



## Le retour à domicile un risque à évaluer en partenariat

*Danielle Laudy, Anik Nolet, Roger Vadeboncœur, Jean Fleury*

**En réadaptation, les équipes multidisciplinaires, dont le médecin fait partie intégrante, font de plus en plus face à des dilemmes éthiques. Malgré le fait que, dans leur pratique, elles veulent assurer le bien de l'usager, leur définition de ce bien n'est pas toujours la même que celle de l'usager. Le présent texte, qui aborde plus particulièrement la question du retour à domicile, tente de guider la réflexion entourant la résolution de tels dilemmes éthiques.**

**A**LAIN A 20 ANS. Il habitait avec sa mère à l'Annonciation jusqu'à ce qu'il se découvre une passion pour l'architecture et déménage à Montréal pour ses études. Il s'est bien adapté à la vie montréalaise. Il a un petit appartement, s'est fait des amis et a terminé sa première année d'études.

Victime d'un accident de moto à la fin de mai, il a été transféré dans un hôpital de soins de courte durée où on lui a diagnostiqué un traumatisme craniocérébral modéré, des contusions au bras droit, une déchirure méniscale au genou droit avec atteinte du ligament collatéral et la perte de vision de l'œil droit. Il arrive à l'Institut de réadaptation de Montréal au début de juillet. Il collabore bien aux soins qui lui sont prodigués. Son transfert au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau ou au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge, où il recevra des soins de phase 3 en réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS), est envisagé pour l'automne. Une difficulté surgit : Alain refuse ce type de soins. Que faut-il faire ?

Au cours de la dernière réunion pour établir un plan d'intervention individualisé – dans le but de définir des objectifs de réadaptation –, à laquelle par-

ticipaient le patient, sa famille et l'équipe soignante, le médecin a affirmé qu'il existe des risques importants à ce qu'Alain vive seul. Son état s'améliore, mais des séquelles persistent encore. Certaines seront vraisemblablement permanentes. Les évaluations des divers intervenants permettent au médecin d'établir une synthèse (*tableau 1*).

Le neurochirurgien traitant estime que des améliorations sont encore possibles dans les 18 mois suivant l'accident, mais on ne peut pas aujourd'hui évaluer l'étendue de cette récupération. Actuellement, l'équipe soignante constate, d'une part, qu'Alain refuse les soins de phase 3 et que, d'autre part, il existe des risques importants à ce qu'il vive seul. Sa mère offre de l'accueillir, mais Alain refuse catégoriquement. Il insiste pour retourner dans son appartement montréalais et poursuivre ses études.

Un véritable dilemme éthique surgit ici : tous veulent le bien d'Alain, mais il est difficile de déterminer quel est ce bien et quels sont les moyens pour l'atteindre. En d'autres termes, une question éthique fondamentale se pose : Comment faire pour bien faire dans le cas d'Alain ?

*M<sup>me</sup> Danielle Laudy est coordonnatrice de l'enseignement de l'éthique aux études postdoctorales à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle est également chercheure adjointe au Département de chirurgie de l'Université de Montréal et membre des Comités d'éthique clinique de l'Institut de réadaptation de Montréal et de l'Hôpital Sainte-Justine. M<sup>e</sup> Anik Nolet, avocate, est membre du Comité d'éthique clinique de l'Institut de réadaptation de Montréal et coordonnatrice à l'éthique de la recherche des établissements du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain. Le D<sup>r</sup> Roger Vadeboncœur est physiatre et directeur de l'enseignement à l'Institut de réadaptation de Montréal et membre du Comité d'éthique clinique de l'Institut de réadaptation de Montréal. Le D<sup>r</sup> Jean Fleury est physiatre et directeur du Programme des traumatismes craniocérébraux à l'Institut de réadaptation de Montréal.*

## Tableau 1

### Conséquences du traumatisme craniocérébral chez Alain

#### Troubles du comportement

- Obstination à consommer de la marijuana (auparavant fumeur occasionnel, mais défend maintenant l'idée tenace que la mari va régler toutes ses difficultés)
- Fugue de l'Institut de réadaptation de Montréal
- Crises de colère et impulsions plus ou moins maîtrisées

#### Problèmes cognitifs

- Problèmes de concentration : l'apprentissage est-il compromis ?
- Inattention
- Oublis : il ne prend pas seul ses médicaments contre les crises d'épilepsie
- Sens autocritique à la baisse : ses facultés décisionnelles semblent affectées

#### Problèmes physiques

- Lésion ligamentaire au genou : amélioration probable avec le temps, mais séquelles permanentes prévues
- Perte de la vision de l'œil droit
- Coordination neuromotrice perturbée au niveau de l'hémicorps droit alors qu'il est droitier

Trois questions clés peuvent encadrer la réflexion :

- Quelles sont les options possibles ?
- À qui revient la décision et sur quelles bases doit-elle être prise ?
- Comment la communiquer ? Comment la gérer ?

#### Quelles sont les options possibles ?

Il existe trois principales options, comportant chacune des avantages et des inconvénients.

#### Première option : envoyer Alain chez sa mère

##### Pour :

- Sa mère est la personne la plus concernée (famille la plus proche).
- Elle approuve cette solution.
- Alain y serait en sécurité par rapport à ses oublis et à sa consommation de marijuana.
- Il aura du temps pour récupérer davantage ses habiletés et son autonomie.
- Il pourra, s'il le désire toujours, reprendre ses études ultérieurement.

Bref, il gagne du temps dans un contexte sécuritaire.

##### Contre :

- Alain avait une relation difficile avec sa mère, car elle le surprotégeait et le couvait.
- Elle tenait aussi des propos contre son père, ce qui soumettait Alain à un conflit de loyauté.
- Alain a déjà refusé.

Le meilleur intérêt d'Alain et la bienfaisance à son égard se trouvent ici limités à sa protection sur le plan physique. En retournant chez sa mère à l'Annonciation, Alain ne peut reprendre contact avec le milieu universitaire.

#### Deuxième option : suggérer fortement à Alain d'accepter la phase 3 de soins et de services (RAIS) de même que l'appartement supervisé (24 h/24 h) où il vivrait pendant la période de soins

##### Pour :

- Alain serait en sécurité.
- Alain profiterait des soins externes adaptés à son état.
- La réadaptation axée sur l'intégration sociale lui permettrait de poursuivre ses objectifs initiaux, soit sa formation en architecture.

##### Contre :

- Alain oppose un refus catégorique. Il estime ne plus avoir besoin de soins. S'il est contraint d'accepter cette solution, il risque de quitter l'appartement supervisé et de ne pas se présenter aux traitements.
- Il collaborerait de toute façon fort peu à ses soins.
- Il utiliserait une place qu'il serait plus juste d'attribuer à un autre patient plus motivé.

#### Troisième option : le laisser retourner chez lui

##### Pour :

- On respecte son choix.
- Son projet d'études n'est pas une lubie.
- Alain, se sentant respecté, envisagerait peut-être de mieux collaborer à des soins ponctuels donnés au service de consultation externe.

##### Contre :

- Alain représente un danger pour lui-même :
  - Physique : inattention, non-prise des médicaments, usage de marijuana ;
  - Psychologique : déception si on le laisse croire en quelque chose d'irréaliste (appartement ou études).
- Il constitue un danger pour autrui en raison de ses colères.

Alain refuse d'aller en réadaptation de phase 3. Il dit qu'il va bien, que la réadaptation reçue à l'Institut de réadaptation de Montréal lui suffit. Il veut simplement retourner dans son appartement et reprendre sa vie normale d'étudiant. Par contre, la plupart des membres de l'équipe soignante ne partagent pas cet avis. Malgré les explications fournies, Alain, à cause de son faible sens autocritique, persévère dans sa décision de refuser. L'équipe soignante insiste pour que soit effectué le transfert du dossier vers un centre de RAIS, et certains membres vont même jusqu'à contester la capacité d'Alain à décider. S'il ne perçoit pas les risques inhérents à son état, il n'y a guère de chances qu'il prenne les précautions requises pour les limiter.

La question est posée. Alain est-il apte ou non à prendre des décisions concernant sa personne? Comment trancher? Le droit et l'éthique proposent des regards complémentaires sur la réponse à apporter à cette question délicate, mais lourde de conséquences.

### **À qui revient la décision ? Sur quelles bases doit-elle être prise ?**

#### **Droit**

Le droit québécois reconnaît le principe de l'inviolabilité de la personne. En matière de soins de santé, l'article 11 du Code civil du Québec le consacre en prévoyant que :

*« Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.*

*Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer<sup>1</sup>. »*

En soi, cette disposition stipule que la personne apte décide pour elle-même, tout simplement parce qu'elle est la mieux placée pour déterminer ce qui est dans son intérêt. Elle peut donc consentir à des soins de santé, mais aussi les refuser, même si sa décision semble irrationnelle<sup>2</sup>. En effet, le droit de refus, à titre de corollaire du droit à consentir aux soins, est fondamentalement reconnu en droit québécois. Dans un cas comme dans l'autre, la personne exerce son droit à l'autodétermination, et sa décision doit être respectée.

*A contrario*, lorsqu'une personne est considérée

comme inapte, elle ne peut consentir aux soins. Dans ce cas, la décision doit être prise par autrui dans l'intérêt de cette personne. On parle alors de consentement substitué. L'article 12 du Code civil du Québec impose aussi à celui qui consent pour autrui de tenir compte, dans la mesure du possible, des volontés de la personne inapte.

Ainsi, afin de répondre aux questions : « À qui revient la décision ? » et « Sur quelles bases doit-elle être prise ? », il importe en premier lieu d'établir si Alain est apte ou inapte. Est-il **capable** ou non de prendre lui-même la décision concernant la poursuite de ses soins et le lieu où il ira vivre ? Dès lors, il devient indispensable de définir l'aptitude et son corollaire, l'inaptitude.

Concrètement, l'aptitude est la capacité mentale d'une personne à consentir ou à refuser, de façon libre et éclairée, à effectuer un acte précis, à un moment précis, et à en assumer les conséquences. En matière de soins, comme le précise le juge Lebel dans l'affaire mettant en cause l'Institut Philippe-Pinel de Montréal contre Blais :

*« La capacité à consentir à un traitement médical ou de le refuser ne s'apprécie pas en fonction de la situation de l'individu mais en fonction de son autonomie décisionnelle et de sa capacité de comprendre et d'apprécier ce qui est en jeu<sup>3</sup>. »*

Une personne apte possède la capacité de recevoir l'information transmise, de bien la saisir et de la comprendre. Elle doit donc être capable de raisonner, d'évaluer les conséquences de ses choix dans une situation donnée et de les exprimer<sup>4</sup>.

*A priori*, sur le plan juridique, il existe une présomption à l'effet que tout être humain est apte<sup>3</sup>. C'est donc à celui qui veut invoquer l'inaptitude d'un individu d'en faire la preuve. Dans certaines situations, le coma par exemple, cette tâche est facile. Aucune dissonance ne pourrait surgir. Dans d'autres cas, comme

***L'aptitude est la capacité mentale d'une personne à consentir ou à refuser, de façon libre et éclairée, à effectuer un acte précis, à un moment précis, et à en assumer les conséquences.***

**Repère**

## Tableau II

### Test d'aptitude de l'Association canadienne des psychiatres<sup>5</sup>

- ④ Le patient réalise-t-il que le psychiatre l'examine pour déterminer sa capacité et comprend-il le sens de ce terme ?
- ④ Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose le traitement en question ?
- ④ Le patient comprend-il la nature et le but du traitement ?
- ④ Le patient saisit-il les risques et les avantages du traitement ?
- ④ Le patient saisit-il les risques et les avantages du non-traitement ?

celui d'Alain, ce diagnostic est plus difficile à faire en raison de son inattention, de ses troubles de comportement et de son obsession pour la marijuana.

L'inaptitude relève donc d'un jugement d'ordre clinique, d'un véritable diagnostic médical qui a aussi une portée légale. Certains tests aident le médecin à poser le diagnostic. Le test de l'Association canadienne des psychiatres comporte cinq questions<sup>5</sup> (tableau II).

En l'espèce, Alain comprend ce qui lui est proposé, mais il réagit en s'opposant aux suggestions des soignants. Il est vrai que ces derniers, poussant leur souci de bienfaisance dans un registre de protection, voire de paternalisme, ont aussi tendance à catégoriser comme **inapte** un patient qui refuse leurs recommandations. Un patient a pourtant le droit de refuser des soins. Alain a bien collaboré jusque-là et semble continuer de vouloir prendre sa vie en main comme il le faisait avant l'accident, c'est-à-dire en poursuivant ses études. Ainsi, il est hautement probable qu'un médecin et ultimement le tribunal, en cas de litige sur la question, le jugeraient apte à décider de ce qui est dans son intérêt. Il importe toutefois de mentionner que le droit de refus ne libère pas les intervenants de leur devoir de donner des renseignements, à moins que la personne renonce librement à les recevoir. En matière de soins de santé, le refus, comme le consentement, doit être libre et éclairé.

La réflexion éthique sur l'aptitude et l'inaptitude est toutefois plus nuancée.

## Éthique

En fait, l'aptitude et l'inaptitude se situent aux deux extrêmes d'un continuum et la « capacité » d'un même individu peut varier en fonction de différents facteurs, tels que l'âge, l'état de santé, les émotions, les antécédents et les habitudes antérieures. Alain n'est certainement pas tout à fait réaliste au moment de la discussion entourant sa réadaptation, car il ne tient pas compte de ses difficultés et des risques qui en découlent. Il vit actuellement une phase de déni et éprouve probablement de la colère devant cet accident qui a bouleversé sa vie.

La véritable question éthique qui se pose ici est : peut-on amener Alain à mieux prendre conscience de sa situation afin de parvenir à faire un choix plus réaliste, c'est-à-dire intégrant les éléments de son état actuel ? La mise en place d'un processus décisionnel favorisant une telle démarche constitue ce qui doit être visé au-delà du simple constat de l'aptitude ou de l'inaptitude. Ces remarques attirent l'attention sur trois questions fondamentales : Quelle est la finalité du consentement ? Quelle est la finalité de la réadaptation et des soins en général ? En d'autres termes, quelle visée sert de base à la décision ?

## Base de la décision ?

Tous s'accordent pour dire que ce qui importe en l'occurrence est l'intérêt du patient. Le principe de bienfaisance s'inscrit au cœur même de la relation soignante depuis Hippocrate. La situation d'Alain invite toutefois à redéfinir ce qu'est la bienfaisance dans ce cas précis.

Ici s'opposent deux valeurs : protection et autonomie. Les deux sont à promouvoir mais, dans le cas présent, elles s'opposent en raison :

- ④ des risques que pose le retour à domicile ;
- ④ du projet d'avenir d'Alain que le retour en région, chez sa mère, risque d'entraver sérieusement.

Le terme **autonomie** a pour origine étymologique *auto* et *nomos*, ce qui équivaut à se donner sa propre norme, agir sur sa destinée. L'autonomie fait ici référence aux notions de liberté et de responsabilité d'une personne. C'est dans cette perspective que l'éthique

**Présomption d'aptitude : le fardeau de la preuve quant à l'inaptitude revient à celui qui l'invoque.**

## Repère



donne sa signification à la règle du consentement.

Dans le cas d'Alain, le **consentement** attendu par l'équipe soignante prend plutôt la forme caricaturale d'une simple autorisation à une situation que des experts ont jugé meilleure pour lui. Tous s'attendent à ce qu'il accepte. Il peut éventuellement refuser, mais un tel geste prend alors une tournure dramatique d'affrontement. Dans les faits, la **liberté** d'Alain se limite surtout à un droit de *veto* sans qu'il puisse faire de propositions.

L'épisode délicat des décisions à prendre quant à la poursuite des soins peut aussi être vu comme un moment privilégié de la relation patient-soignant dans lequel s'amorcent ou se consolident des liens de confiance et de partenariat entre deux êtres humains. L'un est vulnérable, affecté dans ses multiples capacités, incluant celles de discernement et de jugement, qu'il importe précisément de rétablir. L'autre utilise ses connaissances, ses habiletés et son expérience dans le but de venir en aide au premier. Tous interagissent vers un même but, soit, dans le cas présent, la meilleure évolution possible d'Alain en matière de récupération et même de développement de ses diverses capacités.

Cette aide concerne l'ensemble de la personne du patient et inclut non seulement la dimension de l'individu doté de raison, mais aussi celle de l'être relationnel dont l'identité se bâtit par et à travers les contacts avec autrui. Alain a besoin d'être écouté, respecté et que ses projets jugés dignes d'intérêt soient pris en considération dans les choix futurs concernant non seulement l'état actuel de son corps, mais aussi et surtout l'ensemble de son devenir<sup>6,7</sup>. Dans un article publié dans le *New England Journal of Medicine*, R. Charron soutient que pour entrer dans une histoire, il faut faire de la place au narrateur<sup>6</sup>... Le médecin démontrera alors un intérêt pour son patient et se concentrera sur ce qu'il dit. Il réussira alors à instaurer la vraie communication intersubjective nécessaire à une alliance thérapeutique efficace<sup>6</sup>. Au lieu de dresser le constat de l'éventuelle incapacité du patient, il importe au contraire de lui redonner confiance en lui, de le rendre plus fort, plus

apte à exercer à la fois sa liberté et ses diverses responsabilités sur le plan personnel aussi bien que social. En d'autres termes, il importe d'aider Alain à retrouver son estime de soi, tout en développant ses possibilités d'exercer une certaine maîtrise sur sa vie.

La réadaptation s'inscrit particulièrement bien dans cette perspective, si l'on se fie à la définition qu'en donne le *Dictionnaire de la pensée médicale 2004*: « Prise en charge des séquelles physiques diverses, en vue de les réduire ou de les compenser au mieux, dans le but de favoriser l'accès à une vie sociale voire professionnelle, la plus voisine de la normale<sup>8</sup>. »

### **Comment communique-t-on la décision ? Comment la gère-t-on ?**

La décision n'est pas simplement communiquée, mais bien partagée. Une délibération est, en effet, requise afin d'évaluer les avantages et les inconvénients de chaque option dans une perspective de bienfaisance globale pour Alain. La nécessité d'évaluer l'ensemble des dimensions nécessite un vérifiable travail d'équipe, auquel Alain participe.

Il importe de noter que le discours d'Alain est cohérent avec les propos qu'il tenait avant l'accident. Il demeure très motivé par ses études et témoigne d'une réelle volonté de prendre sa vie en main. Il importe donc de l'accompagner en tenant compte de ses limites actuelles.

La démarche proposée prend donc la forme d'un processus dans lequel chaque participant est appelé à cheminer. Dans le cas d'Alain, il importe de préserver l'alliance thérapeutique et la confiance qui semblaient prévaloir jusque-là. Pour ce faire, l'équipe soignante pourrait :

- ☉ prendre en compte le vécu d'Alain, le sens qu'il donne (ou refuse de donner) à sa situation et les perspectives d'avenir auxquelles il tient ;
- ☉ informer Alain de son état, des traitements à suivre, des espoirs réalistes de diminution de ses handicaps et des séquelles probables ;
- ☉ faire participer Alain le plus possible à son plan de traitement afin qu'il se sente redevenir responsable des choix relatifs à son avenir.

**Le respect de l'autonomie appartient à la bienfaisance, selon une conception globale de la personne.**

Repère

Ces différentes remarques conduisent à envisager une solution orientée vers le compromis, soit un mélange des options deux et trois. Cette solution semble logique puisque, bien que les deux parties soient opposées quant au choix, chacune invoque, en termes de bienfaisance (protection) ou d'autonomie (projet d'avenir), des arguments qu'il est impossible d'ignorer.

Cette solution de compromis permet avant tout de préserver la relation de confiance entre Alain et son équipe soignante, l'ensemble des soignants et le système de santé en général. Plusieurs difficultés s'estomperaient d'emblée et il serait possible qu'Alain, sa mère et l'équipe soignante collaborent dans la mise en place des conditions gagnantes de son projet d'avenir, en ce qui concerne la sécurité, par exemple.

⑥ En premier lieu, les fonds versés par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) permettraient à Alain de louer un appartement près de l'université, mais qui serait adapté à ses besoins et qui répondrait aux normes de sécurité comme le souhaite l'équipe soignante. Sans être le domicile dans lequel il vivait avant l'accident, cet appartement serait néanmoins le sien et serait aménagé pour lui, selon ses goûts, dans la ville où il souhaite habiter.

⑥ Alain bénéficierait, en outre, de l'aide d'un psycho-éducateur (une ou deux fois par semaine) qui faciliterait son adaptation fonctionnelle et l'aiderait à prendre les décisions relatives aux études en envisageant, par exemple, un retour progressif à raison d'un cours par trimestre.

⑥ Alain accepterait probablement de suivre des soins de réadaptation de phase 3 en consultation externe à raison de quelques rencontres par semaine.

Une réévaluation de cet essai au bout de trois mois à partir des mêmes critères que ceux qui auraient été utilisés lors de la prise de décision serait prévue. Cette solution favorise donc une démarche d'essai qui permettrait à Alain d'affronter la réalité actuelle et d'obtenir, pour les soignants mais surtout pour lui-même, plus de renseignements sur ses capacités aussi bien que sur ses limites. Cette solution rendrait Alain, en fin de compte, **plus** apte à décider.

**L'**ÉQUIPE SOIGNANTE qui s'occupait du dossier d'Alain vivait un dilemme qui lui paraissait insoluble entre, d'une part, le respect de l'autonomie à laquelle Alain a droit et, d'autre part, le devoir de protection qu'impose la bonne pratique professionnelle. Au prix de nombreuses discussions, de tourments individuels et d'une considérable ou-

## Summary

**Back at home after a moderate TCC: A risk that needs to be evaluated in partnership.** The present text explores the ethical dilemma surrounding the situation of a twenty-year-old young man, Alain, suffering from a TCC that left him with mental and physical limitations. Alain refuses to pursue his rehabilitation after finishing its first stage at the Institut de réadaptation de Montréal (IRM). On the one hand, Alain thinks he doesn't need more rehabilitation and just wants to move back to his Montreal apartment and continue studying architecture. On the other hand, the multidisciplinary team treating and following him at the IRM estimates that it would be very risky for him to go back to his apartment and, even more, to live there alone. In the present situation, everyone wants what is in Alain's best interests. But it remains difficult to define where his best interest lies and to identify which is the best way to achieve it. Three questions may be helpful for the analysis of this ethical dilemma: 1) What are the different options that present themselves to Alain? 2) Who will choose which option to follow and on what basis will this decision be made? 3) How will the decision be communicated once it has been made?

**Keywords:** capacity, autonomy, benevolence, rehabilitation, refuse care, patient-doctor relation

verture d'esprit, la troisième option favorise à la fois le respect et le développement de l'autonomie d'Alain, tout en adoptant des mesures de prévention correspondant au désir de bienfaisance des soignants. 🌀

**Date de réception :** 22 octobre 2004

**Date d'acceptation :** 9 novembre 2004

**Mots-clés :** aptitude, autonomie, bienveillance, réadaptation, refus des soins, relation patient-médecin

## Bibliographie

1. *Code civil du Québec*. Art. 11.
2. Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec [1992] R.J.Q. 361 (C.S).
3. Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S), p. 1973.
4. Deleury E, Goubau D. *Le droit des personnes physiques*. 3<sup>e</sup> éd. Cowansville : Yvon Blais. 2002 ; 108-9.
5. Arboleda-Florenz J. Le consentement en psychiatrie : la position de l'Association des psychiatres du Canada. *Revue canadienne de psychiatrie* 1988 ; 36 : 319-21.
6. Charon R. Narrative and Medicine. *N Eng J Med* 2004 ; 352-4.
7. Micah HD. Community as healing. Pragmatist ethics in medical encounters. Oxford : Rowan & Littlefield publishers 2001. (Doucet Relations 2004)
8. Lecourt D, rédacteur. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris : PUF ; 2004.

Les auteurs remercient M<sup>me</sup> Nancy Brunet, coordonnatrice-clinicienne du Programme des traumatismes crâniocérébraux à l'Institut de réadaptation de Montréal, et la D<sup>re</sup> Céline Lamarre, psychiatre dans ce même programme.