

# L'ÉQUITÉ



SRAADD / CQM



© 2007 AG.com

Volume 20, Numéro 3  
Décembre 2012

# TABLE DES MATIÈRES

Mot de Réjean Richard, président	1
Récit autobiographique, par Yvon Blanchette	2
Sodokus	9
Mots croisés	10
Présume, mais présume égal, Pierre Saint-Amant	11
Remerciements	14
Santé mentale et justice, perspectives des proches aidants	15
Prestations d'aide sociale sont-elles trop généreuses	30
Solutions Sodokus	40
Solution Mots croisés	41



**SRAADD**  
CQM

*Solidarité Régionale d'Aide et d'Accompagnement  
pour la Défense des Droits en santé mentale*  
CENTRE-DU-QUÉBEC / MAURICIE

Mise en page :	Nancy Sicard
Impression et reliure:	MODOC photocopie, Trois-Rivières
Distribution et publipostage :	Nancy Sicard et bénévoles

## Responsabilité des opinions émises dans L'Équité

**Les opinions tenues dans cette publication appartiennent aux auteurs des textes et ne doivent pas être de nature raciste, sexiste, offensante, diffamatoire ou haineuse envers une personne ou un groupe de personnes en particulier. Les opinions qui y sont exprimées ne sont pas nécessairement celles de l'organisme qui pourrait, le cas échéant, s'en dissocier totalement ou en partie.**

## De votre président



Bonjour chers membres  
Les années se suivent et se ressemblent, déjà Noël et nouvelle année 2013. Vous êtes importants pour notre organisme la SRAADD. Nous sommes là pour vous aider dans vos démarches juridiques, vous avez besoins de nos services, contactez-nous au 819-693-2212.

Des professionnels sont là pour vous aider!

De votre président, Réjean Richard  
De votre directeur, Raymond Leclair  
De Nancy, Lise, Marie-Claude et Pierre  
Joyeux Noël et Bonne année 2013

C'est le bonheur!

Si par bonheur vous accomplissez tous vos rêves, dites-vous bien que c'est beaucoup à vous que vous le devez



Réjean Richard, président

## **Pourquoi écrire le livre de sa vie**

### **Récit autobiographique, Yvon Blanchette**

#### **Mes loisirs**

Pratiquement tous les dimanches, Diane et moi allions aux *vues* à la salle paroissiale St-Marc. Maman écrivait un billet que je présentais au guichet, et qui se lisait à peu près comme ceci : « S.V.P. voulez-vous faire entrer gratuitement mes enfants? Nous sommes pauvres parce que mon mari est invalide. » Jamais on ne nous a refusé l'entrée, et ce pendant des années? Après le décès de papa, Maman a continué à écrire ces billets pour obtenir mon *badge* pour les terrains de jeu ou pour la piscine. Maman m'envoyait de temps en temps au cinéma Cartier ou au Roxy, mais elle devait alors le payer. Elle me laissait parfois jouer aux petites quilles dans le centre-ville. Le samedi, je participais avec bonheur à des tournois pour jeunes adolescents.

#### **Raton laveur**

Grand-papa Blanchette, mon parrain, était descendu à Trois-Rivières. Il m'avait donné la peau d'un raton laveur qu'il avait lui-même trappé et tanné. C'était un énorme raton laveur. Je me promenais dans la ruelle, le soir, à la noirceur, avec la peau de mon raton laveur sur la tête. Je m'amusais à faire peur aux gens. C'est peut-être parce que je réussissais trop bien mon coup que la peau de mon raton laveur, un beau jour, dispatu!

#### **Une belle leçon de vie**

Je devais avoir environ huit ans. Je venais de jouer aux billes avec ma sœur Héloïse et j'avais gagné toutes ses billes. Désappointée, Héloïse se mit à pleurer. Maman me demanda alors de les lui rendre. Mon refus fut catégorique. Je considérais, en effet, que je les avais remportées honnêtement. Papa alla alors s'acheter des billes flambant neuves chez un commerçant. À son retour, il me pria de disputer une partie avec lui. Et ce qui devait arriver, arriva. En environ trente minutes, il rafla tous mes gros sacs de billes! C'était à mon tour d'être déçu! À tel point que je lui réclamai mes billes. Mais papa me répondit qu'étant donné que je n'avais pas voulu rendre les siennes à Héloïse, lui non plus ne me rendrait pas les miennes. Je compris sa leçon. Plus jamais je n'exploiterais des personnes plus jeunes ou plus démunies que moi! Papa venait de me donner une belle leçon de vie.

## **Chien méchant**

Vers l'âge de huit ans, papa m'enseignait à faire face à un chien agressif. Il faut reconnaître que, dans ce temps-là, beaucoup de chiens, par chez nous, étaient mauvais, bien qu'attachés. Papa m'expliqua que « tout se passe dans notre tête. » Il faut manifester une grande confiance en soi, et, surtout, ne pas avoir peur. Il convient de fixer le chien dans les yeux, ne pas lui donner la chance de lui tourner le dos, et avancer sur lui, toujours en le regardant dans les yeux, de manière à le dominer. Depuis, je n'ai jamais eu de problème avec les chiens! Hormis, peut-être, les chiens dressés pour l'attaque... Aussi, lorsque, à onze ans, je pris l'habitude d'emprunter un raccourci vers mon domicile, je ne me laissai pas intimider par un redoutable chier berger allemand, Rex, qui s'y trouvait. Avec la méthode de mon père, je passais à tous les jours près de lui, l'affrontant. Cette méthode me servait vraiment. Les autres élèves me jalouaient de pouvoir prendre ce raccourci! Car eux n'y allaient pas, à cause du chien Rex.

## **Les oiseaux de mon enfance**

Qu'ils étaient beaux, les petits moineaux sur notre corde à linge toute glacée! Ce sont les premiers oiseaux connus dans mon enfance. Il y en avait beaucoup. C'était beau, surtout de les voir se baigner en groupes dans les petites flaques d'eau; et c'était dans Shawinigan, ma ville natale.

Le premier bel oiseau que mon cœur a aimé, a été le petit chardonnet que tante Violette Blanchette m'offrit pour la fête de Noël de mes cinq ans. Il voyagea de Trois-Rivières jusqu'à ma petite chambre dans la ruelle de Shawinigan. Papa installa la belle cage au plafond. Je ne faisais pas seulement que la regarder : je l'aimais, je le nourrissais, je lui donnais de l'eau. En plus, il se baignait, et après son bain, il me chantait des petites chansons... Environ huit mois plus tard, il mourut. C'est cette journée-là que je réalisai qu'un oiseau, ça vieillit aussi. Tante Violette le savait, et elle l'aimait depuis tellement longtemps lorsqu'elle me l'avait donné! Elle ne souhaitait pas le voir mourir... Peut-être savait-elle que son grand amour pour cet oiseau jaune allait me faire aimer tous les petits oiseaux jaunes dans le cœur d'un enfant de cinq ans.

Maman aussi aimait beaucoup les oiseaux, jusqu'au point de donner à papa, au Noël suivant, un serin jaune. Il s'empressa alors d'installer la cage au plafond de notre cuisine. Toutes la petite famille en était très heureuse. Papa connaissait tous les trucs pour faire chanter les oiseaux, mais là, rien à faire : notre petit serin ne voulait pas chanter. Maman avait prédit à papa que ce serait son cadeau de Noël et qu'elle le lui donnerait avant Noël, mais que le petit serin jaune, lui, ne lui ferait pas de cadeau avant Noël. Toute la famille avait hâte à Noël. Et en ce beau jour, le miracle eut lieu : le petit serin jaune commença à chanter des chansons. Lui aussi devait aimer beaucoup Noël! J'ai aimé Noël encore plus que d'habitude, grâce à ce petit oiseau d'amour.

L'été suivant, Papa fabriqua, dans son atelier, une cage spéciale contenant trois oiseaux, dont je garde le secret, la recette, pour aider d'autres papas et enfants qui comme moi, aiment les oiseaux jaunes... Papa m'emmena en promenade, à cinq minutes, à pied, de notre ruelle. Aujourd'hui, des décennies plus tard, il a « poussé » à cet endroit un restaurant que les enfants aiment. Malgré mes cinq ou six ans à l'époque, ce souvenir reste encore magique. Je me rends compte aujourd'hui que papa, comme toute la famille, savait qu'il serait rappelé un jour chez le créateur des oiseaux jaunes. Heureusement pour moi, papa pouvait encore transmettre les dons qu'il avait reçus du Bon Dieu. On installa le petit serin de Noël dans la cage spéciale, puis on se cacha en silence dans un petit buisson. Environ quinze minutes plus tard, notre petit serin jaune se retrouva avec deux petits oiseaux jaunes munis de petites ailes noires, deux chardonnets. J'étais au comble de la joie. Ensuite, on ramena les oiseaux à la maison, dans la ruelle. Papa vendit les deux chardonnets à d'autres personnes qui voulaient se faire aimer par ces oiseaux jaunes. Ainsi, le Créateur se servit même des oiseaux jaunes pour donner un peu de nourriture à notre très pauvre famille. Avec le Bon Dieu, les petits oiseaux ne manquent jamais de nourriture!

### **Le pressentiment de papa**

En octobre 1960, papa et moi sommes allés fermer le chalet pour l'hiver. Dans la soirée, nous étions seuls et avons dialogué comme d'habitude. Soudain papa parla plus sérieusement et me demanda de l'écouter. Il m'annonça qu'il avait le pressentiment qu'il mourrait bientôt, et que j'hériterais de ses outils et de son accordéon. Je lui dis que sa mort allait retarder. Puis pour la première fois, il me montra comment faire pour allumer le feu dans le poêle à bois. Le lendemain, il ferma complètement le chalet pour l'hiver, et nous sommes revenus à Shawinigan. J'ai gardé la confiance de papa, jusqu'à sa mort.

### **Suite du chapitre dans journal de mars 2012**

#### **Le plâtre**

Le dimanche suivant, je me remémore avoir joué dehors avec Michel, mon meilleur ami. Il y avait une tempête, et nous avons fait un très gros tas de neige, dans lequel Michel sauta, du deuxième étage. Imitant son geste, je tombai malheureusement dans les mêmes traces que lui, avec le résultat que je me fis une mauvaise fracture au talon. Je dus me traîner jusqu'à la maison en pleurant. Rendu là, je vis maman qui pleurait, attristée par son deuil. De plus, elle était affectée car tante Sonia n'avait pu descendre de Trois-Rivières, en raison de la neige.

Après avoir appelé le Dr Jean Denis, maman me mit de la glace en attendant que la douleur passe. Quelques jours plus tard, elle demanda au docteur de me passer aux rayons X, car je ne pouvais toujours pas me porter sur ma jambe. Les radiographies révélèrent qu'il s'agissait d'une fracture sévère du talon. En raison de la gravité de mon cas, il fut décidé de me faire traiter à l'hôpital Sainte-Marie de Trois-Rivières. Comme maman n'avait pas d'argent pour défrayer le coût du transport, une voisine nous amena à l'hôpital à plusieurs reprises. On me mit un plâtre jusqu'au genou. Il devait être refait régulièrement, car je jouais à toutes sortes de sports, malgré ma blessure.

Quelques années plus tard, j'appris que le docteur avait averti maman des risques que je reste boiteux. Mais le fait que je fasse du sport me donnait des chances de m'en sortir sans handicap, ce qui fut, heureusement, le cas. Néanmoins, j'eus des rhumatismes pendant quelques années. Aujourd'hui, je ne me rappelle même plus de quelle jambe il s'agissait!

### **Maman reprend le contrôle**

Après cet événement, maman reprit le contrôle d'elle-même. Elle passa à l'action. En premier lieu, elle décida de vendre tous les outils de papa, ainsi que son accordéon qu'elle céda à oncle Bernard. Cela me fit beaucoup de peine, car papa m'avait dit que cet instrument de musique serait mon héritage. Mais je réalisais que maman n'avait pas le choix, car c'était une question de survie pour la famille. Elle dut aussi régler une histoire de poêle avec le voisin, ainsi qu'un problème de scie ronde. C'est là que maman vraiment commença à prendre des décisions d'homme. Dieu sait qu'elle dut en prendre beaucoup dans sa nouvelle vie de veuve! Être un papa et une maman en même temps, c'est le rôle qu'elle s'efforça de jouer jusqu'à aujourd'hui...

Autant j'ai aimé papa de son vivant, autant j'aimais maman encore plus. Je l'ai tant aimée que, dès mes neuf ans, je décidais de prendre la relève de papa, puisque j'étais le seul homme de la maison. Je me devais, avec mes connaissances d'homme-enfant et avec celles que m'enseignaient tous les hommes de la famille, de soutenir maman.

Après le décès d'epapa, il devenait trop dispendieux de vivre dans la maison louée. Cette demeure était très vieille, et le prix du chauffage exorbitant. Comme maman n'avait qu'une petite pension de mère nécessiteuse, elle trouva du travail « au noir » au couvent des Sœurs grises. Elle y lavait à genoux, les escaliers et les planchers en « terrazeau. » Cela me faisait mal de voir ses genoux, blessés malgré les genouillères qu'elle s'était achetées pour se protéger.

Un autre souvenir me revient. À un moment donné, je dus casser la vitre de la porte d'entrée, car j'avais oublié ma clé. J'ai décidé d'acheter une autre vitre et de la remplacer. Malhaile, je laissais néanmoins un large joint apparent. Le propriétaire s'empressa d'en faire la remarque à maman. Celui-ci, par ailleurs notre voisin et le meilleur ami de mon père, me dit quelques mois plus tard, sans doute fâché, que si je n'avais pas été bien élevé par mon père, il s'en serait occupé. Je répétais cela à maman, et elle rétorqua par un avis de non renouvellement de bail.

Ces événements nous amenèrent donc à quitter cette maison. C'était simplement logique de s'éloigner d'un endroit où nous étions plus bien, car trop de problèmes et de souvenirs douloureux nous rattachaient à notre passé. Un nouveau départ s'offrait à la famille et maman savait, avec sa grande intuition et son instinct de survie, mettre les cartes à la bonne place. Elle trouva un loyer dans le même quartier, à une rue près, rue Cloutier. Le hasard fit que maman justement choisit le loyer où papa et moi, environ huit mois avant son décès, avions rénové le comptoir en « arborite. » Elle l'ignorait. Mais j'ai pensé que Dieu nous parlait par ces événements et par les personnes qu'il veut placées sur notre chemin.

Ce loyer était petit, mais fonctionnel. Ma mère fit installer le gaz propane. Elle procéda à l'attribution des chambres. Étant donné que j'étais le seul homme, elle décida que je coucherais dans le salon sur le divan, près de la porte d'entrée d'en avant. Ainsi, elle évitait qu'une femme de la famille soit exposée au risque de la nudité si quelqu'un entra par en avant. Diane dormait dans la chambre avant, et Héloïse dans la chambre arrière avec maman. C'était parfait pour notre budget et pour notre nouvelle vie.

### **Des moments durs**

Tout de suite après le décès de papa, je me mis à détester l'école. Je n'avais plus de motivation pour les études. Je subissais un genre de dépression. Tout le monde me prenait en pitié en raison de ma qualité d'orphelin, et je n'aimais pas ça. Néanmoins, avec le temps, j'appris à vivre et à exploiter cette pitié. Je n'avais jamais joué avec cette carte du vivant de papa, même si nous étions très pauvres. Quand j'analyse aujourd'hui cette situation, je me rends compte que lorsque mon père était là, nous étions une famille aux yeux de la communauté. Une famille pauvre, mais une vraie famille unie. Au décès de papa, cette même communauté sympathisait avec nous. Puis nous sommes devenus une famille composée d'une veuve et d'orphelins.



Je me rappelle que je critiquais maman parce qu'elle nous faisait du pudding au pain comme repas principal. C'est surtout au début, et je ne mangeais pas complètement à ma faim. Avec les années, maman réussit à régler ce problème avec une meilleure gestion de budget et des revenus supplémentaires : gardiennage, repassage chez les religieuses, coiffeuse de permanentes, artisanats en tous genres.

### **Mes tantes malades**

Le principal revenu de maman provenait cependant de la garde de sa sœur Fanny. En effet, cette dernière était atteinte, depuis son adolescence, d'une maladie psychiatrique sévère. Elle avait subi plusieurs opérations au cerveau et avait séjourné longtemps à l'hôpital Saint-Michel-Archange, à Québec. Au moment où elle devint pensionnaire dans notre nouvelle famille, elle souffrait encore de troubles psychiatriques. L'arrivée de ma tante Fanny à la maison fut traumatisante pour moi. Elle avait eu un vécu difficile avec des enfants. En outre, le fait qu'elle ait passé plusieurs années en établissement psychiatrique était angoissant pour moi. Elle oubliait sa montre régulièrement sur le lavabo de la salle de bain, et nous accusait, nous les enfants, de l'avoir volée. Elle parlait de l'église, des mauvais souvenirs de son enfance. Elle évoquait souvent les morts, les épreuves de sa famille, l'enfer et le paradis... N'oublions pas également que c'était Fanny qui avait donné le couteau scout à papa, celui-là même qui m'avait ouvert la porte d'enfer psychologique. Le souvenir de ce couteau est resté rayé de ma mémoire tant que Fanny est demeurée chez nous. Ce n'est que beaucoup plus tard que ce souvenir se réveilla et vint hanter ma vie...

Ma tante Béatrice venait aussi faire son tour de temps en temps chez nous. À la suite d'une opération au cerveau, elle était devenue, du jour au lendemain, très obèse, à en briser les chaises... Elle aussi souffrait de troubles psychotiques. Cela occasionnait des chicanes avec sa famille, chicanes dont mamant souffrait beaucoup. Mon oncle Firmin, que je n'ai pas connu, était lui aussi en institut psychiatrique. Dans ces années-là, il était mal vu que quelqu'un de sa famille soit placé en institution psychiatrique, aussi on gardait le silence...

Mon propos n'est pas de raconter tous les problèmes de santé mentale de la famille de maman, bien qu'ils fassent probablement partie de mon bagage génétique. Mes propres troubles psychiatriques, eux, sont survenus bien plus tard, dans les années 1983, alors que la « médication de l'âme » avait remplacé les grands instituts d'internement permanent. Je suis un psychiatisé des temps modernes...

## **Mes visites chez grand-mère**

Après le décès de papa, je pris l'habitude, tous les samedis, d'aller visiter ma grand-mère. Je faisais les commissions de mes tantes et de grand-maman. En échange, elles me donnaient des sous, pour me remercier. Quand j'allais sur la rue Lévis, où était situé le loyer familial, je passais sur la rue Champlain. Pratiquement chaque fois, je trouvais de la monnaie dans la boîte téléphonique et m'achetais des cigarettes à la cenne. Cela reste pour moi un beau souvenir!



**Règle du jeu :** vous devez tenter de remplir chacune de ces quatre grilles avec les chiffres de 1 à 6, de manière à ce que :

- ✓ Chaque ligne contienne tous les chiffres de 1 à 6;
- ✓ Chaque colonne contienne tous les chiffres de 1 à 6;
- ✓ Chaque bloc de 3 X 2 contienne tous les chiffres de 1 à 6.

### Jeu 1

	2				
6		5			
1			2		
		3			1
			1		6
				4	

Bonne chance  
et bon  
divertissement

### Jeu 2

		3	5		
5					
1				6	
	6				1
					4
		2	3		

### Jeu 3

		4			6
2					
4			2		
		5			4
					5
1			4		

Solutions à la page 33

### Jeu 4

2					
		5	4		
6				3	
	3				6
		1	5		
					1

# Mots croisés

Solution à la page 34!

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1								■				
2				■			■					
3					■							
4						■					■	
5									■		■	
6			■				■		■			
7												
8	■			■								
9					■			■			■	
10				■					■			
11									■			
12				■			■					

## HORIZONTALEMENT

- 1- Action de séparer les biens - Appela
- 2- Ivette – Vu – Dirigés
- 3- Chiffre – Ancienne région de l'Italie
- 4- Non cuites – Donne de l'air
- 5- Faite ou répétée plusieurs fois
- 6- Négation – Partie aval de une vallée envahie par la mer – Oiseau
- 7- Principales
- 8- À elle – Temps pendant lequel un corps délibérant reste assemblé (pluriel)
- 9- Poils des paupières – Préfixe – Deux semestres
- 10- Règlement – Arrose Berne – Qui s'amuse
- 11- Adversaires – Femme d'Adam
- 12- Dans la rose de vents – Lie deux propositions - Lances

## VERTICALEMENT

- 1- Grand récipient où les gens se baignent – Clefs
- 2- Aviserions
- 3- Pue une seconde fois – Qui contient du sel
- 4- Notre planète
- 5- Aluminium – Points gâtés – Esprit
- 6- À pieds secs – Manierait doucement
- 7- Temps atomique international – Arrose Grenoble
- 8- Mets en grève – Orient
- 9- Il y en a 24 dans une journée – Assembla
- 10- Manière d'aller – Sauter dans une piscine
- 11- Pluriel de leu – Correct – Salut romain
- 12- Fils de Jacob – Subis

## **Présume, mais présume égal!**

Notre travail quotidien au SRAADD, nous fait constater parfois de réelles injustices, qui résultent de la simple application de nos lois. Le cas le plus flagrant que nous avons rencontré est celui de la contribution parentale **présumée** aux besoins d'un jeune adulte, incapable de travailler et qui fait appel à l'aide sociale.

La majorité ne met pas fin à l'obligation alimentaire du parent, qui dure en fait toute la vie, selon le Code civil, et l'aide sociale utilise cette obligation pour créer une catégorie particulière de majeur, soit le majeur dépendant, qui est **réputé** recevoir des revenus de ses parents.

La loi **présume** donc que le jeune adulte dépendant est aidé financièrement par ses parents et que forcément cette aide **présumée** doit être déduite de ce que le jeune est en droit de recevoir.

La **présomption** est une astuce, une conséquence que l'on tire d'un fait connu à un fait inconnu.

Comme la loi doit s'appliquer de la même manière à tout le monde et qu'il serait très difficile de chiffrer combien un parent peut contribuer aux besoins d'un enfant, la loi **présume** ce montant à partir du revenu brut du parent.

Pour illustrer prenons le cas d'un parent sans conjoint (veuf), ayant trois enfants, dont le plus vieux est un jeune majeur dépendant, inapte au travail, en raison d'un diagnostic en santé mentale e qui en recherche d'autonomie, désire s'installer en appartement et qui fait appel à l'aide sociale.

Comme le parent déclare à l'aide sociale recevoir des revenus bruts annuels de 50 000\$, l'aide sociale fait le calcul suivant, soit  $50\,000\$ - 12\,349\$ = 32\,651\$ \times 40\% = 15\,060,40 \div 12 = 1\,255,03\$,$  soit le montant **présumé** de la contribution mensuelle du parent aux besoins du jeune!

Ce calcul ne tient pas compte des autres enfants à entretenir. Le parent de notre exemple est donc **présumé** contribuer aux besoins du jeune adulte à hauteur de 30% de ses revenus bruts.

Puisque dépendamment de sa situation note jeune majeur aurait droit à des prestations de 588,92\$, 708,92\$ ou 882,92\$ et qu'il est **présumé** recevoir 1 255,03\$ à chaque mois de son parent, il n'a donc pas droit à l'aide sociale.

L'injustice n'est pas la mathématique, mais qu'il y a d'autres régimes d'aide. Si au lieu de prendre le cas d'un jeune malade en santé mentale, nous prenons la même famille cette fois avec un jeune adulte qui entre à l'université et fait appel aux prêts et bourses.

Dans ce domaine aussi la loi **présume** une contribution parentale mais à partir du même revenu brut le calcul est fort différent, soit  $50\,000\$ - 2\,881\$ = 44\,238\$ - 25\,200\$ = 19\,038\$ \times 19\% = 3\,617,22\$ \div 12 = 301,44\$,$  par mois.

Sans le cas du jeune malade 1 255,03\$, par mois, dans le cas du jeune universitaire 301,44\$ et dans le deuxième cas on tient compte des autres enfants à nourrir!

Au SRAADD, nous avons fait plusieurs démarches pour dénoncer cette injustice criante dans le calcul des contributions **présumées** et n'avons reçu que des polis accusés de réception.

En fait la question n'intéresse personne car il y a un truc, une manière d'éviter le problème et qui consiste pour le parent de refuser de communiquer à l'aide sociale ses revenus.

Faute de pouvoir faire le calcul, l'aide sociale fait signer au jeune adulte un *document suivant lequel, il cède à l'aide sociale ses droits alimentaires contre son parent (subrogation) et il reçoit 100% de la prestation à laquelle il a droit même si le parent en question est millionnaire!*

Évidemment les subrogations s'empilent dans les dossiers u ministère, car il est médiatiquement peu probable que l'aide sociale poursuive en justice, pour pension alimentaire le parent qui refuse de collaborer.

Qui est le perdant au jeu des **présomptions**, c'est à notre avis le gouvernement lui-même!

La vaste majorité des parents sont des gens responsables, qui accepteraient sans doute, pour un temps, de contribuer, à raison de 100\$, 200\$ ou 300\$ par mois (en argent, biens ou services) aux besoins du jeune adulte malade qui désire son autonomie, ce qui diminuerait d'autant le fardeau de l'aide sociale.

Mais **présumer** qu'un parent consacre 30% de son revenu brut aux seuls besoins de son enfant malade, c'est montrer aux gens la porte de la délinquance et les déresponsabiliser, surtout quand il n'y a pas de conséquences, comme on disait au temps de Passe-Partout.

En **présument**, une contribution déraisonnable le gouvernement se prive de la participation financière des parents et ramasse 100% de la facture, y compris pour les filles et fils de millionnaires!

**Présume, mais présume égal!**

Pierre Saint-Amant



**Remerciement**

de tout coeur merci

**Merci à Pierre Saint-Amant, avocat et l'équipe de la SRAADD CQM  
Vos encouragements et votre détermination à régler mon dossier  
M'aide à poursuivre ma vie maintenant.**

**J.L.**

**Monsieur Leclair**

**Nous tenons à souligner combien nous sommes satisfaits de la collaboration que nous avons avec madame Nancy Sicard dans le dossier de l'accréditation du besoin d'accompagnement des demandeurs de la Vignette d'accompagnement touristique et de loisir (VATL).**

**En effet, elle fait preuve de célérité et de rigueur dans l'analyse des demandes VATL. Pour ces raisons, nous sommes tout à fait en confiance.**

**Nous profitons également de cette occasion pour vous offrir nous vœux de santé et de prospérité pour cette nouvelle année qui est à nos portes.**

**Merci encore à la SRAADD pour sa collaboration inestimable au programme VATL.**

**Veillez agréer, Monsieur, nos salutations les plus distinguées.**

**Jean Lemonde, directeur général**



# Santé mentale et justice

## Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance.

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

### Introduction

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

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

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

### Mise en situation<sup>1</sup>

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

---

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

Voici un aperçu des défis les plus fréquemment mentionnés :

- Voir l'état mental de leur adolescent se détériorer progressivement ou même subitement, détérioration se manifestant par des résultats scolaires en baisse et un isolement s'accroissant au point où ils ont l'impression de vivre avec un étranger;
- Tenter de persuader la personne atteinte d'aller consulter un professionnel de la santé, alors que la maladie fait en sorte qu'elle est convaincue de ne pas être malade;
- Vivre dans la peur que la personne atteinte<sup>2</sup>;
- Faire des cauchemars et de l'insomnie;
- Souffrir de solitude, d'anxiété et de dépression devant l'absence apparente de solutions;
- Être sur ses gardes au point de verrouiller la porte de sa chambre devant l'attitude menaçante de la personne atteinte lorsque les délires et les hallucinations l'envahissent;
- Ne pas oser laisser la personne atteinte seule à la maison;
- Devoir s'absenter ou laisser son emploi en raison de son propre état de santé ou pour offrir du soutien à la personne atteinte;
- Avoir peur d'appeler la police de crainte d'ameuter tout le quartier et de voir les policiers amener la personne atteinte à la cour plutôt qu'à l'hôpital;
- Vaincre ses réticences en déposant une requête devant le tribunal lorsque la personne atteinte présente un danger pour elle-même ou pour autrui, en sachant bien à l'avance toute la rancœur qui risque d'émerger de cette initiative et le temps qu'il faudra pour cicatriser son sentiment d'avoir été trahie par ses proches (Fournier 2012);
- Avoir à reprendre des procédures judiciaires parce que la personne atteinte cesse son traitement dès son congé de l'hôpital et rechute quelques mois plus tard;
- Constaté, après chaque rechute, que les pertes cognitives sont de plus en plus importantes, de même que la durée des hospitalisations;
- Réaliser en tant que proches aidants qu'ils devront assumer le soutien émotionnel et économique de la personne atteinte jusqu'à la fin de leurs jours et s'inquiéter de ce qu'elle deviendra quand ils ne seront plus là.

Malheureusement, bien des proches devront malgré eux abdiquer devant de telles conditions de vie. Bien entendu, on ne peut les blâmer, mais les conséquences probables sont bien connues : l'itinérance, la prostitution, l'abus et la violence envers la personne malade, l'intervention des forces policières, le suicide. Selon des données colligées par un centre de services sociaux de la région de Montréal, on estime qu'environ 35% des itinérants du Québec souffrent de problèmes psychiatriques majeurs<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Selon une étude citée par l'Agence de santé publique du Canada, 40 à 60% des personnes atteintes de schizophrénie font au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et 10% d'entre elles complètent leur tentative : Agence de la santé publique du Canada, [www.santepublique.gc.ca](http://www.santepublique.gc.ca), [www.phac.aspc.gc.ca/publicat-mmacc/chap\\_3-fra.php](http://www.phac.aspc.gc.ca/publicat-mmacc/chap_3-fra.php)

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

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

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

### **Exposé sommaire des principes de la législation québécoise**

Les règles du droit québécois en matière de santé mentale sont dispersées dans quatre textes législatifs distincts : le Code civil du Québec<sup>4</sup>, la Charte des droits et libertés de la personne<sup>5</sup>, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (la LPPEM)<sup>6</sup> et la Loi sur les services de santé et les services sociaux<sup>7</sup>.

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

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

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

---

<sup>4</sup> L.Q.1991, chapitre 64

<sup>5</sup> L.R.Q.c.C-12.

<sup>6</sup> L.R.Q.c.P-38.001

<sup>7</sup> L.R.Q.c.S-4.2

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

Bien que le Code civil ne contienne aucune définition de l'inaptitude, les tribunaux québécois ont adopté un teste inspiré de l'*Hospital Act* de la Nouvelle-Écosse pour déterminer si une personne est apte à consentir. Ce test comprend les cinq questions suivantes : 1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé?

2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement?

3. La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit?

4. La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement?

5. La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

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

Pour ne rien simplifier, le législateur a confié à trois différents tribunaux une compétence en matière d'autorisation de soins et de garde en établissement. La Cour supérieure, tribunal de droit commun, a compétence en matière d'autorisation de soins et d'hébergement durant la durée des soins. Pour sa part, la Cour du Québec conserve sa compétence exclusive sur toute demande pour faire subir une évaluation psychiatrique à une personne qui la refuse ou pour qu'elle soit gardée contre son gré par un établissement visé dans la LPPEM<sup>9</sup>. Enfin, le Tribunal administratif du Québec (TAQ) a compétence pour entendre les contestations relatives au maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la LPPEM selon l'article de cette loi<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Institut Philippe-Pinel de Montréal c.G. (A.) (1994) R.J.Q. 2523 (C.A.).

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

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

Les procédures en autorisation de soins et pour hébergement durant la durée des soins relèvent de la compétence de la Cour supérieure. Les procédures devant ce tribunal impliquent une mobilisation de diverses ressources tant légales que médicales du réseau de la santé. En théorie, toute personne intéressée peut présenter une telle demande, mais en pratique, la procédure est introduite par les avocats des établissements du réseau de la santé. Une telle demande suppose une observation clinique de la personne, un diagnostic et un plan de traitement que seuls ces établissements sont en mesure de produire. Le jugement comporte habituellement une ordonnance d'hébergement forcé qui suppose une disponibilité de services dans un établissement de santé. Le jugement précise la durée du traitement et prévoit généralement l'obligation pour les médecins de transmettre des rapports périodiques de l'état de santé de la personne à un comité médical de l'établissement<sup>11</sup>.

Avant d'en arriver à une procédure en autorisation de soins devant la Cour supérieure, il sera bien souvent nécessaire d'amener la personne à l'hôpital et de la garder sous observation. La Cour du Québec a compétence exclusive en matière de garde en établissement et d'examen psychiatrique. La procédure permettant d'amener une personne contre son gré dans un établissement de santé et de la mettre sous garde pendant une certaine période est prévue par la LPPEM qui complète le Code civil à cet égard<sup>12</sup>.

La LPPEM permet aux policiers, sans autorisation du tribunal, d'amener dans un établissement une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat. Les policiers peuvent agir sur demande des intervenants d'un service d'aide en situation de crise<sup>13</sup> ou d'un proche de la personne; dans ce dernier cas, ils doivent eux-mêmes avoir des motifs suffisants de croire que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

De plus, LPPEM permet à un médecin, sans autorisation du tribunal, de mettre une personne sous garde *préventive*, pour une durée maximale de 72 heures, lorsqu'il est d'avis qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

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

---

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

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

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

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

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

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

Enfin, le TAQ a compétence pour entendre les contestations de garde en établissement selon l'article 21 de la LPPEM<sup>14</sup>. Une fois la personne mise sous garde, la loi prévoit qu'on peut s'adresser à ce tribunal pour contester le maintien de cette garde. Le rôle du TAQ sera alors d'évaluer la dangerosité de la personne mise sous garde et de décider si sa garde doit ou non être maintenue. Les procédures devant le TAQ sont moins formalistes que devant les tribunaux de droit commun. L'audience a généralement lieu dans l'établissement hospitalier où la personne est gardée<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Note 10 précitée.

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

## PREMIER MODE D'INTERVENTION

### La garde en établissement et l'évaluation psychiatrique

**Dispositions législatives :** articles 27 à 30 C.c.Q. et art. 1 à 13 LLEPM<sup>1</sup>.

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

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

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

#### Garde préventive

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

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

#### Garde provisoire

##### Par les proches

Les proches peuvent s'adresser à la Cour du Québec et demander une ordonnance pour une évaluation psychiatrique de la personne dans un établissement désigné.

En vertu de cette ordonnance, les policiers peuvent conduire la personne à l'établissement désigné pour cette évaluation psychiatrique.

Un médecin de l'établissement doit procéder à l'évaluation psychiatrique dans les 24 heures suivant l'ordonnance du tribunal. S'il conclut que la personne ne représente aucun danger, il doit la libérer immédiatement; s'il est d'avis contraire, voir la suite ci-après.

##### Par un médecin

Si le médecin est d'avis que la personne représente, en raison de son état mental, un danger pour elle-même ou pour autrui, il peut demander au tribunal une ordonnance provisoire pour procéder à son évaluation psychiatrique. L'évaluation psychiatrique a pour objectif de décider si le degré de danger et tel qu'il justifie le maintien de la garde en établissement.

Une fois l'ordonnance de garde provisoire accordée, l'établissement dispose d'un délai de 96 heures pour effectuer deux examens psychiatriques en vue de déterminer si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Si le premier médecin conclut à la présence de danger, on doit procéder à un deuxième examen à l'intérieur du délai de 96 heures.

#### Garde régulière

Si les deux médecins concluent à la dangerosité, l'établissement peut demander une ordonnance de garde régulière dont la durée sera fixée par le tribunal.

Par la suite, tant que la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, elle demeure sous la garde de l'établissement.

L'établissement doit procéder à un examen de la personne 21 jours après la décision du tribunal et, par la suite, à tous les trois mois. Ces rapports doivent être transmis au tribunal.

#### Compétence du Tribunal administratif du Québec

Le TAQ a compétence pour mettre fin à la garde ou pour entendre toute contestation d'une décision prise en vertu de la LPEM.

**Critères considérés :** la personne représente-t-elle un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental?

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

## **Problématique de la législation pour les proches aidants**

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

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

### **La judiciarisation excessive de l'autorisation aux soins**

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

Trop souvent, les familles font face à une douloureuse réalité : bien qu'une personne soit inapte en raison de troubles mentaux sérieux et que son état nécessite des soins, le législateur lui permet de refuser tout traitement. Pour pouvoir passer outre à ce refus, il faut entreprendre une et même plusieurs procédures judiciaires en vue d'obtenir l'hébergement de la personne dans un établissement. En raison du chevauchement de compétences entre trois tribunaux<sup>16</sup>, il faudra envisager plusieurs recours devant différents tribunaux fonctionnant selon des critères et des règles de procédure qui leur sont propres. Cet état de fait n'a rien pour simplifier les choses.

Pour plusieurs familles, le recours prévu à la LPPEM sera utile afin d'amener à l'hôpital la personne qui refuse de consulter un médecin et qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Par contre, une fois la situation de dangerosité écartée, le jugement de la Cour du Québec ne produira plus d'effet. Certains parents seront fort étonnés de constater qu'après qu'ils aient obtenu une ordonnance pour une évaluation psychiatrique, la personne atteinte pourra être libéré sans aucun traitement après quelques heures passées à l'urgence de l'hôpital. En effet, dès qu'un médecin, à la suite de l'examen de celle-ci, estime que la personne atteinte ne présente pas un danger pour elle-même ou pour autrui, il doit la libérer sans autre formalité, malgré l'ordonnance de la Cour du Québec<sup>17</sup>.

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

---

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

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



## DEUXIÈME MODE D'INTERVENTION

### La demande en autorisation de soins

**Tribunal** : la Cour supérieure du Québec.

**Dispositions législatives** : articles 10 à 31 C.c.Q.<sup>2</sup>

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

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

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

### Critères pour l'autorisation de soins

Les soins sont :

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

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

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

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

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

Le docteur Jean-Luc Dubreucq, psychiatre de l'Institut Philippe-Pinel, affirmait ouvertement que les médecins n'ont tout simplement pas le temps requis pour s'impliquer dans de telles procédures : « En effet, les psychiatres du Québec sont surchargés de tâches cliniques et ils préfèrent bien sûr traiter des patients en demande de soins. S'ils doivent faire face à trop d'obstacles pour parvenir à soigner un patient difficile, revendicateur et hostile, ils seront naturellement tentés de s'en tenir à une interprétation restrictive de la loi. Une fois le danger physique immédiat écarté, un patient rebelle aux soins pourra d'autant plus rapidement quitter l'hôpital que le psychiatre sait que de nombreux patients, souvent plus faciles à soigner, attendent ses soins depuis déjà plusieurs mois... » (Dubreucq 2008). Un récent rapport du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur les difficultés d'application de la LPPEM confirme le fait que pour nombre de médecins, « la multiplication des démarches légales à effectuer pour finalement parvenir à soigner quelqu'un les rebutent (sic) » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec 2011, p.69).

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

---

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

---

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

Lorsqu'ils estiment que la condition de la personne ne présente pas un danger grave et immédiat leur permettant de la conduire à l'hôpital, les policiers ou les intervenants d'un service d'aide en situation de crise<sup>18</sup> vont souvent suggérer aux proches de se présenter eux-mêmes à la Cour du Québec pour obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique afin d'amener la personne, contre sa volonté, dans un établissement de santé. La Cour peut émettre une telle ordonnance lorsque la personne présente, en raison de son état mental, un danger pour elle-même ou pour autrui, sans que ce danger soit qualifié de « grave et [d'] immédiat. » D'ailleurs, les statistiques mentionnées dans un récent rapport sur les difficultés d'application de la LPPEM indiquent que la demande pour la garde provisoire afin de procéder à une évaluation psychiatrique était présentée en majorité par un membre de la famille ou un proche (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec 2011).

---

<sup>18</sup> Note 11 précitée.

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

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

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

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

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

Les proches aidants désireraient que le fait d'amener une personne dans un établissement de santé donne ouverture à une évaluation globale de la situation, non seulement en fonction des critères de la LPPEM, mais selon des critères énoncés au Code civil : quels sont les soins requis par l'état de santé de la personne, quelle est son aptitude à donner un consentement, quels traitements amélioreraient sa condition et quels services de santé pourraient être offerts autant en milieu hospitalier qu'en externe. Cette évaluation serait orientée vers la recherche du meilleur intérêt de la personne. Parmi les inconvénients de ne pas traiter cette dernière, il faudrait s'interroger sur le risque d'une détérioration sérieuse de son état de santé. Une fois cette évaluation effectuée, on pourrait retourner devant le tribunal pour évaluer si les motifs pour refuser un traitement sont dans l'intérêt véritable de cette personne.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

---

### **Recommandations**

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

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

- 1- Une législation unique regroupant l'ensemble des dispositions législatives en matière de santé mentale, plus particulièrement les règles concernant l'inaptitude, le consentement, la garde en établissement, l'évaluation psychiatrique ainsi que l'accès aux soins et l'hébergement<sup>19</sup>.
- 2- Un seul tribunal chargé d'entendre tous les recours et contestations en matière de santé mentale.

Idéalement, un tribunal administratif, fonctionnant sans formalisme et dont la composition serait semblable à celle de la division de la santé mentale du TAQ, serait plus accessible que la Cour supérieure. Le TAQ, dont le fonctionnement est bien connu des médecins psychiatres, se déplace dans les établissements hospitaliers pour rencontrer les parties intéressées dans un litige en matière de garde en établissement en vertu de la LPEM et du Code civil. Ses membres<sup>20</sup> sont sensibilisés aux problématiques de santé mentale ainsi qu'aux contraintes du réseau de la santé. Ce tribunal pourrait rendre tous les types d'ordonnances selon les cas soumis et pourrait d'office réviser le maintien de toute décision comme le fait déjà selon la loi actuelle<sup>21</sup>.

---

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

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

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

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

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

- 4- Recentrer les critères en matière de garde et d'autorisation de soins en fonction du véritable intérêt de la personne, c'est-à-dire non seulement selon le critère de dangerosité, mais aussi et surtout selon le risque de détérioration sérieuse de son état physique et mental si elle n'est pas traitée.
- 5- Confirmer l'intérêt légitime des proches aidants à agir et à intervenir devant le tribunal lors des recours concernant la personne.
- 6- Autoriser les proches aidants à donner un consentement substitué même en présence d'un refus catégorique de la personne inapte. Rappelons que celui qui consent pour autrui doit toujours agir dans le meilleur intérêt de cette personne. Cette autorisation pourrait être encadrée par la loi et supervisée par le TAQ, comme c'est le cas en matière de garde en vertu de la LPPEM, afin d'assurer le respect des droits de la personne.

La SQS est consciente que l'adoption de ces principes suppose une révision en profondeur du système de justice qui pour être souhaitable à moyen terme n'est peut-être pas réaliste dans l'immédiat. Cependant, elle est d'avis que certaines modifications pourraient, à court terme, améliorer la situation actuelle, notamment :

- Amender la LPPEM et le Code civil afin de permettre d'amener dans un établissement de santé une personne, non seulement lorsque son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, mais aussi lorsqu'elle court un risque sérieux de détérioration de son état physique ou mental; c'est le critère retenu présentement dans la législation de sept provinces canadiennes (Gray 2008, p.144);
- Amender le Code civil afin d'autoriser les représentants égaux ou les proches de la personne majeure inapte à consentir aux soins et aux traitements requis par son état de santé même en présence d'un refus catégorique.

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

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

### **Remerciements**

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

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

## Notre socio-économique

### Les prestations d'aide sociale sont-elles trop généreuses?

Même si le soutien financier de dernier recours occupe moins de 5% du budget du Québec, le dossier de l'aide sociale soulève bien des passions. D'un côté, des commentateurs dénoncent une prétendue oisiveté des prestataires de l'assistance sociale et appellent à la réduction des sommes versées, tandis que de l'autre, des organismes communautaires et de défense des droits tracent un triste portrait de la vie comme prestataire de l'assistance sociale. Dans cette note, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) se penche sur deux idées répandues à propos de l'assistance sociale, soit, d'une part, qu'hausser les prestations s'accompagne toujours d'une augmentation du nombre de prestataires, et d'autre part, que la meilleure manière de favoriser la réinsertion serait de réduire le montant des prestations.

En 2007, le gouvernement a séparé les prestataires en deux programmes distincts, selon qu'ils sont considérés « aptes » ou « inaptes » au travail. L'aide sociale désigne de nos jours le soutien de l'État aux personnes qui ne présentent pas de contraintes sévères à l'emploi, c'est-à-dire celles considérées « aptes. » Les autres, celles considérées « inaptes », relèvent plutôt du budget de la « solidarité sociales. » Pour un portrait plus juste de la situation, il est important d'étudier séparément ces deux groupes, mais également de prendre en considération les autres prestations auxquelles ont droit les différents types de ménages (prestations pour enfants par exemple). Ceci permet de mieux évaluer la suffisance des revenus de dernier recours. Nous utilisons donc les mots « assistance sociale » pour parler de cet ensemble de mesures.

### **Assistance sociale : retour historique**

Avant de passer en revue ces préjugés concernant l'assistance sociale, il est important de retracer l'évolution du programme d'assistance sociale au Québec. Bien-être social, aides sociale ou assistance sociale? Plusieurs termes sont utilisés pour parler de l'aide financière de dernier recours offerte par le gouvernement. L'explication est simple : les programmes ont évolué et ont changé de nom au fil du temps. Ainsi, le terme « bien-être social » remonte à la création en 1940, du ministère du bien-être social, le premier organisme provincial à avoir offert aux plus démunis, certaines prestations compte tenu de leurs besoins. Avant la création de ce ministère, les Québécois (es) dans le besoins devaient avoir recours aux organismes de charité, souvent religieux, et à l'entraide familiale. Pour répondre aux besoins des personnes qui ne trouvaient pas de débouchés sur le marché du travail, il fallait donc compter sur la générosité ponctuelle et volontaire de la population locale. Le fait de donner de l'argent aux pauvres avait alors une lourde connotation morale qui permettait de n'en donner qu'aux pauvres les plus vertueux. Cependant, avec la Grande Dépression de 1929, le nombre de ménages ayant besoin de support a cru substantiellement. Les organismes traditionnels ne suffisaient plus à la tâche et le problème devenait de plus en plus répandu, requérant une solution plus globale, collective et universelle.



À partir des années 1930, l'État a pris graduellement la place des organisations caritatives, permettant ainsi de généraliser l'aide, mais aussi de miser sur la logique de l'assurance en mettant à contribution tous les citoyens et citoyennes grâce à l'impôt. On a toutefois maintenu dans le système des dispositions qui tentaient de juger la valeur morale des bénéficiaires. Ainsi, en 1937, une loi attribue une allocation aux mères « nécessiteuses » si celles-ci « offrent, à la satisfaction de l'Office, des garanties raisonnables d'habileté à donner à [leurs] enfants les soins d'une *bonne mère*. » Dans le cas des pensions de vieillesse du fédéral, il faut prouver que les enfants ne peuvent prendre soins de leurs parents. On encourage même parfois les aînées à poursuivre en justice leurs propres enfants. Il faudra attendre 1969 pour que soit adoptée la *Loi sur l'aide sociale*, qui permettra une aide systématique non fondée sur des jugements quant à la situation spécifique des gens visés. Les nombreux programmes qui s'adressent à différentes catégories de personnes jadis qualifiées de « nécessiteuses » sont alors fusionnés dans l'aide sociale. On inclut toutefois une distinction basée sur l'âge. Dans une volonté de pousser les personnes de moins de 30 ans vers le marché du travail, les prestations consenties aux personnes de ce groupe d'âge sont alors nettement moins élevées.

La responsabilité du « bien-être social » changera de ministère selon les gouvernements en place, en 1981, le gouvernement péquiste de René Lévesque intègre la solidarité sociale au ministère du Travail. Ce changement n'est pas anodin et participe à la transformation de la mission de l'assistance sociale. Il ne s'agit plus seulement d'aider les gens dans le besoin, mais de les assister dans un retour sur le marché du travail. Ainsi, l'inclusion sociale devient synonyme d'inclusion d'emploi.

Cette transition amènera le gouvernement à ajouter en 1989 la distinction « aptes » et « inaptes » au travail entre les prestataires, catégorisation qui remplacera la discrimination fondée sur l'âge. Pour être officiellement considérée « inapte » un prestataire doit avoir un diagnostic médical qui indique qu'elle présente des contraintes sévères à l'emploi (physiques ou mentales) pour une période permanente ou indéfinie. Cette distinction vient ajouter un critère qui déterminera la hauteur des prestations versées. Les personnes jugées « aptes » doivent s'acquitter d'une contrepartie afin d'obtenir le plein montant de leurs prestations, en travaillant ou en participant à des programmes particuliers. Faute de le faire, elles sont pénalisées, parfois très lourdement.

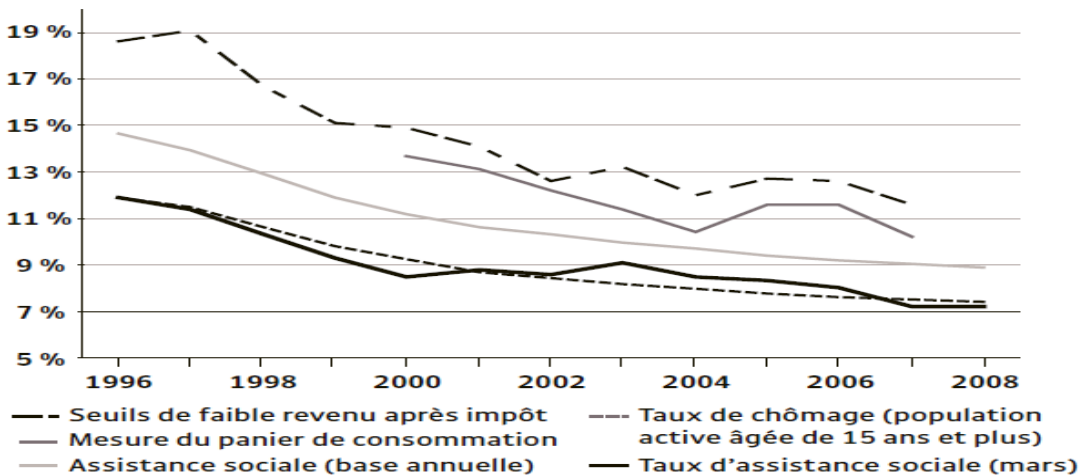
De nos jours, cette pénalité s'exprime par une prestation moins élevée pour les « aptes », soit 307\$ de moins, sans qu'il soit possible de compenser totalement la différence par le travail. Pour les personnes qui ont des « contraintes temporaires », c'est-à-dire qui sont incapables pour des raisons physiques ou mentales de chercher du travail ou de participer à des activités d'insertion ou de préparation à l'emploi, il est possible de recevoir une allocation supplémentaire de 126 \$, qui s'ajoute aux 589 \$ reçus mensuellement.

## De moins en moins de prestataires

À entendre certains commentateurs, on pourrait croire que les programmes de soutien sont tellement généreux qu'ils attirent chaque année toujours plus de prestataires sont assez éloquents. Comme le montre le graphique 1, le taux d'assistance sociale est la conjoncture économique. Par exemple, Jean-Michel Cousineau, professeur de relations internationales à l'Université de Montréal, n'a calculé que 77% des variations s'expliquent par le taux de chômage. Dans les dernières années, malgré que une crise économique mondiale, le Québec a réussi à garder un taux de chômage relativement stable. Les effectifs de l'assistance sociale ont ainsi peu évolué.

D'autres éléments peuvent également expliquer la baisse soutenue observée depuis 1996. Un facteur important aura été la politique familiale québécoise de 1997, qui a eu un impact significatif sur les familles, surtout monoparentales. En plus d'offrir des allocations pour les enfants, des programmes ont été ajoutés pour accompagner les parents vers le marché du travail.

**GRAPHIQUE 1 Taux d'assistance sociale, de faible revenu et de chômage, pour les personnes âgées de 18 à 64 ans, Québec, 1996-2008**



Source : Morin, Alexandre, Fritz-Herbert Remarais, Francis Crépeau et Aline Lechaume, « L'assistance sociale de 1996 à 2008 : avancées et défis », *Portrait social du Québec – Données et analyses Édition 2010*, décembre 2010

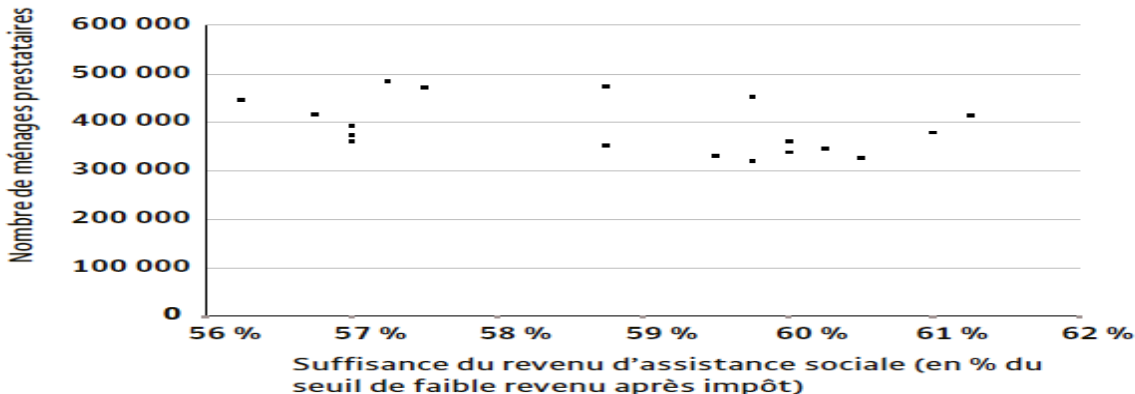
## « Plus on donne de l'argent, plus il y a de prestataires »

La réalité de l'assistance sociale est complexe. Bien que la conjoncture économique demeure le déterminant le plus important du nombre de prestataires des programmes d'assistance financière, d'autres facteurs sont à l'œuvre et causent des variations dans le taux d'assistance sociale.

Certains observateurs cherchent dans les montants accordés l'explication de ces fluctuations. Le gouvernement, faisant face à des contraintes budgétaires et adhérent à l'idée que de basses prestations favorisent le retour au travail, a choisi, de 2004 à 2007, d'indexer seulement à moitié les prestations des personnes considérées comme aptes au travail. De cette manière, demeurer longtemps prestataire de l'assistance sociale revenait à s'appauvrir un peu plus chaque année. Cette décision se voulait un changement de logique : plutôt que de pénaliser individuellement les prestataires qui n'adoptaient pas les comportements désirés, on choisit d'encourager le retour au travail en accordant des bonis. Toutefois, pour que ceci soit efficace, le gouvernement a réduit les prestations pour l'ensemble des prestataires « aptes au travail » et a choisi d'indexer seulement partiellement leurs revenus, rendant la contrepartie plus attirante, voire nécessaire.

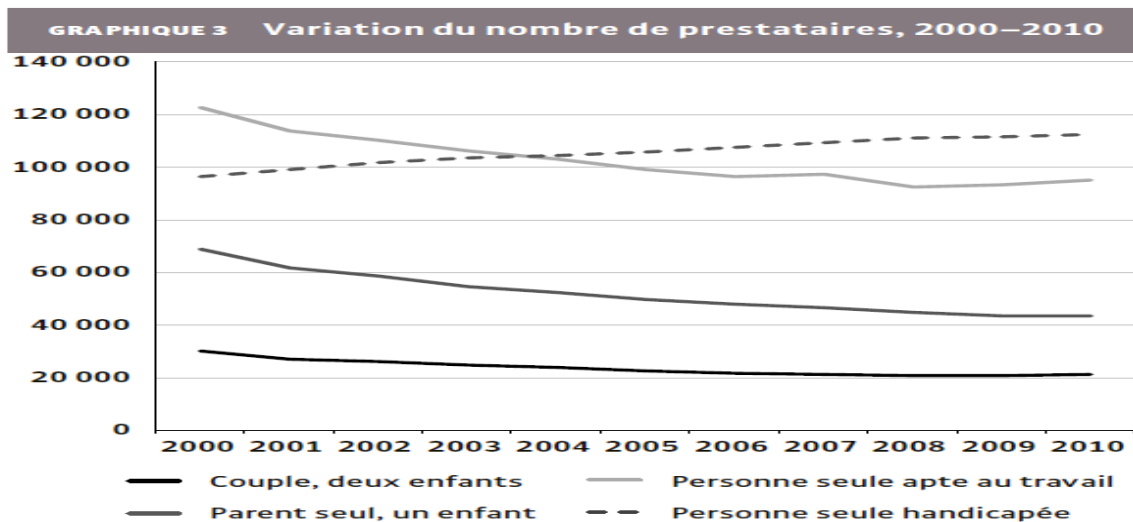
Cette prémisse nous paraît toutefois questionnable. Afin de l'évaluer, nous avons calculé la corrélation entre la suffisance du revenu de l'assistance sociale et le nombre de ménages prestataires au Québec entre 1989 et 2010. Le graphique 2 permet d'illustrer le résultat de nos calculs. Lorsque nous comparons la hauteur des revenus avec le nombre de prestataires, nous ne trouvons aucune corrélation significative. Il faut dire que jamais les prestations ne représentent plus de 55% de ce qui est jugé comme le minimum pour avoir une vie décente selon le seuil de faible revenu.

**GRAPHIQUE 2** Corrélation entre la suffisance du revenu d'assistance sociale et le nombre de ménages prestataires, Québec, 1989–2010



Source : Conseil national du bien-être social, *Tableaux sur la suffisance des revenus de bien-être social*, <[www.ncw.gc.ca](http://www.ncw.gc.ca)> ; MESS, *Évolution du nombre de ménages aux programmes d'aide financière de dernier recours pour l'ensemble du Québec*, avril 2011. Calcul des auteurs-s.

Pendant la période étudiée, la politique familiale québécoise de 1997 a mis en place un ensemble de mesures financières pour les familles à faible revenu, particulièrement les familles monoparentales. Il en a résulté des revenus considérablement bonifiés. Si l'on s'en tient au discours avancé par certains, on aurait dû observer une hausse marquée du nombre de familles monoparentales prestataires de l'assistance sociale. Or, nous avons plutôt observé l'inverse : leur nombre a connu une baisse de 46% entre 2000 et 2010, soit une diminution marquée que celle connue par les autres types de ménages recevant l'assurance sociale.

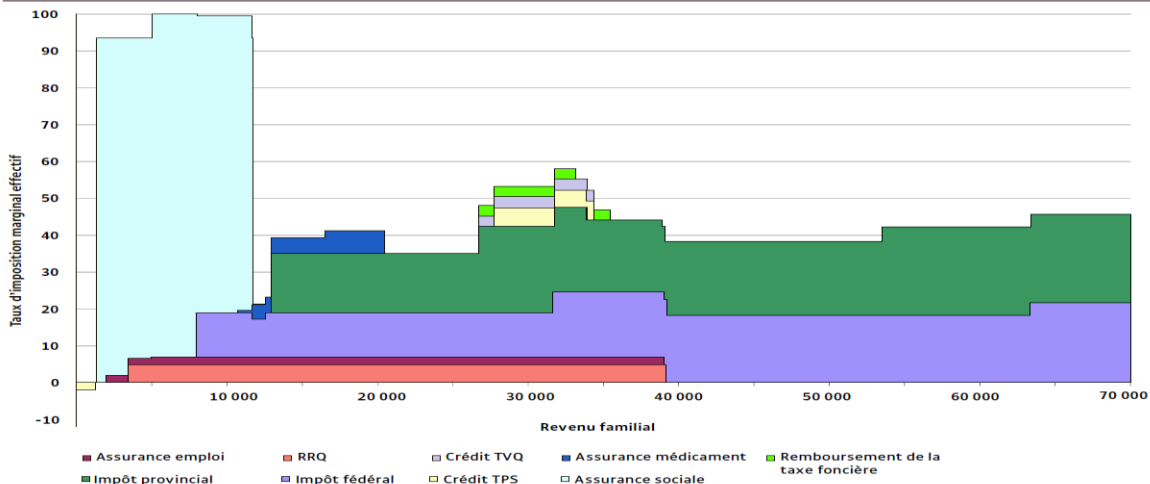


Source : MESS, Rapports statistiques sur les prestataires du programme d'assistance-emploi et Rapports annuels de gestion

### Pénaliser l'autonomie

Au-delà de ces facteurs, la structure même du programme d'assistance sociale génère un puissant effet inhibitif au travail. En effet, les prestations de base permettent de faire place à un revenu d'emploi mensuel de 200\$ ou moins sans pénalité. Cependant, lorsque ce revenu excède le 200\$ mensuel, chaque dollar supplémentaire est retranché de la prestation d'aide sociale. Une personne bénéficiaire de l'aide sociale qui gagne 275\$ verra donc son chèque amputé de 75\$. Ainsi, sur les derniers 75\$ gagnés, le taux d'imposition effectif est de 100%, ce qui correspond à une incitation au travail nulle. Dans une étude de 2009, les chercheurs Duclos et al. ont représenté graphiquement le taux d'imposition marginal effectif qui en résulte pour différents types de ménage. Pour une personne seule, l'on perçoit très clairement le « mur » que représente le retrait des prestations d'aide sociale à partir d'un revenu mensuel supérieur à 200\$, alors que le taux d'imposition marginal effectif se maintient au-delà de 90% pour des revenus annuels allant de 2000\$ à 12 000\$. Cela est d'ailleurs sans considérer les coûts inhérents au travail, comme les vêtements ou le transport. Un programme existe pour aider à pallier ces coûts, mais il s'agit d'une aide non récurrente, limitée à celles et ceux qui commencent un emploi de plus de 30 heures par semaine.

GRAPHIQUE 4 Profil représentatif de la taxation d'une personne seule



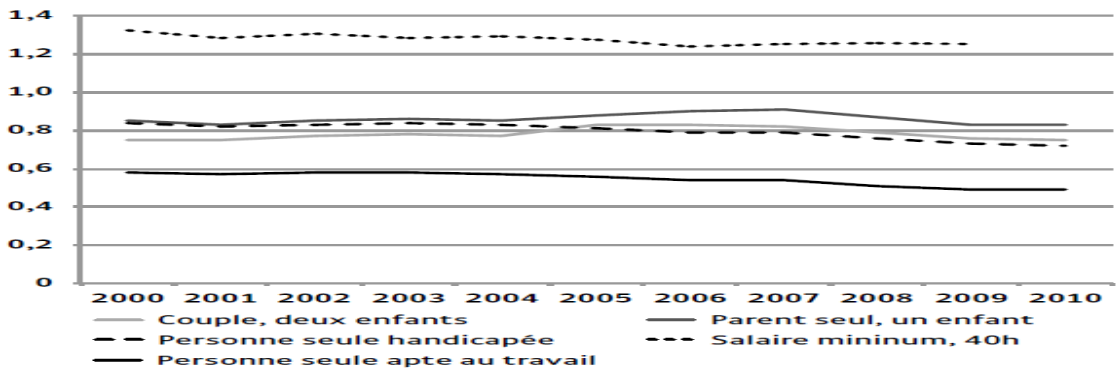
Source : Duclos, Jean-Yves et al. (2009). « An Analysis of Effective Marginal Tax Rates in Quebec », Canadian Public Policy – Analyse de politiques, vol. 35, no. 3, p. 351.

## Assistance sociale : assez d'argent pour vivre?

Une autre donnée intéressante à regarder est l'évolution des prestations versées aux personnes qui ont droit à l'assistance sociale. Dans le graphique 5, nous comparons les prestations et les autres mesures financières de derniers recours obtenues selon les catégories de prestataires à la mesure du panier de consommations. Cette mesure permet de chiffrer quel montant il faut dépenser pour répondre à ses besoins minimaux (se loger, se nourrir, se déplacer, se vêtir, etc.). À des fins de comparaison, nous avons intégré au graphique le taux de suffisance pour une personne seule travaillant à temps plein (40h/semaine) au salaire minimum. Même si ce taux diminue avec le temps, le salaire minimum augmentant moins vite que l'inflation, la situation financière de ces personnes demeure plus avantageuse que celle de l'ensemble des prestataires. Alors que le taux de suffisance a diminué pour les personnes seules, qu'elles soient handicapées ou non, les variations des prestations sur la période étudiée ramènent les familles en 2010 à une position presque identique à celle de 2000. Ce sont les personnes seules qui voient leur situation se dégrader le plus au cours de la période étudiée. Le taux de suffisance de leur prestation passe de 58% en 2000, un chiffre déjà très bas, à 49% en 2010. Les dépenses encourues pour se loger, se nourrir et se déplacer augmentent plus rapidement que les revenus des prestataires.

En 2010, l'Institut de la statistique du Québec a publié un rapport sur les conditions de vie au Québec dans lequel une section complète est consacrée à l'assistance sociale de 1996 à 2008. On s'y identifie plusieurs obstacles qui compliquent l'accès au marché de l'emploi des personnes vivant de l'assistance sociale. Certaines sont inhérentes à leur condition de prestataire (longueur de leur épisode d'assistance sociale, absence prolongée du marché du travail, etc.). À cela il faut ajouter un ensemble de contraintes temporaires, comme des grossesses, le fait d'avoir des enfants en bas âge ou encore des problèmes de santé physique ou mentale.

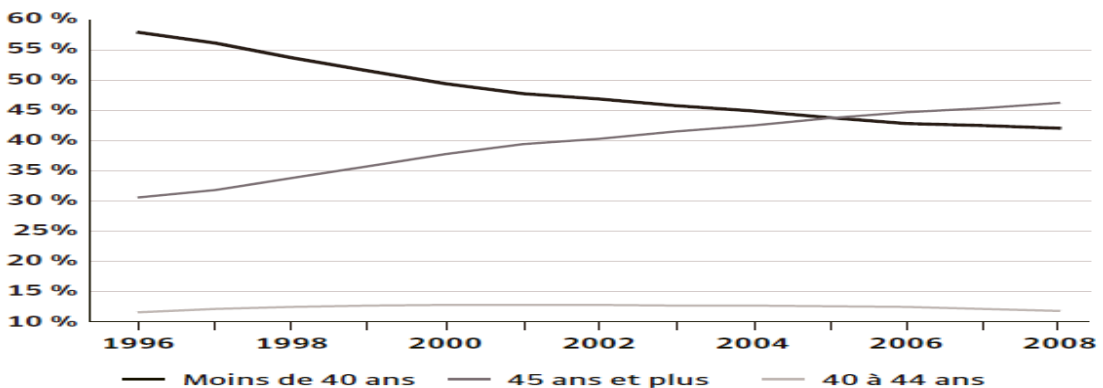
**GRAPHIQUE 5 Évolution de la suffisance des revenus d'assistance sociale et du salaire minimum, selon la mesure du panier de consommation**



Source : Conseil national du bien-être social, Tableaux sur la suffisance des revenus de bien-être social, <[www.ncw.gc.ca](http://www.ncw.gc.ca)> ; Statistique Canada, Taux horaires minimums au Canada pour les travailleurs adultes, <[srv116.services.gc.ca/dimt-wid/sm-mw/rpt2.aspx?lang=fra&dec=4](http://srv116.services.gc.ca/dimt-wid/sm-mw/rpt2.aspx?lang=fra&dec=4)>. Calculs des auteur-e-s.

De plus, la faiblesse des montants qui leur sont versés chaque mois rend prohibitives les dépenses nécessaires au travail (vêtements, transport, lunches, etc.) Rappelons que, comme on l'a vu dans le graphique 2, la prestation moyenne d'assistance sociale représente rarement plus de 62% du panier de consommation établi par Statistique Canada. L'âge joue également, surtout lorsque combiné à une absence d'expérience spécifique ou de formation adéquate. Par exemple, une personne qui doit recourir à l'assistance sociale après 55 ans a très peu de chances de pouvoir retourner sur le marché du travail et risque plutôt de troquer l'assistance sociale pour la pension de la sécurité de la vieillesse du gouvernement fédéral. On remarque d'ailleurs dans le graphique 6 que la clientèle de l'assurance sociale est vieillissante.

**GRAPHIQUE 6 Proportion de la clientèle adulte de l'assistance sociale (base annuelle), selon le groupe d'âge, Québec, 1996-2008**



Source : MORIN, Alexandre, Fritz-Herbert Remarais, Francis Crépeau et Aline Lechaume, « L'assistance sociale de 1996 à 2008 : avancées et défis », *Portrait social du Québec – Données et analyses Édition 2010*, décembre 2010, p.218

Sur la question de la suffisance des prestations, Marie-Carmen Plante, une psychiatre qui travaille auprès des itinérants depuis plus de 10 ans, posait ainsi le problème du point de vue d'un prestataire : comment puis-je arriver avec un tel montant? C'est un choix crucial et impossible à faire : ou je loue une mansarde froide, obscure, un taudis à prix fort et je dois continuer à me nourrir, me vêtir et répondre à mes autres besoins allant dans les missions et donc je ne peux quitter ce milieu... ou je choisis de dormir dans les missions, je m'alimente de façon plus adéquate, je commence à payer mes dettes, je me permets même de fumer, mais je reste coincé de toutes parts...ou j'essaie de trouver du travail et de quitter enfin ce milieu, mais il me faut quand même un endroit décent où je puisse me reposer et me refaire. Et puis, quel travail trouverais-je et comment pourrais-je le garder si je demeure dans de telles conditions?

Bref, tout semble pointer vers le fait que l'insuffisance elle-même des prestations maintient ceux et celles qui en reçoivent dans la pauvreté.

### **Distinction « apte au travail » / « inapte au travail », vecteur d'inclusion ou d'exclusion?**

Comme on l'a vu au graphique 2, la seule population en augmentation est celle des prestataires ayant des contraintes sévères. Rappelons par ailleurs que la catégorisation « apte » / « inapte » a souvent été décriée par les organisations qui travaillent avec cette population. En plus de pénaliser financièrement les bénéficiaires qui seraient « aptes au travail », elle participe à la stigmatisation d'un ensemble de personnes précaires en faisant peser sur elles la responsabilité de leur condition et en laissant sous-entendre qu'elles sont aptes au travail, mais qu'elles refusent de le faire. En raison du parcours de vie de chacun, il serait périlleux, voire impossible, de déterminer avec certitude la proportion des personnes considérées aptes au travail qui seraient effectivement capables et disposées à débiter un emploi dès demain. Certaines informations donnent cependant à penser que cette proportion serait faible.

La tâche de déclarer une personne « inapte » revient aux médecins. Cela les place souvent dans une position très difficile. D'un côté, l'État les force à être les gardiens de statut « privilégié » d'inapte, et de l'autre, les prestataires viennent leur demander assistance afin d'obtenir des revenus décents, un gage de santé. Il s'agit d'une différence de plus de 300\$ par mois, soit une augmentation de plus de 50% par rapport aux prestations de ceux et celles jugées « aptes. » Il leur est donc demandé d'être à la fois travailleur social, fonctionnaire et médecin.

Ce rapport imposé est inconfortable tant pour les prestataires que pour les professionnels de la santé qui sont souvent mal outillés en matière de santé occupationnelle. Comment définit-on l'aptitude au travail? Y a-t-il des critères empiriques qui permettent de l'évaluer? Est-ce qu'être « apte au travail » veut dire être apte à tout type d'emploi? Est-ce que le médecin connaît les ressources disponibles pour accompagner les prestataires selon leurs différentes contraintes? Il ne suffit pas d'avoir une santé physique et mentale relativement bonne pour être capable de s'adapter au milieu du travail souvent exigeant. Une foule d'attitudes et d'aptitudes psycho-sociales peuvent rendre une personne

« apte » à occuper un emploi. Si l'absence de certaines caractéristiques peut suffire à faire déclarer une personne « inapte au travail, » le problème n'est pas toujours à proprement parler de nature médicale. Ceci place les médecins dans un étrange rapport à la vérité : doivent-ils privilégier la vérité du diagnostic médical, ou la vérité de l'effet qu'aura le diagnostic sur la santé physique et mentale de leurs patients?

De plus, certains emplois situés au bas de l'échelle peuvent également s'avérer néfastes pour la santé (travail exigeant physiquement, longues heures debout, pression sociale, etc.). Déclarer une personne « apte au travail », pourrait ainsi vouloir dire la mettre dans une situation difficile dans laquelle elle n'a pas l'argent nécessaire pour avoir une vie décente et où sa seule porte de sortie est un travail qui minera encore plus sa santé. La déclarer « inapte au travail », par contre, lui permettrait d'avoir les moyens relativement meilleurs, mais lui donnerait aussi l'étiquette d'une personne incapable d'avoir un emploi, ce qui la stigmatiserait davantage comme personne démunie. Le dilemme semble insoluble. Un collectif de médecins et de professionnels actifs auprès de bénéficiaires de l'assistance sociale pose le problème ainsi : « Pourquoi diriger une personne vers le marché du travail quand il apparaît évident qu'elle ne pourra pas subvenir à ses besoins ou qu'elle sera inévitablement victime de rapports destructeurs pour sa santé mentale ou physique? »

## **Conclusion**

Si d'aucuns peuvent trouver encourageante la tendance à la baisse du nombre de prestataires de l'assistance sociale, quelques éléments risquent d'aggraver la conjoncture dans les prochaines années. Outre le climat économique toujours incertain, le passage de 65 à 67 ans de l'âge minimum pour pouvoir bénéficier de la pension de la sécurité de la vieillesse se traduira en une charge supplémentaire pour le Québec, qui devra continuer à verser des prestations d'assistance sociale aux personnes âgées à faible revenu pendant deux années supplémentaires. Les personnes qui recourent à l'assistance étant déjà vieillissantes, une reconfiguration des programmes devra être envisagée pour répondre aux besoins de cette population particulière. Le gouvernement fédéral vient également de modifier les critères d'obtention de l'assurance-emploi, rendant la situation particulièrement précaire pour les travailleurs saisonniers. Ainsi, des personnes qui auraient été au chômage avant vont plutôt devoir s'adresser à l'assurance sociale. Dans les deux cas, le désengagement du fédéral se transformera en coûts supplémentaires pour le Québec.



Des solutions existent pour essayer de réinsérer avec plus de succès les prestataires de l'assistance sociale. Déjà, rendre le travail plus lucratif pour chaque heure travaillée serait une avancée considérable. L'augmentation du salaire minimum offre une voie intéressante en ce sens, qui bénéficie à une population plus large que la seule catégorie des assistés sociaux. L'exemple du succès de la Politique familiale de 1997 devrait également inspirer les décideurs publics dans l'élaboration de programmes ciblés. En effet, les variations dans la population des familles, monoparentales et biparentales, ont été obtenues, entre autre, en offrant des suppléments au revenu et un accompagnement qui permettrait une vie plus digne et une meilleure disposition à cheminer vers une réinsertion en emploi. Il est important que cette démarche se fasse dans le respect des personnes et de leurs réalités. La catégorisation « apte au travail » / « inapte au travail » mériterait aussi une révision. Le simple fait de procéder à une certaine démedicalisation du statut et d'y intégrer un suivi psychosocial serait une avancée. Un travail de sensibilisation publique à propos de la stigmatisation dont font l'objet les prestataires est aussi nécessaire. Il serait également important de se poser des questions sur le principe du « workfare » et de l'intégration en emploi à tout prix, quel qu'il soit, pour la santé physique et mentale des personnes concernées.

Eve-Lyne Couturier, chercheure  
Renaud Gignac, chercheur-associé

# Solution des grilles de la page - 22 -

Jeu 1

3	2	4	6	1	5
6	1	5	4	2	3
1	5	6	2	3	4
2	4	3	5	6	1
4	3	2	1	5	6
5	6	1	3	2	2

Jeu 2

6	4	3	5	1	2
5	2	1	6	4	3
1	3	4	2	6	5
2	6	5	4	3	1
3	5	6	1	2	4
4	1	2	3	5	6

Ces jeux  
sont tirés

du site  
suivant :

Jeu 3

5	1	4	3	2	6
2	3	6	5	4	1
4	6	1	2	5	3
3	2	5	6	1	4
6	4	2	1	3	5
1	5	3	4	6	2

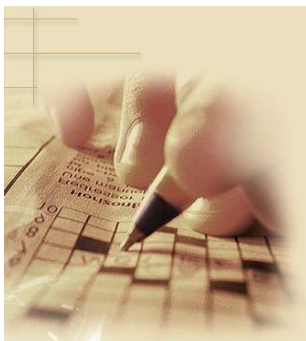
Jeu 4

2	4	6	3	1	5
3	1	5	4	6	2
6	5	2	1	3	4
1	3	4	2	5	6
4	6	1	5	2	3
5	2	3	6	4	1

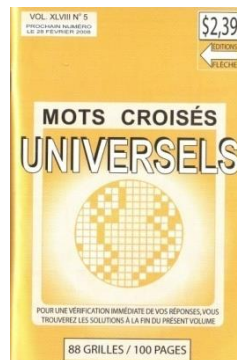
<http://www.e-sudoku.fr/sudoku-enfants.php>

# Solution du **Mots croisés** de la page 23

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	P	A	R	T	A	G	E		H	E	L	A
2	I	V	E		L	U		G	E	R	E	S
3	S	E	P	T		E	T	R	U	R	I	E
4	C	R	U	E	S		A	E	R	E		R
5	I	T	E	R	A	T	I	V	E		B	
6	N	I		R	I	A		E		P	I	E
7	E	S	S	E	N	T	I	E	L	L	E	S
8		S	A		S	E	S	S	I	O	N	S
9	C	I	L	S		R	E		A	N		U
10	L	O	I		A	A	R	E		G	A	I
11	E	N	N	E	M	I	E	S		E	V	E
12	S	S	E		E	T		T	I	R	E	S



Cette grille de  
mots croisés est  
tirée du livre  
suivant





**Avec la SRAADD, mes droits, i'y vois!**

**1060 rue Saint-François-Xavier bureau 340, Trois-Rivières(QC) G9A 1R8**

**Numéro: (819) 693-2212 Sans frais: 1 (800) 563-2212**

**Télécopie: (819) 693-5550**

**Site Internet : [www.sraadd.com](http://www.sraadd.com)**

**Courrier électronique : [sraadd@cgocable.ca](mailto:sraadd@cgocable.ca)**