
Santé mentale et justice

Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance

Par Odette Beaudoin, avocate; présidente, Conseil d'administration de la Société québécoise de la schizophrénie;
Jean-Marie Robert, avocat; membre, Conseil d'administration de la Société québécoise de la schizophrénie

I- INTRODUCTION

La Société québécoise de la schizophrénie (SQS) a pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par la schizophrénie et les psychoses apparentées, soit plus précisément, les personnes atteintes et leurs proches. La question de l'accès et du consentement aux soins constitue une problématique au cœur des préoccupations de la SQS.

Au Québec, avec la réforme du Code civil, le législateur a consacré les principes de l'inviolabilité et de l'intégrité de la personne, permettant ainsi à tout individu, même sérieusement malade, de refuser les soins requis par son état de santé. Or, l'application de ces principes par les tribunaux rend très difficiles l'accès aux soins et le traitement des personnes atteintes de maladie mentale grave. La SQS préconise des modifications à la législation actuelle afin d'établir un meilleur équilibre entre les droits de la personne atteinte de maladie mentale et les droits de ses proches aidants, ceci dans le meilleur intérêt de la personne elle-même.

Dans un premier temps, nous allons présenter la réalité quotidienne des proches qui vivent avec une personne atteinte d'une maladie mentale grave non traitée ainsi que quelques statistiques sur la schizophrénie. Nous aborderons ensuite la législation québécoise et les difficultés qu'elle représente pour les proches, lesquels désirent essentiellement que la personne malade reçoive les soins dont elle a besoin dès les premières manifestations de la maladie. Enfin, nous proposerons des recommandations concrètes en vue d'une réforme législative.

II- MISE EN SITUATION¹

Que la personne atteinte soit leur père, leur mère, leur enfant, leur conjoint, un membre de leur fratrie, un ami ou un membre de leur entourage, les proches aidants sont souvent les premiers à observer les changements de comportements liés à l'émergence de la maladie mentale. Une fois le diagnostic établi, les proches devront en partager les conséquences avec la personne. La désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques amorcée à compter des années 1960 a eu d'importantes répercussions sur la vie quotidienne et la santé des proches. Progressivement, des associations, comme la SQS, se sont formées pour offrir aux « aidants naturels » de l'information, du soutien et des occasions de partage. Lors de rencontres de groupe, les proches aidants

peuvent exprimer leur détresse et partager leur sentiment d'impuissance face aux nombreux défis qu'ils doivent surmonter, souvent durant plusieurs années. Voici un aperçu des défis les plus fréquemment mentionnés :

- Voir l'état mental de leur adolescent se détériorer progressivement ou même subitement, détérioration se manifestant par des résultats scolaires en baisse et un isolement s'accroissant au point où ils ont l'impression de vivre avec un étranger;
- Tenter de persuader la personne atteinte d'aller consulter un professionnel de la santé, alors que la maladie fait en sorte qu'elle est convaincue de ne pas être malade;
- Vivre dans la peur que la personne atteinte se suicide²;
- Faire des cauchemars et de l'insomnie;
- Souffrir de solitude, d'anxiété et de dépression devant l'absence apparente de solutions;
- Être sur ses gardes au point de verrouiller la porte de sa chambre devant l'attitude menaçante de la personne atteinte lorsque les délires et les hallucinations l'envahissent;
- Ne pas oser laisser la personne atteinte seule à la maison;
- Devoir s'absenter ou laisser son emploi en raison de son propre état de santé ou pour offrir du soutien à la personne atteinte;
- Avoir peur d'appeler la police de crainte d'ameuter tout le quartier et de voir les policiers amener la personne atteinte à la cour plutôt qu'à l'hôpital;
- Vaincre ses réticences en déposant une requête devant le tribunal lorsque la personne atteinte présente un danger pour elle-même ou pour autrui, en sachant bien à l'avance toute la rancœur qui risque d'émerger de cette initiative et le temps qu'il faudra pour cicatriser son sentiment d'avoir été trahie par ses proches (Fournier 2012);
- Avoir à reprendre des procédures judiciaires parce que la personne atteinte cesse son traitement dès son congé de l'hôpital et rechute quelques mois plus tard;
- Constater, après chaque rechute, que les pertes cognitives sont de plus en plus importantes, de même que la durée des hospitalisations;

¹ Il faut préciser que plusieurs personnes atteintes de maladie mentale acceptent d'être traitées sans intervention des tribunaux. Une proportion importante, soit environ 20 %, se remettra complètement après un seul épisode psychotique, et environ 55 %, grâce à une médication antipsychotique continue et des thérapies psychosociales, pourront mener une vie satisfaisante et paisible au sein de la communauté.

² Selon une étude citée par l'Agence de santé publique du Canada, 40 à 60 % des personnes atteintes de schizophrénie font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 10 % d'entre elles complètent leur tentative : Agence de la santé publique du Canada, www.santepublique.gc.ca, www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mic-mmacc/chap_3-fra.php.

- Réaliser en tant que proches aidants qu'ils devront assumer le soutien émotionnel et économique de la personne atteinte jusqu'à la fin de leurs jours et s'inquiéter de ce qu'elle deviendra quand ils ne seront plus là.

Malheureusement, bien des proches devront malgré eux abdiquer devant de telles conditions de vie. Bien entendu, on ne peut les blâmer, mais les conséquences probables sont bien connues : l'itinérance, la prostitution, l'abus et la violence envers la personne malade, l'intervention des forces policières, le suicide. Selon des données colligées par un centre de services sociaux de la région de Montréal, on estime qu'environ 35 % des itinérants du Québec souffrent de problèmes psychiatriques majeurs³.

Les proches ont besoin d'aide et de compréhension pour pouvoir à leur tour aider la personne qui vit sous leur toit. En outre, comme le mentionnent les auteurs d'un ouvrage sur la réadaptation psychiatrique, « [l]a collaboration entre les familles et les équipes de soins est capitale à la réussite du traitement de la maladie et de la réadaptation du client » (Lecomte et Leclerc, p. 236).

En ce qui concerne les soins médicaux, le principe de l'inviolabilité entraîne une conséquence importante formulée à l'article 11 du Code : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ».

III- EXPOSÉ SOMMAIRE DES PRINCIPES DE LA LÉGISLATION QUÉBÉCOISE

Les règles du droit québécois en matière de santé mentale sont dispersées dans quatre textes législatifs distincts : le Code civil du Québec⁴, la Charte des droits et libertés de la personne⁵, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (la LPPEM)⁶ et la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁷.

Avec la réforme apportée au Code civil du Québec au début des années 1990, le législateur a confirmé et précisé les droits énoncés dans la Charte des droits et libertés de la personne. Ainsi, l'article 10 du Code précise que « toute personne est inviolable et a droit à son intégrité » et que « sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ». Toute dérogation à ce principe

constitue une exception et doit recevoir une interprétation stricte.

En ce qui concerne les soins médicaux, le principe de l'inviolabilité entraîne une conséquence importante formulée à l'article 11 du Code : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ».

Selon l'article 4 du Code civil, « toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils ». Ainsi, une personne, même atteinte de maladie mentale grave, peut opposer valablement un refus de traitement, lequel doit être respecté, peu importe les conséquences sur son état de santé. Cependant, lorsque la personne majeure n'est pas apte à donner un consentement libre et éclairé, le Code civil autorise les représentants légaux ou, à défaut, les proches à consentir aux soins dans l'intérêt de cette personne : il s'agit du mécanisme du consentement substitué. En cas de refus catégorique de la personne inapte, le consentement substitué ne peut s'appliquer; il faut alors obtenir une autorisation des tribunaux pour la traiter.

L'évaluation de la capacité et de l'aptitude de la personne à consentir à des soins revêt donc une grande importance. Comme le résume un auteur : « Si l'inaptitude n'est pas établie, le tribunal [...] donne préséance à l'autonomie de la personne même si la situation de celle-ci représente un certain danger » (Philips-Nootens, p. 49-50).

Bien que le Code civil ne contienne aucune définition de l'inaptitude, les tribunaux québécois ont adopté un test inspiré de l'*Hospital Act* de la Nouvelle-Écosse pour déterminer si une personne est apte à consentir. Ce test comprend les 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 saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?
4. La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?
5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

Ce test est reconnu et appliqué par les tribunaux québécois depuis le jugement rendu par la Cour d'appel du Québec dans l'affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*⁸ en 1994. Dans cette affaire, une majorité de juges a considéré que le déni de sa maladie par l'intimé était un élément important dans l'évaluation de sa capacité à consentir aux soins.

Pour ne rien simplifier, le législateur a confié à trois différents tribunaux une compétence en matière d'autorisation de soins et de garde en établissement. La Cour supérieure, tribunal de droit

³ Ces statistiques ont été colligées par le docteur Olivier Farmer du CSSS Jeanne-Mance selon l'article de Michèle Ouimet : *Les sans-abri : peut-on les sortir de l'itinérance?*

⁴ L.Q. 1991, chapitre 64.

⁵ L.R.Q. c. C-12.

⁶ L.R.Q. c. P-38.001.

⁷ L.R.Q. c. S-4.2.

⁸ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)* (1994) R.J.Q. 2523 (C.A.).



commun, a compétence en matière d'autorisation de soins et d'hébergement durant la durée des soins. Pour sa part, la Cour du Québec conserve sa compétence exclusive sur toute demande pour faire subir une évaluation psychiatrique à une personne qui la refuse ou pour qu'elle soit gardée contre son gré par un établissement visé dans la LPPEM⁹. Enfin, le Tribunal administratif du Québec (TAQ) a compétence pour entendre les contestations relatives au maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la LPPEM selon l'article 21 de cette loi¹⁰.

Les procédures en autorisation de soins et pour hébergement durant la durée des soins relèvent de la compétence de la Cour supérieure. Les procédures devant ce tribunal impliquent une mobilisation de diverses ressources tant légales que médicales du réseau de la santé. En théorie, toute personne intéressée peut présenter une telle demande, mais en pratique, la procédure est introduite par les avocats des établissements du réseau de la santé. Une telle demande suppose une observation clinique de la personne, un diagnostic et un plan de traitement que seuls ces établissements sont en mesure de produire. Le jugement comporte habituellement une ordonnance d'hébergement forcé qui suppose une disponibilité de services dans un établissement de santé. Le jugement précise la durée du traitement et prévoit généralement l'obligation pour les médecins de transmettre des rapports périodiques de l'état de santé de la personne à un comité médical de l'établissement¹¹.

Avant d'en arriver à une procédure en autorisation de soins devant la Cour supérieure, il sera bien souvent nécessaire d'amener la personne à l'hôpital et de la garder sous observation. La Cour du Québec a compétence exclusive en matière de garde en établissement et d'examen psychiatrique. La procédure permettant d'amener une personne contre son gré dans un établissement de santé et de la mettre sous garde pendant une certaine période est prévue par la LPPEM qui complète le Code civil à cet égard¹².

La LPPEM permet aux policiers, sans autorisation du tribunal, d'amener dans un établissement une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat. Les policiers peuvent agir sur demande des intervenants d'un service d'aide en situation de crise¹³ ou d'un proche de la personne; dans ce dernier cas, ils doivent eux-mêmes avoir des motifs suffisants de croire que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

De plus, la LPPEM permet à un médecin, sans autorisation du tribunal, de mettre une personne sous garde *préventive*, pour

une durée maximale de 72 heures, lorsqu'il est d'avis qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, un juge de la Cour du Québec peut ordonner qu'elle soit gardée *provisoirement* dans un établissement pour y subir une évaluation psychiatrique. Une ordonnance de garde provisoire autorise un médecin de l'établissement à procéder à un examen psychiatrique de la personne. Si ce médecin conclut à la nécessité de la garder en établissement, un second examen doit avoir lieu par un autre médecin dans les 96 heures de la prise en charge de la personne.

Pour ne rien simplifier, le législateur a confié à trois différents tribunaux une compétence en matière d'autorisation de soins et de garde en établissement.

Enfin, la Cour du Québec peut rendre une ordonnance de garde pour prolonger la période de garde d'une personne déjà mise sous garde à l'hôpital; on qualifie cette période de « garde régulière ».

Les procédures devant la Cour du Québec sont assez sommaires, ayant été conçues pour répondre à une urgence. Les ordonnances ont une durée limitée et impliquent des interventions dans des délais relativement courts. La procédure peut être instituée par toute personne intéressée.

Enfin, le TAQ a compétence pour entendre les contestations de garde en établissement selon l'article 21 de la LPPEM¹⁴. Une fois la personne mise sous garde, la loi prévoit qu'on peut s'adresser à ce tribunal pour contester le maintien de cette garde. Le rôle du TAQ sera alors d'évaluer la dangerosité de la personne mise sous garde et de décider si sa garde doit ou non être maintenue. Les procédures devant le TAQ sont moins formalistes que devant les tribunaux de droit commun. L'audience a généralement lieu dans l'établissement hospitalier où la personne est gardée¹⁵.

⁹ Article 36.2 du Code de procédure civile : « En application des articles 26 à 31 du Code civil, la Cour du Québec connaît, à l'exclusion de la Cour supérieure, de toute demande pour faire subir une évaluation psychiatrique à une personne qui la refuse ou pour qu'elle soit gardée contre son gré par un établissement visé dans la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001). [...] ».

¹⁰ Article 21 de la LPPEM : « Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre un intérêt particulier, peut contester devant le Tribunal administratif du Québec le maintien de cette garde ou cette décision. Une lettre de la personne sous garde adressée au Tribunal, exposant l'objet et les motifs de contestation, constitue une requête au sens de l'article 110 de la *Loi sur la justice administrative* (chapitre J-3). [...] ».

¹¹ Cette fonction est généralement assignée au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement désigné par le jugement.

¹² Articles 26 à 31 du Code civil du Québec et articles 7 à 13 de la LPPEM.

¹³ L'article 8 de la LPPEM précise qu'un « service d'aide en situation de crise [est] un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux ».

¹⁴ Note 10 précitée.

¹⁵ L'article 22.1 de la Loi sur la justice administrative prévoit : « Ces recours sont instruits et décidés par une formation de trois membres composée d'un avocat ou notaire, d'un psychiatre et d'un travailleur social ou psychologue ».

PREMIER MODE D'INTERVENTION

La garde en établissement et l'évaluation psychiatrique

Dispositions législatives : articles 27 à 30 C.c.Q. et art. 1 à 13 LLEPM¹.

Critères retenus par la loi : l'état mental de la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Tribunaux : la Cour du Québec émet les ordonnances, mais la personne peut contester la garde devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ).

Précision importante : aucune ordonnance de garde ou d'évaluation psychiatrique n'autorise l'hôpital à traiter une personne qui n'y consent pas.

Garde préventive

Si le danger est grave et immédiat : les policiers peuvent conduire la personne à l'hôpital (à la demande d'un proche ou de l'intervenant d'un service d'aide en situation de crise) sans ordonnance du tribunal.

À l'hôpital, un médecin peut mettre la personne en garde préventive pour une durée maximale de 72 heures, s'il est d'avis que son état mental représente un danger grave et immédiat.

Garde provisoire

Par les proches

Les proches peuvent s'adresser à la Cour du Québec et demander une ordonnance pour une évaluation psychiatrique de la personne dans un établissement désigné. En vertu de cette ordonnance, les policiers peuvent conduire la personne à l'établissement psychiatrique. Un médecin de l'établissement doit procéder à l'évaluation psychiatrique dans les 24 heures suivant l'ordonnance du tribunal. S'il conclut que la personne ne représente aucun danger, il doit la libérer immédiatement; s'il est d'avis contraire, voir la suite ci-après.

Par un médecin

Si le médecin est d'avis que la personne représente, en raison de son état mental, un danger pour elle-même ou pour autrui, il peut demander au tribunal une ordonnance de garde provisoire pour procéder à son évaluation psychiatrique. L'évaluation psychiatrique a pour objectif de décider si le degré de danger est tel qu'il justifie le maintien de la garde en établissement. Une fois l'ordonnance de garde provisoire accordée, l'établissement dispose d'un délai de 96 heures pour effectuer deux examens psychiatriques en vue de déterminer si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Si le premier médecin conclut à l'absence de danger, alors la personne doit être libérée. Si le médecin conclut à la présence de danger, on doit procéder à un deuxième examen à l'intérieur du délai de 96 heures.

Compétence du Tribunal administratif du Québec

Le TAQ a compétence pour mettre fin à la garde ou pour entendre toute contestation d'une décision prise en vertu de la LPPEM. Critères considérés : la personne représente-t-elle un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental?

Garde régulière

Si les deux médecins concluent à la dangerosité, l'établissement peut demander une ordonnance de garde régulière dont la durée sera fixée par le tribunal. Par la suite, tant que la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, elle demeure sous la garde de l'établissement. L'établissement doit procéder à un examen de la personne 21 jours après la décision du tribunal et, par la suite, à tous les trois mois. Ces rapports doivent être transmis au tribunal.

¹ Code civil du Québec et Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui

IV- PROBLÉMATIQUE DE LA LÉGISLATION POUR LES PROCHES AIDANTS

Pour les proches, le droit québécois pose problème sur trois plans :

1. La judiciarisation excessive de l'autorisation aux soins;
2. L'utilisation du critère de dangerosité comme unique motif d'intervention pour la garde en établissement;
3. L'impossibilité pour les proches de consentir aux soins de la personne majeure inapte lorsqu'elle oppose un refus catégorique.

1- La judiciarisation excessive de l'autorisation aux soins

Pour les proches aidants, les règles actuelles ont pour conséquence de rendre le diagnostic, l'accès aux soins et le traitement de la maladie mentale grave plus difficiles que pour n'importe quelle autre maladie.

Trop souvent, les familles font face à une douloureuse réalité : bien qu'une personne soit inapte en raison de troubles mentaux sérieux et que son état nécessite des soins, le législateur lui permet de refuser tout traitement. Pour pouvoir passer outre à ce refus, il faut entreprendre une et même plusieurs procédures judiciaires en vue d'obtenir l'hébergement de la personne dans un établissement de santé et l'autorisation de lui administrer des traitements. En raison du chevauchement de compétences entre trois tribunaux¹⁶, il faudra envisager plusieurs recours devant différents tribunaux fonctionnant selon des critères et des règles de procédure qui leur sont propres. Cet état de fait n'a rien pour simplifier les choses.

Pour plusieurs familles, le recours prévu à la LPPEM sera utile afin d'amener à l'hôpital la personne qui refuse de consulter un médecin et qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Par contre, une fois la situation de dangerosité écartée, le jugement de la Cour du Québec ne produira plus d'effet. Certains parents seront fort étonnés de constater qu'après qu'ils aient obtenu une ordonnance pour une évaluation psychiatrique, la personne atteinte pourra être libérée sans aucun traitement après quelques heures passées à l'urgence de l'hôpital. En effet, dès qu'un médecin, à la suite de l'examen de celle-ci, estime que la personne atteinte ne présente pas un danger pour elle-même ou pour autrui, il doit la libérer sans autre formalité, malgré l'ordonnance de la Cour du Québec¹⁷.

Le législateur n'attribue à aucun établissement de santé ou de services sociaux le devoir ou l'obligation d'agir en matière de garde ou d'autorisation de soins sauf en cas d'urgence. L'application de la loi est laissée à la discrétion des établissements qui, selon leurs priorités et les ressources dont ils disposent, seront plus ou moins proactifs dans les demandes d'autorisations judiciaires. Chose certaine, sur le plan pratique, seuls les recours en autorisation de soins institués par les établissements de santé et de services sociaux ont quelque chance d'être accordés par les tribunaux dans l'état actuel des choses.

Une autre difficulté vécue par les proches aidants sera de convaincre les médecins d'intervenir. Ces derniers ont des

¹⁶ Tel que cela a été mentionné précédemment : la Cour supérieure du Québec, la Cour du Québec et le TAQ.

¹⁷ Le médecin peut tenter de convaincre la personne de consentir librement et volontairement aux soins mais, à défaut de danger au sens de la loi, il doit respecter le refus de soins exprimé par la personne.

DEUXIÈME MODE D'INTERVENTION

La demande en autorisation de soins

Tribunal : la Cour supérieure du Québec.

Dispositions législatives : articles 10 à 31 C.c.Q.²

Situation : la personne est considérée comme inapte et elle refuse les soins.

Consentement substitué : si le refus de soins n'est pas catégorique, un proche peut consentir aux soins.

Exception : si le refus est catégorique, le consentement substitué n'est pas autorisé; il faut une autorisation du tribunal.

Critères pour l'autorisation de soins

Les soins sont :

- requis par l'état de santé,
- bénéfiques malgré la gravité et la permanence de certains effets,
- opportuns dans les circonstances,
- en proportion avec le bienfait qu'on en espère,
- prodigués en accord avec la volonté exprimée par la personne, la Cour doit tenir compte de la volonté exprimée par la personne dans la mesure du possible,
- dans l'intérêt de la personne.

Ordonnance : la Cour supérieure émet une ordonnance autorisant les médecins de l'établissement à traiter la personne et à l'obliger à se soumettre à l'hébergement indiqué pendant la durée des soins.

Qui peut la demander : la loi ne le précise pas, mais en pratique, ce recours est institué par un établissement de santé ou de services sociaux.

Durée : la Cour fixe la durée de l'ordonnance et ordonne un suivi par un comité interne de l'établissement (par exemple, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens).

² Code civil du Québec

réserve importantes en ce qui a trait au rôle qui leur est conféré par le législateur. Plusieurs considèrent qu'instituer une procédure judiciaire a pour effet de nuire à la formation d'une véritable alliance thérapeutique avec leur patient. Il peut répugner à certains psychiatres d'agir comme des « adversaires » de leur patient, ce qui est incontournable dans le système actuel. D'aucuns estiment que leur premier devoir est d'améliorer la condition de leur patient plutôt que de l'affronter devant le tribunal (Chamberland 2009).

Le docteur Jean-Luc Dubreucq, psychiatre de l'Institut Philippe-Pinel, affirmait ouvertement que les médecins n'ont tout simplement pas le temps requis pour s'impliquer dans de telles procédures : « En effet, les psychiatres du Québec sont surchargés

de tâches cliniques et ils préfèrent bien sûr traiter des patients en demande de soins. S'ils doivent faire face à trop d'obstacles pour parvenir à soigner un patient difficile, revendicateur et hostile, ils seront naturellement tentés de s'en tenir à une interprétation restrictive de la loi. Une fois le danger physique immédiat écarté, un patient rebelle aux soins pourra d'autant plus rapidement quitter l'hôpital que le psychiatre sait que de nombreux patients, souvent plus faciles à soigner, attendent ses soins depuis déjà plusieurs mois... » (Dubreucq 2008). Un récent rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur les difficultés d'application de la LPPEM confirme le fait que pour nombre de médecins, « la multiplication des démarches légales à effectuer pour finalement parvenir à soigner quelqu'un les rebutent (*sic*) » (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2011, p. 69).

En somme, si les proches peuvent agir pour amener la personne à l'hôpital selon la procédure sommaire prévue en vertu de la LPPEM, il en va bien autrement pour traiter la personne qui persiste à refuser les soins et les traitements recommandés par les médecins. Pour contourner ce refus de la personne inapte, il faudra entreprendre une procédure devant la Cour supérieure, ce qui requiert des ressources à la disposition des seuls établissements. Il faudra aussi obtenir la participation des médecins, qui sont plutôt critiques à l'égard de cette situation imposée par le législateur. Toutes ces difficultés auront souvent pour effet de décourager les proches aidants dans leurs démarches pour que la personne obtienne les soins requis par son état et recommandés par les médecins.

Une première difficulté pour les proches réside dans cette obligation d'établir que la personne présente un danger. La notion de danger, unique critère du Code civil et de la LPPEM, n'est pas définie par le législateur et ouvre la porte à diverses interprétations, souvent très restrictives.

2- L'utilisation du critère de dangerosité comme unique motif d'intervention pour la garde en établissement

Lorsqu'ils estiment que la condition de la personne ne présente pas un danger grave et immédiat leur permettant de la conduire à l'hôpital, les policiers ou les intervenants d'un service d'aide en situation de crise¹⁸ vont souvent suggérer aux proches de se présenter eux-mêmes à la Cour du Québec pour obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique afin d'amener la personne, contre sa volonté, dans un établissement de santé. La Cour peut émettre une telle ordonnance lorsque la personne présente, en raison de son état mental, un danger pour

elle-même ou pour autrui, sans que ce danger soit qualifié de « grave et [d']immédiat ». D'ailleurs, les statistiques mentionnées dans un récent rapport sur les difficultés d'application de la LPPEM indiquent que la demande pour une garde provisoire afin de procéder à une évaluation psychiatrique était présentée en majorité par un membre de la famille ou un proche (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2011).

Une première difficulté pour les proches réside dans cette obligation d'établir que la personne présente un danger. La notion de danger, unique critère du Code civil et de la LPPEM, n'est pas définie par le législateur et ouvre la porte à diverses interprétations, souvent très restrictives.

Face à cette exigence, plusieurs proches devront se résigner à attendre pour agir que la personne, bien que sérieusement malade et désorganisée, présente un danger. Non seulement, cette attente sera-t-elle pénible à vivre sur le plan émotionnel, mais elle aura pour effet d'empirer la maladie et de rendre le traitement plus long et difficile.

Aux proches qui décideront à contrecœur d'aller devant le tribunal, on conseillera d'alléguer dans leur requête plusieurs faits précis afin de démontrer le danger que présente la personne. Ils se trouveront ainsi placés, malgré eux, dans une position antagoniste avec la personne qu'ils veulent aider. Plusieurs proches craignent, avec raison, que la personne, déjà vulnérable en raison de la détérioration de son état mental, perçoive ces allégations comme des accusations, exacerbant encore davantage son délire psychotique.

Une autre difficulté majeure avec la loi découle du fait qu'aucune des ordonnances de garde en établissement émises par la Cour du Québec n'autorise les médecins à traiter la personne qui s'y oppose, peu importe la gravité de son état mental. La loi se veut d'abord et avant tout une mesure de protection en fonction de l'unique critère de dangerosité. Cette caractéristique est une source de frustration pour les proches qui souhaiteraient obtenir de l'aide dans leurs démarches afin que la personne reçoive les soins et les traitements requis par son état, ce que ne permet pas l'ordonnance émise par le tribunal.

Il est illogique de garder une personne malade à l'hôpital sans la soigner. Comme le souligne avec raison un psychiatre, la garde n'est pas un objectif en soi; elle n'est, d'un point de vue clinique, « que la première étape du processus de rétablissement de la personne malade » (Dubreucq 2008). La démarche oblige le médecin à devenir un protecteur de la société sans lui permettre de jouer le rôle curatif pour lequel il a été formé. Le fait que la LPPEM et le Code civil soient exclusivement axés sur le critère de dangerosité détourne les ressources médicales des vraies questions.

Les proches aidants désireraient que le fait d'amener une personne dans un établissement de santé donne ouverture à une évaluation globale de la situation, non seulement en fonction des critères de la LPPEM, mais selon des critères énoncés au Code civil : quels sont les soins requis par l'état de santé de la personne, quelle est son aptitude à donner un consentement,

¹⁸ Note 11 précitée.



quels traitements amélioreraient sa condition et quels services de santé pourraient être offerts autant en milieu hospitalier qu'en externe. Cette évaluation serait orientée vers la recherche du meilleur intérêt de la personne. Parmi les inconvénients de ne pas traiter cette dernière, il faudrait s'interroger sur le risque d'une détérioration sérieuse de son état de santé. Une fois cette évaluation effectuée, on pourrait retourner devant le tribunal pour évaluer si les motifs pour refuser un traitement sont dans l'intérêt véritable de cette personne.

3- L'impossibilité pour les proches de consentir aux soins de la personne majeure inapte lorsqu'elle oppose un refus catégorique

De manière générale, lorsqu'une personne majeure est inapte, le législateur autorise ses représentants légaux, ou à défaut ses proches, à consentir aux soins requis par son état de santé. Aux termes des articles 11 à 15 du Code civil, lorsque l'inaptitude est constatée, le consentement peut être donné par les représentants légaux, par le conjoint, par un proche parent ou une personne qui démontre pour la personne majeure un intérêt particulier.

Selon l'article 12 du Code, celui qui consent à des soins pour autrui est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés qu'elle a pu manifester. Il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère.

Par ce mécanisme de consentement substitué, le législateur confie une responsabilité importante aux représentants ou aux proches de la personne inapte en présumant qu'ils agiront dans le meilleur intérêt de cette personne.

Cependant, le législateur a prévu une exception au consentement substitué. En effet, selon l'article 16 du Code civil, le consentement d'un proche n'est plus possible lorsque la personne majeure refuse catégoriquement de recevoir les soins, sauf s'il s'agit de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Pour passer outre à ce refus, il faut l'autorisation du tribunal.

Une revue de la jurisprudence indique que ce sont les personnes atteintes de schizophrénie ou de certains types de psychose qui opposent le plus souvent un tel refus (Philips-Nootens 2009, p.53). Cela n'a rien d'étonnant puisque, trop souvent, ces personnes ne reconnaissent pas leur propre maladie, ce qui fait en sorte de judiciariser encore davantage leur accès aux traitements, puisque la seule façon de les traiter sera alors d'instituer une demande en autorisation de soins devant la Cour supérieure.

Tel qu'il a été mentionné plus haut, cette procédure est pratiquement réservée aux établissements de santé. De plus, elle fait l'objet de critiques importantes de la part des médecins :

Mais il y a une autre conséquence du choix du législateur sur le refus catégorique que je trouve très inquiétante sur un plan pratique. Nous savons tous que beaucoup de médecins, y compris les médecins psychiatres, sont plutôt allergiques à comparaître devant les tribunaux tels que la Cour supérieure. Je crains donc et j'ai quelques indices pour justifier mes craintes, que certains médecins auraient tendance à respecter le refus catégorique du majeur inapte, plutôt que de se lancer dans ce qu'ils perçoivent être une saga judiciaire, même si c'est la psychose qui motive ce refus. Il ne faut pas perdre de vue qu'un des effets les plus funestes de la maladie mentale est d'ôter l'autonomie de la personne ainsi que ses capacités d'autodétermination. Comme nous le disait le grand psychiatre français Henri Ey, la maladie mentale est en fin de compte la « pathologie de la liberté » (Grunberg 1989, p. B-1).

Une revue de la jurisprudence indique que ce sont les personnes atteintes des maladies mentales les plus graves qui opposent le plus souvent un tel refus (Philips-Nootens 2009).

V- Recommandations

Des modifications à la législation actuelle devraient être apportées afin d'établir un meilleur équilibre entre les droits de la personne atteinte de maladie mentale et ceux de ses proches aidants. Tout en reconnaissant l'importance et la primauté des principes de liberté et d'inviolabilité de la personne, la réforme devrait permettre à la personne inapte de retrouver dans toute la mesure du possible son statut de citoyen à part entière.

Selon la SQS, la législation québécoise pourrait être revue et améliorée en fonction des principes suivants :

1. Une législation unique regroupant l'ensemble des dispositions législatives en matière de santé mentale, plus particulièrement les règles concernant l'inaptitude, le consentement, la garde en établissement, l'évaluation psychiatrique ainsi que l'accès aux soins et l'hébergement¹⁹.
2. Un seul tribunal chargé d'entendre tous les recours et contestations en matière de santé mentale.

Idéalement, un tribunal administratif, fonctionnant sans formalisme et dont la composition serait semblable à celle de la division de la santé mentale du TAQ, serait plus accessible que la Cour supérieure. Le TAQ, dont le fonctionnement est bien connu des médecins psychiatres, se déplace dans les établissements hospitaliers pour rencontrer les parties intéressées dans un litige en matière de garde en établissement en vertu de la LPEM et du Code civil. Ses membres²⁰ sont sensibilisés aux

¹⁹ C'est l'approche retenue dans les autres provinces canadiennes qui ont toutes une loi intitulée *Mental Health Act*; ces lois sont inspirées d'une recommandation formulée en août 1987 par la Conférence canadienne sur l'uniformisation des lois.

²⁰ Les recours sont instruits et décidés par une formation de trois membres composée d'un avocat ou notaire, d'un psychiatre et d'un travailleur social ou psychologue; voir la note 17 précitée.

problématiques de santé mentale ainsi qu'aux contraintes du réseau de la santé. Ce tribunal pourrait rendre tous les types d'ordonnances selon les cas soumis et pourrait d'office réviser le maintien de toute décision comme il le fait déjà selon la loi actuelle²¹.

3. Une uniformisation des procédures et des critères d'intervention en matière de santé mentale.

La législation actuelle crée une dichotomie improductive entre les règles permettant d'amener et de garder temporairement une personne dans un établissement et celles permettant de lui administrer les soins et les traitements requis par son état. Il y aurait avantage, tant pour les intervenants que pour les personnes elles-mêmes, à ce que ces règles soient uniformisées et confiées à une même instance qui pourrait en assurer une application continue.

4. Recentrer les critères en matière de garde et d'autorisation de soins en fonction du véritable intérêt de la personne, c'est-à-dire non seulement selon le critère de dangerosité, mais aussi et surtout selon le risque de détérioration sérieuse de son état physique et mental si elle n'est pas traitée.

5. Confirmer l'intérêt légitime des proches aidants à agir et à intervenir devant le tribunal lors des recours concernant la personne.

6. Autoriser les proches aidants à donner un consentement substitué même en présence d'un refus catégorique de la personne inapte. Rappelons que celui qui consent pour autrui doit toujours agir dans le meilleur intérêt de cette personne. Cette autorisation pourrait être encadrée par la loi et supervisée par le TAQ, comme c'est le cas en matière de garde en vertu de la LPPEM, afin d'assurer le respect des droits de la personne.

La SQS est consciente que l'adoption de ces principes suppose une révision en profondeur du système de justice qui pour

être souhaitable à moyen terme n'est peut-être pas réaliste dans l'immédiat. Cependant, elle est d'avis que certaines modifications pourraient, à court terme, améliorer la situation actuelle, notamment :

- Amender la LPPEM et le Code civil afin de permettre d'amener dans un établissement de santé une personne, non seulement lorsque son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, mais aussi lorsqu'elle court un risque sérieux de détérioration de son état physique ou mental; c'est le critère retenu présentement dans la législation de sept provinces canadiennes (Gray 2008, p.144);

- Amender le Code civil afin d'autoriser les représentants légaux ou les proches de la personne majeure inapte à consentir aux soins et aux traitements requis par son état de santé même en présence d'un refus catégorique.

Une analyse du système de justice en matière de santé mentale illustre bien la véritable course à obstacles que doivent parcourir les proches afin d'obtenir des services et des soins pour la personne atteinte. Ne serait-il pas temps de considérer les familles et les proches non pas comme des adversaires mais plutôt comme des alliés précieux dans la recherche de solutions aux problèmes de santé mentale?

Comme le mentionnait avec à-propos le docteur Dubreucq, psychiatre, « [...] la famille constitue pour ces patients l'un des derniers remparts avant la disparition sociale » (Dubreucq 2008).

Remerciements

Nous tenons à remercier Suzanne Philips-Nootens, professeure associée à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, pour ses précieux conseils dans la rédaction de cet article. Cependant, les opinions exprimées ici sont celles des auteurs.

Les membres du Conseil d'administration de la SQS ont approuvé le contenu de cet article.

²¹ Le deuxième alinéa de l'article 21 de la LPPEM prévoit que « [...] [l]e Tribunal peut également agir d'office et réviser le maintien de toute garde ou toute décision concernant une personne sous garde, prise en vertu de la présente loi ».

BIBLIOGRAPHIE

Agence de santé publique du Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, [En ligne]. [www.santepublique.gc.ca] [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/mic-mm/mac/chap_3_fra.php] (Consultés le en janvier 2012).

Chamberland, G. *L'obligation d'être traité : oppression ou protection?*, Conférence prononcée le 25 novembre 2009, [En ligne]. [www.schizophrenie.qc.ca/conferences-mensuelles] (Consulté en janvier 2012).

Dubreucq, J.-L. (2008). « Santé mentale des sans-abri : faut-il intervenir davantage? ». *Psychiatrie et violence*, 8(1), Institut Philippe-Pinel de Montréal, [En ligne]. [www.erudit.org/revue/pv/2008/v8/n1] (Consulté en janvier 2012).

Fournier, J. (22 janvier 2012). *Maladie mentale : merci à ma famille de m'avoir fait hospitaliser*, La Presse.

Gray, J. (2008). *Canadian Mental Health Law and Policy* (2^e édit.), Markham, Lexis Nexis.

Grunberg, F. (1989). *Réflexions sur le déni psychotique et le refus catégorique aux soins*, Atelier donné lors du congrès annuel de l'Association des médecins psychiatres du Québec, Montréal, Association des hôpitaux du Québec.

Lecomte, T. et C. Leclerc. (2006). *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2009). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*, Québec, Le Ministère, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-914-05F.pdf] (Consulté en mars 2012).

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). *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, Le Ministère, [En ligne]. [www.mssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication] (Consulté en janvier 2012).

Quimet, M. (27 janvier 2012). *Les sans-abri : peut-on les sortir de l'itinérance?*, La Presse.

Philips-Nootens, S. (2009). « L'hébergement forcé : quels intérêts, quels enjeux? – Regards sur la jurisprudence récente... et plus ». *La Protection des personnes vulnérables*, 301, Barreau du Québec.

Publications Québec. (2012). *Lois du Québec et lois refondues du Québec*, [En ligne]. [www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/loisreglements.fr.html] (Consulté en février 2012).

Société canadienne de la schizophrénie. (2007). *La schizophrénie : le cheminement vers le rétablissement, Guide du bénéficiaire et de la famille pour l'évaluation et le traitement*, [En ligne]. [www.schizophrenia.ca] (Consulté en janvier 2012).

Société québécoise de la schizophrénie. (2006). *La schizophrénie, comprendre et aider*, [En ligne]. [www.schizophrenie.qc.ca] (Consulté en janvier 2012).

