

Ajouter la violence à la souffrance

Anne-Marie Boucher

Numéro 333, hiver 2022

Derrière les murs. Frontières, prisons, hôpitaux psychiatriques

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/97277ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Collectif Liberté

ISSN

0024-2020 (imprimé)

1923-0915 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Boucher, A.-M. (2022). Ajouter la violence à la souffrance. *Liberté*, (333), 65–68.

Ajouter la violence à la souffrance

À rebours des hospitalisations forcées et des ordonnances de traitement,
qui brisent plus souvent qu'elles ne soignent,
peut-on penser une psychiatrie sans contrainte ?

Par Anne-Marie Boucher

Ce texte, j'en commence l'écriture en ce matin d'août 2021 traversé par les chants des cigales, soixante ans après la publication remarquée des *Fous crient au secours!* de Jean-Charles Pagé, ex-patient de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Je n'écris pas en mon nom, mais bien au nom de centaines de personnes que j'ai pu côtoyer depuis mon entrée en poste au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), organisation née en 1983 dans le but de réunir les groupes d'action communautaire autonome en santé mentale, qui s'évertuaient alors à construire des espaces d'appartenance pour accueillir, ailleurs et autrement qu'à l'asile, les personnes qu'on disait « ex-psychiatisées ». Quarante ans plus tard, c'est près d'une centaine d'organismes alternatifs en santé mentale qui déploient, dans leurs communautés, des pratiques fondées sur l'entraide, l'accueil, l'écoute, l'appropriation du pouvoir et la promotion des droits.

Ce texte parlera d'enfermement psychiatrique, une forme d'enfermement qui affecte des milliers de personnes chaque année au Québec. Cet enfermement, volontaire ou contraint, se vit derrière des portes closes, parfois dans un silence nourri par la honte et les préjugés. Quand on l'a vécu, on en parle peu. C'est un sujet qu'on redoute, qu'on craint. Personne ne veut s'imaginer que tout le monde pourrait en faire les frais, au détour d'un traumatisme, d'une crise ou d'une « dérangerosité ».

Dans les dernières années, j'ai recueilli les témoignages de familles qui n'osaient pas faire appel aux services de santé mentale, craignant la démesure de la réponse policière ou médicale. J'ai vu s'accumuler les histoires de personnes souffrantes devant mobiliser une partie de leur énergie émotionnelle et mentale pour dissimuler la réelle nature de leurs pensées et ainsi s'éviter une nouvelle hospitalisation. J'ai connu des personnes traumatisées par les « soins » qu'elles avaient reçus, ou par la manière dont on avait contourné leur parole. J'en ai entendu appeler de leurs vœux la création de milieux de soins qui donnent envie de vivre, pas de mourir. J'en ressors avec une certitude : il existe un déséquilibre de pouvoir profond entre les personnes – souvent isolées, décrédibilisées par leur diagnostic ou leur manière de s'exprimer – et les institutions médicales et judiciaires. Ce déséquilibre de pouvoir, déjà dénoncé par Jean-Charles Pagé en 1961, est demeuré

pratiquement intact, malgré ce qu'on a appelé la désinstitutionnalisation et les nombreuses mues de la psychiatrie.

L'hospitalisation forcée en psychiatrie : une exception pas si exceptionnelle

Au Québec, c'est la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, mieux connue sous le nom de loi P-38, qui balise les enfermements en psychiatrie. En principe, elle vise à minimiser le recours abusif à l'hospitalisation, en exigeant des milieux hospitaliers qu'ils n'en usent seulement si la personne constitue un danger pour elle-même ou pour autrui. Une ordonnance de garde ne peut ainsi être rendue par le tribunal que si deux médecins l'estiment nécessaire. Qui dit ordonnance de garde ne dit cependant pas soins imposés : cette loi ne permet pas le traitement d'une personne contre son gré et n'entraîne pas l'obligation de se soumettre à des examens psychiatriques autres que ceux désignés par la loi. Reste qu'il s'agit d'une loi d'exception, qui contrevient aux chartes des droits et libertés. Adoptée en 1998, cette loi d'exception devait au départ s'accompagner d'un fort investissement dans la communauté, de la mise en place de centres de crise communautaires et de chantiers de recherche en vue d'éviter au maximum le retour à l'hospitalisation forcée. Or, depuis l'adoption de la P-38, on assiste au contraire à une augmentation du recours aux hospitalisations involontaires. La loi est sans cesse contournée : on détourne le sens de ses articles autant que les délais qu'elle prévoit, et on complique l'accès à l'information pour les personnes risquant l'enfermement.

Ghislain Goulet est organisateur communautaire depuis 1994 pour Action Autonomie, un groupe de défense de droits en santé mentale de Montréal qui participe aux travaux de recherche menés sur la P-38 depuis ses tout débuts. Il témoigne de ce glissement : « On dirait que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est désengagé du suivi de cette loi, et ça a été laissé entre les mains des psychiatres. Tout ce qu'on a trouvé à faire, c'est de tricoter la P-38 pour qu'elle soit facilement utilisable, alors qu'au contraire, il ne faut pas que ce soit facile, interner les gens ! » À ses yeux, ce n'est pas dans l'esprit de la loi que réside le problème, mais bien dans son application, ainsi que dans le manque de services d'accompagnement, qui permettraient d'éviter que les situations ne se dégradent. En l'absence de suivi alternatif

accessible dans la communauté, les familles, impuissantes, sont souvent laissées à elles-mêmes, et les personnes qui en éprouvent le besoin ont du mal à accéder aux services appropriés, au moment opportun.

« Le principe de l'état mental qui présente un danger pour soi-même, c'est un fourre-tout ! Par exemple, il y a des personnes qui songent à réduire ou à arrêter, progressivement, de prendre leur médication. Et cette idée-là est automatiquement considérée comme dangereuse. Quand même ! » tranche Ghislain. Doris Provencher, directrice générale de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), résume ainsi le principe de « l'état mental » : « Les personnes qui vivent un problème de santé mentale ont rebaptisé ce critère d'enfermement : la "dérangerosité". Cela revient à dire : on enferme qui dérange... » Ghislain Goulet ajoute en ce sens : « Concernant cette "dérangerosité", je connais une femme qui a été enfermée parce qu'elle chantait sur son balcon à cinq heures du matin... » Comme l'ont souligné les chercheurs Marcelo Otero et Geneviève Dugré dans un rapport de 2008 sur le recours à la P-38 à Montréal, la représentation devant un juge visant à déterminer si une personne répond aux critères définis par la loi se déroule le plus souvent en l'absence de la personne intéressée. « En général, tu n'as pas ton mot à dire. La P-38, c'est invoqué par des personnes qui ne te connaissent pas et qui t'évaluent à partir de ce que d'autres disent de toi. Si t'es un peu marginal, tu risques de te faire ramasser plus rapidement. Et la P-38, c'est la porte qui t'enlève ton humanité, sous ce couvert de dangerosité, et tu appartiens dès lors au jugement des autres », déplore Ghislain Goulet.

Appartenir au jugement des autres... Cette violence qui vient avec le fait de « ne plus s'appartenir » traverse l'hospitalisation. Alors que nous n'avons jamais, collectivement, autant parlé de consentement, les hospitalisations ou les soins non consentis, eux, ne font pas les manchettes. Il s'agit pourtant d'une expérience souvent traumatisante pour des personnes parmi les plus marginalisées de notre société. Et, comme le souligne Ghislain Goulet, la mise en œuvre de la P-38 ouvre la porte à de nombreuses atteintes à des droits fondamentaux – l'inviolabilité de la personne, le droit à l'intégrité et à la liberté – qui se perpétuent tout au long du séjour hospitalier.

Entre les murs de l'hôpital

En 2016, Action Autonomie a recueilli les témoignages de personnes ayant vécu une garde en établissement. L'une de ces personnes se souvient : « J'avais reçu des visiteurs qui voulaient m'emmener prendre un café dehors. Je devais avoir l'autorisation de l'infirmière et elle devait me donner des cigarettes. Personne ne me répondait. J'ai paniqué, j'ai tapé du pied et, pour cette raison, on a annulé la visite. Ils m'ont punie. » Il faut relire le livre de Jean-Charles Pagé à la lumière de ces récits contemporains pour mesurer la similitude des procédés utilisés, de l'asile à l'hôpital. Si les décors et les structures se sont transformés, les mécanismes de pouvoir, les menaces, les préjugés, le paternalisme et les dénis de droits sont toujours bien présents. Pagé, déjà en 1961, rapportait ainsi un dialogue avec un autre patient : « Sœur Janin,

Garde Halé, les stagiaires nous disent souvent que nous sommes ici pour nous faire soigner. Mais tout les contredit. D'ailleurs leurs paroles et les agissements des autorités ne vont pas de pair. Je me demande où est le vrai, où est le faux. »

ALORS QUE NOUS N'AVONS JAMAIS AUTANT PARLÉ DE CONSENTEMENT, LES HOSPITALISATIONS OU LES SOINS NON CONSENTIS, EUX, NE FONT PAS LES MANCHETTES.

Katharine Larose-Hébert est professeure à la TÉLUQ. Dans son livre *Le silence sur nos maux*, issu de sa thèse de doctorat déposée en 2015, elle donne la parole à près d'une centaine de personnes ayant expérimenté la psychiatriation. Elle relate comment le passage par l'hospitalisation transforme profondément le rapport à soi-même, aux autres et à la société. Larose-Hébert nomme, parmi les conditions qui participent à cette transformation, le système de surveillance instauré dans les départements, les horaires, l'aménagement des salles, mais aussi le manque d'écoute et le manque de personnel sur les étages... Cet ensemble de dispositifs, caractérisé par une tension constante entre contrôle et thérapeutique, sert de cadre à la « carrière » des personnes se retrouvant en psychiatrie et modifie l'identité, l'estime de soi et la capacité de se projeter dans la durée. Les constats émis dans le livre de Katharine Larose-Hébert sont les mêmes : les personnes hospitalisées en psychiatrie apprennent les codes, les normes et les valeurs de la psychiatrie hospitalière sur fond de contrainte et de menace. La tension entre sollicitude et surveillance mine la prétention aux soins, et force les personnes enfermées à adopter des stratégies de dissimulation et d'esquive pour survivre dans le système psychiatrique. Plusieurs témoignages le révèlent : pour sortir, on doit apprendre à bien mentir. Cela oblige à faire violence à sa propre vérité, à se trahir soi-même.

J'ai rencontré Marie dans le cadre d'une activité soulignant la journée de l'Alternative en santé mentale, il y a quelques années. Petite femme délicate et curieuse, à la voix chaude et articulée, elle m'avait déjà contactée par téléphone, de temps à autre, afin que je lui envoie un article ou une revue qui l'intéressait. Marie a subi, au fil des dernières années, plusieurs hospitalisations et ordonnances de traitement. Elle me dit, doucement : « C'est violent, être obligée de se trahir. Si tu savais le nombre d'années où j'ai dû faire ça, pour littéralement tenter de survivre aux contentions chimiques de la psychiatrie, et parce que je ne me sentais ni crue ni entendue. Si tu savais à quel point ça m'a fait mal au niveau psychologique, ça a approfondi mes blessures et mes traumatismes

d'enfance où je devais, pour survivre, jouer cette même *game*-là pour me protéger. Si tu savais comme ils ne savent pas tout le mal qu'ils font, et au nom d'un diagnostic dans lequel je ne me reconnais nullement... » Qu'à cela ne tienne, les médecins de l'hôpital où elle s'est retrouvée alors qu'elle était au plus mal ont fait en sorte que son enfermement se prolonge, en recourant à une ordonnance de soins.

Si la P-38 ne permet pas de traiter une personne contre son gré, l'ordonnance de soins est un autre mécanisme d'exception qui permet, lui, d'ordonner légalement un traitement auquel il est obligatoire de se soumettre. La personne visée voit alors son droit au consentement suspendu, au motif qu'elle serait inapte à consentir aux soins ; inapte à juger ce qui est bon pour elle. Seulement pour l'année 2017, plus de 2500 personnes ont été contraintes de se soumettre à des traitements forcés. Ce chiffre révèle la faible crédibilité et le peu de poids accordés à la parole des personnes qui reçoivent un diagnostic psychiatrique. « C'est pour ton bien » est probablement la formule à laquelle ces personnes sont le plus allergiques. Elles y sont pourtant sans cesse confrontées, ce « bien » étant de surcroît généralement défini sans la considération de leur parole. Pour illustrer cette dynamique, on emploie souvent cette expression : « l'inaptitude des désobéissants ». Doris Provencher la résume ainsi : « En psychiatrie, un patient apte à consentir, c'est un patient obéissant, qui est d'accord avec son psychiatre. Si un patient est en désaccord ou refuse tel ou tel soin, soudainement, on le déclare inapte à consentir ! »

Marie et moi nous sommes retrouvées, à l'ombre d'un arbre, dans un grand parc de Montréal. Elle venait alors de remporter une grande victoire : le retrait d'une ordonnance de traitement à son égard, un événement rare en psychiatrie. « À partir du moment où on t'impose une ordonnance de traitement, il y a des abus de pouvoir. Ils disaient que j'étais un danger pour les autres, je ne sais pas où ils prenaient ça ! Ils disaient que j'étais têtue et quérulente, que c'est ma maladie qui faisait que je ne voyais pas que j'avais besoin de leurs traitements... Ça m'a rendue parano. Ça a approfondi ma souffrance, ça a approfondi mes traumatismes, ça en a ajouté... et tout ça, c'est de l'enfermement ! La souffrance, c'est de l'enfermement. Les traumatismes, c'est de l'enfermement. Ça ajoute des blessures, ça ajoute des traumatismes et ça affecte la confiance d'une façon incroyable. »

Carole Lévis, présidente sortante du conseil d'administration du RRASMQ et militante chez Action Autonomie, a également connu l'hospitalisation, il y a quelques années, alors qu'elle vivait avec des pensées suicidaires qui l'effrayaient. Dans une capsule vidéo diffusée en septembre 2021, elle raconte combien l'expérience de l'hospitalisation a été stressante pour elle : le fait de se retrouver en jaquette d'hôpital, totalement vulnérable, de ne pas pouvoir barrer sa porte de chambre la nuit pour se sentir en sécurité, de n'avoir rien à faire durant de longues semaines, d'assister aux interventions musclées auprès des autres patients internés, de devoir apprendre à dire et à taire pour pouvoir récupérer sa liberté...

De nombreux groupes dénoncent pourtant le recours aux mesures de contrôle et de contention en psychiatrie, qu'il s'agisse de la contention physique (les camisoles, les sangles) ou chimique (l'utilisation de médicaments pour restreindre les déplacements ou les mouvements d'une personne). On en appelle plutôt à la mise en place d'alternatives, par exemple la

création de lieux d'apaisement et d'espaces d'expression, en donnant accès à des loisirs significatifs et en offrant davantage de liberté aux personnes hospitalisées. Caroline, travailleuse sociale, s'est elle aussi retrouvée à l'hôpital pour un épisode apparenté à la psychose. Elle en témoigne sur différentes plateformes, dont le site « J'ai une histoire », porté par le RRASMQ. Traçant un parallèle entre le vécu de psychiatrisation de sa grand-mère et le sien, Caroline indique à quel point, tout au long de son expérience d'hospitalisation, elle s'est sentie déroutée. « J'ai été enfermée pendant trois mois, dans un silence assourdissant, un vide absolu, constitué des cris de patients révoltés, de jargon médical prescriptif et des contentions qui se serraient sur mes poignets et mes chevilles... pour mon bien. [...] C'est la brisure de moi la plus douloureuse que j'ai vécue... pour mon bien. »

« C'EST POUR TON BIEN » EST PROBABLEMENT LA FORMULE À LAQUELLE CES PERSONNES SONT LE PLUS ALLERGIQUES. ELLES Y SONT POUTANT SANS CESSÉ CONFRONTÉES.

Doit-on vraiment se soumettre au contrôle de l'institution « pour son bien » ? La psychiatrie institutionnelle peut-elle exister sans le recours à la contrainte, sans atteinte à la dignité ? Ghislain Goulet, indigné, demande : « Comment ça se fait que vous devez enfermer le monde pour en prendre soin ? » Doris Provencher renchérit : « Comment ça se fait que dans certains pays, on arrive à aider des personnes très souffrantes sans recourir à la coercition ? Par exemple, en Islande, on a aboli la contention mécanique, en Laponie, on a mis sur pied un système d'hospitalisation sans médication. Pourquoi on n'y arrive pas, au Québec ? » Le recours à l'internement a des impacts matériels dans la vie de plusieurs personnes : perte du logement, perte des animaux de compagnie, perte de grands bouts du curriculum vitæ... L'internement s'inscrit de manière indélébile au dossier médical et peut provoquer d'autres expériences d'exclusion et de discrimination. Si une personne a subi plusieurs hospitalisations, cela justifie plus facilement d'en ajouter une autre, menant ainsi à une véritable « carrière psychiatrique ».

Ghislain résume, avec le ton de celui qui est fatigué de marteler un message pourtant clair : « J'ai connu des gens à qui ça a pris plus de temps de se remettre de l'internement que la durée même de l'internement. Des gens qui ont traîné des traumatismes des mois, des années après un internement involontaire. Ce n'est pas ça, prendre soin du monde ! Il faut trouver des modes d'intervention qui ne brisent pas les personnes, pour que les personnes ne soient pas obligées d'avoir

des suivis post-traumatiques après avoir été hospitalisées! L'enfermement, ça devrait être vu comme un échec du système de santé mentale! »

Vers une déshospitalisation de l'accompagnement en santé mentale ?

En 1962, la parution du livre *Les fous crient au secours!* a propulsé la tenue d'une commission d'enquête, la commission Bédard, qui donnera elle-même une impulsion au mouvement de désinstitutionnalisation au Québec. Si l'on a bien fermé les grands asiles et renvoyé partiellement les personnes dans la communauté, les ressources, elles, n'ont pas suivi. À ce jour, les budgets – insuffisants – en santé mentale sont accaparés par le réseau de la santé, lequel s'articule d'abord autour de l'hôpital et du modèle biomédical. Si des centaines de groupes communautaires s'affairent à proposer un « ailleurs et autrement » en santé mentale, la vision portée par le MSSS est encore, de manière navrante, partielle et bien loin de la réalisation du droit à la santé tel que promu par l'Organisation des Nations unies, soit bien loin de favoriser

« COMMENT ÇA SE FAIT QUE VOUS DEVEZ ENFERMER LE MONDE POUR EN PRENDRE SOIN ? »

les droits des patients en santé mentale. L'asile a fermé ses portes, mais les logiques asilaires de contrôle demeurent, de façon plus diffuse, dans différentes sphères de nos vies. Si l'on n'est pas en état de crise, il est bien difficile de recevoir de l'accompagnement. Si la situation s'envenime et que l'on se présente à l'urgence des hôpitaux, on risque d'être privé de son pouvoir de décision sur son propre corps. Si l'on craque, on est tenu pour responsable de sa situation. Si l'on a reçu un diagnostic de trouble considéré comme chronique ou grave, il est plus difficile d'avoir accès à la psychothérapie. Le diagnostic décontextualise la souffrance dans le meilleur des cas, et déshumanise dans le pire.

À la suite d'une visite au Canada en novembre 2018, Dainius Pūras, rapporteur spécial des Nations unies sur le droit que détient toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, déposait des recommandations préliminaires. Il recommandait notamment d'augmenter les budgets en santé mentale de façon à atteindre la parité avec les ressources destinées à la santé physique, d'agir contre les inégalités sociales et d'adopter des approches respectueuses des droits de la personne pour cesser d'alimenter le « cercle vicieux de la discrimination, de la stigmatisation, de l'exclusion et de l'utilisation abusive du modèle biomédical ». Espérons que ces recommandations teinteront le Plan d'action interministériel en santé mentale à paraître cet automne au Québec.

Les modèles inspirants existent, mais le changement est lent. Dans le Bas-Saint-Laurent, deux centres de crise communautaires, à Rimouski et à Rivière-du-Loup, ont uni leurs forces pour créer en 2018 une escouade d'intervention de crise disponible en tout temps, sur l'ensemble du territoire régional. Des intervenants sociaux, formés à l'approche alternative, sont envoyés auprès des personnes traversant une crise pour les aider à désamorcer la situation et à trouver des pistes de solution. Ce type d'intervention respectueuse et non intrusive a des effets mesurables : on observe déjà une baisse des hospitalisations forcées et du recours à la loi P-38. La crise se résorbe le plus souvent dans la communauté, en répondant aux besoins exprimés par la personne. Soigner sans traumatiser, offrir un accompagnement volontaire, tenir compte des besoins et des aspirations des individus... ces principes animent, sur papier, notre système de santé mentale. Mais ils tardent à se concrétiser dans le cadre d'un système de santé et de services sociaux qui devrait pourtant s'adresser aux êtres dans leur globalité.

Ghislain Goulet conclut ainsi : « Les gens, ils n'ont pas juste besoin de services médicaux ! Ils ont besoin d'amis, ils ont besoin d'amour, ils ont besoin d'argent, ils ont besoin d'un logement... Ça ne se résume pas à une maladie et à un diagnostic, leurs besoins ! On prend une voie simpliste avec l'internement. » Peut-être, en effet, que le jour où l'on reconnaîtra la pleine humanité des personnes dont les raisons nous échappent, un pas sera réellement fait vers une société sans enfermement psychiatrique. ●

Anne-Marie Boucher est co-coordonnatrice du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.