



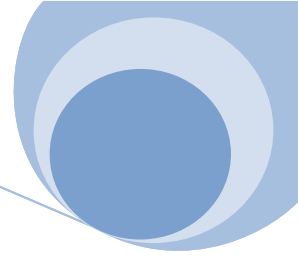
# **MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES**

Par Doris Provencher et Me Annie Rainville

[Communication présentée au  
Barreau du Québec  
dans le cadre du colloque annuel  
«La protection des personnes vulnérables»]

**[29 janvier 2010]**

**MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE :  
ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES**



**Doris PROVENCHER,**

Directrice générale de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)

&

**Annie RAINVILLE**

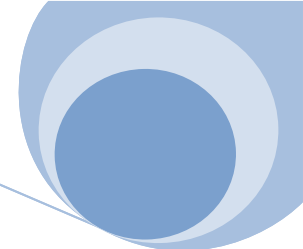
Avocate au Centre communautaire juridique de Montréal (bureau d'aide juridique Sud-Ouest, section civile)

**RÉSUMÉ**

Lorsqu'une personne a un problème de santé mentale, des mythes importants nous viennent à l'esprit.

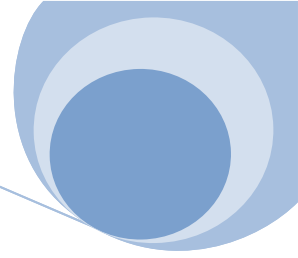
Ils encadrent notre perception et influencent nos comportements. La personne est forcément **inapte** et sans aucun doute **dangereuse** puisqu'un **expert** l'a formellement confirmé! Mais, grâce à des **médicaments** sophistiqués, on saura la «guérir», ou si on préfère, lui donner un comportement socialement acceptable.

La présente conférence explore comment le manque de connaissances autour de ces mythes a un impact important sur les droits de ces personnes.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>Partie 1 : Enjeux sociaux</b> <b>Par Doris Provencher, directrice générale AGIDD-SMQ</b>	<b>5</b>
I...Le grand mythe fondateur : le <i>tout biologique</i>	5
a. La turbulence des fluides?	5
b. Le passage du «normal» au «médical»	7
II...Le mythe des pilules du bonheur sans arrière-goût	8
a. La réponse à la souffrance?	8
b. L'envers de la molécule	10
III...Le mythe du pouvoir du sarrau	11
a. L'expert, c'est moi!	11
IV...Le mythe de l'inaptitude du non obéissant	13
a. L'iniquité entre le «oui» et le «non»	13
b. Les raisons d'une présumée déraison	14
V...Le mythe du «fou dangereux»	15
a. La psychose médiatique	15
b. Les effets délirants du sevrage	16
c. La dangerosité ou la «dérangerosité»?	17
<b>Partie 2 : Enjeux juridiques</b> <b>Par Me Annie Rainville</b>	<b>19</b>
i...Un rappel du principe du consentement aux soins en droit de la santé mentale	20
ii...L'expertise en droit de la santé mentale	22
iii...Un rappel du principe d'inaptitude en droit de la santé mentale	25
iv...Un aperçu jurisprudentiel de la dangerosité	29
<b>Conclusion</b>	<b>34</b>
<b>Biographie des présentatrices</b>	<b>36</b>



## **INTRODUCTION**

Des mythes persistants encadrent nos perceptions et influencent nos comportements dans le domaine de la santé mentale. Ces idées, dont plusieurs sont liées à la médication, ont un impact important sur les droits des personnes vivant un problème de santé mentale.

Ce texte a pour objectif de faire la lumière sur ces mythes et d'apporter un point de vue différent sur certaines croyances en matière de santé mentale.

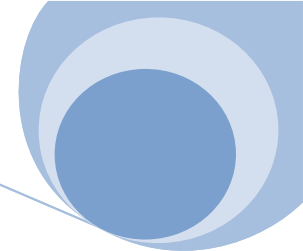
En première partie de cette communication, l'AGIDD-SMQ<sup>1</sup>, forte de l'expérience sur le terrain de ses groupes membres, expose ces mythes et leurs impacts psychosociaux, lesquels sont tout aussi méconnus que nombreux. Ces mythes expliquent pourquoi la personne utilisatrice de services en santé mentale se sent réduite à un diagnostic et contrôlée socialement par une médication sur laquelle elle a peu d'emprise.

Le manque de connaissances autour de ces mythes et sur leurs impacts psychosociaux agit également sur le traitement des personnes vivant un problème de santé mentale, particulièrement lorsqu'elles sont confrontées à l'appareil judiciaire.

C'est pourquoi, en seconde partie, Me Annie Rainville s'est prêtée à l'exercice d'aborder les différents enjeux juridiques découlant de plusieurs de ces mythes.

---

<sup>1</sup> L'AGIDD-SMQ est un regroupement d'organismes qui, depuis 20 ans, se consacre à la promotion et à la défense des droits pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. L'association porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. Les réalisations de l'Association sont disponibles au [www.agidd.org](http://www.agidd.org).



**Partie 1 : Enjeux sociaux**

**Par Doris Provencher, directrice générale AGIDD-SMQ**

**I. Le grand mythe fondateur : le *tout biologique***

*«Nous sommes à l'ère du tout biologique, un discours qui cherche dans le cerveau ou les gènes l'origine de tous les comportements –du divorce à l'intelligence, en passant par l'orientation sexuelle- et de toutes les maladies, de la fibrose kystique en passant par la dépression et la schizophrénie.»*

*-J.-Claude St-Onge, philosophe<sup>2</sup>*

**a. La turbulence des fluides ?**

La psychiatrie n'est pas une science exacte. À preuve, quand un psychiatre émet un diagnostic, il se base sur des symptômes répertoriés dans le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*); aucun test physique ne pouvant confirmer le diagnostic psychiatrique. Mais l'idée, soutenue par moult psychiatres et professionnels de la santé, ainsi que par des médias peu critiques, que les problèmes de santé mentale ont une origine biologique est largement répandue, bien qu'il ne s'agisse que d'une hypothèse.

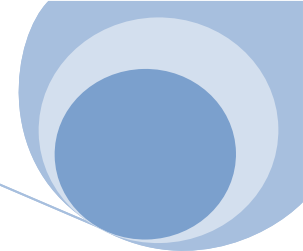
*«(...) quand le médecin émet un diagnostic de dépression, il ne procède à aucun test pour démontrer que son patient souffre d'un tel déséquilibre. Cette thèse constitue le «fondement» théorique pour prescrire des antidépresseurs à tout va en ajustant les niveaux des neurotransmetteurs. Or, le cerveau est un outil fabuleux, mais aussi complexe que le cosmos.»<sup>3</sup>*

Les titres sensationnalistes dans les journaux rapportent fréquemment la dernière percée scientifique qui démontrerait que la schizophrénie est une maladie purement génétique. Mais à vrai dire, toutes les études ayant soi-disant identifié LE gène de la schizophrénie ont été contredites. Quant à la dépression, la psychiatrie aime à dire qu'elle résulte d'un déséquilibre

---

<sup>2</sup> ST-ONGE, J.-Claude. *Les dérives de l'industrie de la santé : Petit abécédaire*, Montréal, Écosociété, 2006, p. 33-34.

<sup>3</sup> *Ibid*, p. 35.



chimique dans le cerveau. Il s'agit encore là d'une hypothèse n'ayant jamais été prouvée.<sup>4</sup>

*«People with schizophrenia and other conditions are frequently told that they need to take psychiatric medication for the rest of their lives to stabilise their brain chemicals, just like a diabetic needs to take insulin. The trouble is there is little justification for this view of psychiatric drugs.»<sup>5</sup>*

Bien sûr, les neurotransmetteurs du système nerveux central sont de plus en plus étudiés, mais la relation entre ces derniers et les problèmes de santé mentale n'est pas clairement établie. De même, plusieurs psychotropes<sup>6</sup> sont utilisés sans que leurs modes d'action soient complètement élucidés et leurs effets à moyen et à long terme sur le système nerveux central sont peu ou pas connus.<sup>7</sup>

*«Le choix d'un antidépresseur particulier ne répond pas aux critères les plus rigoureux. Pourquoi tel antidépresseur agissant uniquement sur la sérotonine plutôt que tel autre agissant également sur la noradrénaline? Pourquoi du Paxil, plutôt que du Zoloft, du Prozac ou de l'Effexor? Pourquoi ne pas prescrire un des antidépresseurs de deuxième génération, (appelés IMAO-A), qui agissent également sur les neurotransmetteurs? Pour toute réponse on dira que tel ou tel patient réagit bien à tel produit. Ce type de raisonnement procède à reculons en inférant la cause à partir de l'effet de la médication. Ce serait comme dire que l'aspirine guérit le mal de tête parce que le cerveau en manque.»<sup>8</sup>*

---

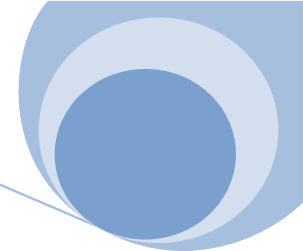
<sup>4</sup> *Ibid*, p. 34-35.

<sup>5</sup> BBC NEWS, *The Myth of the Chemical Cure*, En ligne, page consultée le 6 novembre 2009, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8138893.stm>

<sup>6</sup> Les psychotropes, ou *médicaments de l'âme*, comprennent les familles suivantes de médicaments : les antidépresseurs, les régulateurs de l'humeur, les neuroleptiques (ou antipsychotiques), les antiparkinsoniens, les anxiolytiques (ou tranquillisants) et somnifères.

<sup>7</sup> COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Avis – Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard critique – Résumé et recommandations*, Québec, CEST, 2009, p. xix

<sup>8</sup> *Les dérives de l'industrie de la santé...*, op. cit., p. 36.



## **b. Le passage du «normal» au «médical»**

Non seulement le mythe du *tout biologique* est solidement ancré dans nos sociétés modernes, mais on assiste depuis de longues années, à la «médicalisation du social». Ce phénomène peut se définir comme «un processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les individus.<sup>9</sup>»

En d'autres termes, il y a médicalisation d'événements (deuil, perte d'emploi, divorce, séparation), d'émotions dérangeantes (tristesse, colère, agitation), de choses qui ne relèvent pas nécessairement du domaine biomédical. Il y a un passage du «normal» au «médical». Ce qui faisait partie de la vie normale devient un objet d'intervention médicale.

*«Lorsqu'un expert établit qu'un état de santé mentale est problématique, il soutient l'idée qu'il s'agit d'une maladie. Lorsqu'il suggère de prendre des médicaments, il en légitime le traitement. De là découle un certain risque de voir diminuer l'importance du rôle que chacun peut exercer dans sa propre vie, notamment d'utiliser ses propres capacités pour faire face aux événements de la vie et pour développer son esprit critique, puisque la prescription de psychotropes justifie leur utilisation pour un usage non médical.»<sup>10</sup>*

La «médicalisation du social» fait en sorte, par exemple, que la timidité se traite aux antidépresseurs parce qu'elle est une «phobie sociale» incluse dans le DSM-IV, véritable bible des diagnostics<sup>11</sup>.

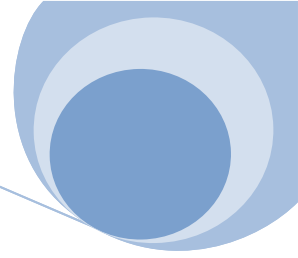
*«(...) dysfonction sexuelle induite par l'alcool, troubles alimentaires, jeu pathologique, somnambulisme, sevrage à la caféine... Ces affections existent-elles? Certes. Mais s'agit-il de maladies mentales? Si vous fumez, vous souffrez de dépendance à la nicotine. Si vous pleurez la mort d'un être cher pendant plus de deux mois, vous pourriez entrer dans la catégorie des personnes atteintes de trouble dépressif mineur!»<sup>12</sup>*

<sup>9</sup> Ichiro KAWACHI et Peter CONRAD (1996), cités dans MINTZES, Barbara (2002), dans COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Avis – Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard critique*, Québec, CEST, 2009, p. 24.

<sup>10</sup> COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE. *Avis – Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard critique*, Québec, CEST, 2009, p. 95.

<sup>11</sup> ST-ONGE, J.-Claude. *Accros de la pilule*, Justice Santé, automne 2005, p. 7.

<sup>12</sup> CAPLAN, Paula Joan (entrevue), propos recueillis par Mélanie Saint-Hilaire. *Le diagnostic, une imposture?*, Québec Science, numéro spécial, mars 2007, p. 52.



Le nombre de diagnostics a explosé, passant de 106 à 374, de 1952 à 1994<sup>13</sup>.

## **II. Le mythe des pilules du bonheur sans arrière-goût**

*« (...) une situation qui m'a beaucoup frappé quand je suis revenu à la clinique psychiatrique, ici à l'hôpital : La plupart de mes collègues –il y a des exceptions- ce n'est pas qu'ils n'ont pas le temps matériel d'écouter, c'est un peu ça, mais ce n'est pas seulement ça, c'est aussi parce qu'ils ont mis à tort ou à raison une croyance excessive dans la valeur du médicament. (...)14»  
-Denis Lazure, psychiatre*

### **a. La réponse à la souffrance?**

Ainsi, c'est «l'hégémonie du courant biomédical qui réduit la compréhension des problèmes de santé mentale à des symptômes qu'il faut traiter par une médication spécifique<sup>15</sup>».

L'hypothèse biochimique comporte bien des «avantages». Elle permet d'aborder tous les problèmes de santé mentale comme n'importe quel problème d'ordre physiologique, ce qui vient légitimer, en quelque sorte, le fait de privilégier la pilule comme traitement. Il ne faut pas se le cacher, il est plus facile, et sans doute moins coûteux, de prescrire que de rechercher des causes psychosociales aux problèmes de santé mentale!

La médication apparaît donc, trop souvent, comme la seule réponse à la souffrance. La pilule est perçue aujourd'hui comme la panacée aux problèmes de santé mentale et les psychotropes sont de plus en plus prescrits. Ils ont la cote.

---

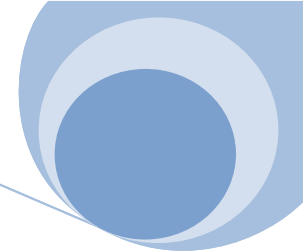
<sup>13</sup> SAINT-HILAIRE, Mélanie. *Le diagnostic, une imposture?*, Québec Science, numéro spécial, mars 2007, p. 51.

<sup>14</sup> Denis Lazure, psychiatre, dans le cadre de l'émission *Maisonneuve en direct*, à la Première chaîne de Radio-Canada, 6 mai 2004, «Bilan de la santé mentale», En ligne, page consultée le 6 novembre 2009, <http://www.radio-canada.ca/radio/maisonneuve/06052004/35902.shtm> |

<sup>15</sup> CORIN (1993, 1998), dans RODRIGUEZ, Lourdes, et autres. *Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers*, Équilibre (ACSM-Montréal), Volume 1, Numéro 1, Hiver 2006, p. 18.



## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



Plusieurs raisons seraient à l'origine de l'accroissement généralisé du recours aux psychotropes :

*«Assiste-t-on à un accroissement des problèmes de santé mentale? Ou bien plutôt à un meilleur repérage de ceux-ci à travers la mise au point d'outils diagnostiques plus efficaces? (ou les deux?). Est-on devant le développement d'une sensibilité clinique (notamment de la part des médecins généralistes qui demeurent les principaux prescripteurs) plus attentive aux dimensions psychologiques? Ou bien devant les effets d'une pression accrue à la prescription? Enfin, et peut-être surtout, n'assisterait-on pas à un abaissement du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, face aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique?»<sup>16</sup>*

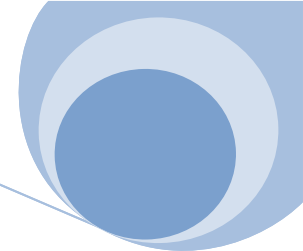
Dans l'imaginaire collectif, le mythe d'une médication efficace persiste, renforcé par les médias qui présentent les médicaments de façon généralement positive et peu critique, et par les compagnies pharmaceutiques dont les pratiques de promotion obéissent à une éthique pour la moins douteuse.<sup>17</sup>

On ne peut passer sous silence que ce mythe est soutenu, entre autres, par les prescripteurs, les parents et proches de la personne vivant un problème de santé mentale ainsi que par différents intervenants qui gravitent autour d'elle. Tous ensemble, et bien souvent de bonne foi, ils perpétuent l'idée que la médication est infaillible, indispensable, et occasionne peu d'effets secondaires. L'introduction de nouvelles molécules dites «plus performantes» renforce particulièrement ce dernier aspect; les effets secondaires sont perçus comme étant un moindre mal pour le «bien» de la personne utilisatrice.

---

<sup>16</sup> COLLIN, Johanne. *L'accroissement du recours aux médicaments psychotropes : de la maladie mentale au «mal de vivre»*, Équilibre (ACSM-Montréal), Volume 1, Numéro 1, Hiver 2006, p. 7.

<sup>17</sup> Pour un aperçu sur la pratique du «ghostwriting» ou l'usage de prête-noms, lire GRAVEL, Pauline. *Relations troubles entre scientifiques et compagnies pharmaceutiques*, Le Devoir, 26 août 2009. Pour un aperçu sur la pratique de ne rendre publiques que les études ayant donné des résultats favorables au médicament, lire GRAVEL, Pauline. *Les antidépresseurs moins efficaces qu'annoncé*, Le Devoir, 18 janvier 2008. Pour une lecture plus complète et globale, lire ST-ONGE, J-Claude. *L'envers de la pilule : Les dessous de l'industrie pharmaceutique*, Montréal, Écosociété, 2004, 228 pages. L'analyse de cet auteur québécois porte notamment sur les brevets et le monopole des médicaments, les essais cliniques, la recherche et le développement, le marketing, l'art de forger des pathologies, les nouveaux médicaments trop chers et moins efficaces que les anciens. Pour une revue de différents ouvrages sur l'industrie pharmaceutique, lire *Books : L'actualité par les livres du monde*, no 4, avril 2009.



## **b. L'envers de la molécule**

Dans les faits, les personnes utilisatrices de services en santé mentale rapportent que les *médicaments de l'âme* ne diminuent pas toujours les symptômes qu'ils sont censés traiter, ils ont de nombreux effets indésirables (vertiges, maux de tête, confusion, douleurs abdominales, vomissement, sécheresse de la bouche, diminution de l'appétit sexuel, prise ou perte de poids, tremblements, manque de coordination physique, grande fatigue, insomnie, cauchemars, etc.<sup>18</sup>) qui nécessitent la prise d'autres médicaments, qui à leur tour génèrent de nouveaux effets secondaires pénibles, et ainsi de suite.<sup>19</sup>

*«Dans les récits des utilisateurs, les effets secondaires constituent un des aspects les plus négatifs de la prise de médicaments. Ces derniers provoquent une grande anxiété et des difficultés importantes dans la vie quotidienne et le rapport aux autres.*

*Les effets secondaires visibles et stigmatisants de certains psychotropes rendent difficile l'intégration sociale : comme le manque de concentration, la rigidité de l'expression du visage ou les mouvements involontaires. Ces signes marquent la personne d'un sceau d'étrangeté et conduisent souvent à son exclusion.»<sup>20</sup>*

Souvent, les personnes utilisatrices de services de santé mentale déplorent le manque d'information sur la médication qu'elles consomment<sup>21</sup>. On leur explique que c'est «pour leur bien»<sup>22</sup>, tout simplement, et ce, malgré le potentiel de risque qu'ont les psychotropes, comme tout médicament.

---

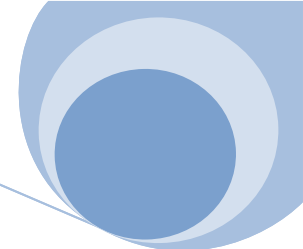
<sup>18</sup> Il est à noter que pour chaque catégorie de psychotropes est associée certains effets secondaires, lesquels varient d'une personne à l'autre.

<sup>19</sup> Pour aller plus loin : Le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques (CPS)* est l'ouvrage de référence canadien sur les médicaments. L'édition 2009 comprend 2 230 monographies de produits traitant de médicaments, vaccins et produits naturels. Pour plus d'information, consultez le site de l'Association des pharmaciens du Canada.

<sup>20</sup> *Limites du rôle de la médication psychiatrique...*, *op. cit.*, p. 23.

<sup>21</sup> *Ibid*, p. 20.

<sup>22</sup> Selon les propos de personnes utilisatrices.



Les critères du consentement libre et éclairé, au sens où l'entend le Code civil, ne sont donc pas rencontrés. La pilule est dure à avaler et n'est pas sans laisser un arrière-goût amer.

### **III. Le mythe du pouvoir du sarrau**

*«Est-ce que la psychiatrie a perdu son sens critique? Les psychiatres ne devraient-ils pas essayer de comprendre avant de juger et de toujours vouloir nous guérir le plus rapidement possible?»*

*-Une personne utilisatrice 23*

#### **a. L'expert, c'est moi!**

L'hypothèse des déséquilibres biochimiques, combinée à une forte confiance en la valeur du médicament, fait en sorte que l'expertise des médecins prend toute la place, parfois au détriment de l'écoute et de la compassion, au détriment de la personne utilisatrice.

*« (...) on peut dire que ce contre quoi les personnes protestent, c'est aussi ou surtout une certaine façon de prescrire et d'administrer les médicaments qui ne laisse pas de place à la discussion des craintes et du malaise très profonds que les médicaments sont susceptibles de creuser dans le corps et dans l'être (...). De nombreux usagers se plaignent de la façon autoritaire dont les psychiatres prescrivent la médication, de leur manque de flexibilité et d'écoute, du chantage auquel donne parfois lieu la prescription de médicaments (...)».<sup>24</sup>*

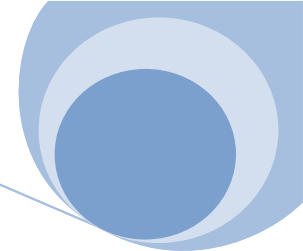
Très souvent, l'expertise médicale écrase celle, jugée peu crédible, de la personne, au détriment du respect de ses droits et de ses décisions. Pourtant, les usagers possèdent une expertise unique sur les médicaments qu'ils consomment. Ils sont les mieux placés pour discuter des effets de la médication dans leur vie, et ressentent le besoin de voir cette expertise

---

<sup>23</sup> Témoignage d'une personne utilisatrice, dans COHEN, David, Suzanne CAILLOUX-COHEN et AGIDD-SMQ. *Guide critique des médicaments de l'âme*, Québec, Les Éditions de L'Homme, 1995, p. 19.

<sup>24</sup> *Limites du rôle de la médication psychiatrique...*, op. cit., p. 21.

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



reconnue afin que s'ouvre, dans le bureau du médecin, un réel espace de dialogue.

Les personnes doivent prendre part à leur traitement et souhaitent le faire. Elles désirent partager leurs craintes, leur appréciation, leurs désirs, leurs points de vue sur le traitement qu'on leur propose, sans être perçues comme étant réfractaires, peu collaboratrices, difficiles, ou inaptes.

Cet espace de dialogue, que quelques médecins consentent à ouvrir, doit servir à considérer la personne dans son ensemble, non pas comme un diagnostic aux causes biologiques.

*«Les progrès scientifiques des dernières années ont entraîné une spécialisation de la psychiatrie vers le diagnostic et le traitement pharmacologique. (...) le rôle de la psychiatrie est beaucoup plus large que le diagnostic. La santé mentale est sans doute le domaine où l'environnement du patient est le plus important. On sait que le revenu, le logement, le réseau social, la famille, le travail et les loisirs sont des facteurs cruciaux.»<sup>25</sup>*

Pourtant, la psychiatrie clinique moderne «prétend adhérer à un véritable modèle biopsychosocial qui ne négligerait aucune dimensions de l'être humain pour comprendre ses troubles et l'aider à les surmonter. Mais cela n'est qu'un discours (...)»<sup>26</sup>.

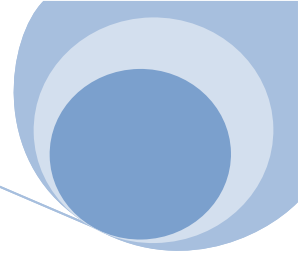
Considérant les doléances des utilisateurs de services portant sur la relation médecin/personne, il n'est pas étonnant qu'un mouvement de postpsychiatrie<sup>27</sup> ait émergé. Son principe de base : admettre que chaque humain a une interprétation culturelle unique de ses symptômes et de ses expériences. En ce sens, les médecins doivent accompagner les personnes pour qu'elles découvrent leurs propres valeurs, les encourageant à raconter des histoires sur elles-mêmes, pour «donner du sens à la souffrance, à la tragédie, à toutes ces choses qui causent une profonde détresse et sur lesquelles nous n'avons pas de contrôle. (...) Les pilules ont un rôle à jouer,

---

<sup>25</sup>BLANCHET, Luc (entrevue), propos recueillis par Pascale Millot. *L'affaire de tous*, Québec Science, numéro spécial, mars 2007, p. 15.

<sup>26</sup>COHEN, David, Suzanne CAILLOUX-COHEN et AGIDD-SMQ. *Guide critique des médicaments de l'âme*, Québec, Les Éditions de L'Homme, 1995, p. 16.

<sup>27</sup>Pour un article plus complet sur la postpsychiatrie, lire THOMAS, Phil, dans Lecomte, Yves et autres (sous la direction de). *La pensée critique en santé mentale*, Folie/Culture & Revue Santé mentale au Québec, 2008, p. 105 à 117.



mais leur prescription doit être négociée en fonction des valeurs des patients». <sup>28</sup>

#### **IV. Le mythe de l'inaptitude du non obéissant**

*«Lorsque j'étais hospitalisé, personne ne tenait compte de MA façon de voir le traitement, de mes peurs... Bref, personne ne tenait compte de ce qui sortait de ma bouche mais par contre ce qui entrait dans ma bouche était très important pour eux. Lorsque je parle de ces personnes, je parle des professionnels, mais aussi de ma famille. C'est comme si on disait que j'étais malade et que j'étais incapable de prendre une décision rationnelle.»*

*-Une personne utilisatrice 29*

##### **a. L'iniquité entre le «oui» et le «non»**

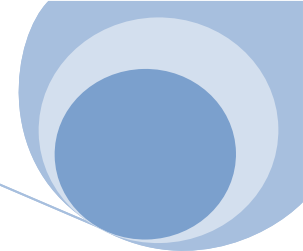
L'expérience sur le terrain de groupes d'entraide et de défense des droits met en lumière la tendance à juger « aptes à consentir » les personnes utilisatrices qui acceptent leur traitement, sans jamais le remettre en cause. En contrepartie, les personnes qui refusent leur traitement, le questionnent, le contestent, ou qui cherchent à faire valoir leurs droits, sont davantage susceptibles d'être jugées « inaptés ».

*«L'appréciation de la compétence de l'individu n'est pas exempte d'éléments subjectifs susceptibles d'affecter l'impartialité de celui qui effectue l'évaluation. À cet égard, on fait état de deux constats. Le premier porte sur la détermination du seuil de compétence en matière médicale même. Il semblerait que l'on tende parfois à juger apte la personne acceptant les conseils de son thérapeute, et inapte, celle qui les questionne et surtout, qui les refuse. Le deuxième constat est la tendance à inférer l'inaptitude à partir d'une décision qui ne semble pas rationnelle.*

---

<sup>28</sup> THOMAS, Dr Phil (entrevue), propos recueillis par Pascale Millot. *Compassion SVP*, Québec Science, numéro spécial, mars 2007, p. 63-64.

<sup>29</sup> Témoignage d'une personne utilisatrice, dans *Paroles et parcours d'un pouvoir fou : Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*, Montréal, 2005, p. 14.



*L'iniquité qu'il y a à juger la compétence de la personne sur la base d'une décision qu'elle a prise plutôt que sur ses habiletés à prendre lesdites décisions est évidente. L'évaluation de la compétence doit être la plus objective possible. Lorsque la personne est jugée apte, elle est la mieux placée pour déterminer son propre intérêt et on n'a pas à contrôler sa décision une fois cette étape franchie. Il en est autrement lorsque son inaptitude est contestée. La poursuite du meilleur intérêt par la personne chargée de prises de décision pour elle en son nom devient alors une exigence.»<sup>30</sup>*

## **b. Les raisons d'une présumée déraison**

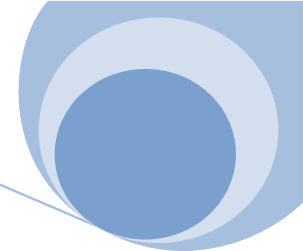
Pour se défaire de ce « préjugé d'inaptitude » lié tout particulièrement au refus de traitement, il faut comprendre les motivations qui incitent à refuser, à réduire ou à interrompre un traitement pharmacologique : le manque d'information, les effets indésirables pénibles et le peu d'espace pour en parler, la stigmatisation, la souffrance et des symptômes souvent présents malgré le traitement, le désir de grossesse, l'incapacité de retourner sur le marché du travail, la volonté de vivre sans médicaments, le désir de se sentir connecté à ses émotions, les valeurs culturelles, le manque de suivi, le manque d'alternatives à la médication, le souhait de ne plus se sentir «gelée», la volonté de contrôler un avenir que le diagnostic vient anéantir, etc.

C'est d'ailleurs pour toutes ses raisons qu'est né un modèle de pratique alternative, la gestion autonome de la médication de l'âme (GAM)<sup>31</sup>. Dans le respect des questionnements et des besoins des personnes utilisatrices, des organismes soutiennent les personnes qui veulent entreprendre une réflexion concernant leur médication pour en arriver à une qualité de vie plus satisfaisante. Le concept novateur de la GAM a été mis de l'avant par les

---

<sup>30</sup> KOURI, Robert P. et Suzanne PHILIPS-NOOTENS (1999), dans MÉNARD, Jean-Pierre. *Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits des personnes*, Autonomie et protection, Montréal, Service de la formation continue du Barreau du Québec, volume 261, 2007, p. 323.

<sup>31</sup> Le concept novateur de la GAM a été mis de l'avant par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, par le mouvement de défense des droits et par les ressources alternatives en santé mentale du Québec. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé à soutenir des projets visant la gestion autonome de la médication, afin de contribuer à atteindre la cible prioritaire de l'appropriation du pouvoir (*Accentuer la transformation des services de santé mentale*, MSSS, 2001). La réalisation du document *Gestion autonome de la médication de l'âme : Mon guide personnel*, a d'ailleurs été financé par le MSSS.



personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, par le mouvement de défense des droits en santé mentale et par les ressources alternatives en santé mentale du Québec.<sup>32</sup>

En d'autres termes, la méthode GAM permet aux personnes utilisatrices de mieux comprendre la médication qu'elles prennent et leurs effets, en plus de trouver leur «dose confort» de médication, compatible avec une bonne qualité de vie, dans un cadre sécuritaire tant au niveau médical que social.

## **V. Le mythe du fou dangereux**

*«L'amalgame fait par le grand public, les médias et les politiques entre maladie mentale et violence doit cesser, car il est une violence de plus faite aux personnes malades. Cette idée reçue génère des peurs, des réactions de rejet qui entraînent de graves conséquences sur leur santé et sur leur vie. Cette "schizophrénie", comme la xénophobie et l'homophobie, doit être combattue.»*

*-Vincent Girard, psychiatre<sup>33</sup>*

### **a. La psychose médiatique**

Le préjugé le plus persistant envers les personnes vivant un problème de santé mentale est celui qu'elles sont potentiellement violentes. Ce préjugé est particulièrement lourd envers les personnes ayant reçu un diagnostic de «schizophrénie», et celles ayant traversé des épisodes psychotiques. Il y a trop souvent présomption de dangerosité sur la base du diagnostic.

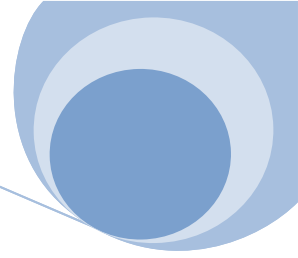
Sans aucun doute, les médias sensationnalistes ont contribué à cette «schizophrénie», à l'association « violence et problèmes de santé mentale », à partir d'événements tout aussi graves que déplorables, mais rarissimes.

*«Les reportages suggèrent souvent qu'une forte relation existe entre la maladie mentale et le crime. Pourtant, la majorité des gens qui sont violents ne sont pas atteints de maladies mentales. En fait, les gens atteints d'une maladie mentale sont plus susceptibles d'être la victime d'un acte de violence que de le commettre. (...) La fausse perception liant la violence et la santé mentale est fondée sur la peur de l'inconnu et de l'imprévu.»<sup>34</sup>*

<sup>32</sup> AGIDD-SMQ et RRASMQ (en collaboration avec ÉRASME). *Gestion autonome de la médication de l'âme : Mon guide personnel*, Québec, Mai 2003, p. 2.

<sup>33</sup> GIRARD, Vincent. *Pour en finir avec la "schizophrénie"*, Le Monde, 17 août 2008.

<sup>34</sup> ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE. *La violence et la maladie mentale*, En ligne, page consultée le 11 novembre 2009, [http://www.cmha.ca/bins/content\\_page.asp?cid=3-108&lang=2](http://www.cmha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-108&lang=2)



Lorsque des crimes graves sont commis, la recherche immédiate de sens à travers l'horreur s'enclenche dans les médias lesquels mettent facilement en cause les problèmes de santé mentale.

Certes, les médias ont un travail à effectuer, mais «il est inacceptable que des reportages effectués par des professionnels documentés se contentent de mentionner au passage la rareté de ces événements pour ensuite n'offrir au public que les aspects morbides de la maladie.»<sup>35</sup>

Considérant le mythe que les pilules sont efficaces pour tous parce qu'elles «corrigent» des déséquilibres biochimiques, les personnes qui ne suivent pas religieusement leur traitement pharmacologique sont aussi perçues comme étant plus dangereuses tandis qu'une personne médicamentée est vue comme étant contrôlée socialement donc sans danger.

#### **b. Les effets délirants du sevrage**

Lorsque des crimes graves sont commis, les médias mettent en évidence des liens discutables entre la violence et la prise de médicaments. Les prescriptions des personnes impliquées dans ces crimes sont révélées, commentées. La non-adhérence au traitement pharmacologique est mise au banc des accusés. Le raccourci simpliste *arrêt de la médication = retour de la maladie* est emprunté. Les effets secondaires pénibles des médicaments de l'âme et du sevrage sont rarement décrits.

Ici, quelques précisions sur le sevrage s'imposent. Toute baisse de médicament amène un état de sevrage. Après tout, les psychotropes sont des substances qui agissent chimiquement sur le système nerveux central.

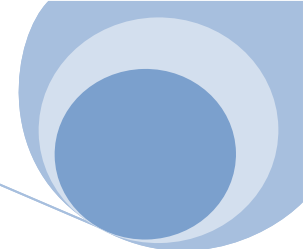
Trois types de symptômes de sevrage peuvent survenir. Il est effectivement possible qu'il y ait le retour graduel des symptômes pour lesquels le médicament a été prescrit (symptômes de rechute), parfois même de façon plus intense (symptômes de rebond). Mais une personne peut également expérimenter de nouveaux symptômes liés exclusivement au retrait du médicament (symptômes de sevrage).<sup>36</sup>

---

<sup>35</sup> Société québécoise de la schizophrénie, *Lettre acheminée à la Société Radio-Canada suite au reportage «Les délires meurtriers»*, En ligne, page consultée le 9 novembre 2009, <http://www.schizophrenie.qc.ca/FR/Defi/Articles/11-6Position.htm>

<sup>36</sup> *Gestion autonome de la médication...*, op. cit., p. 59.





Dans certains cas<sup>37</sup>, le processus de sevrage se fait sans difficulté majeure, si ce n'est des problèmes d'anxiété, d'insomnie et de cauchemars. Dans d'autres cas, des symptômes temporaires inquiétants sont constatés (agitation, sautes d'humeur, difficultés émotionnelles, salivation, tremblements, courbatures, dépression, etc.), allant même jusqu'au délire, aux convulsions et aux hallucinations<sup>38</sup>.

### **c. La dangerosité ou la «dérangerosité»?**

En raison des perceptions liées à la présumée dangerosité, certaines voix s'élèvent en faveur de rendre plus musclées les mesures légales existantes pour hospitaliser (garde en établissement) les personnes.

Il va sans dire que de telles mesures seraient une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes vivant un problème de santé mentale.

*«(...) opposer les droits de toutes les personnes vivant un problème de santé mentale à la sécurité publique est un raccourci dangereux. Rappelons ici que les mesures légales actuelles découlent de tous les abus passés. (...) rendre les lois plus sévères signifierait un dangereux retour en arrière et il y aura un prix social à payer : encore plus de personnes seront brisées par leur passage dans un système psychiatrique supposé leur venir en aide.»<sup>39</sup>*

Qui plus est, l'expérience sur le terrain d'organismes de promotion et de défense des droits démontre que la garde en établissement, malgré toutes les prérogatives de la loi, est davantage un outil pour contrôler les personnes plus dérangeantes que dangereuses. Il est constaté que la pratique d'enfermer les personnes dérangeantes pour les autres perdure.

*«(...) les centres hospitaliers présentent des requêtes pour garde en établissement psychiatrique pour des personnes ayant des troubles de comportement, qui dérangent leur entourage, sont bruyantes pour le voisinage, dérangeantes pour la famille ou soit parce que la personne se parle à elle-même dans la rue. La dangerosité devient donc une notion très élastique, et la requête*

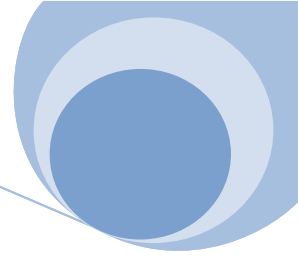
---

<sup>37</sup> Pour chaque catégorie de psychotropes est associée certains effets de sevrage, lesquels varient d'une personne à l'autre.

<sup>38</sup> *Gestion autonome de la médication...*, op. cit. p. 59-65.

<sup>39</sup> OUELLET, Jean-Nicolas et Doris PROVENCHER. *Lettre d'opinion : Un raccourci dangereux*, Le Devoir, 23 octobre 2006, A6.

**MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE :  
ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES**



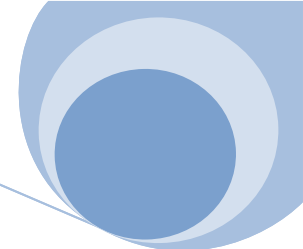
*pour garde en établissement psychiatrique devient un outil de contrôle social où même l'itinérance peut en devenir l'objet.»<sup>40</sup>*

Cette manière de faire est si courante que les personnes utilisatrices recourent à l'expression «dérangerosité» pour décrire, en un mot, le motif de mise sous garde, ou encore pourquoi elles ont fait l'objet d'une mesure de contrôle<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> LADOUCEUR, Me Ian-Kristian, dans AGIDD-SMQ. *La garde en établissement : une loi de protection... une pratique d'oppression*, Montréal, avril 2009, p. 15,

<sup>41</sup> Pour un complément d'information sur les mesures de contrôle : *AGIDD-SMQ. Pour s'en sortir et s'en défaire Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques*, Québec, mai 2006.



**Partie 2 : Enjeux juridiques**  
**Par Me Annie Rainville**

*Comment faire un arrimage entre le social et le juridique ?*

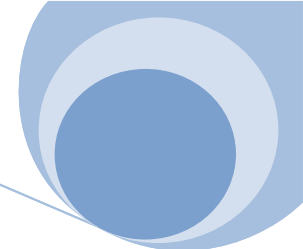
Une fois ces constats élaborés par l'AGIDD-SMQ, il importe de se rappeler la dimension légale associée aux problèmes de santé mentale. Les mythes qui persistent toujours font écho à des interprétations juridiques. Il est bon de se rappeler les principes de base touchant à la condition des personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

À titre d'exemple, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale se voient souvent confrontées à diverses procédures : une demande de garde en établissement, une requête pour ordonnance de traitement, l'ouverture d'un régime de protection, une requête pour évaluation psychiatrique, une audition devant le Tribunal administratif pour non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, etc.

On comprendra que l'intervention légale n'est présente que lorsque les problèmes de santé mentale créent des effets.

Ces effets trouvent leur application dans des concepts juridiques telles que l'inaptitude et la dangerosité, lesquelles seront traitées dans la présente section. Aussi, peu importe le diagnostic, le consentement aux soins se doit d'être toujours libre et éclairé. Quant à l'expertise, certains critères se doivent d'être respectés afin d'assurer un respect des droits des personnes utilisatrices de services en santé mentale.

La présente section mettra en relation les mythes précédemment expliqués et les notions juridiques de base s'y rattachant mais avant de s'attarder à un premier mythe, il importe de préciser que pour les fins du présent ouvrage, il est possible que plusieurs notions s'entrecoupent. La dangerosité fait référence aux gardes en établissement alors que l'inaptitude fait référence aux ordonnances de traitement. Puisque le présent texte souhaite rappeler qu'il faut parfois jongler avec toutes ces notions, nous traiterons ici des concepts juridiques pertinents.



### **i. Un rappel du principe du consentement aux soins en droit de la santé mentale**

« Le mythe des pilules du bonheur sans arrière-goût » nous permet de mettre en lien le consentement aux soins. Prendre une « pilule » c'est accepter un traitement et accepter un traitement, c'est y consentir.

« *Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.* »<sup>42</sup>. C'est là un des points d'ancrage de la notion de consentement aux soins, lequel est également repris par le Code civil du Québec, à son article 3.<sup>43</sup>

L'article 10 du Code civil est, quant à lui, très clair sur cette notion de consentement et stipule que :

*« Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »*<sup>44</sup>

Tel qu'exposé par l'AGIDD-SMQ, les utilisateurs de services en santé mentale déplorent le manque d'information sur la médication et sur leur diagnostic. Peuvent-ils alors donner un consentement libre et éclairé ?

Pour que ce consentement soit libre, il doit donc être exempt de toute contrainte, pression ou influence et pour qu'il soit éclairé, il faut que la personne atteinte d'un problème de santé mentale puisse prendre une décision en toute connaissance de cause.<sup>45</sup> La personne doit pouvoir consentir sans menace ni promesse et sans que ses facultés soient altérées.

---

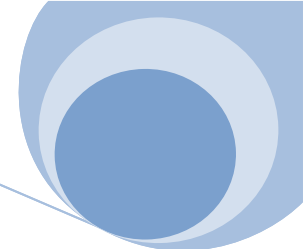
<sup>42</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q., c. C-12, article 1. Voir également les articles 3, 4, 5 et 10.

<sup>43</sup> L'invulnérabilité, l'autonomie et les autres dispositions pertinentes se trouvent également au *Code civil du Québec*.

<sup>44</sup> *Code civil du Québec*, article 10. L'article 11 du *Code civil du Québec* mentionne aussi que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. » Voir également l'article 9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2)

<sup>45</sup> Notons que des exceptions au consentement aux soins se trouvent dans *La Loi sur la santé publique*, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et à l'article 16 du *Code civil du Québec*.

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



Il importe alors de rappeler que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>46</sup> réitère le principe voulant que tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.<sup>47</sup> Il en va de même et, si tel est le cas, de l'élaboration de son plan d'intervention ou de services individualisés.

*« Habituellement, la consultation médicale se déroule dans un contexte d'entente mutuelle. Le médecin et le malade conviennent ensemble du meilleur traitement, lequel est prescrit, le tout sous le couvert du secret professionnel. »*<sup>48</sup>

Fort de cette affirmation, il importe, pour avoir un consentement éclairé, que le médecin informe adéquatement la personne. Cela impose alors au médecin le devoir de divulguer les éléments importants essentiels à une prise de décision éclairée soit: le diagnostic, la nature du traitement, la gravité de l'intervention, la procédure elle-même, les risques encourus pour la santé, les effets possibles sur la santé, les bénéfices et les avantages des soins, les conséquences d'un refus ou d'une non-intervention et les traitements alternatifs. Pour y arriver, le médecin doit poser des questions, écouter son patient, répondre à ses questions et s'assurer de fournir les explications adéquates et de faire les liens qui s'imposent. Cela fait partie du devoir déontologique.<sup>49</sup>

*« L'attitude de l'équipe traitante est déterminante. Combien de patients refusent le traitement parce que l'on se montre avare d'explications ou que l'on ne répond pas à leurs questions de façon satisfaisante? »*<sup>50</sup>

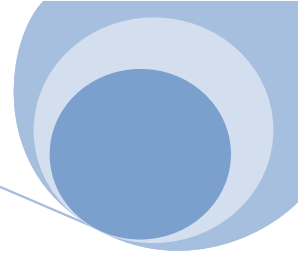
<sup>46</sup> *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2), article 10.

<sup>47</sup> LSSSS, *op. cité*, article 10 : « Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »

<sup>48</sup> P.A. LAFLEUR, « Je ne suis pas malade, docteur ! » dans *Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Être protégé malgré soi*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2002, EYB2002DEV244

<sup>49</sup> *Code de déontologie des médecins*, c. M-9, r.4.1, article 29 : « Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant légal a reçu les explications pertinentes à leur compréhension de la nature, du but et des conséquences possibles de l'examen, de l'investigation, du traitement ou de la recherche qu'il s'apprête à effectuer. Il doit faciliter la prise de décision du patient et la respecter. » Il en est de même pour les infirmiers et infirmières. Voir à ce sujet les articles 40 et 41 du *Code de déontologie des infirmiers et infirmières*, R.R.Q, 1981, c. I-8, r. 4.1.

<sup>50</sup> P.A. LAFLEUR, « Je ne suis pas malade, docteur ! », *op. cité*, note 49



Le consentement aux soins se doit d'être l'expression de la volonté de la personne, et ce, suite à un échange d'information. Il peut être ambigu, donné dans des situations où le verbal est contredit par le non-verbal, ce qui a pour conséquence de créer des flous et des zones grises. C'est pourquoi il est important de rappeler que l'obtention du consentement est un processus continu qui doit constamment être validé.

## **ii. L'expertise en droit de la santé mentale**

« Le mythe du pouvoir du sarrau », de par son image, nous amène à penser tout de suite à l'expert. C'est donc le médecin, le psychiatre ou le professionnel de la santé qui joue un rôle et ce rôle à des incidences sur le plan juridique.

Il ne faut pas se le cacher, notre société accorde encore beaucoup de pouvoir aux représentants du monde médical. Le domaine de la santé mentale n'y fait pas exception.

Cette expertise médicale est particulièrement utilisée dans les demandes de garde en établissement<sup>51</sup>, les autorisations de soins<sup>52</sup>, l'ouverture des régimes de protection<sup>53</sup> et la non-responsabilité pour cause de troubles mentaux<sup>54</sup>. La loi exige alors des rapports médicaux et/ou psychosociaux qui sont effectués par les professionnels de la santé.

Sur le plan social, nous avons vu que le mythe du pouvoir du sarrau constitue parfois un obstacle aux droits de la personne. L'expertise demeure un élément où le débalancement des forces peut devenir important lorsque la personne est confrontée à l'appareil judiciaire.

Les courts délais, les coûts et la disponibilité des experts ne sont que quelques difficultés rencontrées par les personnes confrontées à une telle situation. Pour plusieurs, cela fait en sorte que le recours à la contre-expertise est peu ou pas utilisé. Il importe donc de rappeler certains principes relatifs à l'expertise.

---

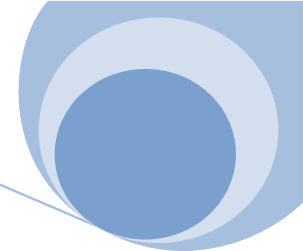
<sup>51</sup> Voir l'article 27 du C.C.Q. et les articles 778 à 781 du C.p.c.

<sup>52</sup> Voir l'article 23 du C.C.Q.

<sup>53</sup> Voir les articles 270, 276, 279 et 288 du C.C.Q.

<sup>54</sup> Voir les articles 672.55 et suivants du Code criminel.

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



Premièrement, l'expert est là pour donner une opinion. En santé mentale, il se doit d'éclairer le juge en fournissant, entre autres, des renseignements médicaux, des éclaircissements sur le diagnostic, la description du traitement recommandé, les risques et les bénéfices, les contre-indications, les données scientifiques, la dangerosité si elle existe et tout autre élément pertinent à l'analyse de la situation. Au soutien de son analyse, il émet alors des conclusions.

*« Le témoignage de l'expert portera sur des faits qu'il a lui-même constatés ou qui ont été constatés et prouvés par d'autres témoins, qui sont admis ou de connaissance commune, ainsi que sur des hypothèses découlant de ces faits. L'expert examinera ces faits à la lumière de données scientifiques pour ensuite tirer une conclusion dictée par ses connaissances et son expérience dans le domaine de sa spécialité. À moins d'en arriver à une certitude absolue, l'expert devrait énoncer et motiver la conclusion qui, parmi plusieurs possibles, s'avère la plus probable. »<sup>55</sup>*

Pour qu'une expertise soit complète en matière de santé mentale, elle doit tenir compte de plusieurs éléments dont le diagnostic lui-même, les traits de personnalité de l'usager, son état, les problèmes physiques qu'il peut avoir, les problèmes sociaux et environnementaux et le contexte dans lequel la personne évolue en société. L'expert peut également tenir compte du fonctionnement global de la personne, en faisant fi de ses convictions personnelles. Il importe de prendre la personne dans sa globalité.

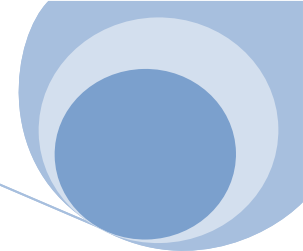
En matière psychiatrique, l'expert se fonde sur le dossier médical en plus de ses consultations. Les données recueillies par les infirmiers, les préposés, les informations fournies par des tiers tels que les membres de la famille, amis, et proches, permettent à l'expert de fonder son opinion. Il doit alors faire attention lorsque l'expertise se fonde sur du oui-dire ou sur des données dont il n'a pas eu personnellement connaissance. « Les données sur lesquelles l'expert s'appuie devront être prouvées par la partie qui le fait comparaître, afin que ne soit pas touchée la valeur probante de son témoignage. »<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> P. TESSIER et M. DUPUIS, « Les qualités et les moyens de preuve – Le témoignage », dans *Preuve et procédure, Collection de droit 2009-2010*, École du Barreau du Québec, vol. 2, 2009, EYB2009CDD13

<sup>56</sup> P. TESSIER et M. DUPUIS, « Les qualités et les moyens de preuve – Le témoignage », op. cité, note 51. Les auteurs citent les décisions *Lortie c. La Reine*, (1986), R.J.Q. 2878, EYB1986-62338 (C.A.) et *Trudel c. La Reine* (1994), R.J.Q. 678, EYB 1994-64413 (C.A.)

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



Rappelons également que « la valeur probante du témoignage de l'expert relève de l'appréciation du juge. Celui-ci n'est pas lié par l'opinion d'un expert. »<sup>57</sup>

*« Le témoignage d'un expert, malgré la qualité de ce dernier, ne lie toutefois pas le tribunal. Ce témoignage est apprécié selon sa valeur probante de la même façon que le tribunal apprécie le témoignage d'un témoin ordinaire. »<sup>58 59</sup>*

En droit de la santé mentale, notons également qu'à l'instar de la Cour supérieure ou de la Cour du Québec, le Tribunal administratif du Québec possède une expertise particulière. Composé d'un avocat, d'un psychiatre et d'un travailleur social, le T.A.Q. est compétent pour entendre les révisions d'ordonnances de gardes en établissement et agit comme Commission d'examen des troubles mentaux.<sup>60</sup> Le panel de décideurs est très différent de ceux de la Cour du Québec et de la Cour supérieure qui sont composés d'un seul et unique juge. Force nous est de constater que les analyses du T.A.Q. bénéficient d'une approche multiprofessionnelle. On y regarde alors la personne dans son ensemble. Est-ce le type de voie à privilégier?

Le présent mythe soulève les questions suivantes. Comment s'assurer que l'expertise ne l'emporte pas aussi facilement ? Comment donner de l'espace à l'opinion de la personne ? Comment créer un milieu favorable, exempt du raisonnement « gagnant-perdant » ?

Pour y arriver, le psychiatre joue un rôle primordial. Ce dernier se doit d'établir un lien de confiance avec son patient, une bonne alliance thérapeutique. Le psychiatre doit pouvoir accueillir le fait que la personne

---

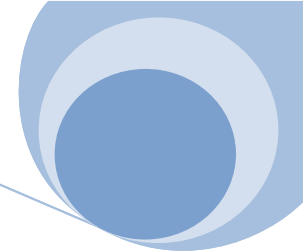
<sup>57</sup> S. LAVALLÉE, « La preuve testimoniale - notions générales », La preuve civile, 4<sup>e</sup> édition, 2008, EYB2008PRC17

<sup>58</sup> D. FERLAND et B. EMERY, « De l'audition des témoins », Précis de procédure civile du Québec, volume 1 (art.1-481 C.p.c.), 4<sup>e</sup> édition, 2003, EYB2003PPC38

<sup>59</sup> Notons toutefois que même si le tribunal n'est pas lié par l'expertise, il se doit d'avoir de bonnes raisons pour ne pas s'y fier. L'auteur Sophie Lavallée fait état de ce constat. « *L'expert a une compétence spécialisée et a pour rôle d'éclairer objectivement le juge sur des matières scientifiques et techniques. Son témoignage non contredit ne peut être écarté arbitrairement et doit être généralement accepté.* » S. LAVALLÉE, « La preuve testimoniale - notions générales », La preuve civile, 4<sup>e</sup> édition, 2008, EYB2008PRC17. Le texte fait aussi référence aux décisions J.L. c. Coopérative de l'Ébène, EYB2004-81829 (C.Q.), Genest c. Tribunal administratif du Québec, J.E. 2001-1932, REJB2001-30709 (C.S.), Levasseur c. Lemieux, (1975) C.S.200, Simard c. Soucy. (1972) C.A.640

<sup>60</sup> Sur la composition des membres du TAQ, section des affaires sociales, voir les articles 18, 19 et 22.1 de la *Loi sur la justice administrative*, L.R.Q., chapitre J-3.





qu'il traite peut prendre des décisions qui ne sont pas celles qu'il aurait souhaitées. Il doit s'assurer du respect des droits de la personne même si cela fait en sorte que ce qu'il croyait être conforme à son référentiel scientifique demande à être « challengé ». Il doit y avoir un contrat thérapeutique où tant le médecin que le patient se sentent reconfortés<sup>61</sup>. Il faut surtout éviter que la personne se sente seule contre son médecin-expert-de-sa-condition-à-qui-on-donne-raison !

Au surplus, les avocats œuvrant dans le domaine sont parfois confrontés à une dure réalité : le refus de leur client de participer à une contre-expertise. Là encore, il faut créer un espace de dialogue afin de s'assurer du respect des droits de la personne et de ses volontés.

Également, la représentation par avocat des personnes peut avoir un impact significatif sur l'issue d'un litige. L'avocat peut requérir une contre-expertise si son client est d'accord, il peut procéder à un contre-interrogatoire de l'expert, assigner des témoins importants, etc. Ce faisant, la représentation devrait-elle être obligatoire et amener une modification de l'article 394.1 du Code de procédure civile<sup>62</sup>? A-t-elle un impact réel sur les inégalités vécues par l'expertise ? Amène-t-elle un débat plus « serré » et une application plus stricte des critères légaux ?

### **iii. Un rappel du principe d'inaptitude en droit de la santé mentale**

« Le mythe de l'inaptitude du non obéissant » nous a montré que le raccourci « personne atteinte d'un problème de santé mentale » = « personne inapte » est parfois emprunté. Par conséquent, il importe de rappeler les exigences légales en matière d'inaptitude.

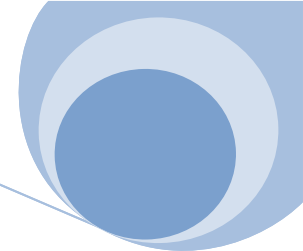
« Tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques destinés à assurer sa protection et son épanouissement. »<sup>63</sup> Ces fondements du

---

<sup>61</sup> Pour de plus amples informations sur ce que pense le psychiatre, le lecteur est invité à lire le texte du Dr. Lafleur, précité, note 49.

<sup>62</sup> *Code de procédure civile*, article 394.1 : « Lorsque, dans une instance, le tribunal constate que l'intérêt d'un mineur ou d'un majeur qu'il estime inapte est en jeu et qu'il est nécessaire pour en assurer la sauvegarde que le mineur ou le majeur inapte soit représenté, il peut, même d'office, ajourner l'instruction de la demande jusqu'à ce qu'un procureur soit chargé de le représenter. Le tribunal peut aussi rendre toute ordonnance utile pour assurer cette représentation, notamment statuer sur la fixation des honoraires payables à son procureur et déterminer à qui en incombera le paiement. »

<sup>63</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, op. cité, note 39, préambule.



préambule<sup>64</sup> de la Charte québécoise prennent tout leur sens lorsqu'on touche à la santé mentale. Souvent jugée inapte de par son diagnostic, on oublie parfois que « le respect de la dignité de l'être humain et la reconnaissance des droits et libertés dont il est titulaire constituent le fondement de la justice et de la paix. »<sup>65</sup> La pleine jouissance de ses droits civils<sup>66</sup>, le droit à la vie<sup>67</sup>, à l'inviolabilité et à l'intégrité de la personne<sup>68</sup> vont dans le même sens; ces principes sont enchâssés dans le Code civil.

L'article 4 du Code civil devient alors primordial lorsqu'il est question d'accepter ou non un traitement, et ce, puisqu'il impute une présomption générale d'aptitude à l'égard de toute personne. Pour contrecarrer cette présomption, c'est à celui qui allègue que la personne est inapte de l'établir<sup>69</sup>.

Or, le fait de questionner un traitement, de le refuser ou de le modifier nous amène à cette question d'inaptitude. Si la personne est inapte de façon partielle ou permanente, un régime de représentation est alors prévu.<sup>70</sup> Les causes de l'inaptitude permettant l'ouverture d'un régime de protection se trouvent à l'article 258 C.c.Q.<sup>71</sup>

Cependant, lorsqu'il s'agit uniquement de soins médicaux, les lois actuelles ne définissent pas l'inaptitude à consentir aux soins. C'est alors la jurisprudence qui guide les décisions des tribunaux et c'est la Cour

---

<sup>64</sup> Il importe de mentionner que le préambule de la Charte réaffirme que tous les être humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi.

<sup>65</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, op. cité note 39, préambule

<sup>66</sup> C.c.Q., article 1.

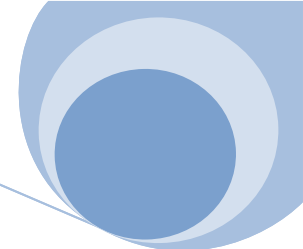
<sup>67</sup> C.c.Q., article 3.

<sup>68</sup> C.c.Q., article 3.

<sup>69</sup> C.c.Q., article 2803. « Celui qui veut faire valoir un droit doit prouver les faits qui soutiennent sa prétention ».

<sup>70</sup> Voir les articles 256 et suivants du *Code civil du Québec*.

<sup>71</sup> Aux fins d'évaluer l'inaptitude à administrer ses biens ou sa personne, on regarde, entre autres, si la personne se situe dans le temps, l'espace par rapport aux personnes qui l'entourent. Par la suite, on pourra évaluer la mémoire immédiate et la mémoire éloignée de la personne. Finalement, on regardera si la personne peut faire des raisonnements simples. Dans de tel cas, un régime de protection pourrait être mis en place. L'article 258 C.c.Q. mentionne : « Il est nommé au majeur un curateur ou un tuteur pour le représenter, ou un conseiller pour l'assister, dans la mesure où il est inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite, notamment, d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté. »



supérieure qui a compétence pour entendre les demandes d'ordonnances de traitement.

Notons toutefois que la Cour a eu l'occasion de se prononcer sur un principe-clé : « il n'existe pas, dans notre droit, de présomption d'inaptitude du fait de recevoir des soins psychiatriques. »<sup>72</sup>

Pour franchir la barrière de l'article 10<sup>73</sup> du Code civil portant sur le consentement à une atteinte à l'intégrité et permettre une violation de la personne humaine, il faut donc que la personne soit inapte à consentir aux soins et qu'elle les refuse de façon catégorique. Si ces conditions sont remplies, la procédure en vertu de l'article 16<sup>74</sup> sera alors enclenchée.<sup>75</sup>

Pour déterminer cette inaptitude à consentir aux soins, l'arrêt *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*<sup>76</sup> établit le principe en la matière. Le juge LeBel y reprend les critères élaborés dans le *Hospitals Act*<sup>77</sup> de la Nouvelle-Écosse en utilisant un test en cinq questions<sup>78</sup>, lesquelles permettent de déterminer ou non l'inaptitude à consentir de la personne.

Les questions sont les 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 ?

---

<sup>72</sup> *Cité de la santé de Laval c. Lacombe*, [1992] R.J.Q. 58, 60 (C.S.), le juge H. Marx.

<sup>73</sup> C.c.Q., article 10, op. cité, note 42.

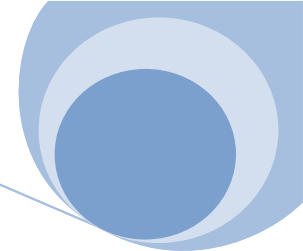
<sup>74</sup> Voir également les articles 12 et 15 du *Code civil du Québec*.

<sup>75</sup> C.c.Q., article 16. « L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit. »

<sup>76</sup> *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, (1991) R.J.Q. 1969 (C.S.)

<sup>77</sup> *Hospitals Act*, R.S.N.S. (1989), c. 208, de Nouvelle-Écosse

<sup>78</sup> Ce test en 5 questions a par ailleurs été repris et la Cour d'appel reprend cette approche dans *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A)*. (1994) R.J.Q. 2523(C.A.)



3. La personne comprend-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 ? <sup>79</sup>

Comme le mentionne Me Jean-Pierre Ménard :

*« Il appartient au médecin qui désire prodiguer un traitement ou faire une intervention, un examen ou un prélèvement de déterminer si son patient est apte ou non à consentir. Une telle détermination n'exige pas a priori une évaluation psychiatrique bien que celle-ci puisse être nécessaire dans certains cas. Elle suppose seulement une évaluation médicale raisonnable.*

*L'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude à consentir à des soins est un geste aux conséquences considérables. Il est important, dans de telles circonstances, de procéder, dans chaque cas où des doutes se posent quant à l'aptitude, à une évaluation attentive et minutieuse des paramètres établis pour déterminer l'aptitude ou l'inaptitude à consentir<sup>80</sup>. »*

À cet égard, devrions-nous nous inspirer de l'article 33 du Code civil du Québec qui nous enseigne ce qui peut être pris en considération lorsque vient le temps de déterminer l'intérêt d'un mineur. Les facteurs mentionnés à cet article touchent «le respect de ses droits» et sont pris alors en considération, « outre les besoins moraux, intellectuels, affectifs et physiques, son âge, sa santé, son caractère, son milieu familial et les autres aspects de sa situation. »<sup>81</sup> Ce principe ne devrait-il pas inspirer les intervenants du milieu de la santé dans la détermination de l'inaptitude de même que les tribunaux? La question est lancée<sup>82</sup>...

---

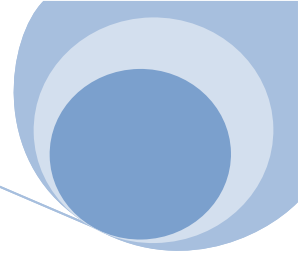
<sup>79</sup> Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais, (1991) R.J.Q. 1969 (C.S.), op. cité 77

<sup>80</sup> J.P. MÉNARD, « L'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins » dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec, *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1998, EYB1998DEV79

<sup>81</sup> C.c.Q., article 33.

<sup>82</sup> Il est par ailleurs intéressant de faire un parallèle avec l'article 257 du Code civil qui mentionne que lors de l'ouverture d'un régime de protection, les décisions doivent être prises dans l'intérêt, le respect des droits et la sauvegarde de l'autonomie du majeur.

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



Chose certaine, lorsque le tribunal analyse l'inaptitude, il se doit d'être le gardien des droits de la personne. Comme le mentionnait l'honorable juge André Rochon, le 5 mai 2008 :

*« Malgré les inquiétudes des milieux de la santé le législateur a confié aux tribunaux la mission d'autoriser les atteintes à l'intégrité d'une personne malgré son refus.*

*Dans l'accomplissement de cette tâche, le tribunal doit s'assurer du respect que la loi accorde à tout être humain, y compris le majeur inapte qui refuse les soins.*

*Le législateur aurait pu assigner cette tâche aux organismes issus du milieu médical ou hospitalier ou encore à une commission administrative quelconque. Il a plutôt opté pour un recours aux tribunaux.*

*Ce choix marque sa volonté de faire primer le droit à l'autonomie et l'autodétermination de la personne sur l'approche éthique médicale traditionnelle qui veut que tout soit mis en œuvre pour le bien-être du patient.*<sup>83</sup> (Nos soulignés)

Le présent mythe doit donc nous porter à réfléchir et si nous n'avions qu'à retenir un élément, ce serait celui soulevé par les auteurs Robert P. Kouri et Suzanne Philips-Nootens qui mentionnent que :

*« Malgré l'importance des conséquences juridiques qu'elle entraîne, l'évaluation de l'inaptitude n'est pas chose facile et il faut se garder d'inférer trop facilement son existence en présence de certaines maladies, particulièrement la maladie mentale. »*<sup>84</sup>

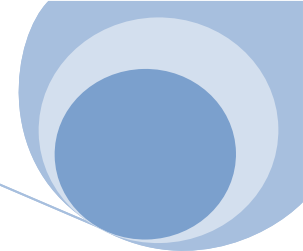
#### iv. Un aperçu jurisprudentiel de la dangerosité

« Le mythe du fou dangereux » fait référence, comme son appellation l'indique, à la dangerosité. À cet égard, nous avons vu que sur le plan social, une personne diagnostiquée avec un problème de santé mentale peut facilement se voir accoler une présomption de dangerosité.

---

<sup>83</sup> Québec (Curateur public) c. Centre de santé et de services sociaux de Laval, EYB 2008-132798, 5 mai 2008, (C.A.), l'honorable André Rochon

<sup>84</sup> R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu », dans *Revue du Barreau*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2003, EYB2003RDB66



Or, le législateur québécois a choisi d'avoir, en matière de privation de liberté, un régime strict et d'application exceptionnelle. La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui*<sup>85</sup> a, en ce sens, soulevé plusieurs questions sur le plan jurisprudentiel que les tribunaux ont dû se prononcer sur ce concept de dangerosité, qui n'est défini nulle part en droit.

Rappelons qu'avant de priver quelqu'un de sa liberté en le plaçant en garde en établissement psychiatrique, le tribunal doit être convaincu que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire. Parfois, seul le diagnostic peut nous amener à croire que la personne est dangereuse. Agir en ne tenant compte que de ce diagnostic va cependant à l'encontre de ce qu'enseigne l'article 30 du Code civil du Québec. Cet article stipule, au deuxième alinéa que :

*« ... le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise. »*<sup>86</sup>

À cet égard, l'honorable Guy Ringuet reprenait récemment<sup>87</sup> les propos de la Cour d'appel du Québec dans l'arrêt *N.B. c. Centre Hospitalier affilié universitaire de Québec*<sup>88</sup> à l'effet que :

*« Tant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes que pour autrui que le Code civil témoignent de la ferme intention du législateur de ne pas subordonner la liberté des citoyens à l'expression d'avis non détaillés ni motivés, fussent-ils ceux de psychiatres. »*<sup>89 90</sup>

---

<sup>85</sup> *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui*, L.R.Q., chapitre P-38.001

<sup>86</sup> C.c.Q., article 30

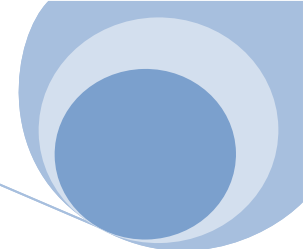
<sup>87</sup> *Centre de santé et de services sociaux de Manicouagan c. K. R.*, 2009 OCCCQ 4359 (CanLII)

<sup>88</sup> *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, 2007 QCCA 1382 (CanLII)

<sup>89</sup> *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, op.cité, page 5

<sup>90</sup> Pour plus de détails sur l'exigence d'avoir des rapports motivés et détaillés, le lecteur peut se référer à la décision de la Cour d'appel dans *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, op. cité, note 89. Les juges François Pelletier, Julie Dutil et Lorne Giroux y mentionnent que : « *Aucun des rapports ne précise en quoi la maladie de l'appelante emporte*

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



Il revient à l'équipe traitante de démontrer que la personne utilisatrice est réellement un danger, et ce, de façon claire et avec suffisamment d'éléments<sup>91</sup>. Il importe « *de dépasser le seuil de la possibilité et atteindre celui de la probabilité* »<sup>92</sup>, le tout, en raison de la privation de liberté que la dangerosité peut entraîner<sup>93</sup>.

*« La dangerosité doit être prévisible et s'apprécier dans l'immédiat. Il n'est pas suffisant d'alléguer un danger potentiel. Il faut faire la preuve d'un danger actuel. »<sup>94</sup>*

Cette exigence légale implique donc une analyse complète de la situation de la personne avant de conclure qu'elle est dangereuse. Le tribunal a, à cet égard, rappelé l'importance d'observer la situation de la personne au moment où elle se présente devant la cour puisque la situation de la personne peut évoluer dans le temps. Les comportements générés par Les problèmes de santé mentale sont changeants et susceptibles de se résorber, à tout le moins de se modifier.

*« ...le Tribunal, après avoir entendu la preuve, doit décider si madame V.B. représente un danger pour elle-même et pour autrui, et non pas décider si l'entourage de madame est bon ou pas bon pour elle-même.*

---

*un quelconque danger pour sa propre sécurité ou pour celle d'autrui. Les rapports se limitent à une affirmation sibylline selon laquelle l'état mental de l'appelante représente un danger léger pour elle-même et modéré pour autrui. Or, en vertu de la loi, la dangerosité est le critère cardinal qui, en matière de privation de liberté, doit faire l'objet d'explications précises se rapportant à la personne en cause. ... »*

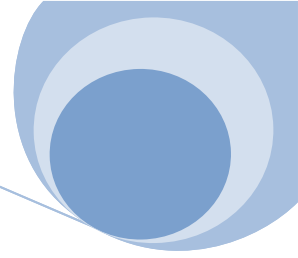
<sup>91</sup> Le juge Guy Ringuet rappelle cette notion dans la décision du 26 septembre 2008, *Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette c. L. L.*, 2008 QCCQ 8319 (CanLII) « *Il n'est pas suffisant qu'un témoin émette une conclusion. Les données sur lesquelles s'appuie cette conclusion doivent être prouvées. De plus, il doit exister un lien temporel entre ces données et le danger que l'on redoute et que l'on cherche à prévenir. Le danger doit être circonscrit, la nature du danger que l'on redoute doit être précisée et explicitée, et avoir également un lien de causalité avec la nécessité d'une garde en établissement.* »

<sup>92</sup> *Centre hospitalier régional de Sept-Îles, c. A.S.*, 2004 CanLII 28937 (QC C.Q.), l'honorable juge Michel Parent

<sup>93</sup> Pour davantage d'informations sur la question de la preuve, le lecteur peut également consulter la décision de l'honorable Guy Ringuet du 14 mai 2009; *Centre de santé et de services sociaux de Manicouagan c. K. R.*, op. cité note 88, laquelle reprend les enseignements de la Cour suprême à savoir : « *Il n'existe en matière civile qu'une seule norme de preuve, celle de la prépondérance des probabilités. Dans l'arrêt F.H.c. McDougall, la Cour Suprême du Canada précise que: « De même, la preuve doit toujours être claire et convaincante pour satisfaire au critère de la prépondérance des probabilités».*

<sup>94</sup> Anonyme, T.A.Q., SAS-M-067468-0106, 11 septembre 2001

## MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE : ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES



*Madame V.B. n'a sûrement pas pris une bonne décision lorsqu'elle a décidé par elle-même d'arrêter de prendre le « zoloft » et elle en a subi les conséquences puisqu'elle a été en état psychotique pendant quelque temps. Mais si je regarde son état actuel et si je considère ce qu'est madame aujourd'hui, le Tribunal considère qu'il n'y a pas de danger pour elle-même et pour autrui. »<sup>95</sup>*

Les décisions des dernières années démontrent que « *des difficultés à organiser sa vie ne constituent pas, en l'absence de dangerosité physique, une situation de dangerosité nécessitant une garde en milieu fermé.*<sup>96</sup> ». Parfois, la personne peut prendre soin d'elle-même, par ses solutions personnelles qui peuvent paraître non-conformistes.

*« Le fait que quelqu'un ait des problèmes de santé mentale n'est pas le critère approprié pour le priver de sa liberté. Encore faut-il qu'il y ait une preuve prépondérante à l'effet qu'il y a des motifs sérieux de croire qu'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental et que sa garde est nécessaire. ...*

*Dans les circonstances, la preuve offerte est plutôt à l'effet que monsieur ne représente pas un tel danger et qu'il est en mesure, avec ses moyens, de s'occuper de sa condition et de sa santé mentale par des moyens qu'il pourra prendre et que le Tribunal ne peut lui imposer d'aucune manière. »<sup>97</sup> (Nos soulignés)*

Et au même effet :

*« Considérant qu'il ne fait aucun doute dans l'esprit du Tribunal que monsieur a besoin d'aide, mais qu'il ne s'agit pas là d'un critère pour lui enlever sa liberté. »<sup>98</sup>*

---

<sup>95</sup> *Centre Universitaire de santé McGill c. V.B.*, 22 décembre 2005, 500-40-017669-057, juge Gilson Lachance.

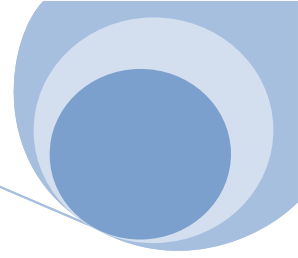
<sup>96</sup> Anonyme, T.A.Q., SAS-Q-075975-0105, 22 août 2001. Au même effet: Anonyme, T.A.Q., SAS-Q-086099-0204, 17 juillet 2002

<sup>97</sup> *CHUM (Docteur Charles Bellavance) c. J.M.R.*, 23 novembre 2007, 500-40-021455-071, juge Henri Richard.

<sup>98</sup> *CHUM (Docteur Charles Bellavance) c. A.J.*, 23 novembre 2007, 500-40-021454-074, juge Henri Richard.



**MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE :  
ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES**



Ce mythe de la dangerosité nous porte également parfois à conclure qu'une personne est dangereuse alors qu'elle est plutôt différente. C'est peut être ce qui porte les intervenants à « parler de désorganisation de comportement plutôt que de comportement différent »<sup>99</sup>. Or, comme le rappelait l'honorable juge Gérald Locas, lorsqu'une personne est dérangement, on la considère comme un danger<sup>100</sup> alors qu'elle est peut-être uniquement originale, marginale, activiste, combative ou hors normes. Beaucoup de qualificatifs pour définir une personne mais qui, légalement ne rencontrent pas le critère de dangerosité.

*« Pourquoi ce serait son comportement qui serait désorganisé plutôt que le comportement de tout le monde autour ? C'est parce qu'habituellement quand il y a quelqu'un qui n'agit pas comme les autres, c'est lui qui est le « pas correct ». Il est évident que madame dans son comportement dérange et puis on n'aime pas cela. »<sup>101</sup>*

Fort de ce rappel des notions juridiques applicables, il importe de se rappeler un principe de base, énoncé à l'article 1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

*« Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité. »<sup>102</sup>*

Cet esprit de fraternité ne devrait-il pas être le principe toujours présent, en filigrane pour guider les décisions et les actions prises à l'égard des personnes atteintes d'un problème de santé mentale ? Ne devrions nous pas tenter de le mettre en œuvre tous les jours, et ce, pour un respect plus complet du droit de ces personnes ?

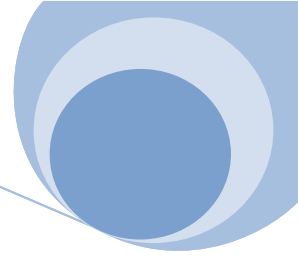
---

<sup>99</sup> *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.L.*, 27 mars 2007, 500-40-020311-077, juge Gérald Locas.

<sup>100</sup> *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.L.*, *op.cité.*

<sup>101</sup> *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.L.*, *op.cité.*

<sup>102</sup> *Déclaration universelle des droits de l'homme*, article 1. ONU, 10 décembre 1948



## **CONCLUSION**

*«Je suis une personne, pas une maladie.»  
-Rapport Harnois<sup>103</sup>*

La médication en santé mentale n'est pas à bannir, mais elle ne constitue pas la seule réponse à la souffrance des personnes. Les thérapies non médicamenteuses (consultations avec des psychologues, des travailleurs sociaux, etc.) ont un rôle à jouer dans le traitement des problèmes de santé mentale, le tout en concordance avec les valeurs des personnes utilisatrices. Il en va de même avec tout autre moyen favorisant l'appropriation du pouvoir des usagers en santé mentale. Malheureusement, ces méthodes complémentaires ou alternatives à la médication sont souvent difficiles d'accès, mal connues ou sous-utilisées.

Un changement de pratique s'impose pour le respect des droits des personnes. La première étape est simple : écouter la personne utilisatrice, la considérer pour ce qu'elle est, soit l'experte de son propre vécu. Elle est une personne, pas une maladie.

Ce discours n'est pourtant pas nouveau. Déjà, en 1989, la *Politique de santé mentale* du gouvernement du Québec faisait valoir que :

*« Ramenée à une série de symptômes et traitée comme telle, la personne malade se voit trop fréquemment isolée, coupée de ses liens, de son passé, de son environnement. C'est sa condition de malade qui prime. Peu engagée dans les décisions qui la concernent, elle est souvent peu informée, privée de l'exercice de ses rôles sociaux fondamentaux ou même lésée dans ses droits.<sup>104</sup> »*

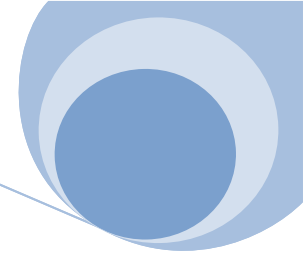
La Politique de santé mentale a 20 ans, et des progrès ont été réalisés pour un plus grand respect des droits des personnes vivant un problème de santé mentale. Malheureusement, le gouffre entre la théorie et la pratique, certaines cultures organisationnelles, et les préjugés font en sorte que les droits et libertés des personnes utilisatrices ne sont pas respectés en tout temps, et en toute circonstance.

---

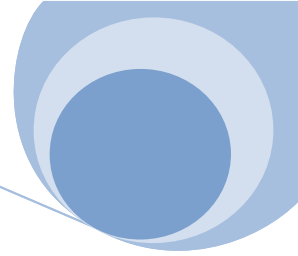
<sup>103</sup> Extrait du rapport «Pour un partenariat élargi: projet de politique de santé mentale pour le Québec» (aussi connu sous le nom de *Rapport Harnois*), rapport ayant conduit à la *Politique de santé mentale* du Québec, en 1989.

<sup>104</sup> Ministère de la santé et des services sociaux, *Politique de santé mentale*, Québec, 1989, p.14.

**MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE :  
ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES**



Assurer un respect complet des règles de droit propres à la santé mentale constitue ainsi un défi quotidien qui ne peut être uniquement l'apanage des professionnels de la santé. Les décideurs et les avocats oeuvrant dans le domaine se doivent d'avoir toujours cet objectif en tête. N'est-ce pas là un devoir moral qui nous incombe ?



## **BIOGRAPHIE DES PRÉSENTATRICES**

### ***Doris Provencher***

Doris Provencher travaille dans le milieu communautaire et alternatif en santé mentale depuis 1989.

Elle a d'abord œuvré dans une ressource alternative d'entraide avant de participer à la fondation, en 1991, de l'organisme régional de promotion et de défense des droits en santé mentale Pleins Droits Lanaudière.

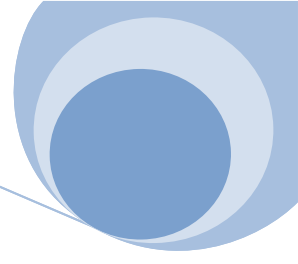
Madame Provencher fut parmi les premières formatrices de «L'Autre côté de la pilule», une formation critique qui vise l'acquisition de connaissances sur les psychotropes et la compréhension de leurs effets. Cette formation a été élaborée par l'AGIDD-SMQ en 2000. Plus d'un millier de participants ont reçu cette formation, majoritairement des personnes utilisatrices de services en santé mentale, mais aussi des intervenants du réseau de la santé et des proches.

Cette formation s'inspire du «Guide critique des médicaments de l'âme», coproduit par l'AGIDD-SMQ. Cet ouvrage s'est imposé comme l'une des rares références francophone touchant les «médicaments de l'âme». Depuis 1995, 10 000 exemplaires ont été écoulés, principalement au Québec.

Madame Provencher a également initié, avec quelques collaborateurs, un ouvrage novateur intitulé «Gestion autonome de la médication : Mon guide personnel» lancé en 2002.

Enfin, en 2007, l'AGIDD-SMQ a également tenu, en partenariat avec deux organisations, un forum international sur la question des psychotropes. Intitulé «Les psychotropes, une réponse à la souffrance?», ce forum a réuni plus de 500 participants du Québec, des États-Unis et de la France. Lors de cet événement, pour la première fois, la question des médicaments en santé mentale a été abordée à partir de l'expérience et de l'expertise des personnes qui les consomment.

Impliquée depuis 20 ans dans la promotion et la défense des droits en santé mentale, Madame Provencher est directrice générale de l'AGIDD-SMQ depuis 2002. Cette association regroupe principalement des organismes régionaux de promotion et de défense des droits, ainsi que des groupes d'entraide de promotion-vigilance des droits. Tous ces organismes sont administrés majoritairement par des personnes utilisatrices.



Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le respect des droits en santé mentale et, en ce sens, elle n'est pas une association antipsychiatrique ou antimédicaments.

### **Me Annie Rainville**

Après s'être fortement engagée pendant ses études dans des activités axées sur l'aide à la communauté, Me Annie Rainville continue encore aujourd'hui de s'impliquer dans des activités humanitaires.

C'est ainsi qu'elle a présidé pendant un certain temps le Comité des services « pro bono » de l'Association du Jeune Barreau de Montréal et qu'elle participe depuis plusieurs années au Comité des usagers de l'Hôpital Ste-Justine de Montréal et au Comité d'éthique à la recherche du CHU McGill, tout en assumant une charge complète d'avocate dans un des bureaux œuvrant en droit civil de l'Aide juridique de Montréal, au bureau Sud-Ouest.

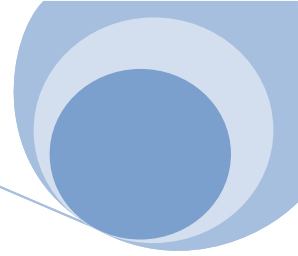
Me Annie Rainville a développé de l'expertise dans la représentation des clients ayant des problèmes de santé mentale et elle a déjà amorcé une réflexion sur ce domaine au sein du Centre communautaire juridique de Montréal.

Chargée de cours à l'Université de Montréal, elle agit comme tutrice à la Clinique juridique de l'université et permet ainsi un meilleur accès à la justice.

Depuis presque six ans, elle continue de s'intéresser à la défense des droits des personnes vulnérables, particulièrement au cours du processus légal de la garde en établissement.

Dans sa pratique, elle représente les personnes atteintes de problèmes de santé mentale lorsqu'elles sont confrontées à des demandes de garde en établissement, à des autorisations de soins, à des contestations devant le tribunal administratif du Québec, à des commissions d'examen, à des régimes de protection, etc.

**MYTHES EN DROIT DE LA SANTÉ MENTALE :  
ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES**



Ce texte a été reproduit dans  
LA PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES  
Volume 315  
Service de la formation continue  
Barreau du Québec  
Éditions Yvon Blais  
ISBN : 978-2-89635-272-2 (1<sup>er</sup> trimestre 2010)