



**Aucune justification thérapeutique ne doit permettre des traitements cruels, inhumains ou dégradants**

Commentaires et recommandations de l'AGIDD-SMQ concernant le *Septième rapport périodique du Canada sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*

## Table des matières

Table des matières .....	2
Introduction .....	3
Des exemples concrets concernant le Canada, de 2012 à 2016.....	4
La Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle L.C. 2014, ch. 6 .....	4
Recommandation 1 .....	5
La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH).....	6
Recommandation 2 .....	7
Recommandation 3 .....	7
Le Programme de contestation judiciaire du Canada .....	8
Recommandation 4 .....	8
Des exemples concrets concernant le Québec, de 2012 à 2016 .....	9
Les mesures de contrôle : contention, isolement, substances chimiques.....	9
Recommandation 5 .....	13
La loi P-38.001, <i>Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</i> .....	14
Recommandation 6 .....	19
Les autorisations judiciaires de soins.....	20
Recommandation 7 .....	25
Appuis de l'AGIDD-SMQ concernant d'autres exemples concrets de traitements cruels, inhumains ou dégradants.....	26
Loi antiterroriste de 2015 .....	26
Recommandation 8 .....	26
Les soins psychiatriques en milieu carcéral .....	26
Recommandation 9 .....	26

## Introduction

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec L'AGIDD-SMQ a pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de tout citoyen. L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Les commentaires et recommandations de l'AGIDD-SMQ concernant le *Septième rapport périodique du Canada sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* se basent sur les documents suivants :

- La *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, en particulier les articles 1 à 16, notamment le fait que « les obligations énoncées aux articles 10, 11, 12 et 13 sont applicables moyennant le remplacement de la mention de la torture par la mention d'autres formes de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants » et le droit d'obtenir réparation et d'être indemnisée équitablement et de manière adéquate.
- La *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, en particulier les articles 4 et 14 concernant les obligations générales et la liberté et la sécurité de la personne.
- Le *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez* (1er février 2013), en particulier tout ce qui concerne la capacité juridique et le consentement éclairé, les situations d'impuissance et la doctrine de la « nécessité médicale », les personnes « atteintes de troubles psychosociaux », l'interdiction absolue de la contention et de l'isolement et les recommandations.
- *L'Observation n°3 (2012)*, en particulier les alinéas 3 et 5, définissant le mot « victime » et l'obligation d'obtenir réparation et les garanties de non-répétition.
- *L'A/63/175, Rapport d'activité (28 juillet 2008) du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, notamment le fait « qu'il ne saurait y avoir de justification thérapeutique de l'utilisation prolongée des moyens de contention qui peut constituer un acte de torture ou un mauvais traitement.»

Nos commentaires et recommandations porteront d'une part sur les actions du Canada et d'autre part sur celles du Québec (la santé étant de juridiction provinciale), concernant les autres peines, traitements cruels, inhumains ou dégradants que subissent les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, tant au niveau de la législation que des pratiques médicales. Plusieurs thèmes n'étant pas inclus dans la liste de questions préalables à la production du rapport du Canada, nous les ajoutons dans notre document.

## Des exemples concrets concernant le Canada, de 2012 à 2016

### *La Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle L.C. 2014, ch. 6*

Sanctionnée le 14 avril 2014, la *Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle* a modifié le *Code criminel* et la *Loi sur la défense nationale (troubles mentaux)* en apportant des modifications majeures :

- La prépondérance de la sécurité du public.
- La suppression de l'obligation de prendre la décision la moins sévère et la moins privative de liberté qui était inscrite à l'article 672.54 du *Code criminel*.
- L'introduction de la notion d'accusé à haut risque dans le *Code criminel*.
- La prorogation du délai préalable à la tenue d'une audience de révision jusqu'à un maximum de trente-six mois après avoir rendu une décision ou l'avoir révisée.
- L'exception au consentement de l'accusé concernant la déclaration protégée.
- La transmission à la victime de l'information du lieu de résidence projetée de la personne, si la victime en fait la demande.
- La possibilité que l'application de la loi et d'accusé à haut risque soit rétroactive<sup>1</sup>.

Nous estimons que les dispositions citées précédemment et incluses dans le Code criminel diminuent l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, qu'elles renforcent la stigmatisation à leur égard, qu'elles entretiennent les préjugés, qu'elles restreignent l'accès à des recours crédibles, transparents, impartiaux et respectueux des droits et libertés de la personne et d'un état démocratique, qu'elles diminuent leur liberté et renforce les peines, traitements cruels, inhumains et dégradants des personnes jugées non-criminellement responsable.

Il nous apparaît que ces dispositions nuisent grandement aux principes de base de justice fondamentale et à l'esprit même de la *Charte canadienne des droits et libertés* ainsi qu'à l'article 16 de la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*.

L'AGIDD-SMQ a donc demandé<sup>2</sup> aux instances gouvernementales impliquées de revoir ce projet de loi à la lumière des deux grands piliers sur lesquels sont basés la société canadienne, la primauté du droit et les principes de la justice fondamentale.

---

<sup>1</sup> Cour du Québec, R. c. C.R., 2015 QCCQ 2299. Le juge Thierry Nadon a statué que la loi ne s'appliquait pas rétroactivement à la situation de l'accusé.

<sup>2</sup> « *Le retour du Talion! Quand l'arbitraire remplace la primauté du droit – Mémoire portant sur le projet de loi C-54, Loi modifiant le Code criminel et la Loi sur la défense nationale (troubles mentaux)* », mémoire de l'AGIDD-SMQ présenté au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes en juin 2013 et au Comité sénatorial des affaires juridiques et constitutionnelles en mai 2014.

## **Recommandation 1**

**Que le Comité contre la torture presse le Canada à retirer la disposition d'accusé à haut risque et tous les articles concordants du Code criminel, à s'engager à réintroduire la décision la moins sévère et la moins privative de liberté qui était inscrite à l'article 672.54 du *Code criminel* et à mettre en place des mesures pour assurer aux victimes l'accès à la justice, ainsi que des services psychosociaux, des services d'aide directe et de soutien et des mesures financières compensatoires.**

## ***La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)***

La *Convention relative aux droits des personnes handicapées* a été adoptée le 13 décembre 2006 au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York.

Le Canada a signé la Convention, le 30 mars 2007, le jour où elle a été ouverte à la signature et l'a ratifiée le 11 mars 2010. Toutefois, il n'a toujours pas signé le Protocole facultatif.

Cette convention a pour but « *de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque. Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.*<sup>3</sup> »

En plus des articles concernant les droits fondamentaux, l'inclusion, la santé, le travail, l'éducation, le niveau de vie adéquat et la protection sociale, plusieurs de ses articles touchent particulièrement les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et les traitements qui leur sont donnés, notamment :

- L'article 12, reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité.
- L'article 14, liberté et sécurité de la personne.
- L'article 15, droit de ne pas être soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.
- Article 17, droit au respect de l'intégrité physique et mentale sur la base de l'égalité avec les autres.

En 2013, en lien avec cette convention, le *Rapport<sup>4</sup> du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez*, recommande aux États de mettre fin aux dispositions législatives permettant l'isolement, la contention physique et chimique, le traitement et l'internement forcés et de remplacer ces mesures par des services à l'échelon de la communauté.

*« Personnes atteintes de troubles psychosociaux*

*89. Le Rapporteur spécial engage tous les États à :*

- a) Réexaminer le cadre de lutte contre la torture en tenant compte des personnes handicapées et conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui contient des orientations faisant autorité quant aux droits de ces personnes dans le contexte des soins de santé;*

---

<sup>3</sup> ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, article 1, 2006

<sup>4</sup> ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez*, 1er février 2013, 26 pages.

- b) *Prononcer l'interdiction absolue de toutes les interventions médicales forcées et ne faisant pas l'objet d'un accord sur les personnes handicapées, notamment l'administration de psychochirurgie, d'électrochocs et de médicaments altérant la conscience comme les neuroleptiques, et le recours à la contention et à l'isolement, pour une longue ou une courte durée. L'obligation d'éliminer les interventions psychiatriques forcées fondées uniquement sur le handicap est d'application immédiate et la pénurie de ressources financières ne saurait justifier le report de son exécution;*
- c) *Remplacer les traitements forcés et l'internement forcé par des services à l'échelon de la communauté. De tels services doivent répondre aux besoins exprimés par les personnes handicapées et respecter leur autonomie, leurs choix, leur dignité et leur intimité, en privilégiant d'autres solutions que les méthodes classiques en matière de santé mentale, notamment le soutien apporté par les pairs et la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé mentale et des forces de l'ordre, entre autres;*
- d) *Réexaminer les dispositions légales qui autorisent la détention pour des motifs de santé mentale, ou dans des établissements de santé mentale, ainsi que les interventions ou traitements forcés dans ce type d'établissements sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Toute loi autorisant le placement en institution de personnes handicapées au motif de leur handicap, sans leur consentement libre et éclairé, doit être abrogée. »*

## **Recommandation 2**

**Que le Comité contre la torture presse le Canada à signer le *Protocole facultatif de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*.**

## **Recommandation 3**

**Que le Comité contre la torture presse le Canada à :**

**Faire la promotion des recommandations du *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez*, auprès des différents gouvernements provinciaux et de la Commission de la santé mentale du Canada.**

**Transférer le financement nécessaire afin que ses vis-à-vis provinciaux aient les ressources humaines et financières pour les réaliser.**

## ***Le Programme de contestation judiciaire du Canada***

Le Programme de contestation judiciaire du Canada était un organisme national, sans but lucratif, créé en 1994 pour financer les actions en justice qui feront évoluer les droits à l'égalité et les droits linguistiques garantis par la Constitution canadienne.

Son rôle était de fournir une aide financière aux personnes qui souhaitent utiliser les tribunaux pour faire respecter leurs droits, mais qui ne bénéficient pas des fonds nécessaires pour le faire. Plus particulièrement, le Programme fournissait un soutien financier aux causes types favorisant la protection ou l'évolution des droits à l'égalité et des droits linguistiques, telles que garanties par la Constitution canadienne. Ce programme a été aboli en 2006, lors de la première année d'exercice du gouvernement Harper.

Avec ce programme, une cause concernant les modifications précédentes au Code criminel de la *Loi sur la réforme de la non-responsabilité criminelle* aurait pu être intentée contre le gouvernement du Canada.

### **Recommandation 4**

**Que le Comité contre la torture presse le Canada à réintroduire le Programme de contestation judiciaire du Canada et à accorder les ressources financières et humaines permettant la réalisation de son rôle.**

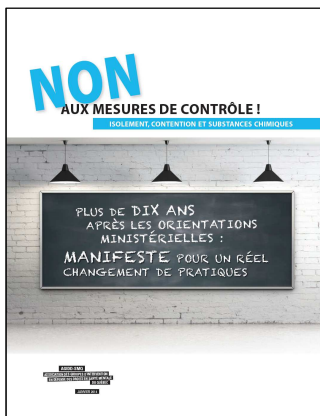


## Des exemples concrets concernant le Québec, de 2012 à 2016

### Les mécanismes d'exception

Les mesures de contrôle, la loi P-38.001, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* et les autorisations judiciaires de soins sont trois mécanismes d'exception, utilisés notamment dans le système de santé, mais aussi dans le système scolaire.

On les appelle loi d'exception (pour la P-38.001) et mécanismes d'exception, car ils contreviennent aux droits fondamentaux inscrits dans la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec et la *Charte canadienne des droits de la personne*. Ils ne doivent être appliqués que dans certaines conditions très précises et en ce qui concerne les mesures de contrôle, en dernier recours.



### **Les mesures de contrôle<sup>5</sup> : contention, isolement, substances chimiques**

Depuis plus de 15 ans, nous avons constaté plusieurs problèmes liés à l'application des mesures de contrôle et parfois même des tragédies détruisant la vie des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des personnes âgées, des personnes ayant une limitation fonctionnelle ainsi que des jeunes.

L'utilisation de la contention, de l'isolement ou de substances chimiques à titre de mesures de contrôle est prévue à l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services*

*sociaux (LSSSS)* :

*La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.*

*Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.*

*Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.*

<sup>5</sup> AGIDD-SMQ, *Manifeste Non aux mesures de contrôle! Contention, isolement et substances chimiques*, 40 pages, janvier 2014.

Ces mesures sont ainsi définies<sup>6</sup> :

**Contention :** *Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.*

**Isolement :** *Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.*

**Substance chimique :** *Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.*

**Toutefois, malgré tous les outils législatifs dont le Québec s'est doté, des personnes meurent à la suite de l'application de mesures de contrôle :**

Les données du Bureau du coroner en chef du Québec sur les décès accidentels associés à l'usage de contention indiquent 21 décès liés à l'usage de contentions pour la période de 2000 à 2012. « *Strangulation et pendaison accidentelles* », « *matériel dangereux entraînant des chutes* » et « *suffocation* » sont les 3 causes les plus fréquentes. Malheureusement nous n'avons pas accès à des statistiques plus actuelles, car les enquêtes prennent énormément de temps, mais celles que nous avons sont éloquentes. De plus les recommandations des rapports d'enquête, indiquées par le coroner n'étant pas liées à une obligation, leur application est laissée au bon vouloir des organismes publics visés. Un dernier exemple du 29 décembre 2015 qui aurait pu avoir de graves conséquences :

*Un adolescent confié à la Direction de la protection de la jeunesse Montérégie a été enfermé 15 jours de suite – dont trois menotté – dans une cellule vide et sans fenêtre, nourri exclusivement de sandwichs. Un viol de « plusieurs de ses droits fondamentaux » qui vaut aux services sociaux un blâme de la justice<sup>7</sup>.*

**Plusieurs jugements témoignent de l'abus et de la cruauté des mesures de contrôle, notamment :**

Le 15 avril 2013, 15 ans après le dépôt de leur recours collectif, les résidents et résidentes du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Saint-Charles-Borromée ont obtenu une indemnisation historique de 7 millions pour les mauvais traitements qu'ils ont subis entre le 1er janvier 1995 et le 3 mars 2006 : négligences sur le plan de l'alimentation, des soins de santé et de l'hygiène, propos violents et menaçants de la part de certains membres du personnel et atteintes très importantes aux droits fondamentaux<sup>8</sup>.

En juin 2013, dans un jugement de la Cour du Québec, le tribunal a condamné l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (Hôpital Robert-Giffard) « à payer à la demanderesse la somme de 10 000 \$ à titre de dommages-intérêts compensatoires avec intérêt au taux légal et l'indemnité additionnelle prévue à l'article 1619 du *Code civil du*

<sup>6</sup> QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, page 14, 2002.

<sup>7</sup> [http://plus.lapresse.ca/screens/49134106-6fc9-4b46-855c-9d00fe006087%7C\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/49134106-6fc9-4b46-855c-9d00fe006087%7C_0.html)

<sup>8</sup> <http://www.menardmartinavocats.com/actualites>, année 2013.

Québec, le tout à compter de la mise en demeure, soit le 6 janvier 2010<sup>9</sup> ». La preuve a démontré que l'isolement imposé à la personne ne l'a pas été pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, mais dans l'objectif de contrôler son comportement.

Et enfin, le 15 mai 2015, *La Cour supérieure du district de Beauharnois a approuvé le règlement du recours collectif visant : « Tous les usagers en santé mentale, patients du Centre Hospitalier Régional du Suroît de Valleyfield, qui ont fait l'objet de mesures d'isolement ou de Contention du 11 juin 2005 au 11 juin 2008. » L'entente prévoit une enveloppe globale de 600 000 \$ pour couvrir les honoraires et frais encourus ainsi que pour indemniser les membres du groupe en fonction des circonstances vécues par chacun des membres, et ce, de façon objective<sup>10</sup>. À cette époque, lorsqu'un code était lancé, le personnel devait effectuer l'intervention suivante : immobilisation de la personne, mise à nue, installation d'une couche, installation d'une contention Argentino (une sorte de camisole de force), fixation de la contention à un lit d'hôpital, injection d'une contention chimique et mise en isolement.*

En plus des traitements cruels, inhumains et dégradants, il est à noter les délais inacceptables de règlement de ces recours collectifs et l'admirable force des personnes victimes qui les ont portés.

#### **Des mesures de contrôle déguisées sont mises en place :**

De plus en plus, les appellations suivantes sont utilisées : plan de chambre, retrait en chambre, plan de chaise, « la zone », « le module », plan de soin comportemental, diminution des stimuli, période de réflexion, chambre d'observation, retrait sensoriel.

Toutes ces mesures ressemblent davantage à des mesures punitives qu'à un traitement. Du fait qu'elles ne sont pas considérées comme des mesures de contrôle, elles ne sont pas comptabilisées ni inscrites dans le dossier de la personne. Le Protecteur du citoyen, qui a réalisé plusieurs interventions dans ce contexte, recommande de considérer ces pratiques comme des mesures d'isolement.

#### **Les mesures de contrôle restent la principale cause de plainte, selon les rapports annuels d'activités du Protecteur du citoyen.**

Un portrait édifiant de plus de 10 ans<sup>11</sup> souligne la récurrence des problèmes liés au respect des droits des personnes, en particulier le droit au consentement aux soins et le droit à l'information.

Encore en 2015, la Protectrice du citoyen indiquait dans son rapport annuel d'activités<sup>12</sup> :  
*« Par ailleurs, les établissements doivent respecter en tout temps la dignité des usagers, particulièrement lors de l'utilisation de mesures de contrôle. Ils doivent tenir compte des*

<sup>9</sup> L.J. c. INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC (Hôpital Robert-Giffard) 2013 QCCQ 5672.

<sup>10</sup> <http://www.menardmartinavocats.com/actualites>, année 2015.

<sup>11</sup> AGIDD-SMQ, *Manifeste Non aux mesures de contrôle! Contention, isolement et substances chimiques*, pages 18 à 21, janvier 2014.

<sup>12</sup> LE PROTECTEUR DU CITOYEN, rapport annuel d'activités 2014-2015, 164 pages, septembre 2015.

*éléments inscrits aux dossiers individuels au moment de décider de l'application de telles mesures. En outre, le cadre de référence du Ministère indique les balises à respecter dans l'élaboration des protocoles d'application. Il est notamment reconnu que les mesures de contrôle doivent être utilisées en dernier recours seulement, en raison de leurs conséquences psychologiques majeures sur les usagers. »*

*« L'analyse des quatre dernières années nous révèle que les lacunes quant à la qualité des services sont en hausse, étant passées de 20,0 % à 24,5 %. Dans cette catégorie, les motifs de plainte concernent principalement : l'absence, l'inadéquation, le non-respect ou la non-actualisation des protocoles et procédures cliniques encadrant la prestation des soins et des services (prévention des infections, isolement, rapport d'accident ou d'incident, etc.). »*

**En tenant compte de toutes ces considérations et malgré certains outils légaux au Québec qui peuvent être intéressants, la pratique reste très coercitive, malgré toutes nos interventions et propositions de solutions<sup>13</sup>, depuis toutes ces années. Elle permet régulièrement des abus consistant en des traitements cruels, inhumains et dégradants. De plus le rapport<sup>14</sup> du rapporteur spécial contre la torture, Juan Mendez précise « *qu'il ne saurait y avoir de justification thérapeutique au recours à la contention et à l'isolement* ».**

**En 2016, il est temps d'abolir ces pratiques primitives et brutales. « *Dire non aux sangles qui font mal, qui font hurler, qui effraient plus que tout, c'est dire oui à un minimum de fraternité, c'est réaffirmer qu'il est possible de faire autrement. Dire non c'est remettre au travail une pensée affadie, devenue glacée, c'est poser un acte de régénéscence.*<sup>15</sup> »**

---

<sup>13</sup> AGIDD-SMQ, Confédération des organismes de personnes handicapées du Québec (COPHAN) et la Fédération des Sociétés Alzheimer (FQSA), *Déclaration commune Non aux mesures de contrôle*, 2009 : Par la signature de cette déclaration, 268 organismes, et 1031 personnes, ont demandé au ministre de la Santé et des Services sociaux de s'engager à éliminer le recours aux mesures de contrôle.

<sup>14</sup> ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 1er février 2013, page 15.

<sup>15</sup> FAVEREAU Éric, *Contention : la dérive sécuritaire*, Libération, 8 septembre 2015  
[http://www.liberation.fr/france/2015/09/08/contention-la-derive-securitaire\\_1378418](http://www.liberation.fr/france/2015/09/08/contention-la-derive-securitaire_1378418)

## Recommandation 5

**Que le Comité contre la torture presse le Québec à :**

**Éliminer les mesures de contrôle et à assurer leur remplacement rapide par des mesures préventives et alternatives respectueuses des droits et libertés de la personne.**

**Mettre en place des mesures alternatives qui vont :**

- **Connaître la personne dans sa globalité :** son état de santé, son environnement (habitudes et rythme de vie, alimentation, intérêts, etc.), ce qui vise notamment à évaluer les raisons médicales pouvant entraîner de l'agitation ou de l'agressivité, entre autres la médication, les effets secondaires des médicaments et des interactions médicamenteuses, les troubles du sommeil, la douleur et la souffrance qui provoquent des comportements plus agressifs, etc.
- **Respecter ses droits :** droit à la liberté, à la dignité, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, droit à l'information, droit au consentement aux soins, droit de participer au traitement, etc.
- **Offrir des soins et un environnement physique différemment :** mise en place d'espaces de tranquillité et de calme, adaptation architecturale des lieux, luminosité, diminution du bruit et d'éléments, formation continue des intervenants et intervenantes, interdisciplinarité.
- **Offrir des activités récréatives :** loisirs, arts, sports, culture, sorties, etc.
- **Réaliser des recherches sur les mesures alternatives aux mesures de contrôle** basées sur la communication, l'appropriation du pouvoir, la globalité de la personne, la reconnaissance de ses capacités et de son potentiel, le respect de l'exercice des droits et libertés et une approche humaine.

**Rendre publiques annuellement les statistiques concernant le nombre de mesures de contrôle et les décès reliés à ces mesures.**

## ***La loi P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui***



La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P.38.001)<sup>16</sup> est une loi d'exception qui suspend le droit fondamental à la liberté, droit reconnu dans la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec, le *Code civil du Québec* et dans la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Elle établit que la dangerosité de la personne pour elle-même ou pour autrui est l'unique condition permettant de garder une personne en établissement contre son gré.

De plus, dans le cas d'une garde préventive, le danger que présente l'état mental de la personne doit être grave et immédiat.

Trois régimes de garde (préventive, provisoire et en établissement) encadrent strictement toutes les étapes du processus d'internement, depuis l'admission en établissement de santé à l'audience à la Cour du Québec, en passant par les modalités de mise en œuvre. Elle a été adoptée le 17 décembre 1997 et est entrée en vigueur le 1er juin 1998.

Alors que nous avons accueilli cette révision de la loi avec un certain espoir d'amélioration du respect des droits des personnes, force est de constater qu'il n'en est rien, les droits des personnes sont encore bafoués à plusieurs égards comme l'observent l'AGIDD-SMQ, ses groupes membres, d'autres organismes œuvrant auprès des personnes vivant un problème de santé mentale, des chercheurs ainsi que le Protecteur du citoyen.

**De plus en plus, ce mécanisme d'exception est utilisé pour traiter la « dérangérisité » plutôt que la dangerosité.** Les témoignages des personnes et ceux des organismes de défense des droits en santé mentale<sup>17</sup>, dénoncent plusieurs manquements :

<sup>16</sup> [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P\\_38\\_001/P38\\_001.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_38_001/P38_001.html)

<sup>17</sup> BERNHEIM Emmanuelle, *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, Volume 393 — La protection des personnes vulnérables, 2015.

DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES-ÎLES, *La perte de liberté, ça se questionne aussi en Gaspésie, les îles de La Madeleine*, 58 pages, novembre 2014.

DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, *L'état des droits en santé mentale, changer nous ferait tous du bien*, 173 pages, mars 2014.

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, 61 pages, février 2011

AGIDD-SMQ, *La garde en établissement Une loi de protection... une pratique d'oppression*, 32 pages, avril 2009.

PRO-DEF ESTRIE, *Statistiques des gardes préventives et des gardes en établissement*, 12 pages, automne 2008.

GPDDSM-02, *Document interne. Statistiques régionales sur la garde en établissement*, décembre 2008.

ACTION AUTONOMIE, *Protection ou coercition. La P-38.001 : Point de vue des personnes interpellées*, 144 pages, mai 2007

L'A-DROIT, *L'état des droits en santé mentale dans la région de Chaudière-Appalaches*, 26 pages, juin 2006,

PRO-DEF ESTRIE, *La perte de liberté... ça se questionne!*, 24 pages, juin 2005.

ACTION AUTONOMIE, *Des libertés bien fragiles : Étude sur l'application de la Loi P.38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – District de Montréal 2004*, Montréal, 64 pages, 2005.

**Plusieurs motifs qui apparaissent dans le rapport d'examen des psychiatres pour utiliser la P-38.001 sont multiples et bien loin du critère de dangerosité :**

En voici quelques-uns : parle seul; impulsif, nerveux; refuse de prendre sa médication; ne paie pas son loyer et risque d'expulsion; ne répond pas au téléphone ni à sa porte; parle avec sa mère qui est décédée; perd du poids; hostile, irritable, arrogant, colérique; pas d'autocritique; méfiant; discours décousu; demeure figé et fait du sur place, etc.

**Les droits à la représentation et à l'information sont brimés<sup>18</sup> :**

La pratique des groupes membres de l'AGIDD-SMQ et l'analyse des données disponibles démontrent que les personnes sont en très grande majorité absentes lors de l'audition. En Gaspésie-les-Îles-de-la-Madeleine, *seulement 19,2 % de la population touchée par cette mesure a été représentée officiellement par un avocat lors d'une audition reliée à une requête de garde (50 personnes sur 261)<sup>19</sup>*. On se demande alors comment un juge peut-il évaluer la dangerosité de la personne quand celle-ci n'est pas là.

L'information n'est pas donnée systématiquement, l'accès à un avocat demeure encore l'exception, il y a peu d'offres de services juridiques et les avocats ne sont pas bien formés. Souvent les personnes ne savent même pas qu'elles sont en garde en établissement. D'autres ne peuvent sortir du département de psychiatrie alors qu'elles ne sont pas en garde en établissement<sup>20</sup>. *Le Protecteur du citoyen rapporte avoir constaté que certaines personnes sont parfois confinées en établissement de santé sans que les dispositions sur la garde préventive ne soient appliquées. Ces personnes ne sont pas informées du fait qu'elles sont gardées, ni de leurs droits, et l'absence d'informations au dossier sur le moment de la mise sous garde ne permet pas de vérifier que le délai de 72 heures a bien été respecté. Le statut « incertain » des personnes ainsi confinées expliquerait des dépassements de délai de quatre à cinq jours<sup>21</sup>*. Le spectre de la garde sert souvent de menace quand la personne refuse un traitement.

**Le droit au consentement aux soins est régulièrement bafoué :**

Que ce soit pour une évaluation psychiatrique ou tout autre traitement, une personne doit y consentir de manière libre et éclairée, et ce même si cette dernière est en garde en établissement. Or, dans la pratique, ce droit est souvent contourné de diverses façons.

*Quant au consentement des personnes sous garde préventive, la situation est paradoxale : il semble n'être généralement que peu recherché, dans certains cas présumés, et dans d'autres ne pas faire l'objet de démarche en raison d'une présomption d'inaptitude à consentir. D'une part, le consentement ferait rarement l'objet de discussion à l'arrivée en*

<sup>18</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, pages 21 à 23, février 2011.

<sup>19</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES-ÎLES, *La perte de liberté, ça se questionne aussi en Gaspésie, les îles de La Madeleine*, page 32, novembre 2014.

<sup>20</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, *Difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, page 20, 18 février 2011.

<sup>21</sup> BERNHEIM Emmanuelle, *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, Volume 393 — La protection des personnes vulnérables, page 203, 2015.

*établissement de santé et certaines personnes acceptant expressément l'hospitalisation font tout de même l'objet d'une garde préventive malgré un consentement explicite. D'autre part, le consentement aux évaluations psychiatriques est le plus souvent tenu pour acquis dès lors que la personne répond aux questions qui lui sont posées, et ce, même si elle ne sait pas qu'il s'agit d'une étape de la procédure menant au dépôt d'une demande de garde en établissement. Il semble que dans certains cas, le seul fait de faire l'objet d'une évaluation psychiatrique entraîne une présomption d'inaptitude à consentir<sup>22</sup>.*

**Nous attendons depuis 2011 les Orientations ministérielles en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui :**

Promises il y a 5 ans, le Plan d'action<sup>23</sup> 2015-2020 en santé mentale indique en page 59 : *Afin d'assurer une uniformisation et de rendre conforme à la Loi les pratiques en cette matière : le MSSS, après avoir consulté le MJQ, le MSP et les autres partenaires impliqués, publiera des orientations ministérielles en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Aucune date n'est indiquée.*

Dans son rapport d'activités 2014-2015, le Protecteur du citoyen indique : *Par ailleurs, le Protecteur du citoyen demande impérativement au Ministère de donner enfin suite à son engagement de 2011, soit la promesse de définir des orientations ministérielles en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans ce domaine, il importe d'encadrer et de baliser les règles à suivre selon les meilleures pratiques. Les problèmes qui s'y rattachent sont connus depuis de nombreuses années et affectent considérablement un trop grand nombre de personnes dont on bafoue les droits fondamentaux.*

**Plusieurs jugements viennent confirmer ces manquements aux droits fondamentaux, notamment :**

Le jugement *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais c. E.R., 2015 QCCQ 12402<sup>24</sup>* est une véritable leçon d'application de la loi p-38.001. De plus, ce jugement met en lumière les fâcheuses habitudes de certains établissements, mettre une personne en garde en établissement pour la forcer à prendre ses médicaments :

*[45] Le Tribunal constate, à la lecture des rapports, qu'une hospitalisation prolongée de monsieur R... est recommandée dans le but d'obtenir une ordonnance de traitement. Serait-ce là le véritable motif du CISSSO, soit de forcer monsieur R... à accepter un traitement, qu'il refuse.*

*[46] L'entrevue que monsieur R... passe avec le docteur Payeur et que le Tribunal a eu le privilège d'écouter est sans équivoque. Monsieur R... ne veut pas prendre de médicaments. Il refuse le traitement que le docteur Payeur lui recommande de suivre.*

---

<sup>22</sup> BERNHEIM Emmanuelle, *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*, Barreau du Québec, Service de la formation continue, Volume 393 – La protection des personnes vulnérables, page 205, 2015

<sup>23</sup> QUÉBEC, Plan d'action 2015-2020 en santé mentale – *Faire ensemble et autrement*, page 59, 2015.

<sup>24</sup> <http://www.canlii.org/fr/qc/qccq/doc/2015/2015qccq12402/2015qccq12402.html>



[47] En présence de rapports médicaux qui n'expriment pas clairement les motifs des médecins relativement à la notion de dangerosité présente au dossier et qui ne respectent pas non plus les critères prescrits à l'article 3 de la Loi sur la personne, le Tribunal a l'impression qu'on utilise la Cour du Québec dans le but de forcer une garde en établissement afin que dans le cadre de la privation de sa liberté, monsieur R... décide, peut-être par résilience ou par résignation, de se soumettre au traitement recommandé.

[48] Or, il existe une barrière infranchissable entre d'un côté les pouvoirs accordés par le législateur à la Cour du Québec et ceux dévolus à la Cour supérieure.

[49] À la Cour du Québec, le tribunal peut ordonner la garde en établissement, soit la détention d'une personne dans un établissement de santé, mais il ne peut pas émettre d'ordonnances de traitement ou de prise de médicaments. Ces ordonnances relèvent de la compétence exclusive de la Cour supérieure.

[50] En conséquence, le Tribunal conclut que la preuve présentée par le CISSSO n'est pas suffisante afin d'ordonner la continuation de la garde en établissement, puisque les deux rapports psychiatriques déposés au dossier, tant celui de la docteure Blais que celui du docteur Payeur, ne démontrent pas, de façon prépondérante, que monsieur R... représente, aujourd'hui, un danger pour lui-même et pour autrui.

[51] Il est à noter que le Tribunal ne remet pas ici en question les décisions de ses collègues rendues il y a de plus trente jours, alors que monsieur R... venait d'effectuer sa manœuvre dangereuse. En revanche, cet événement, à lui seul, ne permet pas, aujourd'hui, de priver monsieur R... de sa liberté.

Le jugement *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. C.D. 2010 QCCQ 6348* est un cours sur la jurisprudence qui concerne la garde en établissement. Dans cet arrêt, le Juge Michel Parent présente plusieurs arrêts faisant jurisprudence et décrivant les balises entourant la garde en établissement. De plus une annexe sur les droits provenant du groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale est ajoutée au jugement.

Le jugement *Hôpital Charles Lemoyne c. B.C. 2011 QCCQ 5906* donne aussi une « leçon de choses » à la partie demanderesse :

[10] Entre le témoignage du défendeur qui est crédible et les allégations truffées de oui-dire contenues dans les documents produits par la demanderesse, le Tribunal choisit sans hésitation le témoignage du défendeur. Du reste, les rapports des Drs Thibault et Poulin pêchent par généralité et laxisme.

[11] Le Dr Thibault parle dans son rapport d'un « potentiel » de dangerosité en raison d'une panoplie de phénomènes sans s'expliquer, comme s'il coulait de source qu'une désorganisation, par exemple, entraîne nécessairement un danger pour un individu.

[12] Le rapport du Dr Poulin est encore plus surprenant : il laisse entendre que C... serait dangereux pour les autres! Bien qu'il ne s'explique pas sur cette conclusion, on cherche toujours un début d'ombre de preuve à ce sujet. Il ajoute, fort significativement, qu'il a besoin de plus de temps pour compléter l'évaluation de la dangerosité.

Comment, alors, peut-il se prononcer?

[13] C... a-t-il des pensées grandioses? Le Tribunal n'est pas en mesure de le conclure. De fait, c'est la demanderesse elle-même qui a fait la preuve du C.V. impressionnant du défendeur. Elle demande maintenant au Tribunal de tirer la conclusion qu'il s'agit d'idées

*grandioses. Quelle preuve permet au Tribunal de tirer telle conclusion? Y a-t-il une quelconque preuve que tout ce qu'a dit C... est faux?*

*[14] Et même en prenant pour acquis que les idées de C... sont grandioses : en quoi cela démontre-t-il qu'il est dangereux pour lui-même? Motus et bouche cousue.*

*[15] Le Tribunal est tout à fait d'accord avec l'énoncé suivant du Juge Michel Parent*

*J.C.Q. dans l'affaire Pierre Guèvremont : « Le test n'est pas de savoir s'il serait prudent, opportun, convenant, bien faisant ou sécuritaire d'hospitaliser l'intimé mais si c'est nécessaire en raison d'une preuve prépondérante que son état mental représente un danger pour lui-même. »*

**Ainsi, la pratique détourne régulièrement cette loi, qui n'en n'est plus une d'exception mais qui est le plus souvent utilisée pour toutes sortes de motifs. Durant ce temps, des moyens alternatifs à l'internement forcé sont inexistants. Là encore, la coercition est le seul moyen trouvé par le système psychiatrique.**

## **Recommandation 6**

**Que le Comité contre la torture presse le Québec à :**

**Exiger que le milieu de la santé et le milieu de la justice respectent tous les critères de la Loi P-38.001.**

**Publier les Orientations ministérielles relatives à la Loi P-38.001 dès 2016.**

**S'engager à ne pas réviser la loi P-38.001 dans le but de la rendre plus coercitive pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.**

**Rendre publiques annuellement toutes les statistiques concernant les 3 régimes de garde.**

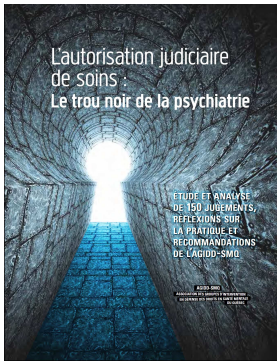
**Prononcer l'interdiction absolue de l'internement forcé fondé uniquement sur le handicap et le remplacer par des services à l'échelon de la communauté.**

**Réexaminer les dispositions légales qui autorisent la détention pour des motifs de santé mentale, ou dans des établissements de santé mentale, ainsi que les interventions ou traitements forcés dans ce type d'établissements sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée.**

**Abroger toute loi autorisant le placement en institution de personnes handicapées au motif de leur handicap, sans leur consentement libre et éclairé.**

## ***Les autorisations judiciaires de soins***

Cette procédure juridique consiste à contraindre une personne à subir un traitement contre son gré, **lorsque celle-ci est déclarée inapte à consentir aux soins et continue de refuser catégoriquement de recevoir ces soins.**



C'est une mesure d'exception, car elle déroge à la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* et à la *Charte canadienne des droits et libertés* concernant l'inviolabilité de la personne et son droit à l'intégrité.

Elle peut être demandée par un établissement ou par un médecin et est adressée à la Cour supérieure du Québec.

Elle est accordée généralement pour une période de **deux, trois, voire cinq ans, et ce, sans possibilité de révision**, une fois que le jugement est prononcé.

Cette procédure judiciaire traitée par la Cour supérieure du Québec est définie à l'article 16 du *Code civil du Québec* :

*« 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. »*

Ce mécanisme d'exception n'était pratiquement jamais utilisé jusqu'aux années 2000. Il y a eu **1442 demandes en 2013-2014** selon le Curateur public. Il est toujours très difficile d'obtenir un chiffre et des statistiques concernant les autorisations judiciaires de soins.

De façon générale, les personnes font face à cette procédure juridique sans en être informées, sans se faire entendre par le juge et sans être représentées par un avocat. L'absence de révision des décisions de ces requêtes est particulièrement dramatique, car la situation d'une personne peut évoluer au cours d'une telle période, mais aussi en raison des nombreux impacts qu'ont les psychotropes prescrits et autres traitements intrusifs.

Préoccupée par cette situation, maintes fois dénoncée par ses membres et documentée par la littérature<sup>25</sup>, L'AGIDD-SMQ a réalisé en 2014 une étude<sup>26</sup> de 150 jugements s'échelonnant de 2005 à 2010, soit 25 demandes par année, sur tout le territoire du Québec et spécifiquement en santé mentale. Les résultats sont catastrophiques. De nombreux droits sont encore bafoués, notamment le droit à l'information, le droit d'être présent lors du jugement et le droit d'être représenté. En 2016, La même situation perdure et les autorisations de soins sont de plus en plus nombreuses. Elles touchent également les jeunes de 14 ans et plus et les jeunes adultes.

**Les requêtes en autorisation judiciaire de soins sont pratiquement toutes autorisées :**

Loin d'être une procédure d'exception, les requêtes sont accordées presque systématiquement sans que la personne soit informée. Lorsqu'elle apprend qu'elle est sous autorisation judiciaire de soins, il est souvent trop tard, le jugement ayant été rendu et les recours étant pour ainsi dire inexistant.

**Il est excessivement difficile, voire impossible, de trouver un avocat dans le délai imparti (5 jours), et la personne est le plus souvent absente lors du jugement :**

Sur 149 requêtes, 44 % des personnes ne sont pas représentées. Le déséquilibre entre les 2 parties est significatif : pas de crédibilité, pas de représentation, pas d'interrogatoire pour la personne intimée. L'expertise, la prise de parole et la représentation sont l'apanage de la partie demanderesse. Comment le juge peut-il vérifier l'inaptitude à consentir?

**L'imposition de traitement est de plus en plus accompagnée de l'imposition d'hébergement :**

La personne peut ainsi être complètement déracinée de son environnement habituel, et ce, pour une durée variant de 2 à 5 ans. Sur 149 requêtes, 56 % sont accompagnées de demandes d'hébergement autorisées, alors qu'en 2002 l'imposition d'hébergement était de 28 %. On remarque une augmentation à 68 % des cas en 2010.

**La durée des autorisations judiciaires de soins tend à augmenter depuis 2005 :**

Pendant ce temps, la personne est toujours considérée inapte à consentir, alors que, selon le tribunal et le professionnel traitant, la médication imposée devrait améliorer sa situation. Sur 147 requêtes, 58,5 % accordent une durée de 3 ans. Une requête n'a pas de durée, et 2

<sup>25</sup> ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez*, 26 pages, 1er février 2011.

OTERO Marcelo, KRISTOFFERSEN-DUGRÉ Geneviève, ACTION AUTONOMIE, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, le SERVICE AUX COLLECTIVITÉS UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL, *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale*, 80 pages, février 2012.

LE BARREAU DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec*, mars 2010.

MÉNARD Jean-Pierre, *Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits de la personne, Autonomie et protection* », Service de la formation continue du Barreau du Québec, volume 261, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 317 à 339, 2007.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, MARSOLAIS Gilles, *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) à l'attention des Services d'aide en situation de crise (SASC) désignés par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal*, septembre, 35 pages, 2005.

<sup>26</sup> AGIDD-SMQ, *Les autorisations judiciaires de soins, le trou noir de la psychiatrie*, 42 pages, 2014.

ont été rejetées. Huit requêtes d'une durée de 5 ans ont été demandées dont 4 ont été accordées.

Non seulement la personne est obligée de suivre un traitement contre son gré, mais des traitements très intrusifs sont prescrits (mesures de contention, gavage, électrochocs).

D'autre part, il est dangereux d'utiliser certains psychotropes sur une longue durée. De plus, plusieurs changements de médication peuvent être réalisés pendant la durée de l'autorisation judiciaire de soins, sans que le consentement de la personne soit demandé ou que son aptitude à consentir aux soins soit réévaluée.

#### **Les renouvellements d'autorisations judiciaires de soins sont assez fréquents :**

Une personne peut donc être sous autorisation judiciaire de soins durant de nombreuses années, certains cas allant jusqu'à 9 ans. On peut se demander pourquoi, malgré les soins imposés, la personne demeure inapte si longtemps. Sur 150 requêtes, 52 personnes, soit 35 %, ont eu une ou plusieurs autres décisions précédant l'autorisation judiciaire de soins actuelle. Il y a eu 28 % de renouvellements d'autorisations judiciaires de soins et 32 % d'ordonnances de garde en établissement précédant ou pendant l'actuelle autorisation judiciaire de soins. La garde en établissement est parfois utilisée pour évaluer l'aptitude à consentir de la personne, ce qui n'est pas le but de cette procédure.

#### **Le manque de précision concernant la médication imposée est une aberration scientifique et pharmacologique si l'on considère l'ampleur et les effets des différents psychotropes prescrits :**

Le juge donne un chèque en blanc au médecin traitant qui peut choisir le traitement parmi la gamme importante de psychotropes imposés et le modifier sans le consentement de la personne. 99 % des requêtes indiquent un cocktail de psychotropes sans aucune précision quant au nom et à la posologie des psychotropes envisagés : antipsychotiques (neuroleptiques), régulateurs de l'humeur, antidépresseurs, antiparkinsoniens, tranquillisants et somnifères. De nombreux moyens très intrusifs sont également prescrits. Une autorisation judiciaire de soins est détaillée sur les 150, mais n'indique aucune durée et aucun diagnostic.

#### **Le diagnostic est absent du tiers des jugements répertoriés :**

Or, au moins deux des critères importants concernant l'évaluation de l'aptitude à consentir, précisent l'appréciation de la compréhension de la personne relativement à celui-ci.

#### **Le suivi est très variable :**

Il est réalisé en grande partie par le *Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens* (CMDP) de l'hôpital où se fera le traitement. Cela ne permet pas de savoir si le suivi est réellement fait ni d'obtenir des informations sur ce suivi puisque les dossiers et procès-verbaux du CMDP et de chacun de ses comités sont confidentiels.

### Plusieurs jugements témoignent de cette aberration :

Centre hospitalier régional de Trois-Rivières c. J.L., 2005, QCCS 400-17-000972-055, 6 juillet 2005. « [...] dans le cas où tous les traitements auparavant mentionnés seraient un échec au sens médical, une thérapie électroconvulsive consistant minimalement à recevoir deux fois par semaine un traitement de sismothérapie, et au besoin par la suite. »

Centre de santé et des services sociaux de la Vallée-de-l'Or c. D. V., 2005 CanLII 7599 (QC CS) : Autorisation de « l'utilisation de tous les moyens appropriés y compris la force nécessaire ».

**Toutefois le jugement F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria) 2015 QCCA 1139<sup>27</sup> donne une leçon de respect des droits** en faisant passer ceux-ci avant l'efficacité et le souci que les témoins de l'établissement n'aient à se présenter de nouveau en cour.

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

Ce jugement précise le rôle du juge :

[48] *Le juge doit toujours se rappeler la noble tâche que lui confie le législateur : contrôler la légalité d'une demande d'ordonnance de soins afin d'assurer le respect des droits d'une personne (vulnérable ou non), alors qu'une telle demande, si elle est accordée, affecte ses droits fondamentaux de liberté et d'inviolabilité de sa personne.*

[49] *Conséquemment, que la requête soit contestée ou non ne change pas le travail que le juge doit accomplir. Il ne peut s'en remettre à quiconque (à personne d'autre) — dans tous les cas, il doit lui-même procéder au contrôle de la légalité et motiver les conclusions auxquelles il parvient. D'ailleurs, pour les demandes relatives à l'intégrité de la personne et contrairement à ce qu'il prévoit en d'autres matières, le législateur a précisé que la compétence du juge ou du tribunal ne pouvait en aucun cas être exercée par le greffier ou le greffier spécial.*

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

[51] *Le seul fait que les soins proposés apparaissent au juge, à première vue, être dans l'intérêt d'une personne qui les refuserait, ne permet jamais de conclure à l'incapacité de*

---

<sup>27</sup> <http://citoyens.socijui.qc.ca/php/decision.php?ID=DF860FF57B68C5355E8E17FA0EDFC4E9&page=2#>

*cette personne. Il en va de même du fait qu'elle exprime un avis différent de celui de son médecin.*

**Autre moyen coercitif, l'ordonnance judiciaire de soins devient un moyen de contrôle pour traiter les personnes et les hospitaliser. La personne est alors évaluée comme étant inapte à consentir, car son refus est perçu comme étant déraisonnable aux yeux du professionnel traitant. Toutefois, si cette même personne accepte son traitement, sa capacité à consentir n'est nullement mise en doute!**

**Pourquoi mettre en place des mesures qui provoquent de la souffrance, de l'exclusion et de la stigmatisation?**

**Tant de questions qui laissent les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale dans une zone grise où leur intégrité et leur liberté sont régulièrement bafouées, sans possibilité de recours.**



## Recommandation 7

Que le Comité contre la torture presse le Québec à :

**Mettre en pratique les recommandations en lien avec la santé mentale du Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez, notamment :**

« Personnes atteintes de troubles psychosociaux 89. Le Rapporteur spécial engage tous les États à :

[...]

b) Prononcer l'interdiction absolue de toutes les interventions médicales forcées et ne faisant pas l'objet d'un accord sur les personnes handicapées, notamment l'administration de psychochirurgie, d'électrochocs et de médicaments altérant la conscience comme les neuroleptiques, et le recours à la contention et à l'isolement, pour une longue ou une courte durée. L'obligation d'éliminer les interventions psychiatriques forcées fondées uniquement sur le handicap est d'application immédiate et la pénurie de ressources financières ne saurait justifier le report de son exécution;

*Remplacer les traitements forcés et l'internement forcé par des services à l'échelon de la communauté. De tels services doivent répondre aux besoins exprimés par les personnes handicapées et respecter leur autonomie, leurs choix, leur dignité et leur intimité, en privilégiant d'autres solutions que les méthodes classiques en matière de santé mentale, notamment le soutien apporté par les pairs et la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé mentale et des forces de l'ordre, entre autres;*

**Modifier le Code civil du Québec et le Code de procédure civile du Québec pour y introduire :**

- un mécanisme et un processus de révision et de réévaluation de l'autorisation judiciaire de soins qui tient compte de l'évolution de la situation de la personne et qui lui permet d'exercer un recours;
- un processus de suivi, différent du CMDP, afin que la personne intimée et le juge puissent avoir accès à toutes les informations concernant le suivi.

**Rendre publiques annuellement les statistiques concernant le nombre d'autorisations judiciaires de soins.**

## **Appuis de l'AGIDD-SMQ concernant d'autres exemples concrets de traitements cruels, inhumains ou dégradants**

### ***Loi antiterroriste de 2015***

La loi antiterroriste 2015 accorde plus de pouvoirs au Service canadien du renseignement de sécurité (SCRS), accroît aussi l'échange d'information de sécurité entre organisations et agences fédérales, élargit les circonstances permettant la détention préventive, affaiblit le degré de preuve nécessaire, allonge la durée possible de cette détention qui passe de 72 heures à 7 jours, durcit les conditions de libération, le tout sans inculpation pour une infraction criminelle. Il suffira, pour justifier une telle détention, qu'un agent de la paix ait des motifs raisonnables de croire à la possibilité qu'une activité considérée comme « terroriste » soit entreprise.

L'AGIDD-SMQ signifie son appui à la Ligue des droits et libertés<sup>28</sup>

#### **Recommandation 8**

**En appui à la Ligue des droits et libertés du Québec, nous demandons que le Comité contre la torture presse le Canada à abroger la *Loi antiterroriste 2015*.**

### ***Les soins psychiatriques en milieu carcéral***

#### **Recommandation 9**

**En appui au Protecteur du citoyen, nous demandons que le comité contre la torture presse le Québec de veiller à ce que toutes les recommandations du *Rapport du protecteur du citoyen Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale*<sup>29</sup> soient appliquées.**

<sup>28</sup> <http://liguedesdroits.ca/?p=2656>

<sup>29</sup> <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-speciaux/pour-des-services-mieux-adaptes-aux-personnes-incarcerees-qui-eprouvent-un-probleme-de-sante-mentale>



