moi cette pilule-là, je ne me souviens pas du nom, mais, je sais l'effet que ça faisait cette pilule-là. (p9)*
- *Quand j'étais sur les médicaments, ça rend moins sociable, ça change la personnalité puis comme... Je suis devenue moins confiante, plus lourde, plus «slain». Je ne sais pas, puis comme on dirait que la télépathie c'est quelque chose de nouveau pour moi. Y'a quelques années j'ai commencé à comprendre comment ça marche, un peu... Donc je... Ça favorise un échange sain avec le milieu. Donc, on peut pas être trop sur une affaire, ça... ça fait comme circuler des choses. (p8)*

- *Oh oui, j'étais très zombie. (p1)*

5.2 La relation thérapeutique : problèmes d'information et d'écoute

Les fondements des pratiques de prescription, la justification du choix de telle ou telle classe de médicament, voire les possibles interférences entre les différentes molécules ne semblent pas clairs dans l'esprit de certaines personnes interviewées. En tous les cas, la communication entre clinicien et patient semble parfois difficile.

- *Puis là le docteur voulait me mettre sur des antidépresseurs, des antipsychotiques. Puis là je pense qu'elle met tout le monde sur les antipsychotiques, c'est comme un genre de tradition qu'elle a, peu importe le problème. Puis euh... Puis là c'est ça, j'ai changé de docteur et j'ai dit j'ai besoin des antidépresseurs parce que là je suis rendue déprimée à cause de ce qui s'est passé Il a dit ok d'accord, je te mets sur les antidépresseurs, j'ai dit ok je vais prendre des pilules euh... puis là, oui, puis là l'autre docteur, j'ai écrit des choses par écrit que l'autre docteur n'était plus mon docteur, qu'il n'a plus le droit d'intervenir et elle est intervenue pareil et elle m'a... tu dois passer en Cours pour un traitement forcé. Mais là j'ai dit vous allez m'injecter des antidépresseurs elle a dit non c'est des antipsychotiques, mais j'ai dit je suis déjà avec un autre docteur qui me prescrit des antidépresseurs donc euh... puis ça n'a pas marché. (p8)*
- *Parce que j'avais peur que ça vienne nuire à l'Épival; que j'aie des états maniaques avec si il me prescrit des antidépresseurs. Lui là, il y'a juste peur des états maniaques. Il n'a pas peur à la dépression, pourtant avec la dépression tu peux passer à l'acte. (p3)*
- *Avec la première j'aimais pas la relation que j'avais avec elle parce que, j'étais pas d'accord à prendre la médication j'étais rebelle face à la médication. Mais quand j'ai fait le sevrage puis que j'ai fait une autre crise par après je me suis dit bon bien, ce serait peut-être bon que je prenne la médication. C'est là que j'ai accepté de suivre le traitement même si j'étais forcé (...) Bien c'est parce que j'ai durant, durant le temps que j'étais sous le Tribunal administratif du Québec, j'ai fait une tentative de sevrage avec mon médecin. Parce que je me tuais à lui dire que c'était à cause des drogues que je faisais des psychoses. Puis finalement j'ai fait le sevrage avec mon médecin puis j'ai fait une psychose pareil. Là je me suis ramassé encore en psychiatrie pendant au moins deux mois, il me semble. Puis je suis ressorti de là autant médicamenté sinon plus qu'avant. (p2)*

Quelques personnes ont évoqué leur rapport problématique avec le psychiatre, et plus largement avec la psychiatrie, notamment à l'égard de la médication. Parmi les constats principaux, notons la brièveté et la fréquence limitée des rencontres, le manque d'information, ainsi que la non-collaboration du médecin dans l'explication du choix d'un médicament et ses effets secondaires. La relation médecin-patient semble inadéquate pour bien des personnes interviewées.

- *Y' avait peut-être le docteur M. c'était lui qui décidait de toute, mais je veux dire, y' écoutait. Y' avait plus d'écoute, mais c'est quand même lui qui avait le dernier mot. (p.12)*

- *J'va aux injections une fois par mois, ça va faire la deuxième fois. Je rencontre la psychiatre. Elle me repose quelques petites questions pis c'est tout. Puis dans ce temps-là, quand t'arrives là-bas, tu y poses quelques questions, ah bien j'ai besoin de pilule pour dormir, elle te fait ta prescription. (p4)*
- *C'est toutes des psychiatres aux pilules. (p9)*
- *Je sais que ça pourrait être vu sexiste, mais j'aimerais mieux que ce soit un homme, mais t'as pas la possibilité de choisir qui c'est qui peut être en face de toi. Une femme écoute plus une femme. Un homme écoute plus un homme. La manière de penser est plus rapprochée malgré le fait que tu travailles en psychologie c'est assez séparé. Pis j'aurais préféré que ce soit un homme. Mais je n'ai pas eu le choix j'ai eu elle. (p4)*

Points saillants :

- ✓ **Les effets secondaires des médicaments peuvent être très perturbateurs au niveau psychique et dans les relations sociales des individus.**
- ✓ **Craintes concernant le refus de la prise des médicaments qui peut amener à une AJS.**
- ✓ **Relation problématique avec les psychiatres en termes d'écoute, information et négociation de la prescription de médicaments.**
- ✓ **Ambiguïté quant aux effets spécifiques de la médication.**

Section 6 : Le rapport au droit et à l'institution judiciaire

La question du rapport au droit et à l'institution judiciaire est centrale : en créant le mécanisme de l'autorisation de soins à la fin des années 1980, le législateur québécois comblait un vide juridique dénoncé depuis plusieurs années. L'autorisation de soins est un mécanisme qui constitue une exception aux principes généraux du droit civil tels que l'autodétermination, les droits à l'intégrité et à l'inviolabilité et le respect impératif du refus de soins. La procédure judiciaire est garante de la mise en œuvre de ces droits.

Toutes les personnes rencontrées ont fait l'objet d'au moins une autorisation de soins et ont été présentes à leur audience à la cour. Le contenu des entrevues démontre cependant une connaissance et une compréhension lacunaires du droit et du fonctionnement de l'institution judiciaire.

6.1 La connaissance des mécanismes juridiques et de ses droits

Aucune des 13 personnes interrogées n'a démontré une connaissance des enjeux juridiques propres à l'autorisation de soins et aux droits qui y sont associés. Les témoignages autour du droit et de l'autorisation de soins sont plutôt confus ou peu précis et les personnes interrogées n'ont généralement pas évoqué la question de l'aptitude à consentir aux soins ou le fait que les soins doivent être requis par l'état de santé. Elles semblent ne pas savoir qu'elles auraient pu faire appel de la décision d'autorisation de soins. Éventuellement, certaines d'entre elles avaient oublié la nature des débats judiciaires ou les explications juridiques reçues par leur avocat, le juge ou des professionnels de la santé.

Il faut dire que plusieurs des personnes rencontrées semblent avoir eu plusieurs contacts avec le droit et l'institution judiciaire, ce qui pourrait être la source d'une confusion supplémentaire. Alors que certaines personnes rapportent clairement avoir fait l'objet d'une garde en établissement par exemple, certaines restent évasives ou semblent confuses au point de ne pas être en mesure de préciser de quel type de procédure il s'agit.

Je suis retourné en cours en octobre dernier. Pis, euh, j'ai passé au Tribunal pour encore ordonnance de traitement mais je pense que c'est pour tout le temps, à vie... Je ne suis pas sûr. Me semble que c'est ça (p1)

Garde en établissement, curatelle, non-responsabilité criminelle pour cause de troubles

mentaux ou inaptitude à subir son procès : la multiplication des mécanismes juridiques et des juridictions ajoute à la complexité des situations et certaines personnes ne semblent pas connaître l'état de leur propre situation juridique.

Par exemple, une personne croit être sous curatelle et ne connaît pas l'échéance de son autorisation de soins. Elle raconte avoir témoigné sur la question de l'aptitude lors de l'audience : elle aurait expliqué en quoi elle est en mesure de continuer à travailler et de gérer ses biens. Manifestement, elle confond aptitude à consentir aux soins et aptitude légale, qui mène vers l'ouverture d'un régime de protection comme la tutelle ou la curatelle. Soit cette confusion a eu lieu lors de l'audience en autorisation de soins et n'a pas été corrigée par les avocats et le juge présents, soit cette personne est réellement sous curatelle mais croit faire l'objet d'une autorisation de soins. À moins qu'elle ne soit sous autorisation de soins et sous curatelle.

Dans un autre cas, une personne rapporte être sous autorisation de soins et s'être rendue au Palais de justice, mais parle ensuite du Tribunal administratif du Québec (TAQ). La division de la santé mentale du Tribunal administratif du Québec n'a pourtant pas compétence en matière de soins et siège plutôt en révision des demandes de garde en établissement (sur la question de la dangerosité) ou en matière criminelle (sur la question du maintien en détention ou de la mise en liberté de personnes qui ont fait l'objet d'un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non-responsabilité pour cause de troubles mentaux).

6.2 L'expérience judiciaire

L'audience est en soi un moment très stressant, voire « traumatisant » (p. 8), pour plusieurs des personnes rencontrées. Le manque d'informations et de compréhensions des enjeux juridiques inhérents à l'autorisation de soins et le peu de connaissance du fonctionnement de la cour peuvent en partie expliquer ce stress (« crainte de l'inconnu » : interviewé 13).

Il ne nous prépare pas, il fait comme toi tu fais, il nous pose des questions pour comprendre ce qui s'est pas passé mais on est pas nécessairement préparé.(p12)

Ainsi, alors que le déroulement de l'audience apparaît souvent comme

« impressionnant » (p. 5), une des personnes rencontrées rapporte s'être sentie traitée comme une criminelle (interviewé 4).

Tu es représenté comme un criminel malade et le juge est autant plein de préjugés que l'avocat qui défend l'hôpital puis qui rit par la suite. (p4)

Plusieurs des personnes interviewées ont rapporté avoir eu de la difficulté à exprimer leur opinion durant l'audience. Alors que deux d'entre elles n'ont tout simplement pas été interrogées et qu'une autre a témoigné sous l'effet des médicaments, d'autres ont souligné le déséquilibre dans les capacités d'expression entre elles et le médecin demandeur.

Toutes les fois que c'est arrivé, j'ai pas eu la chance de prouver mon point, je n'ai pas eu la chance de dire ce que je voulais dire. Je pouvais m'exprimer de la meilleure des manières, utiliser les termes les plus précis possibles mais ma parole n'avait aucune valeur (p4)

Le statut du psychiatre (expert, diplômé, etc.) aurait quelques fois comme effet d'empêcher la personne de présenter ses arguments. Dans ces contextes, les personnes restent avec l'impression que leur opinion ne compte pas.

Mais c'est assez difficile quand on n'a pas l'expérience, puis l'avocat ne nous explique pas nécessairement comment faire. Là t'arrive devant le juge, il faut que tu expliques ton point de vue. Tu donnes ton opinion. Ce n'est pas nécessairement une expérience qui est facile. On n'est pas préparé à cela.(p12)

Il a tous ces titres-là, il y'en avait comme ça. ... Le psychiatre commence à dire ces titres. Il était avocat, il est allé suivre des cours à telle place, tant d'années de scolarité dans son domaine puis ce qu'il fait. Il fait des expertises en psychiatrie pour des cas bizarres des tueurs en série. Des cas particuliers comme ça..Ca fait que là le juge connaît pas ça les pilules puis la maladie mentale, il connaît pas ça non plus. Il se fie à lui, lui il dit ça. Moi me défendre, je ne peux pas faire bien de quoi, l'avocat il peut pas faire ben de quoi non plus, même pas me faire baisser à deux ans pour l'ordonnance. Ca fait que j'ai eu cinq ans.(p3)

Cependant, dans les cas où les personnes ont eu l'occasion de préparer adéquatement leur témoignage, elles attribuent à la force de leurs arguments la possibilité de négocier avec la partie demanderesse, ce qui est considéré comme une « victoire partielle » (interviewé 13). La présence d'une personne alliée améliore à cet égard le niveau de confiance.

Avant j'étais dans la crainte parce que je connaissais pas, je ne savais pas comment ça fonctionnait, j'avais peur mais là, quand on m'a expliqué, Action Autonomie m'a expliqué tout ça j'ai... je me suis sentie, j'ai pris du pouvoir dans ma vie, dans le truc (p13)

Au moment des entrevues, les personnes étaient toutes sous autorisation de soins. Elles avaient donc « perdu » en cour. Alors que la présence de l'avocat en défense est

généralement considérée comme positive, il n'aurait dans les faits que peu de latitude : l'absence de contre-expertise et les arguments des psychiatres demeurant, dans les faits, déterminants.

Moi, me défendre, je peux pas ben faire de quoi. L'avocat y peut pas faire ben de quoi non plus, même pas me faire baisser à deux ans pour l'ordonnance. Ça fait que j'ai eu cinq ans. (p. 9)

Mais j'ai eu une avocat extraordinaire qui s'est beaucoup beaucoup battue pour moi puis elle n'a pas lâché prise, elle a fait du sitting dans leur bureau, elle appelait tous les jours. Elle s'est vraiment battue pour moi. C'est une excellente avocate. (p7)

Soulignons tout de même que, bien que la majorité des personnes interviewées racontent avoir confiance en leur avocat et s'être fiées à lui pour leur défense. Dans certains cas, une alliance positive se crée avec l'avocat et certaines personnes affirment qu'il les a bien défendu. Deux personnes rapportent cependant des expériences troublantes : leur avocat aurait soudainement « changé de camp » durant l'audience.

Mais je voulais me représenter eh puis je ne savais pas quoi d'autre puis l'avocate qui était avec moi a changé comme de cap en plein milieu de l'audience, elle a comme pris le côté de l'hôpital. Elle a changé d'idée en plein milieu de l'audience .elle a acquiescée à la demande devant moi! Devant moi! C'était fou. Je capotais mais elle n'est pas de mon bord ! C'était devant la juge, elle me disait madame x, c'est mieux comme ça. Aie! C'est mieux comme ça ! Voyons donc! Au moins tu vas n'avoir juste pendant deux ans puis pendant trois ans (p5)

Aux dires de plusieurs, les juges sont généralement distants et peu accueillants : ils adressent peu la parole directement à la personne concernée et ont l'air désintéressés. Il semblerait que les séances de préparation avec leur avocat n'aient pas permis aux personnes d'être préparées efficacement, les questions n'étant pas les mêmes que celles qui avaient été envisagées. Une seule personne rapporte une expérience très positive avec le juge.

Selon moi le juge m'a écouté. Le juge m'a écouté, avec un contact visuel tout. Je voyais qu'il était de mon côté (13)

Oui j'ai passé à la Cour les deux fois. Alors la première fois, je veux être honnête avec vous, je suis tombée sur un juge que j'ai trouvé profondément humain. (p7)

Pour certaines personnes, cependant, le juge ne connaît ni « les pilules » ni la maladie mentale. Il peut néanmoins tirer des conclusions, comme le fait que la personne ne reconnaît pas sa maladie ou qu'elle est inconsciente des risques que pose son état mental. La décision est alors fondée sur ce que le juge croit être bon, ce que certains interprètent

comme étant « paternaliste » (p. 8) :

J'ai dit : « Je ne pense pas que ça va aider puis c'est juste que même si vous avez cette intention-là, je vous ai présenté des arguments qui vous disent que ça va pas m'aider puis que ça va me rendre suicidaire. » « Bien, moi je pense que ça va t'aider. » Puis ça a fini là. (p. 9)

Dans ce contexte, certaines personnes ont le sentiment que tout le monde est contre elles, que la décision est prise d'avance, que le processus est expéditif.

Non ça n'allait pas parce qu'ils étaient tous contre moi. Tu comprends c'était tous contre moi là. Ça jouait tout contre moi. Le système était contre moi, les gens étaient contre moi, tout était contre moi. Je ne pouvais rien faire, j'étais tout seul (p11)

Tant l'attitude des juges que la manière très formelle dans laquelle se déroulent les débats judiciaires ont donné à quelques-unes des personnes interviewées l'impression qu'elles étaient peu considérées. Le fait que les personnes ne peuvent pas s'exprimer au moment où elles ont quelque chose à dire, par exemple en réponse au psychiatre, nuit à la capacité des personnes d'exprimer leurs idées. Certaines personnes ont constaté que l'apparence est importante à la Cour et qu'il faut être bien habillé et s'exprimer dans un langage châtié. Il en va de même pour le fonctionnement administratif judiciaire.

J'ai été là avec mes plus beaux habits en pensant que j'étais pour bien passer mais tu regardes les autres puis c'est pas pantoute la même game, ce n'est pas pantoute les même gens ... comment je pourrais dire ça. T'es pas au même niveau qu'eux, t'sais eux autres ils ont tellement plus d'expérience. Ils en ont tellement vu d'autres. (p1)

Dans un cas par exemple, les causes étaient si nombreuses sur le rôle la journée où la personne interviewée devait avoir son audience qu'elle a été remise au lendemain. Or, le lendemain, les personnes qui devaient l'accompagner ne pouvaient se libérer, ce qui fait qu'elle a dû se présenter seule à la cour.

Ca ne s'est pas très bien passé cette journée-là. Parce que les deux autres personnes sont passées devant moi, il y avait beaucoup de monde ce jour-là, ils nous ont dit - c'était le premier mars - ils nous ont dit on n'a jamais eu autant de personnes à la Cour et là moi je suis passé en dernier. Je suis passé comme dix minutes. Et ils ont remis ça au lendemain. Encore il fallait revenir le lendemain. Le lendemain je suis revenue là ...je suis revenu toute seule et ...ça ne s'est pas bien passé du tout parce que j'ai témoigné, j'ai dit au juge mais le juge, la veille semblait être de mon côté ... je ne sais pas qu'est-ce qui s'est passé mais son attitude avait changé puis je voyais que tout ce que je disais, il n'écoutait même pas (p13)

Lorsque l'on connaît l'importance du soutien des proches dans ce genre de procédure, on comprend facilement tant le découragement qui a pu en découler que l'impression d'un manque de considération.

Alors que l'expérience à la cour est considérée par certaines personnes comme étant

positive (elle permettrait par exemple de consolider les liens avec ses proches), elle apparaît pour d'autres comme négative (avoir l'impression de s'être mal défendue ou que le médecin aurait utilisé des arguments fallacieux).

Au début, j'étais contre mes parents mais à la fin, quand le verdict est tombé puis y'ont vu que j'ai prendrait ma médication tout le monde a été soulagé puis ça nous as fait plus rapproché qu'autre chose. Par rapport à ça. Si j'aurais continué à dire "je ne prends pas mes médicaments" là ça serait peut-être plus tranché en ce moment mais étant donné que j'ai opter pour prendre la médication, que c'est juste que je voulais être apte que, c'est devenu plus possible, donc on s'est plus rapproché quoi.(p1)

Oui mais elle ne pouvait pas faire grand chose parce que l'essence, tout reposait sur la contre-expertise puis elle n'avait pas une contre-expertise en ma faveur. On est arrivé en Cour avec une contre-expertise qui disait que oui j'avais effectivement cette maladie-là alors elle ne pouvait rien faire. (p6)

6.3 L'enjeu central de l'information et du recours aux services d'un avocat

Toutes les personnes rencontrées en entretien ont été représentées au moins une fois par un avocat. Elles auraient donc dû bénéficier d'une information et d'une préparation adéquate. Le contenu des entretiens permet pourtant de constater que plusieurs d'entre elles ont une connaissance approximative de ce qu'est une autorisation de soins, de la procédure qui s'y rattache et de leurs droits.

On m'a expliqué quoi puis tout mais avant la cause, c'était peut-être 5 ou 10 minutes avec l'avocate seulement. Et je ne savais pas exactement comment, les arguments, je ne connaissais pas vraiment. On m'avait expliqué les grandes lignes [...] (p.13).

L'absence d'information juridique pourrait être due au peu de temps alloué à la préparation de la défense : d'après les informateurs, les rendez-vous préparatoires avec les avocats sont courts (entre 5 et 20 minutes). Il semble que, dans certains cas, les avocats ne sont pas des spécialistes du domaine et sont peu au fait du fonctionnement précis du mécanisme de l'autorisation de soins.

Mais en fait maître X ne s'occupe pas vraiment de ça, c'est plus euh, c'est un avocat qui, c'est avocat que j'ai contacté mais habituellement il s'occupe surtout des divorces puis tout ça, de la parenté, les enfants la garde des enfants. Mais quand je lui ai parlé puis que je lui ai demandé si il pouvait m'accompagner là-dedans, il m'a dit oui il n'y pas de problème. C'est sûr que j'ai payé les frais mais il m'a dit qu'il pouvait faire pour l'ordonnance de traitement pis tout ça, qu'il avait les compétences là-dedans. Ce n'est pas sa spécialité. (p1)

Les personnes rencontrées rapportent également le manque d'informations de la part des médecins ou des établissements de santé sur la demande d'autorisation de soins, par exemple sur le diagnostic, la médication, etc. La situation est d'autant plus inexplicable que les établissements de santé disposent pourtant d'un avocat, parfois même d'un bureau des services juridiques sur place. Ces avocats devraient pouvoir renseigner le personnel

sur les informations à donner aux patients, voire les informer eux-mêmes.

Je n'avais pas les copies du diagnostic. Je ne savais pas c'était quoi les diagnostics devant lesquels je devais me défendre. Je n'avais aucune connaissance de ça. L'avocate je l'ai rencontré cinq minutes avant de passer en Cour. (p5)

Plusieurs des personnes rencontrées en entretien n'auraient pas eu accès au rapport médical présenté par l'établissement au soutien de sa requête et l'ensemble des informations médicales n'aurait été dévoilé qu'au moment de l'audience. Les dépliants informatifs ou les références d'avocats ou de groupes de défense des droits ne semblent pas être disponibles dans tous les établissements de santé de la même façon et ne sont pas nécessairement transmis au moment de la signification de la requête pour AJS. Les informations disponibles à ce sujet dans les entretiens sont extrêmement parcellaires. Outre le peu d'informations juridiques, certaines personnes déplorent le manque de préparation à l'aspect formel de l'audience et au décorum.

Si le court délai de signification (5 jours) complique la préparation de la défense et l'accès à l'ensemble de la preuve, soulignons qu'il est toujours possible pour la partie défenderesse de demander la remise de l'audience pour permettre une préparation plus adéquate de la défense. Aucune personne n'a cependant rapporté avoir fait une telle demande ni avoir été informée de cette possibilité.

Il n'est pas possible à partir du contenu des entrevues de savoir à quelle information juridique les personnes rencontrées ont eu accès. Ce qui est certain cependant c'est que soit l'information n'est tout simplement pas donnée, soit elle n'est pas donnée de façon adéquate c'est-à-dire dans un langage clair et simple, accessible à des personnes n'ayant pas de formation juridique.

Points saillants :

- ✓ **Peu de connaissance et de compréhension du mécanisme de l'autorisation de soins et des droits qui y sont associés.**
- ✓ **Les avocats impliqués dans les procédures d'autorisation de soins ne sont pas tous des spécialistes.**
- ✓ **L'expérience avec les professionnels du droit est mitigée.**
- ✓ **Les personnes se sentent généralement peu écoutées et considérées lors des procédures judiciaires.**
- ✓ **La mise en œuvre du droit à l'information des personnes faisant l'objet d'une demande d'autorisation de soins n'est pas adéquate.**

Section 6 – Alternatives possibles à la psychiatrie : entre absence et méconnaissance

Comme mentionné dans plusieurs entrevues, le recours à la médication est systématique et le support psychologique ou psychosocial dans le traitement est plutôt rare. En ce sens, compte tenu de la difficulté à avoir accès à un psychologue dans le réseau et par conséquent, les interventions ciblent principalement le diagnostic et le suivi de la médication. Au moment de l'hospitalisation, il se peut que la famille et la personne elle-même s'attendent à recevoir de soins diversifiés et adaptés à leurs besoins, par exemple, le fait de pouvoir consulter un psychologue et non uniquement un psychiatre.

- *Moi je pensais plus rencontrer un psychologue qu'un psychiatre.... J'ai pas eu aucun suivi, à part qu'il fallait que je les rencontre à toutes les deux semaines, une infirmière externe qui me pose des questions sur mon dossier puis qui me donne mon injection de Risperdal (p4)*
- *Je pense que la plupart des fois les médicaments n'ont pas aidé puis c'était vraiment un support psychologique qui était nécessaire et pas des médicaments. (p8)*
- *y m'ont donné des médicaments pendant que j'étais à l'hôpital. Il me forçait à prendre du Rispéridal. Et puis quand je retournais à l'hôpital, j'arrêtais des prendre et puis je recommençais ma vie normale, mais sans avoir de suivi psychologique avec (XX)*
- *J'ai demandé à ma docteure de me référer, j'ai demandé une psychologue à l'hôpital, mais en fait on m'a référé au CLSC, une travailleuse sociale qui se disait psychologue, mais ce n'était pas vraiment psychologue. J'ai eu je ne sais pas trois ou quatre sessions avec elle et elle m'a tapé sur les nerfs. (p13)*

Le manque d'écoute, le manque de temps pour écouter les patients, peu importe la catégorie de professionnels et les compétences réservées, sont souvent signalés notamment au moment de l'hospitalisation, surtout quand il s'agit d'une première expérience.

- *D'abord le choc de l'hôpital, pour moi l'hôpital c'est un choc, l'hôpital c'est un choc parce qu'y'ont pas le temps de nous écouter, y'ont pas le temps de nous parler c'est juste la médication. Puis je suis en contact avec d'autres personnes qui sont hospitalisées et je vois la souffrance même si je suis moi-même dans un état de psychose, je ne sais pas (...)ce qu'on fait à l'hôpital me ramène à la réalité. C'est comme si c'est un choc qui euh... qui combat le choc. Je ne sais pas comment, les mots me manquent. Et puis donc, une ordonnance de garde en établissement est efficace dans ce cas-là, dans mon cas. Mais en général si le psychiatre est gentil, respectueux et qui me, et qu'il essaie par la négociation de me convaincre de rester à l'hôpital le temps que ça passe, ça passe. (p7)*

Au Québec, un nombre important d'organismes communautaires liés au soutien social, à la défense des droits et à une intervention alternative ont pignon sur rue, toutefois

certaines personnes interviewées ne sont guère informées de leur existence. Par ailleurs, plusieurs interviewés soulignent le trop peu d'investissement réalisé dans la prévention de la santé mentale et le manque de valorisation de formes d'accompagnement autres qu'institutionnelles.

- *Mais comme je vous dis, quand on est articulé, qu'on nomme bien nos besoins, on ne nous considère pas comme une priorité. Comme y'a des listes d'attentes partout, on prend surtout les gens en crise et la prévention ne fait pas partie, les ressources. On ne favorise pas les ressources pour de la prévention. Alors y'a fallu que je paye de la rue pendant quatre ans, que je paye la perte d'un œil, la fragilité d'un autre œil pour que enfin on reconnaisse que oui, ça vaut la peine. (...) Alors je trouve qu'il n'y a pas assez de travail de prévention en santé mentale et y'a pas assez de ressources malheureusement et de savoir aussi distinguer quand aller chercher de l'aide, mais aussi le travail que l'on doit faire sur nous. (p7)*
- *Je crois qu'on serait beaucoup mieux, on serait beaucoup mieux. Il n'y aurait pas autant de personnes qui sont en institution et même hospitalisées, etc. Si ils avaient quelque dans leur vie qui leur donnent de l'espoir, qu'ils sont capables de s'en sortir (...). (p13)*
- *Puis aussi moi je prône pour que des pairs aidants siègent sur les comités de médecins qui veulent donner des ordonnances de traitements, des gardes en établissement puis des trucs comme ça. Que des pairs aidants soient là, que des pairs aidants soient dans les hôpitaux pour accueillir les personnes qui arrivent en détresse, en crise. Il n'y'a personne qui nous parle. Moi il n'y'a personne me croît dans le monde extérieur. Personne ne me croît de comment ça se passe quand on est vulnérable et qu'on arrive à l'hôpital. Y'a personne qui nous parle (p7).*

Points saillants :

- ✓ **Méconnaissance de l'existence de certains services alternatifs ou complémentaires à la psychiatrie.**
- ✓ **Centration excessive sur la médication en matière de traitement psychiatrique et psychologique.**
- ✓ **Souhait ou besoin d'un suivi psychosocial lors des hospitalisations et durant la période de post hospitalisation.**

Conclusion

Cette recherche a permis de mieux connaître l'expérience d'un groupe de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie qui ont éprouvé de multiples difficultés en ce qui concerne les contacts hospitaliers et judiciaires en matière de santé mentale. Le premier constat troublant est celui de la méconnaissance du droit, plus particulièrement du mécanisme juridique de l'autorisation judiciaire de soins. On constate ainsi que les personnes ne semblent pas certaines du statut juridique de leurs épisodes d'hospitalisation, c'est-à-dire si elle est volontaire ou involontaire, et ce, indépendamment de l'instrument juridique à l'œuvre (AJS ou garde en établissement) et de la présence ou non d'un avocat. Ce fait est d'autant plus préoccupant que la majorité des personnes interviewées n'appartiennent pas aux groupes les plus démunis et isolés qui sont à l'occasion interpellés par les normes du droit psychiatrique dans des conditions de vulnérabilité extrêmes (Otero et Kristoffersen-Dugré 2012). En effet, la majorité des participants et participantes à la présente recherche ont fait des études, la moitié occupait un emploi au moment des entrevues et la plupart conservent encore un réseau social ou familial sur lequel elles peuvent compter à plusieurs titres.

Tel qu'on l'a vu, s'il est vrai que les personnes interviewées affirment entretenir des liens familiaux actifs, ces liens sont parfois mis à rude épreuve lors des épisodes d'hospitalisation et de soins. Le lien de confiance est ébranlé lorsqu'un membre de la famille fait appel à une norme juridique dont le but est de contraindre la personne à se plier à un traitement ou à une hospitalisation non souhaitée. Les souhaits, intérêts, besoins, préoccupations, motivations et inquiétudes des parties, soit les membres de la famille, d'une part et la personne concernée, d'autre part, sont souvent opposés ou de différentes natures. Les tensions, incompréhensions et conflits sont ainsi au rendez-vous et elles se répercutent inévitablement dans la relation de confiance. Dans ce contexte ambivalent, tendu et conflictuel, le rôle des organismes communautaires trouve toute sa place à plusieurs égards : information et conseil sur les droits des personnes qui peuvent ne pas être respectés, partage d'une expérience traumatisante avec d'autres personnes qui sont passées par là, alternative possible de soutien à l'isolement éventuel en cas de conflit de vues avec la famille, etc.

Aussi, cette recherche a permis de constater combien les organismes communautaires semblent de grand secours lors du processus de retour à la communauté et, le cas échéant, au travail. Lorsqu'elles sont fréquentes, les dynamiques des aller-retours entre l'hôpital et le milieu de vie des personnes risquent d'empirer sa situation sociale et financière faute d'interfaces adéquates entre l'un et l'autre. Lors des hospitalisations les personnes perdent souvent leurs revenus ce qui peut nuire à leur maintien dans leur logement ou les contraindre à s'endetter pour le garder. Les biens des personnes sont souvent perdus si aucun membre de son réseau n'est disponible pour s'en occuper. Elles doivent alors, dans certains cas, recommencer à zéro ce qui augmente le risque d'itinérance à leur sortie de l'hôpital. De toute évidence, ces incertitudes fort angoissantes vont à l'encontre de l'atmosphère minimale de rétablissement souhaitable à la sortie de l'hôpital. Ces conditions structurelles et financières, bien que connues et dénoncées depuis longtemps, alimentent la dynamique ravageuse de vulnérabilisation croissante des personnes éprouvant des problèmes de santé mentale. Le cercle vicieux des « portes tournantes », moult fois dénoncé lors des vagues successives de désinstitutionalisation, constitue un problème majeur à l'intégration des personnes dans la communauté.

Les problèmes de santé mentale, on l'a souvent mentionné, ne sont pas des problèmes de santé comme les autres, notamment à cause des processus de stigmatisation sociale qui accablent encore aujourd'hui les personnes qui en souffrent. Dès lors qu'elles ont lieu dans les milieux de vie des personnes, les arrestations policières visant l'exécution, par exemple, d'une autorisation judiciaire de soins, finissent par détruire leur réputation et minent la confiance du réseau de proximité (voisins, co-résidents, commerçants, etc.). En effet, une intervention policière menée aux yeux de tous dans le milieu de la personne qui éprouve des problèmes de santé mentale ne fait que renforcer les préjugés injustifiés sur leur dangerosité. À ce titre, l'impact symbolique sur l'image de la personne et son estime de soi peut être dévastateur.

Sur le plan du contexte de soins tel que décrit par les personnes interviewées, on confirme une fois de plus que les relations entre soignant.es et soigné.es est profondément inégalitaire. Ici aussi, les problèmes de santé mentale ne sont pas des problèmes de santé comme les autres. Les possibilités d'alliance thérapeutique dans le

but de contribuer au mieux au rétablissement des personnes se voient minées par les déficits en termes d'écoute (souffrance, événements de vie, contexte social, etc.) de circulation de l'information (effets spécifiques des médicaments sur les symptômes, effets secondaires, autres traitements disponibles, etc.) et de possibilités réelles de négociation (type de médicament, dose, choix de médecin traitant, établissement hospitalier, etc.) notamment en ce qui concerne la prescription de médicaments. Dans un contexte où le médicament est la forme hégémonique de traitement, les demandes de thérapies autres, ne serait-ce que de manière complémentaire au traitement principal, ne semblent pas avoir leur place. Parmi les personnes interviewées, le souhait de recevoir du suivi psychosocial lors des hospitalisations et durant la période post hospitalisation semble central. Les témoignages, corroborés par de nombreuses recherches, sur l'impact des effets secondaires des médicaments dans la vie des personnes ne semblent pas être écoutés. Il n'est pas rare qu'ils amènent par exemple chez la personne des tremblements, des gestes incontrôlés, l'impossibilité d'une prise de parole claire en raison de l'assèchement de la bouche, des étourdissements, l'impossibilité d'une vie sexuelle, tant d'éléments entachant la possibilité d'une vie sociale adéquate, et ce sans compter la nécessité de prendre d'autres médicaments qui viendront diminuer ces effets, et en créer d'autres. Les personnes se retrouvent alors devant un choix difficile à faire : vivre avec les symptômes de ce qui est identifié comme une maladie mentale, ou avec les effets secondaires de puissants médicaments. Peut-on par ailleurs parler de choix dans un contexte thérapeutique inégalitaire en termes de savoirs et de pouvoir et où un refus de soins peut se solder par une demande d'autorisation de soins?

Quant au processus judiciaire, force est de constater le déséquilibre des moyens entre les personnes faisant l'objet d'une demande d'autorisation de soins et les établissements de santé. Bien souvent, les personnes se présentent à la cour peu ou mal préparées, sans avocat ou avec un avocat rencontré trop brièvement. Elles ne disposent pas d'une contre-expertise qui pourrait mettre en doute l'opinion médicale présentée par l'établissement de santé, et ce même si une telle expertise peut être prise en charge par l'aide juridique. Ce déséquilibre relatif à la force probante de la preuve qui pourra être présentée au tribunal se double d'un problème de taille : le manque d'information juridique. Or une personne mal informée n'est non seulement pas en mesure d'organiser sa défense, mais sera

complètement décrédibilisée lors de l'audience. Ne sachant pas comment présenter son propos, ne connaissant pas les règles du décorum de la cour, ses interventions ne feront que la placer en décalage. Le manque d'information juridique n'a cependant pas de répercussions qu'au moment de l'audience devant le tribunal, mais aussi sur la suite des choses, alors que l'autorisation de soins prend effet.

Nous l'avons vu, les personnes faisant l'objet d'une demande d'autorisation de soins ne savent pas nécessairement sur quoi porte le débat judiciaire – inaptitude à consentir à des soins requis par l'état de santé – et peuvent donc difficilement y participer. Elle ne connaissent pas non plus les effets et la portée des décisions judiciaires : combien de temps l'autorisation peut-elle être appliquée? De quelle inaptitude s'agit-il? Impose-t-elle aussi une hospitalisation? etc. Elles ne savent pas comment et où contester ces décisions. Cette absence de connaissance du droit dénote d'une difficulté majeure, à la fois pour les professionnels de la santé et les juristes, de composer avec les situations où les personnes que l'on souhaite protéger conservent leur droit à s'opposer. Ainsi, il faut questionner les mécanismes, en amont de l'audience judiciaire, supposés informer et préparer les personnes à faire valoir leur point de vue et à revendiquer leurs droits. De toute évidence ils ne permettent pas la mise en œuvre d'un processus judiciaire satisfaisant.

Ces constats contribuent à mettre en cause la conviction avec laquelle les dispositions concernant le consentement aux soins des personnes souffrant de troubles mentaux sont mises en œuvre dans les faits. Plusieurs recherches d'envergure, dont celles du Protecteur du citoyen (2011), du ministère de la Santé et des services sociaux (2011), ainsi que les nôtres (Otero 2015, Bernheim 2012), ont récemment soulevé le même genre de question. Comment comprendre autrement le fait que des personnes prises en charge par le système de santé puis bénéficiant d'une audience judiciaire puissent à l'issue du processus ne connaître ni les fondements des décisions les concernant ni leurs droits?

Bibliographie

- BERGERON, V., *L'attribution d'une protection légale aux malades mentaux*, Cowansville, Yvon Blais, 1981.
- BERNHEIM, E., « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins » (2012) 57:3 *Revue de droit de McGill* 554.
- BERNHEIM, E., *Garde en établissement et autorisation de soins: quel droit pour quelle société?*, Cowansville, Yvon Blais, 2011.
- BERNHEIM, E., CHALIFOUR, G et LANIEL, R.-A., « La santé mentale devant la cour : invisibilité et déni de droits – Une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins » (2016) *Revue de droit et santé de McGill*, à paraître.
- BOULET, D., « Les soins de santé pour le majeur inapte : ce que la Loi ne dit pas », dans Service de la formation continue du Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Yvon Blais, 2012.
- Code civil du Québec*, RLRQ c C-1991.
- Code de procédure civile*, RLRQ c C-25.
- KOURI, R., PHILIPS-NOOTENS, S., *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 3e éd., Cowansville, Yvon Blais, 2012.
- Nancy B c Hôtel Dieu de Québec*, [1992] RJQ 361 (CS).
- OTERO, M., *Les fous dans la cité – Sociologie de la folie contemporaine*, Montréal, Boréal, 2015.
- OTERO, M. et KRISTOFFERSEN-DUGRÉ, G., *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale*, Montréal, 2012.
- Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, [1994] RJQ 2523 (C. A.).
- PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur les personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, 2011.
- QUÉBEC, Ministère de la Santé et des services sociaux, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, 2011.
- QUÉBEC, Ministère de la justice, *Commentaires du ministre de la justice: Le Code civil du Québec*, t 1, Québec, Les publications du Québec, 1993

Le point de vue d'Action Autonomie sur les autorisations judiciaires de soins

Au cours de ses 25 années d'intervention en faveur de la défense des droits des personnes vivant ou ayant vécu avec des problèmes de santé mentale, Action Autonomie a soutenu un grand nombre de personnes dans leurs démarches liées aux autorisations judiciaires de soins. L'expérience acquise au fil des ans par l'équipe de travail de l'organisme vient renforcer les conclusions de la présente recherche.

La relation entre la personne et son médecin.

Cette recherche démontre que la relation entre le médecin et la personne qui reçoit ses services est fondamentalement inégalitaire. Pour l'équipe d'Action Autonomie, cette relation repose également trop souvent sur un important malentendu : alors que le médecin met de l'avant le médicament comme principal outil pour neutraliser les symptômes de la maladie mentale, la personne y résiste principalement en raison des importants effets secondaires que ce médicament entraîne sur tous les aspects de sa vie. Ils correspondent dans certains cas à un état permanent de léthargie qui élimine non seulement les comportements jugés problématiques, mais qui entrave l'ensemble du fonctionnement de la personne, de son individualité et de ses interactions sociales. Il n'est pas rare qu'ils amènent par exemple chez la personne des tremblements, des gestes incontrôlés, l'impossibilité d'une prise de parole claire en raison de l'assèchement de la bouche, des étourdissements, l'impossibilité d'une vie sexuelle, tant d'éléments entachant la possibilité d'une vie sociale adéquate, et ce sans compter la nécessité de prendre d'autres médicaments qui viendront diminuer ces effets, et en créer d'autres... La personne se retrouve souvent devant un choix à faire : vivre avec les symptômes de ce qui est identifié comme une maladie mentale, ou avec les effets secondaires de puissants médicaments. Ce choix n'est pas toujours facile à faire pour elle, mais a-t-elle vraiment la possibilité de le faire?

«Je n'avais plus les pensées paranoïdes (...), je n'avais plus de pensées du tout.»

Il faut avoir vécu ces effets secondaires pour véritablement les comprendre et notre travail sur le terrain, auprès des personnes, tend à démontrer que trop souvent, les

psychiatres manifestent peu d'intérêt et d'écoute pour ce vécu et sont souvent portés à le sous-estimer. Leur pratique intègre difficilement des approches alternatives à la médication et ils ont très peu de temps à accorder à l'écoute et aux échanges avec les personnes. La personne est rarement associée à l'élaboration de son propre plan de traitement alors qu'elle détient mieux que quiconque l'expertise sur les effets négatifs et positifs d'un médicament donné sur son propre corps, ses propres perceptions, son propre comportement.

Si l'objectif de la médication a pour effet d'atténuer les symptômes de la « maladie », les effets secondaires négatifs de la médication entravent souvent, eux, les efforts de la personne pour parvenir à une réinsertion sociale qui serait bénéfique à son état de santé mentale. Comment alors comprendre que la psychiatrie semble sous-estimer les effets secondaires qui maintiendront la personne de plus en plus en marge de la société. Sans un rapport égalitaire, sans alliance thérapeutique, bien sûr il ne reste qu'à imposer par force de loi la décision de « celui qui sait ce qui est bon » pour « celui qui subit »...

La relation entre la personne et la justice.

L'autorisation judiciaire de soins constitue une dérogation aux chartes québécoise et canadienne des droits et libertés, qui reconnaissent le droit à l'inviolabilité de toute personne et son droit à l'intégrité. Il s'agit donc d'une mesure d'exception.

Pourtant, la grande majorité des requêtes en autorisation judiciaire de soins sont accueillies par la cour supérieure. Dans beaucoup de cas, malgré le refus catégorique de la personne de subir un traitement, l'établissement évoque à l'appui de sa demande l'idée que la maladie qu'il se propose de traiter altère le jugement de la personne et la rend inapte à y consentir.

Il s'agit là d'un argument de nature médicale que la cour n'a souvent pas la possibilité d'évaluer de façon éclairée. Nos observations nous permettent d'affirmer que la personne se retrouve alors dans une situation sans issue où sa crédibilité est gravement mise en doute et elle ne dispose très souvent pas des moyens nécessaires pour réfuter l'argument du médecin.

Le déséquilibre des moyens entre la personne et l'établissement est évident. La personne non admissible à l'aide juridique n'a souvent pas les moyens financiers nécessaires pour retenir les services d'un avocat spécialisé ou pour défrayer les coûts d'une contre-expertise médicale qui viendrait mettre en doute celle qui est présentée par l'établissement. Les personnes admissibles à l'aide juridique doivent quant à elles composer avec un avocat qu'elles n'ont pu rencontrer que brièvement et qui peut difficilement rivaliser avec les avocats experts et les professionnels de la santé qui défendent la partie adverse. Souvent, les contre-expertises, qui sont pourtant défrayées par l'aide juridique, ne sont pas demandées. Les parties négocient rarement des ajustements sur la dose de médicaments ou sur la durée du traitement. Le psychiatre et ses représentants sont considérés comme les seuls détenteurs de la connaissance objective sur la «maladie» mentale de la personne et sur les moyens de la «guérir» - entendons ici d'en diminuer les effets, car la médication psychiatrique est encore à l'étape de l'essai-erreur et n'a pas la prétention de guérir. Par ailleurs, on l'a vu, les personnes – celles qui ont accepté de livrer leurs commentaires pour cette recherche étant pourtant d'un niveau de scolarité moyen plus élevé que la moyenne des citoyenEs – sont trop souvent peu informées quant à l'environnement juridique dans lequel elles se retrouvent à titre d'« accusées » et manifestement, le système ne permet pas que les choses en soient autrement.

Il apparaît que l'autorisation judiciaire de soins devient un instrument de contrôle social destiné à protéger la société contre les dérangements que lui apportent les problèmes de santé mentale et les coûts des hospitalisations que la sur-médication permettrait d'éviter. Le tout trop souvent au détriment des droits fondamentaux d'un nombre sans cesse croissant de personnes vulnérables.

Après l'autorisation judiciaire de soins

La cause a été entendue. L'autorisation judiciaire de soins a été accordée. Le psychiatre a obtenu le contrôle sur l'administration de la médication de la personne.

La personne a peu de recours après le jugement. Contrairement aux procédures concernant la garde en établissement, elle ne peut pas contester la décision sur le fond devant le tribunal administratif du Québec. Au mieux, elle pourrait, avec l'aide de son

avocat, évoquer des points de droit ou de faits en cour d'appel.

La personne doit maintenant faire face à l'arbitraire. Elle a perdu le droit de disposer d'elle-même pour plusieurs années. Un médecin plus ouvert d'esprit acceptera de varier la dose de médication à la demande de son ou sa patientE. Un autre, considérant que l'état de la personne s'est stabilisé et qu'il faut prévenir les rechutes (en particulier chez les jeunes qui ont vécu des épisodes psychotiques), ne cherchera pas à atténuer les effets secondaires qui maintiennent en permanence la personne dans un état de léthargie.

On est parvenu à «gérer» les écarts de comportement de la personne, même si c'est au prix de son bien-être physique, du respect de ses droits et de sa capacité à s'intégrer socialement.

Faire mieux

Le réseau de la santé et des services sociaux pourrait faire mieux que d'emprunter de plus en plus systématiquement la voie de la mesure d'exception, du déni de droit et de la judiciarisation des soins.

Les alternatives sont connues : Meilleur accès à la psychothérapie; approches inspirées du concept d'alliance thérapeutique où le soignant et la personne soignée entrent en interrelation pour travailler ensemble à l'atténuation des symptômes d'un problème de santé mentale; action préventive sur les déterminants de la santé, notamment les conditions de logement, la lutte à la pauvreté, à l'isolement social, approches alternatives bien connues et développées par le milieu communautaire, où on crée le retour à un équilibre émotionnel à travers des lieux activités axés sur l'entraide, la solidarité, la reprise de confiance en soi, l'aide à l'emploi, aux études, au développement de diverses possibilités d'implication sociale porteuses d'équilibre.

Le développement de ces alternatives ne nécessite pas nécessairement de considérables investissements financiers. Il implique cependant une transformation de la culture et des façons de faire, un nouveau partage du pouvoir dans l'organisation et la prestation des services en santé mentale. Soigner efficacement et de manière durable un problème de santé mentale demande du temps, de l'attention et de l'empathie, pas seulement des médicaments. Cela implique également un suivi à la fois rigoureux et personnalisé qui

passer par la consolidation d'un réseau de soutien (établissement, famille, communauté) destiné à prévenir de nouvelles hospitalisations et l'utilisation abusive des médicaments qui, à terme, contribuent à détériorer encore davantage la santé mentale de la personne ainsi que souvent, sa santé physique.

Cela passe aussi par l'acceptation sociale de la différence et la reconnaissance de la légitimité pour une personne de conserver le contrôle de sa propre vie tout en connaissant des épisodes atypiques au niveau de son état mental.

Cela passe enfin par une volonté politique du gouvernement en faveur du respect des droits des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et de leur reconnaissance comme des citoyenEs à part entière. Les procédures qui entraînent des privations de droit - et d'importants traumatismes pour ceux et celles qui les subissent - telles les autorisations judiciaires de soins, les mesures de contrôle physique et chimique ainsi que la garde en établissement, doivent conserver leur caractère exceptionnel et la tendance actuelle à leur généralisation et à leur banalisation doit être énergiquement combattue. Le recours à ces mesures doit être balisé de façon plus serrée et leur application doit donner aux personnes davantage de possibilités de faire valoir le respect de leurs droits fondamentaux.

Action Autonomie s'inquiète des risques sans cesse croissants d'abus de droits fondamentaux impliquant la liberté de vivre et d'être de l'humain dans toute sa différence et en fonction de ses choix.

Nicole Cloutier

Coordonnatrice

Action Autonomie le collectif pour la défense des droits

Jean-François Plouffe

Chargé de dossiers collectifs

Action Autonomie le collectif pour la défense des droits



Guide d'information juridique : Hospitalisation, liberté, intégrité et santé mentale

Hiver 2015

Auteure : Emmanuelle Bernheim⁴

1- MISE EN CONTEXTE: LES PRINCIPES DE BASE

Toute personne possède des droits, peu importe sa situation.

Autrement dit, les patients des services de santé mentale ont les mêmes droits et les mêmes obligations que n'importe quel patient du système de santé.

*note: les descriptions qui suivent concernent les personnes majeures (plus de 18 ans).

A- Les droits à l'intégrité et à l'invulnérabilité

Toute personne peut prendre les décisions qui concernent son propre corps. Personne ne peut prendre ces décisions à sa place et les lui imposer.

Dans le domaine médical, avant de donner des soins, il faut informer la personne et obtenir son consentement. Dans la situation où une personne ne peut donner son consentement (elle est inconsciente par exemple), il faut essayer d'obtenir le consentement d'un de ses proches.

Ce droit ne s'applique pas lorsque la vie d'une personne est en danger ou que son intégrité est menacée (séquelles physiques graves par exemple) et que des soins doivent être donnés d'urgence.

Charte des droits et libertés de la personne, art 1; Code civil du Québec, art 10, 11 et 13

Qu'est-ce qu'un soin en droit?

Lorsque l'on parle de soins, il s'agit de « toute espèce d'examen, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mental. Il couvre également [...] l'hébergement en établissement de santé lorsque la situation l'exige »

Commentaires du ministre de la Justice sur le Code civil du Québec, 1993

Le droit à l'information et au consentement aux soins

Avant de donner des soins à une personne, les professionnels de la santé doivent obtenir son consentement libre et éclairé. Ils doivent aussi respecter le refus de se soigner, peu importe les conséquences de ce refus.

Un consentement est libre quand la personne qui le donne n'a pas subi de pressions ou n'a pas été influencée dans sa décision.

Un consentement est éclairé quand la personne qui le donne a eu toute l'information nécessaire à la prise de décision.

⁴ Document développé dans le cadre d'un partenariat avec Action Autonomie et le Service aux collectivités de l'UQAM, 2012-2015.



L'information donnée sur les soins n'est pas une opinion clinique ou un conseil. Ce sont des faits. L'information suivante doit être donnée à la personne dans un langage simple et clair avant qu'elle donne son consentement ou qu'elle refuse les soins:

- le diagnostic
- la nature et l'objectif du traitement proposé
- les risques, les effets et les bénéfices du traitement
- la procédure
- la conséquence d'un non-traitement
- les alternatives thérapeutiques possibles

Code civil du Québec, art 11

Exception: Lorsque la vie de la personne est en danger ou que son intégrité est menacée et que le consentement ne peut être obtenu (par exemple parce que la personne est dans le coma), l'obtention du consentement libre et éclairé avant de procéder au traitement n'est pas nécessaire.

Code civil du Québec, art 13

B- Droits spécifiques des patients dans le système de santé

Le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats

Les établissements de santé et les professionnels de la santé doivent s'assurer que les services qu'ils offrent conviennent aux personnes qu'ils traitent en fonction des connaissances scientifiques et des besoins de chacun. Les soins doivent être offerts sur une base continue. Si un établissement n'a pas les installations nécessaires pour offrir certains services, il doit pouvoir référer les personnes là où elles pourront les obtenir.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 5 et 13

Le droit de participer à son plan de soins

Toute personne a le droit de participer aux décisions qui affectent sa santé.

Elle a le droit de participer à l'élaboration et à la révision de son plan de soins.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 10

Le droit au choix de son établissement et de son professionnel

Toute personne a le droit de choisir l'établissement de santé et le professionnel qui la soignera. Ce droit s'exerce dans la limite des services offerts dans un établissement particulier, mais pas en fonction du secteur de résidence. Autrement dit, un établissement ne peut pas refuser l'accès à ses services à une personne parce qu'elle ne réside pas dans le quartier (en fonction du code postal). Cette pratique illégale s'appelle la sectorisation.

Exception: Lorsque la vie d'une personne est en danger et que des soins doivent lui être prodigués d'urgence, le droit au choix de l'établissement et du professionnel qui prodiguera ces soins peut être impossible à mettre en œuvre.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 6, 7 et 13; Code civil du Québec, art 13

Le droit d'être accompagné par la personne de son choix

Toute personne peut être accompagnée et assistée par la personne de son choix dans des démarches pour obtenir de l'information ou des soins.



L'accompagnateur est présent pour aider à comprendre les informations, à exprimer des volontés, et même pour conseiller. L'accompagnateur peut être un membre de la famille, un ami, un voisin.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 11

Le droit d'accès au dossier médical

Toute personne a droit d'accès à son dossier médical et à l'assistance d'un professionnel pour l'aider à le comprendre. Elle a aussi le droit de demander la correction de renseignements inexacts ou incomplets dans son dossier, sauf les avis médicaux et infirmiers comme les diagnostics ou les évaluations cliniques.

Les personnes peuvent aussi demander la transmission de leur dossier (un extrait, un résumé ou une copie complète) à un autre établissement ou à un autre professionnel de la santé.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 17, 24, 25; Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, art 89

Le droit à la confidentialité du dossier médical

Mis à part l'équipe soignante, personne ne peut avoir accès au dossier médical d'une personne, à moins qu'elle n'y ait consenti elle-même.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 19; Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, art 53

C- Aptitudes

Dans certaines situations, des personnes peuvent être incapables, momentanément ou à long terme, de prendre des décisions qui concernent leur propre personne. On parle alors d'inaptitude. Il en existe différentes sortes : l'aptitude à consentir aux soins, l'aptitude légale et l'aptitude à subir son procès.

Tout le monde est présumé apte. L'inaptitude doit être démontrée par des expertises, le plus souvent psychiatriques (mais dans certains cas psychosociales).

Pour évaluer l'aptitude d'une personne, les médecins et les tribunaux utilisent des tests distincts en fonction de la sorte d'aptitude. Ces différentes inaptitudes n'ont pas les mêmes conséquences juridiques et le fait d'être déclaré inapte n'a pas de conséquence directe dans les autres domaines d'aptitudes. Par exemple, le fait d'être déclaré inapte à consentir aux soins n'a aucun effet sur l'aptitude légale ou l'aptitude à subir son procès.

L'aptitude à consentir aux soins

L'aptitude à consentir aux soins est la capacité de comprendre les informations concernant son état de santé, les traitements proposés et les conséquences d'un consentement ou d'un refus de soins.

L'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins est faite sur la base des réponses aux cinq questions suivantes :

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 comprend-elle les risques associés à ce traitement ?
4. La personne comprend-elle les risques si elle ne reçoit pas le traitement ?
5. La maladie de la personne affecte-t-elle sa capacité à consentir ?



L'aptitude à consentir aux soins doit être réévaluée à chaque fois qu'un soin est proposé, car elle n'est pas nécessairement permanente. Elle ne peut également concerner qu'un seul type de soins et non l'ensemble des décisions de santé.

Lorsqu'une personne vit des épisodes récurrents d'incapacité à consentir aux soins, il est possible de prévoir avec l'équipe soignante, alors que la personne est apte à consentir aux soins le genre de soins à donner et à ne pas donner lors du prochain épisode. C'est ce qu'on appelle le contrat d'Ulysse. Le contrat d'Ulysse est inscrit au dossier médical de la personne, mais il est également possible d'en informer les proches.

Le fait qu'une personne soit inapte à consentir aux soins ne libère pas le personnel médical de l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé. Le consentement sera alors donné par le représentant légal, le conjoint ou un proche.

La personne qui consent aux soins, ou qui refuse des soins, pour une personne inapte à consentir aux soins doit le faire dans le seul intérêt de cette personne. Elle doit tenir compte des volontés de la personne inapte à consentir aux soins, exprimées alors qu'elle était apte ou inapte.

Institut Philippe Pinel c. A.G. ; Code civil du Québec, art 12 et 15.

L'aptitude légale: curatelle, tutelle, mandat en prévision de l'incapacité

L'aptitude légale est la capacité de gérer ses biens et de prendre soin de sa personne. Le fait d'être apte légalement permet d'exercer ses droits civils.

Il existe différents degrés d'incapacité légale. Certaines personnes sont en mesure d'effectuer les transactions financières courantes, mais pas d'administrer des placements; d'autres peuvent s'occuper d'elles-mêmes (hygiène, alimentation, etc.), mais pas de leur argent; d'autres encore sont incapables de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs biens, et ont parfois même besoin d'une surveillance constante. Les régimes de protection (tutelle et curatelle) sont adaptés au besoin de protection de la personne inapte et favorisent le maintien de son autonomie. Ils ne peuvent être ouverts que suite à une décision judiciaire.

La tutelle est destinée à la personne inapte partiellement ou temporairement à prendre soin d'elle-même ou à gérer ses biens. Elle peut prendre trois formes : la tutelle aux biens seulement, la tutelle à la personne seulement ou la tutelle aux biens et à la personne. La personne sous tutelle peut faire seule certains actes, mais doit être représentée par son tuteur pour certaines décisions importantes.

La curatelle est destinée à la personne inapte totalement et de façon permanente et qui a besoin d'être représentée dans toutes les dimensions de sa vie.

Le mandat en prévision de l'incapacité est confié par la personne elle-même, alors qu'elle était apte, à une personne de confiance pour voir à la protection de sa personne ou à l'administration de ses biens dans l'éventualité où elle deviendrait inapte. Il peut prévoir des directives concernant les soins de santé (par exemple, des soins que la personne ne voudrait pas recevoir).

Le fait d'être légalement inapte n'a pas d'effet direct sur l'aptitude à consentir aux soins. Si une personne inapte légalement est également inapte à consentir aux soins, son représentant légal pourra consentir aux soins pour elle.

Code civil du Québec, art 257, 259, 281, 285, 2131

L'aptitude à subir son procès

L'incapacité à subir son procès renvoie à l'état mental de l'accusé au moment du procès, à son incapacité de comprendre la nature et l'objet des poursuites et leurs conséquences et à l'incapacité de donner des instructions à son avocat ou à assumer sa défense.



L'aptitude d'un accusé à subir son procès peut être remise en question à tout moment pendant un procès. Le juge peut alors ordonner l'évaluation mentale de l'accusé, mais pas le contraindre à recevoir des traitements.

Si l'évaluation de l'état mental de l'accusé détermine qu'il est inapte à subir son procès, les procédures judiciaires sont suspendues et ne pourront reprendre que lorsque l'accusé sera redevenu apte à subir son procès. Pendant la suspension des procédures, l'accusé peut être gardé en centre hospitalier et traité contre son gré pendant un maximum de 60 jours.

Si l'inaptitude est permanente, l'accusé pourra, en fonction du risque qu'il représente pour la société, être libéré inconditionnellement, libéré sous condition ou détenu dans un centre hospitalier.

Le tribunal doit tenir une audience au plus tard deux ans après le verdict d'inaptitude à subir son procès, puis tous les deux ans par la suite, jusqu'à ce que l'accusé soit acquitté ou subisse son procès.

Code criminel, art 16 et 672.19-58

2- LES MESURES DE CONTRÔLE : QU'EST-CE QUE C'EST ET COMMENT ÇA FONCTIONNE?

Les mesures de contrôle sont des mesures exceptionnelles qui visent la protection de l'intégrité des personnes. Elles ne peuvent être administrées qu'en dernier recours. L'expression « mesures de contrôle » désigne l'usage de l'isolement, des contentions ou de substances chimiques dans le seul but de prévenir des blessures. Autrement dit, elles ne peuvent être appliquées que pour empêcher une personne de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.

Toute utilisation à des fins disciplinaires ou punitives est interdite.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 118.1

A- Isolement, contentions et substances chimiques

L'isolement est le fait de confiner une personne dans un lieu.

La contention est le fait d'empêcher la liberté de mouvement en utilisant un moyen mécanique, la force physique ou en retirant un dispositif nécessaire au déplacement (par exemple : canne, béquille, prothèse).

Les substances chimiques utilisées comme mesures de contrôle sont le fait de donner une médication dans le but de limiter la capacité d'action d'une personne. La médication n'est pas le traitement habituel de la personne.

B- Mesures de remplacement

Les mesures de remplacement (ou mesures alternatives) sont des stratégies qui visent à éviter le recours à l'isolement, aux contentions et aux substances chimiques en évitant les situations de crise. Elles sont adaptées en fonction des besoins particuliers de chaque personne. Par exemple : proposer des activités (comme la lecture, des jeux de patience ou de société, etc.), écouter ce que la personne a à dire ou soulager sa douleur. Le fait d'envoyer quelqu'un dans sa chambre n'est pas une mesure de remplacement.

Les mesures de remplacements doivent être proposées avant l'application des mesures de contrôle, à moins que la situation ne le permette pas.

C- Contexte d'application des mesures de contrôle



Les mesures de contrôle ne doivent être appliquées qu'au moment d'une crise, en dernier recours. Elles peuvent avoir été prévues par avance dans le plan de soin et la personne aura donné son consentement libre et éclairé : c'est le contexte d'intervention planifié. Elles peuvent aussi être appliquées sans le consentement de la personne : c'est le contexte d'intervention non planifié.

L'intervention planifiée

L'intervention planifiée est prévue dans le plan de soin, pour répondre à un comportement prévisible.

La personne doit avoir reçu toutes les informations sur le contexte d'utilisation des mesures de contrôle, les risques et les conséquences de chacune des mesures et leurs modalités d'application. Elle doit connaître la séquence d'intervention et les mesures de remplacement qui seront proposées avant l'application des mesures de contrôle. Elle doit avoir donné son consentement libre et éclairé.

Même si elle a donné son consentement lors de l'élaboration du plan de soins, la personne peut le retirer à tout moment et le personnel doit respecter son refus.

Le plan de soins et l'application des mesures de contrôle peuvent être discutés avec un professionnel de la santé (par exemple : le médecin), mais les mesures de contrôle peuvent ensuite être appliquées par un autre professionnel (par exemple, l'infirmière).

Voici les différents professionnels qui ont le droit d'appliquer les mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée :

- 1- les médecins peuvent appliquer l'isolement, les contentions et les substances chimiques. Ils sont les seuls à avoir le droit de prescrire de la médication. S'ils ont prescrit une médication d'urgence (souvent appelée « PRN »), d'autres professionnels prennent généralement la décision de la proposer;
- 2- les infirmières, les éducateurs spécialisés, les travailleurs sociaux, les ergothérapeutes et les psychologues peuvent appliquer l'isolement et les contentions;
- 3- les physiothérapeutes peuvent appliquer les contentions.

La décision d'appliquer des mesures de contrôle en contexte planifié se fait en cinq étapes :

- 1- évaluer la situation de la personne en tentant notamment d'identifier les causes du comportement problématique;
- 2- analyser et interpréter les informations à la lumière du jugement clinique;
- 3- planifier les interventions en favorisant les mesures de remplacement et en sollicitant la participation de la personne;
- 4- communiquer le plan d'intervention à la personne et obtenir son consentement libre et éclairé; et
- 5- réévaluer l'état de la personne et l'efficacité du plan d'intervention.

Loi médicale, art 31 (1), (4)-(6), (8); *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, art 36 (14), (15); *Code des professions*, art 37.1; QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, Québec, 2011, p. 14-15.

***Outils :**

L'intégration des mesures dans le plan de soins doit impliquer une discussion sur :

- les raisons et les circonstances qui justifient l'application de mesures de contrôle;
- les objectifs thérapeutiques poursuivis;
- les mesures de remplacement qui pourraient être proposées;



- la procédure détaillée d'application des mesures;
- les effets, les risques et les bénéfices escomptés;

Lors de cette discussion, la personne peut être accompagnée de la personne de son choix, poser toutes ses questions, proposer des mesures de remplacement, signaler le fait qu'elle ne veut pas se faire appliquer certaines mesures (par ex. : une médication spécifique). Elle ne doit subir aucune pression, que ce soit de la part du personnel médical ou de ses proches et doit donner librement son consentement à l'inscription des mesures de contrôle dans son plan de soins.

L'intervention non planifiée

L'intervention non planifiée est mise en place pour répondre à une situation imprévue qui met en danger de façon imminente la sécurité de la personne elle-même ou celle d'une autre personne. Les mesures de contrôle ne figurent pas dans le plan de soin et n'ont pas été discutées avec la personne à l'avance, ou bien la situation est différente de celle prévue dans le plan de soins.

L'intervention est également non planifiée si la personne retire son consentement pour des mesures de contrôle prévues dans le plan de soins. C'est le cas même si la personne retire son consentement pour un seul des éléments prévus dans le plan de soins. Par exemple : une personne avait consenti à l'application de l'isolement et des contentions mécaniques. Si elle maintient son consentement pour l'isolement, mais pas pour les contentions et que le personnel soignant considère que les contentions sont nécessaires, il faudra avoir recours à l'intervention non planifiée.

L'intervention non planifiée se fait en l'absence de consentement de la part de la personne, et même en dépit d'un refus clair de sa part.

L'ensemble de l'information sur les mesures de contrôle appliquées doit tout de même être transmis dans un langage clair et accessible.

Contrairement à l'intervention planifiée, l'intervention non planifiée peut être appliquée par des professionnels qui ne sont pas du milieu de la santé : des enseignants ou des intervenants du milieu scolaire, des policiers-ères, des ambulanciers-ères ou des agents-es du milieu correctionnel.

QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques*, Québec, 2002, p. 18; OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Québec, 2013, p. 69.

***Outils :**

Lorsque le personnel envisage l'application de mesures de contrôle, il doit, dans la mesure du possible, tenter d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne. Si c'est impossible et qu'il décide d'appliquer les mesures en contexte non planifié, il doit néanmoins informer la personne du type de mesure, de la procédure (et notamment en donnant des détails sur le terme, la surveillance appliquée et par qui, etc.). La personne peut poser des questions et exprimer son opposition ou ses préférences.

Il est important dans ce contexte que la personne garde son calme puisque l'intervention non planifiée est justifiée par le contexte de crise et le besoin de protection de la personne et d'autrui. Éviter tout comportement ou déclaration qui pourrait être interprété comme agressif ou dénotant une détresse pourrait permettre d'éviter ou de raccourcir l'intervention non planifiée.



D- Les recours

L'application des mesures de contrôle est soumise aux mêmes règles déontologiques et légales que les soins généraux: les droits à l'information et au consentement sont de rigueur. Elle est aussi encadrée par des protocoles qui visent notamment la réduction des recours aux mesures de contrôle et l'application des mesures de remplacement.

Si une personne considère que ces règles n'ont pas été respectées, plusieurs recours s'offrent à elle:

- Déposer une plainte au bureau de l'ombudsman ou du commissaire local aux plaintes de l'établissement de santé, ce qui permettra éventuellement de changer les pratiques dans l'établissement;
- Déposer une plainte au Protecteur du citoyen qui pourra ensuite faire enquête et faire des recommandations à l'établissement, voire à l'Assemblée nationale;
- Déposer une plainte à l'ordre professionnel duquel relève le professionnel en cause; si l'enquête de l'ordre professionnel démontre que les agissements du professionnel ne sont pas conformes à ses obligations déontologiques, il pourra éventuellement être sanctionné pour ses agissements;
- Déposer un recours en dommages devant la Cour du Québec ou la Cour supérieure (selon le montant en cause); pour faire un tel recours, la personne doit pouvoir démontrer la faute du professionnel, le dommage subi et le lien de cause à effet entre la faute et le dommage.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, art 33; Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, art 8, 9; Loi sur le protecteur du citoyen, art 26.1, 26.2, 27; Code des professions, art 116; Code civil du Québec, art 1457.

3- GARDES PRÉVENTIVE, PROVISoire ET EN ÉTABLISSEMENT : QU'EST-CE QUE C'EST ET COMMENT ÇA MARCHE?

Les mesures de garde sont les seuls moyens de détenir une personne contre son gré en raison de la dangerosité due à son état mental. Il s'agit d'arrêts d'agir par lesquels on protège la personne elle-même ou les autres, mais en aucun cas d'une mesure de traitement.

Il n'existe aucune définition claire et précise de la dangerosité et l'observation des pratiques permet de constater une grande variabilité dans son évaluation et son application. Il est cependant évident qu'un risque suicidaire ou un comportement jugé agressif sont considérés comme des éléments de dangerosité pouvant justifier une garde. Les éléments suivants ont également été reconnus, dans certains cas, comme constituant des facteurs de dangerosité : l'absence de collaboration avec les professionnels de la santé, le refus de traitement, le refus de se reconnaître malade, l'isolement social, l'absence de ressources, la marginalité, l'itinérance et les comportements susceptibles de provoquer une victimisation. Les personnes mises sous garde conservent tous les droits des usagers du système de santé, à l'exception de la liberté d'aller et venir et, pour les personnes sous garde provisoire et en établissement, de la possibilité de refuser les évaluations psychiatriques: les personnes sous garde peuvent refuser les soins, participer à leur plan de soins, accéder à leur dossier, être accompagnées de la personne de leur choix, etc.



A- La garde préventive

La garde préventive permet à un médecin de garder contre son gré une personne qui présente un danger « grave et immédiat » pour elle-même ou pour autrui. Aucun examen psychiatrique et aucune décision judiciaire ne sont nécessaires. Le plus souvent, le médecin qui prend cette décision est l'urgentologue.

La personne peut s'être présentée elle-même à l'urgence, avoir été amenée par des proches ou par les policiers. Les policiers peuvent, à la demande des proches d'une personne (la famille, les amis ou toute personne intéressée) ou d'un intervenant de centre de crise, amener une personne contre son gré dans un établissement de santé s'ils ont des raisons de croire que cette personne représente un danger pour elle-même ou pour les autres.

Les policiers et/ou les professionnels de l'établissement de santé ont l'obligation d'informer la personne sous garde préventive du lieu et des motifs de la garde et de son droit de communiquer avec un avocat et avec ses proches.

La garde préventive ne peut pas durer plus de 72 heures (3 jours) sauf si elle se termine un jour de fin de semaine ou un jour férié (des jours « non juridiques »). Dans ce cas, elle peut être prolongée jusqu'au prochain jour de semaine ordinaire.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, art 7, 8, 14, 15.

***Les outils**

La personne peut manifester calmement son intention de quitter l'établissement de santé et prendre note de la date et de l'heure à laquelle cette intention a été signifiée pour faire le décompte des heures elle-même.

La personne sous garde préventive devrait savoir à quel jour et quelle heure exacte a débuté la garde préventive et peut demander dès le départ à quel moment elle prendra fin automatiquement; avec cette information, elle peut également faire le compte elle-même des 72 heures (ou plus selon les jours en cause). La demande peut être adressée directement à la Direction des services professionnels (DSP) qui doit être informée de la mise sous garde préventive. Si ce n'est pas le cas, le décompte des heures pourrait ne pas être commencé.

Lorsqu'une personne apprend qu'elle est sous garde préventive, elle doit avoir obtenu les informations au sujet du lieu et des raisons de sa garde; si ce n'est pas le cas, elle peut bien entendu poser des questions aux policiers ou au personnel de l'établissement de santé, selon les situations. Elle peut également communiquer avec les personnes de son choix, y compris un avocat, le comité des usagers ou un groupe de défense des droits.

La personne sous garde préventive n'est pas obligée d'accepter de subir des évaluations psychiatriques ou de prendre des traitements, quels qu'ils soient; comme pour tous les soins, les informations complètes doivent lui être données et son consentement libre et éclairé doit être obtenu. Elle conserve entièrement son droit de refus.

Lors de la garde préventive, les établissements procèdent régulièrement aux évaluations psychiatriques nécessaires à la demande de garde en établissement. Le personnel devrait expliquer à la personne la procédure entière d'évaluation, y compris le fait que ces évaluations pourraient mener à une demande de garde en établissement. Il semble cependant que ce ne soit souvent pas le cas et les personnes sous garde préventive sont les plus vulnérables en raison du court délai de garde, de leur confinement et de l'absence d'intervention de tiers tel que le tribunal.

B- La garde provisoire



La garde provisoire est ordonnée par un juge de la Cour du Québec s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou les autres en raison de son état mental.

La demande de garde provisoire peut être faite par un professionnel de la santé ou des services sociaux, d'un proche ou d'une personne intéressée. Elle permet d'amener une personne contre son gré en établissement de santé pour y subir une évaluation psychiatrique.

La garde provisoire permet soit de prolonger la garde d'une personne qui était déjà sous garde préventive, soit de la faire amener contre son gré en établissement de santé par les policiers.

Si la personne était déjà sous garde préventive: l'examen psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures de la décision judiciaire. Si l'examen conclut que la personne n'est pas dangereuse en raison de son état mental, elle doit être immédiatement relâchée. Si l'examen conclut que la personne est dangereuse, un second examen doit être fait dans les 48 heures de la décision judiciaire. Si les deux examens concluent à la dangerosité, une demande de garde en établissement peut être déposée par l'établissement de santé à la Cour du Québec.

Si la personne n'était pas sous garde préventive: l'examen psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures de l'arrivée de la personne en établissement de santé. Si l'examen conclut que la personne n'est pas dangereuse, elle doit être immédiatement relâchée. Si l'examen conclut que la personne est dangereuse, un second examen doit être fait dans les 4 jours de la décision judiciaire. Si les deux examens concluent à la dangerosité, une demande de garde en établissement peut être déposée par l'établissement de santé à la Cour du Québec.

Les demandes de garde provisoire doivent être signifiées à la personne, ce qui veut dire que les documents qui expliquent qu'une demande sera présentée au Palais de justice à telle date et en telle salle doivent être remis en main propre à la personne en cause par un huissier.

Code civil du Québec, art 27, 28; Code de procédure civile, art 779, 781;

C- La garde en établissement

La garde en établissement permet de garder contre son gré et pour une période définie, une personne en établissement de santé. Elle est ordonnée par un juge de la Cour du Québec s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou les autres en raison de son état mental et que la garde est nécessaire.

La garde en établissement est demandée par l'établissement de santé à l'initiative d'un psychiatre et c'est à l'établissement de démontrer la présence de dangerosité et la nécessité de la garde. Les deux examens psychiatriques faits durant la garde provisoire et concluant à la présence de dangerosité et à la nécessité de la garde en établissement sont nécessaires pour présenter la requête au tribunal.

Comme pour la garde provisoire, les demandes de garde en établissement doivent être signifiées à la personne deux jours avant l'audience au Palais de justice. Le tribunal a l'obligation d'interroger la personne qui fait l'objet de la demande, à moins qu'elle soit introuvable ou en fuite, ou que son témoignage soit inutile en raison de son état de santé.

Dès sa mise sous garde en établissement, la personne (ou son représentant légal le cas échéant) doit recevoir un document sur ses droits et recours. En plus des droits reconnus à tous les usagers du système de santé tel que le consentement aux soins (sauf les évaluations



psychiatriques), la participation au plan de soins et l'accompagnement par la personne de son choix, certains droits lui sont spécifiquement reconnus :

- La personne sous garde en établissement doit pouvoir communiquer en toute confidentialité avec les personnes de son choix et les restrictions à la communication ne peuvent qu'être temporaires; aucune restriction ne peut viser les communications avec un avocat, le Curateur public, le tribunal administratif ou le représentant légal;
- La personne sous garde en établissement peut demander son transfert dans un autre établissement dès lors qu'il dispose des ressources nécessaires;
- Des examens psychiatriques périodiques doivent être faits (après 21 jours puis aux 3 mois) afin de s'assurer de la nécessité de la garde.

La garde peut prendre fin de quatre façons :

- dès qu'un médecin atteste qu'elle n'est plus justifiée;
- dès l'expiration du délai prévu pour les examens périodiques si aucun rapport d'examen n'a été produit (donc après 21 jours);
- dès la fin de la durée prévue dans l'ordonnance judiciaire;
- par décision du Tribunal administratif ou d'un tribunal judiciaire (voir la section D sur les recours).

La personne doit être informée immédiatement de la levée de la garde en établissement et son congé doit lui être donné.

Code civil du Québec, art 30; Code de procédure civile, art 780; Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, art 10, 11, 12, 16, 17, 18.

*** Les outils**

Sous garde provisoire ou en établissement, la personne conserve l'ensemble des droits reconnus aux usagers du système de santé, mis à part la liberté d'aller et venir et le droit de refus de soins pour les évaluations psychiatriques seulement.

Plusieurs ressources peuvent être utiles pour s'informer sur ses droits : le comité des usagers, des organismes communautaires ou de défense des droits en santé mentale de votre région, le Curateur public ou un avocat.

Il pourrait être rassurant de se faire accompagner par une personne de confiance lors des contacts avec son médecin.. Avant ces rencontres, la personne sous garde peut se préparer en réfléchissant à son point de vue et en préparant une liste de questions. Les organismes de défense des droits peuvent vous informer ou vous soutenir dans cette préparation.

Il est très important de rester calme en toutes circonstances, puisque toute manifestation d'énervement pourrait être interprétée comme une démonstration de dangerosité ou d'absence de collaboration.

D- Les recours

Comme pour les mesures de contrôle, l'application des différentes gardes est soumise aux règles déontologiques et légales habituelles; les mêmes recours peuvent être exercés.

En plus de ces recours, certains recours spécifiques sont possibles:

Pour la garde préventive :

- Le bref d'*habeas corpus*: toute personne gardée sans son consentement et sans qu'une décision judiciaire ne le permette peut s'adresser à la Cour supérieure pour obtenir un



bref d'*habeas corpus*, ce qui forcera l'établissement de santé à l'amener devant le juge et à justifier sa détention; le juge décidera alors si la détention est justifiée; le bref d'*habeas corpus* peut aussi être demandé par une autre personne pour la personne gardée;

Pour les gardes provisoires et en établissement :

- Le recours à la Cour d'appel du Québec: toute décision de garde provisoire ou de garde en établissement peut faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel; la demande d'appel doit être présentée dans les 10 jours de la décision de la Cour du Québec; il faut pouvoir démontrer que le juge qui a ordonné la garde a fait une erreur de fait ou de droit;

Pour la garde en établissement :

- Le recours au Tribunal administratif du Québec: toute décision de garde en établissement peut être révisée par le Tribunal administratif du Québec à la demande de la personne elle-même ou d'une autre personne pour elle et ce, à tout moment durant la garde; il suffit d'envoyer une lettre expliquant pourquoi la garde n'est plus nécessaire; le Tribunal administratif doit faire l'examen de la dangerosité au moment de l'audience.

Charte des droits et libertés de la personne, art 32; *Code de procédure civile*, art 26, 851, 852, 859; *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, art 21

4- L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS: QU'EST-CE QUE C'EST ET COMMENT ÇA FONCTIONNE?

A- L'autorisation de soins

L'autorisation de soins est un mécanisme qui permet d'imposer des soins à une personne inapte à consentir aux soins, qui refuse catégoriquement des soins qui sont requis par son état de santé. L'autorisation de soins est demandée par un établissement de santé et est accordée à un médecin qui en fait la demande pour son patient, par un juge de la Cour supérieure. Il revient à l'établissement de santé de démontrer l'inaptitude à consentir aux soins ainsi que le fait que les soins sont requis par l'état de santé. Pour ce faire, l'établissement présente le rapport d'un médecin, le plus souvent un psychiatre, et quelques fois les rapports d'autres professionnels comme des travailleurs-ses sociaux, des infirmiers-ères ou des psychologues.

Les soins peuvent être des prélèvements, des examens médicaux, des traitements, de la médication, un suivi psychologique ou une mesure d'hébergement en milieu hospitalier ou ailleurs.

Le fait de refuser catégoriquement les soins est le fait de l'exprimer clairement (et non implicitement). De façon générale, les volontés d'une personne inapte à consentir aux soins doivent au moins être prises en compte, au mieux respectées (lorsque c'est possible). La personne qui prend une décision pour une personne inapte à consentir aux soins doit le faire en s'assurant que les soins sont pertinents étant donné l'état de santé, seront bénéfiques et que les risques qui y sont associés ne sont pas disproportionnés.

La signification doit être faite à la personne au moins cinq jours avant l'audience au Palais de justice. Le tribunal qui statue sur une demande d'autorisation de soins doit recueillir l'avis de la personne et doit respecter son refus à moins que les soins ne soient requis par l'état



de santé. Des soins requis par l'état de santé sont des soins sans lesquels l'état de santé se dégraderait de façon importante.

L'autorisation de soins est accordée pour une durée déterminée; actuellement, il s'agit le plus souvent de trois ans. Si l'autorisation de soins n'est pas appliquée dans les six mois qui font suite à la décision judiciaire, elle devient désuète et ne peut plus être appliquée.

Code civil du Québec, art 12, 16, 23; *Code de procédure civile*, art 776, 777.

***Les outils**

Avant de faire une demande d'autorisation de soins, le médecin traitant devra mettre la personne au courant du fait qu'il pense y recourir et lui expliquer pourquoi.

Plusieurs ressources peuvent être utiles pour informer la personne sur ses droits : le comité des usagers, des organismes de défense des droits en santé mentale, le Curateur public ou un avocat.

Si c'est possible, il serait pertinent d'avoir un rendez-vous avec le médecin avant que la demande d'autorisation de soins ne soit déposée. En préparation de cette rencontre, la personne doit réfléchir aux raisons pour lesquelles elle refuse de prendre le traitement proposé par le médecin. Elle peut penser à des propositions d'alternatives (soit de traitement différent, par ex. une autre médication, soit de posologie différente, par ex. baisser la dose). S'il le faut, elle peut prendre des notes pour avoir les idées claires au moment de la rencontre. Il pourrait être rassurant de se faire accompagner par une personne de confiance (un proche, un conseiller d'un organisme de défense des droits, quelqu'un du comité des usagers...).

Lors de la rencontre, la personne doit expliquer son point de vue calmement et essayer de faire des propositions.

B- Les recours

- Comme pour les mesures de contrôle et les gardes, la mise en œuvre de l'autorisation de soins est soumise aux règles déontologiques et légales habituelles; les mêmes recours peuvent donc être exercés.

Le recours à la Cour d'appel du Québec: toute décision d'autorisation de soins peut faire l'objet d'un appel à la Cour d'appel; la demande d'appel doit être déposée dans les 10 jours suivant la décision de la Cour supérieure; il faut pouvoir démontrer que le juge qui a autorisé les soins a fait une erreur de fait ou de droit.

Code de procédure civile, art 26, 851, 852, 859

5- SE PRÉPARER À UNE AUDIENCE DE GARDE OU DE SOINS

Lorsque la personne reçoit la signification d'une demande de garde provisoire ou en établissement ou d'autorisation de soins, elle doit se préparer pour pouvoir efficacement faire valoir son point de vue au juge. Idéalement, cette préparation serait encadrée par un avocat; si ce n'est pas le cas, elle peut recevoir l'assistance de la personne de son choix. Cette personne ne peut pas la représenter, mais elle peut être à ses côtés tout au long de l'audience.

L'audience se déroule de la façon suivante : d'abord l'établissement de santé (le « demandeur »), représenté par un avocat, présente sa preuve qui est composée des rapports psychiatriques (et autres éventuellement) et des témoignages; ensuite, la personne visée par la requête (le « défendeur »), par le biais de son avocat le cas échéant, présente sa preuve : son témoignage, le témoignage d'autres personnes si elle le souhaite,



éventuellement le rapport ou le témoignage d'un expert (un psychiatre ou un médecin autre que ceux qui ont préparé les rapports pour l'hôpital). L'établissement de santé puis la personne présentent ensuite leurs arguments. Le juge rend généralement sa décision à la fin des présentations.

Il existe quelques différences entre les demandes de garde et les demandes d'autorisation de soins. D'abord, le temps de préparation diffère : de deux jours pour une demande de garde à cinq et plus pour une demande d'autorisation de soins.

Ensuite, les audiences sont un peu différentes :

- pour les gardes provisoires, un proche ou un professionnel de la santé sont présents et témoignent pour expliquer pourquoi ils font cette demande; les audiences sont courtes et le plus souvent, une dispense de signification est accordée, ce qui veut dire que la personne visée par la requête n'est pas présente;
- pour les gardes en établissement, les établissements de santé présentent deux rapports psychiatriques courts; les psychiatres sont absents, mais les établissements ont quelques fois des témoins comme des membres de la famille, des proches, des voisins; les audiences sont généralement plutôt courtes;
- pour les autorisations de soins, les établissements de santé présentent un rapport (parfois plus) et le psychiatre est présent; il témoigne sur les questions de l'aptitude à consentir aux soins et sur le fait que les soins sont requis par l'état de santé et répond aux questions du juge; les audiences sont plus longues.

***Les demandes de garde et de soins ne sont pas des poursuites criminelles. La personne n'est accusée de rien, n'ira pas en prison et n'aura pas de casier judiciaire.**

A- Avant l'audience

Étant donné les courts délais entre la signification et l'audience, la personne doit commencer à se préparer le plus tôt possible.

Elle a le droit d'obtenir les services d'un avocat, soit pour la conseiller, soit pour la représenter. Si elle souhaite en avoir un, elle doit dans un premier temps contacter le bureau d'aide juridique de sa région pour vérifier son admissibilité. Si elle n'est pas admissible, certains bureaux d'avocats se spécialisent dans ce genre de pratique. La personne peut contacter un organisme de défense des droits qui pourra lui en référer un.

La personne (ou son avocat) doit demander d'obtenir un exemplaire des rapports psychiatriques, soit au médecin lui-même, soit à l'avocat de l'hôpital. Ils pourraient également lui avoir été remis en même temps que la signification.

Les rapports psychiatriques contiennent les informations essentielles pour démontrer la nécessité de la garde ou des soins : évaluation de la dangerosité ou de l'inaptitude, nécessité de la garde ou des soins en lien avec l'état de dangerosité ou d'inaptitude. Ils contiennent souvent des faits récents rapportés par la personne elle-même ou des personnes qui gravitent dans son entourage. Les consulter permettra à la personne de se préparer en connaissant les événements qui ont amené les médecins à entreprendre les démarches, les diagnostics et les résultats d'évaluation et la position de l'établissement de santé. Les rapports contiennent ce qui sera discuté à l'audience devant le juge.

Il peut être intéressant de recourir aux services d'un médecin qui témoignerait en la faveur de la personne, autrement dit, qui n'aurait pas les mêmes positions que les médecins de



l'établissement de santé : c'est la contre-expertise. Elle est utile parce qu'elle montre au juge une autre opinion médicale de la même situation. Le juge n'étant pas médecin, il peut avoir de la difficulté à adhérer à une version différente de celle d'un médecin spécialiste du domaine. Si un autre médecin présente une autre opinion, il peut plus facilement se rallier. La contre-expertise est coûteuse, puisque les médecins experts sont payés pour faire les évaluations, ce qui peut demander plusieurs rendez-vous, puis pour venir témoigner au Palais de justice. Si la personne a droit à l'aide juridique, les frais de contre-expertise sont pris en charge si l'avocat qui la représente juge que ses chances de gagner en sont améliorées.

Il est difficile de trouver un médecin pour faire une contre-expertise en matière de garde ou de soins. Le contexte urgent et le fait que les médecins de l'établissement de santé sont des médecins traitants constituent des difficultés réelles. Si la personne est suivie par un médecin, elle peut lui demander d'agir à titre d'expert pour elle.

La présence d'autres témoins est aussi utile pour parler de la personne positivement et pour rassurer le juge sur le fait que la personne ne serait pas seule si la requête est rejetée. Les juges accordent beaucoup d'importance au milieu dans lequel évoluent les personnes et ils veulent être au courant du soutien que la personne peut attendre de son milieu. La personne peut demander à des proches, membres de la famille ou amis, d'agir à titre de témoin.

****Les outils***

Pour se préparer à l'audience devant le juge, la personne doit réfléchir à son point de vue et au moyen de le présenter. Elle ne doit pas hésiter à prendre des notes pour ne rien oublier. Elle peut aussi préparer des réponses au contenu des rapports psychiatriques, par exemple : si des événements sont mal rapportés, qu'il manque des faits ou qu'ils sont mal interprétés. Elle doit également réfléchir aux raisons pour lesquelles elle s'oppose à la garde ou aux soins : est-ce en lien avec une expérience antérieure, par exemple avec la médication proposée et ses effets secondaires? Est-ce en lien avec les conséquences sur sa qualité de vie? etc.

Elle doit si possible identifier ses propres solutions alternatives.

En matière de soins, la personne ne s'oppose peut-être seulement qu'à un des éléments de la demande, par exemple la durée, le type de médication, la posologie, etc. Dans ce cas, elle doit se préparer à négocier sur ce point en exprimant clairement ce qu'elle est prête à accepter.

Si la personne a un avocat, elle ne doit pas hésiter à lui poser des questions pour bien comprendre comment va se dérouler l'audience, ou toute question qu'elle juge pertinente. La personne doit lui donner un mandat clair : il est là pour la représenter et pour tenter d'obtenir ce qu'elle veut. Par exemple : le rejet de la demande de garde ou de la demande de soins, une garde ou une autorisation de soins plus courte, le remplacement d'une médication par une autre, etc.

Si la personne n'a pas d'avocat, il peut être rassurant de vous faire accompagner par une personne de confiance. Cette personne peut aussi l'aider à se préparer.

B- Pendant l'audience

L'audience va débuter par la preuve de l'établissement de santé : si c'est pour une garde, l'avocat de l'établissement va déposer les rapports psychiatriques au juge; si c'est pour une autorisation de soins, l'avocat de l'établissement va déposer le rapport et fera témoigner le



psychiatre et éventuellement d'autres témoins. Durant cette période, la personne ne peut pas intervenir. Il est important de respecter le décorum de la cour.

La personne a cependant le droit de s'exprimer, d'être interrogée, de contre-interroger et de présenter des témoins. Ce qui veut dire qu'une fois que l'avocat de l'établissement de santé a terminé de présenter sa preuve (les rapports et les témoignages), c'est à son tour de parler.

Si la personne a un avocat, c'est lui qui l'interrogera et, si la personne a des témoins (que ce soit un médecin ou des proches), il les interrogera également. C'est aussi l'avocat qui posera des questions au psychiatre de l'établissement.

Si la personne n'a pas d'avocat, elle présentera votre point de vue et le juge lui posera directement des questions.

L'avocat de l'établissement de santé peut aussi poser des questions à la personne et ses témoins.

La personne peut être accompagnée par la personne de son choix. Cette personne ne peut pas la représenter, mais elle peut la soutenir, elle peut lui rappeler des choses à dire en cas d'oubli.

Certaines adaptations sont parfois possibles, surtout si la personne est inapte : le juge peut lui nommer un avocat, il peut l'interroger ailleurs qu'en salle d'audience et en dehors de la présence de l'avocat de l'établissement de santé.

Charte des droits et libertés de la personne, art 23; Code de procédure civile, art 394.1, 394.2, 394.3, 394.4, 394.5

***les outils**

Il est important que la personne reste calme tout au long de l'audience, même si elle est en désaccord avec ce que dit l'avocat de l'établissement de santé ou ses témoins.

Elle doit s'exprimer clairement, en prenant le temps qu'il faut pour développer son point de vue. Elle s'adresse directement au juge, en le regardant dans les yeux.

Si vous avez un avocat : suivez ses recommandations et remettez-vous-en à lui pour la plaidoirie.

C- Après l'audience

Si la demande de garde ou d'autorisation de soins a été accueillie, la personne a évidemment le droit de recevoir l'ensemble de l'information qui s'y rapporte, notamment sur la durée. Mais aussi dans le cas de l'autorisation de soins : sur les traitements en cause et les modalités de l'hébergement le cas échéant; dans le cas de la garde en établissement : sur ses droits et recours.

Généralement, les ordonnances de garde et les autorisations de soins prévoient la possibilité pour l'établissement de santé de recourir aux services policiers pour amener la personne contre son gré si elle ne se soumet pas aux prescriptions de la décision judiciaire.

La personne continue de pouvoir refuser les soins : en garde provisoire ou en établissement : tous les soins sauf les évaluations psychiatriques; en autorisation de soins : tous les soins qui n'apparaissent pas dans l'autorisation.

La personne reste titulaire de l'ensemble des droits des usagers du système de santé.

Même sous autorisation de soins : elle reste apte légalement (elle n'est pas sous tutelle, curatelle ou mandat à moins qu'elle ne le soit déjà) et elle peut continuer d'administrer ses biens et sa personne.

***Les outils**



En plus des recours possibles, la personne peut continuer, dans le cadre de la garde provisoire ou en établissement ou de l'autorisation de soins, à poser toutes les questions pertinentes et utiles à son médecin ou au personnel hospitalier et à négocier avec eux.

Dans le cas de l'autorisation de soins : elle peut continuer de discuter du contenu de l'autorisation de soins et faire valoir son point de vue et ses réserves.

En cas de mésentente avec son médecin ou de problème dans l'établissement de santé où elle est sous garde ou autorisation de soins : elle peut demander le transfert d'établissement (en garde en établissement) ou le transfert de l'autorisation à un autre médecin.

