

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application

de la Loi sur la protection
des personnes dont
l'état mental présente un
danger pour elles-mêmes
ou pour autrui

Rapport présenté au ministre
de la Santé et des Services sociaux

par la Direction de la santé mentale du
ministère de la Santé et des Services sociaux

Janvier 2011

Québec 

Réalisation

Direction de la santé mentale, ministère de la Santé et des Services sociaux
André Delorme, directeur

Rédaction et revue de la littérature

Manon Duhamel, agente de recherche, Direction de la santé mentale,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Conception et recherche

Consultant externe

Nelson Potvin, agent de recherche, Direction de l'évaluation,
ministère de la Santé et des Services sociaux
avec la collaboration de Marie Fondaire, consultante

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé
et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant
disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes
que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-60967-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-60968-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce
soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction
de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de
recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en
mentionner la source.

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes
dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui ont bien voulu collaborer à cette recherche, particulièrement les responsables du programme Services en santé mentale des agences de la santé et des services sociaux des 18 régions sociosanitaires du Québec de même que chacun des informateurs clés, qui par leur contribution, ont permis la réalisation de ce travail.

Mise en garde

Le document *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* a été élaboré par la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il est destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent dans le domaine de la santé mentale. À ce titre, ce rapport exprime les vues collectives d'experts et ne représente pas une opinion juridique.

Table des matières

RÉSUMÉ	9
INTRODUCTION	11
CHAPITRE 1 – LE CADRE JURIDIQUE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE	15
LES MESURES DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	16
Le critère de dangerosité	16
La garde préventive	16
L'article 8	17
La garde provisoire	18
La garde autorisée	19
La requête d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique (garde provisoire) ou de garde en établissement (garde autorisée) auprès du tribunal	19
LES DROITS ET LES RECOURS DE LA PERSONNE MISE SOUS GARDE	20
Le droit d'être informé	21
Le droit de communiquer	21
Le droit au transfert et les autres droits	21
Le droit de recours en révision auprès du Tribunal administratif du Québec	22
CHAPITRE 2 – REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES	23
L'ESTIMATION DU DANGER	23
LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ET LA COLLABORATION ENTRE LES ACTEURS	26
Le développement et l'organisation des services d'aide en situation de crise	26
L'organisation des SASC sur le terrain	26
Le moment effectif de la prise en charge de la personne en danger	28
Les difficultés des établissements locaux à mettre une personne sous garde	29
La collaboration entre les acteurs	30
Le rôle des services policiers	30
La collaboration sur le terrain	32
Le temps de mobilisation des policiers : un enjeu fondamental	33
L'implication des services préhospitaliers d'urgence	34
LE RESPECT DES PROCÉDURES LÉGALES	35
L'évaluation psychiatrique sans autorisation du tribunal	36
LE RESPECT DES DROITS ET LES RECOURS DES PERSONNES SOUS GARDE	37
Le droit d'être informé et le droit de communiquer	37
L'absence de signification	37
La représentation par un avocat et la présence au tribunal	38
OÙ EN SOMMES-NOUS MAINTENANT?	38
CHAPITRE 3 – LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE	41
CONTEXTE	41
BUT ET OBJECTIFS	41
MÉTHODOLOGIE	42
Le guide d'entrevue	42
Les participants	42
Déroulement de la collecte des données	43
L'analyse documentaire	43
LES LIMITES DE LA RECHERCHE ET DE SA MÉTHODOLOGIE	43

CHAPITRE 4 – RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE	45
ESTIMER LE DANGER.....	45
PARTAGER LES RESPONSABILITÉS ET COLLABORER.....	47
Développer et organiser des SASC.....	47
Le service téléphonique continu.....	48
Le service mobile.....	49
Le service d'hébergement.....	50
La mise en place du service Info-santé et Info-social.....	51
Prendre en charge la personne en crise.....	51
Centres hospitaliers locaux.....	52
Collaborer avec les policiers.....	53
Répondre aux attentes et aux demandes.....	53
L'implication des services préhospitaliers d'urgence (SPU).....	55
La collaboration sur le terrain.....	56
RESPECTER LES DROITS ET LA PROCÉDURE.....	59
Le droit d'être informé et le droit de communiquer.....	59
Le droit au consentement libre et éclairé et la requête de garde provisoire.....	60
L'absence de signification.....	61
Le droit à un avocat et le droit d'être présent au tribunal.....	62
SE CONCERTER : PRÉSUPPOSITION À L'APPLICATION DE LA LOI.....	63
CAS SPÉCIFIQUES DES RÉGIONS DU NUNAVIK ET DES TERRES-CRI-DE-LA-BAIE-JAMES.....	64
Le Nunavik.....	65
Les Terres-Cri-de-la-Baie-James.....	66
CHAPITRE 5 – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS.....	69
ESTIMER LE DANGER.....	69
PARTAGER LES RESPONSABILITÉS	71
Les services d'aide en situation de crise.....	71
Les services policiers.....	73
Les services préhospitaliers d'urgence.....	74
Les établissements de santé.....	74
RESPECTER LES DROITS ET LA PROCÉDURE.....	76
Le droit d'être informé et le droit de communiquer.....	77
Le droit au consentement libre et éclairé et la requête de garde provisoire.....	79
La signification, la présence au tribunal et la représentation par un avocat.....	79
SE CONCERTER AFIN DE MIEUX COLLABORER.....	80
CONCLUSION	83
ANNEXE 1	85
LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (L.R.Q., c. P-38.001)	85
ANNEXE 2	99
LE GUIDE D'ENTREVUE.....	99
ANNEXE 3	119
QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES ADRESSÉES AUX RESPONSABLES RÉGIONAUX EN SANTÉ MENTALE DES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.....	119
BIBLIOGRAPHIE.....	121

Liste des abréviations

ABT	Abitibi-Témiscamingue
AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
BSL	Bas-Saint-Laurent
CAP	Chaudière-Appalaches
C. civ. Q.	Code civil du Québec
CH	Centre hospitalier
CIC	Centre d'intervention de crise
CN	Capitale-Nationale
CND	Côte-Nord
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CPS	Centre de prévention du suicide
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM	Direction de la santé mentale
EST	Estrie
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
GÎM	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
LAN	Lanaudière
LAU	Laurentides
L.R.Q.	Lois refondues du Québec
LVL	Laval
MCO	Mauricie-Centre-du-Québec
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MONT	Montérégie
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTL	Montréal
NDQ	Nord-du-Québec
OUT	Outaouais
PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
RESCICQ	Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec
SASC	Service d'aide en situation de crise
SLJ	Saguenay-Lac-Saint-Jean
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
TAP	Technicien ambulancier paramédical
TAQ	Tribunal administratif du Québec
UPS-J	Urgence psychosociale-Justice

RÉSUMÉ

Depuis l'adoption de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui¹ (ci-après « Loi sur la protection des personnes ») en 1997 et son entrée en vigueur en 1998, plusieurs rapports de recherche ont fait état de difficultés dans son application, notamment en rapport avec l'estimation du danger associé à l'état mental de la personne (Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), 2003 et 2009; Gouvernement du Québec, 1999; Hort et Marsolais, 2004). Les difficultés soulevées concernent principalement l'application de son article 8, plus particulièrement quant au partage des responsabilités attribuées aux policiers et aux intervenants des services d'aide en situation de crise (SASC) qui y sont désignés, de même qu'en ce qui a trait au moment où l'établissement de santé doit prendre en charge la personne visée (Comité de la santé mentale du Québec, 2000 et 2001; Otero, Landreville, Morin et Thomas, 2005; Racine et Grégoire, 2005). Le respect de la procédure judiciaire lors du dépôt au tribunal d'une requête de mise sous garde en établissement (Action Autonomie, 2005) et le respect des droits et des recours de la personne sous garde (AGIDD-SMQ, 2003 et 2009) ont également été mis en cause. En outre, contrairement à ce qui était attendu des autorités et du milieu à la suite de l'entrée en vigueur de cette loi d'exception, le nombre de requêtes pour garde en établissement déposées à la Cour du Québec a connu une nette augmentation, soit depuis 1998 (Otero et autres, 2005).

En réponse à l'ensemble de ces préoccupations, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a procédé à une recherche visant à déterminer ce qui pose problème dans le processus d'application de la Loi sur la protection des personnes et ce qui doit être revu, corrigé ou réglementé afin d'aplanir les difficultés. Conduite par la Direction de la santé mentale (DSM) du MSSS, appuyée par deux professionnels consultants impliqués sur le terrain, une enquête a été réalisée auprès des responsables régionaux du programme de services en santé mentale des agences de la santé et des services sociaux (ASSS) du Québec et « d'informateurs clés », sélectionnés en fonction de leur connaissance de cette loi ou du fait qu'ils sont chargés de son application. Cette démarche, de nature descriptive et qualitative, consistait à aller au-delà d'un état de la situation afin de privilégier plutôt une approche de diagnostic organisationnel. Cette approche devait permettre de se pencher non seulement sur la détermination des principaux problèmes, mais aussi sur la recherche d'éléments expliquant leur apparition et sur le contexte dans lequel ils prennent place. Parallèlement à ces objectifs, l'enquête devait aussi chercher à examiner les solutions les plus prometteuses, mises en place ou à mettre en place en vue de résoudre ces difficultés.

Du 1^{er} avril 2007 au 1^{er} août 2007, un consultant en recherche a rencontré au total 18 responsables régionaux du programme de services en santé mentale, en provenance de toutes les régions sociosanitaires du Québec, et 16 informateurs clés, représentants d'organisations ou d'associations concernées par le sujet, dans le cadre d'entrevues semiestructurées d'une durée moyenne de 2 heures. Les entrevues se sont déroulées en personne ou au téléphone, selon la disponibilité des participants, à partir d'un guide d'entrevue où 3 thèmes particuliers, indiqués dans la littérature sur le sujet, ont été privilégiés. Le premier thème s'intéressait au partage des responsabilités entre chacun des acteurs impliqués dans l'application de la Loi sur la protection des personnes, le deuxième thème concernait les relations de collaboration entre ces acteurs et le troisième touchait au respect de la procédure devant le tribunal et des droits des personnes visées par la Loi. Les réponses obtenues des participants ont fait l'objet d'une analyse de contenu dont les résultats sont présentés selon chaque thème abordé.

Globalement, ces résultats montrent que les principales difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes, ainsi qu'elles ont été décrites dans la littérature sur le sujet, varient considérablement d'une région à une autre, sinon d'une sous-région à une autre, à la grandeur du Québec. Dans plusieurs régions et suivant les propos d'une majorité de participants à l'enquête, un grand nombre de ces difficultés ont pu être surmontées. Par exemple, au sujet de la difficulté associée à l'estimation du danger et à l'évaluation de l'état mental, l'informateur clé représentant le service Info-santé et Info-social indique que des outils cliniques très détaillés, permettant non seulement d'estimer le danger mais également l'urgence d'agir, ont été élaborés et mis à la disposition des intervenants du SASC afin de les soutenir dans leurs décisions. Cependant, ces outils sont loin d'être connus et utilisés partout. La formation systématique et continue, l'élaboration de mesures efficaces de soutien clinique pour tous les intervenants appelés à appliquer l'article 8 de la Loi ainsi que

1. L.R.Q., c. P-38.001

l'accessibilité à ces mesures sont également désignés comme des éléments essentiels à l'acquisition et au maintien de l'expertise nécessaire pour appliquer cette loi judicieusement. Concernant les régions où des difficultés à estimer le danger perdurent, les responsables considèrent que la formation, l'expertise et le soutien clinique font défaut ou requièrent une consolidation, surtout dans les CSSS.

La même variabilité interrégionale est présente du côté du développement et de l'organisation des SASC. En effet, la moitié seulement des responsables régionaux rapportent que les SASC de leur région respective répondent aux besoins de la population. Quant aux autres, leurs réserves concernent l'insuffisance des ressources, les difficultés à mettre en place les services mobiles d'aide en situation de crise ainsi que la qualité de certains services d'hébergement de crise. Les distances à parcourir sur le territoire d'un CSSS, la petite taille des équipes en disponibilité et le faible volume de demandes de services sont trois contraintes difficiles à surmonter. Dans les régions moins vastes et plus peuplées, les difficultés auxquelles fait face l'intervention mobile relèvent principalement d'un manque de structure, de ressources humaines ou d'organisation. Plusieurs informateurs clés valident les éléments déjà soulevés quant à la couverture incomplète des différents volets des SASC, c'est-à-dire le manque de ressources en région, l'intervention mobile sélective, l'accessibilité restreinte concernant des clientèles spécifiques, etc.

Du côté de la collaboration entre les acteurs, tout aussi variable d'une région à une autre, la sous-utilisation des SASC désignés par les policiers est la principale difficulté soulevée. Les détails des réponses aux questions de l'enquête sur ce sujet ont été regroupés selon quatre principaux sous-thèmes, soit la crédibilité des SASC désignés aux yeux des policiers, la compréhension de la Loi sur la protection des personnes par les policiers, les changements de pratiques nécessaires de part et d'autre ainsi que les conditions géographiques et les ressources humaines.

Finalement, l'enquête a surtout montré que ce n'est pas tant la Loi elle-même qui pose problème, mais bien davantage la méconnaissance que certains en ont, l'interprétation libre plutôt que restrictive et rigoureuse qui en est faite concernant son application et, surtout, le manque de moyens matériels et financiers pour en garantir l'application.

Voilà pourquoi les principales recommandations découlant des résultats de cette enquête cherchent à mettre au service de cette loi des moyens concrets d'en réaliser une application judicieuse et harmonieuse partout au Québec. Le premier consiste à mettre en place, à l'échelle nationale, régionale et locale, des comités permanents de suivi et de surveillance de l'application de la Loi sur la protection des personnes afin de mieux en suivre l'évolution et se concerter à ce sujet. Il faut ensuite faire les efforts budgétaires nécessaires pour consolider partout les SASC désignés qui le requièrent afin qu'ils assument pleinement le mandat que la Loi leur a dévolu. On propose également de diffuser uniformément, dans toutes les régions et à tous les intervenants de première ligne concernés, des mesures concrètes et communes de formation continue, un guide de procédures ou de bonnes pratiques, des formulaires standard d'information et de consentement, un cadre de référence ou d'entente intersectorielle, du soutien et de l'expertise sur la Loi et les questions qui lui sont afférentes. Finalement, on propose de recueillir un minimum d'informations et de données quantitatives et qualitatives sur les cas où les dispositions de la Loi sont appliquées afin de mieux préciser quelles sont les difficultés et apporter les correctifs nécessaires.

À première vue, ce programme peut paraître ambitieux. Cependant, il faut se rappeler que plusieurs des recommandations proposées dans ce rapport sont déjà appliquées dans de nombreuses régions, que des formations et des outils d'évaluation et d'estimation du danger de même que des guides d'application de la Loi existent déjà dans plusieurs régions et que plusieurs modèles de SASC, de cadre de référence ou d'entente intersectorielle ont fait leur preuve. Le nœud du problème, c'est que la totalité des moyens nécessaires à la mise en œuvre et au suivi d'une loi de portée nationale a entièrement été laissée aux régions, lesquelles ont assumé ces responsabilités à des degrés très variables selon leurs ressources. C'est pourquoi le cœur du travail en vue de parfaire l'application de la Loi consiste à dresser la liste de ces moyens, à les évaluer en vue d'en sélectionner les plus utiles, puis à les faire connaître et à les mettre au service des intervenants en première ligne de toutes les régions.

Il faut aussi garder à l'esprit que le « dossier » de la Loi sur la protection des personnes est en soi un dossier complexe, délicat et de longue haleine, ne serait-ce qu'en raison de la multiplicité des acteurs qu'il implique et de l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne qu'il suppose.

INTRODUCTION

Essentiellement, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui² (ci-après « Loi sur la protection des personnes »), entrée en vigueur en juin 1998, est une loi d'exception dont la finalité est de protéger les droits et d'assurer la sécurité des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (voir l'annexe 1). Cette loi a remplacé la Loi sur la protection du malade mental, qui datait de 1972, et elle a introduit plusieurs changements aux règles relatives à la garde en établissement pour raison de danger envers soi ou autrui et à celles concernant l'évaluation psychiatrique justifiant une telle garde.

D'abord, elle s'harmonise mieux avec les dispositions de la Charte des droits et liberté de la personne du Québec³ et de la Charte canadienne des droits (Ménard, 1998). Elle protège aussi davantage les droits de la personne contrainte à s'y soumettre, notamment en ce qui concerne ses droits à être informée et à consulter un avocat (Ménard, 1998; Sénécal, 1998). Par contre, avec l'introduction de son article 8, elle permet qu'un agent de la paix – généralement un policier – amène une personne contre son gré, sans autorisation du tribunal, à un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Cependant, l'article 8 prévoit qu'avant que la personne ne soit amenée, un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (SASC)⁴ ait évalué son état mental et tenté de désamorcer la crise. Antérieurement à l'article 8, la garde involontaire exigeait qu'une requête soit déposée au tribunal à cet effet. Dans son application, ce nouveau processus exige donc une étroite collaboration entre les services policiers et le réseau de la santé et des services sociaux dont, spécifiquement, les SASC et les établissements de santé, notamment les centres hospitaliers (CH).

Bien que la Loi sur la protection des personnes repose sur un travail de collaboration entre des acteurs qui travaillent dans des secteurs différents, selon l'article 24 de la Loi sur la protection des personnes, c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui est responsable de sa mise en application. Aussi, dans un communiqué diffusé le 26 mai 1998⁵, la sous-ministre de la Santé et des Services sociaux envoyait des directives aux directions des régies régionales de la santé et des services sociaux⁶ en vue d'en organiser l'application, en leur accordant un délai de 3 ans pour y parvenir. Elle leur signifiait alors l'importance d'entreprendre ou de poursuivre le développement des SASC et leur consolidation afin d'assurer à l'ensemble de la population une réponse jour et nuit, soit 24 heures par jour et 7 jours par semaine, de concert avec les centres d'urgence 911 et les services policiers. Ce délai devait permettre aux régions moins avancées sur le plan des services de crise de se mettre à jour. Elle leur confiait également le soin d'entreprendre des démarches de concertation auprès des partenaires concernés par l'application de cette loi afin de coordonner les services et d'élaborer des « protocoles d'entente entre les agents de la paix et les services d'intervention de crise dans le but de faciliter l'application des nouvelles dispositions législatives les concernant ».

Or, depuis l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection des personnes, les plaintes formulées à l'égard de son application font état de nombreuses interventions policières visant une mise sous garde en établissement de santé, sans recours aux intervenants des SASC existants. Et, selon les différents rapports de recherches sur le sujet, les principales difficultés d'application de cette loi seraient principalement attribuables à l'absence ou à l'insuffisance des SASC dans plusieurs territoires, aux difficultés d'articulation entre l'intervention offerte par ces services et celle déployée par les policiers de même qu'à toutes les questions liées au respect des droits de la personne (privation de liberté, droit d'être informé, consentement libre et éclairé au traitement, etc.).

2. L.R.Q., c. P-38.001

3. L.R.Q., c. C-12

4. Un service d'aide en situation de crise désigné pour l'application de la Loi sur la protection des personnes 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.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cabinet de la sous-ministre, correspondance aux directrices générales et aux directeurs généraux des régies régionales de la santé et des services sociaux, 26 mai 1998, 3 p.

6. À l'époque, les agences de la santé et des services sociaux des 18 régions sociosanitaires du Québec s'appelaient des régies régionales.

Par exemple, en septembre 2000, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a publié un rapport intitulé *Rapport sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes* (CSMQ, 2000) de même qu'un avis intitulé *Avis concernant l'application de l'article 8* (CSMQ, 2001), lesquels documentent les lacunes des SASC dans l'ensemble des régions du Québec et formulent des recommandations visant à améliorer l'implantation et l'application de la Loi sur la protection des personnes. L'avis aborde entre autres la consolidation des SASC, les ententes avec les policiers, l'amélioration des pratiques et la mise en œuvre d'un comité de suivi national.

De 2000 à 2009, plusieurs groupes régionaux de défense des droits (ex. : Action Autonomie, 2005, 2007; Pro-def Estrie, 2005) et l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ, 2001, 2003, 2009) ont produit des bilans, des mémoires et des études régionales qui cernent plusieurs problèmes concernant les modalités d'application de la Loi sur la protection des personnes. En 2001, la coroner Kronström, dans son rapport d'enquête sur le décès d'une jeune personne souffrant d'une schizophrénie au centre de détention de Rivière-des-Prairies, avait déterminé trois niveaux d'intervention où la prise en charge n'avait pas été efficace, le premier étant relié à l'application de la Loi sur la protection des personnes (Bureau du coroner, 2001). La coroner avait alors recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux, de concert avec le ministre de la Sécurité publique et celui de la Justice du Québec, de voir à son application, notamment en ce qui a trait à l'article 8 (*ibid.*, p. iii).

En 2003, sur la base des résultats de ses enquêtes, l'AGIDD-SMQ a demandé, dans une lettre adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux, que soit évaluée la Loi sur la protection des personnes et que le comité de suivi national prévu lors de son implantation soit finalement mis en place. Puis, en 2005, deux organismes de défense des droits en santé mentale, soit Action Autonomie et Pro-def Estrie, ont documenté des irrégularités dans la procédure d'application de cette loi à la Cour du Québec. À la lumière de leurs observations, eux aussi demandaient au MSSS d'enclencher une démarche d'évaluation de l'application de la Loi sur la protection des personnes (Action Autonomie, 2005; Pro-def Estrie, 2005).

En 2005, un comité conjoint du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et de l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal a déposé un bilan de l'implantation de la Loi sur la protection des personnes dans la région de Montréal⁷. Dans leur rapport, les membres du comité soulèvent des problèmes récurrents liés à son application et ils recommandent des modifications législatives. Ils indiquent, en outre, qu'il s'agit d'un problème de portée nationale qui se manifeste de façons différentes selon les régions. À la suite de ce rapport, au printemps 2006, dans une lettre adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux, le président-directeur général de l'ASSS de Montréal, David Levine, et le directeur du SPVM, Yvan Delorme, demandent au MSSS d'enclencher le processus de révision de la Loi sur la protection des personnes, en ajoutant que selon les informations dont ils disposent, leurs préoccupations sont partagées par d'autres régions du Québec.

Au cours de cette même année, le Protecteur du citoyen informe le MSSS que l'application de la Loi sur la protection des personnes sera le sujet de l'un des dossiers importants traités par son équipe cette année-là. Il mentionne aussi avoir reçu de nombreuses plaintes relatives aux impacts négatifs de l'application ou non de divers aspects de cette loi sur les personnes ayant des troubles mentaux. En avril 2007, il a rendu public son rapport d'intervention auprès de la Corporation du Centre hospitalier Pierre-Janet, en Outaouais, où il sonne l'alarme sur les difficultés d'application de la Loi, plus particulièrement par rapport à la notion de consentement de l'utilisateur lors de l'évaluation psychiatrique qui y est prévue (Protecteur du citoyen, 2007a). Puis, à l'automne 2008, la Protectrice du citoyen annonce avoir ouvert une enquête systémique sur l'application de la Loi afin d'examiner en profondeur l'accès aux soins en santé mentale et les atteintes aux droits des personnes hospitalisées en psychiatrie⁸.

En réponse à l'ensemble de ces préoccupations, partagées par le MSSS, celui-ci a décidé de procéder à une recherche visant à déterminer ce qui pose problème dans le processus d'application de la Loi sur la protection des personnes et ce qui doit être revu, modifié ou réglementé afin d'aplanir les difficultés. Par l'entremise de la Direction de la santé mentale (DSM), appuyée par deux consultants professionnels impliqués sur le terrain, une démarche d'enquête a été réalisée

7. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Rapport du comité de travail sur le bilan d'implantation de la Loi sur la protection des personnes, 24 janvier 2005

8. Tremblay, Jacinthe. « Santé mentale : la Protectrice du citoyen ouvre une enquête », Le Devoir, 27 octobre 2008, p. 3, in AGIDD-SMQ, (avril 2009), La garde en établissement : une loi de protection ... une pratique d'oppression, AGIDD-SMQ, 32 p.

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes
dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

auprès des responsables régionaux du programme de services en santé mentale de toutes les ASSS du Québec et « d'informateurs clés », sélectionnés en fonction de leur connaissance de cette loi ou du fait qu'ils sont chargés de son application. Cette démarche d'enquête visait à aller au-delà d'un état de la situation afin de privilégier plutôt une approche de diagnostic organisationnel. Cette approche devait permettre de se pencher non seulement sur la détermination des principaux problèmes, mais aussi sur la recherche d'éléments expliquant leur apparition et sur le contexte dans lequel ils prennent place. Parallèlement à ces objectifs, elle devait aussi chercher à examiner les solutions les plus prometteuses, mises en place ou à mettre en place afin de résoudre ces problèmes.

Le présent rapport expose les fruits de cette démarche d'enquête et d'analyse sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes. À l'intention des lecteurs qui ne seraient pas familiarisés avec cette loi, il débute par sa présentation et un survol des procédures légales prévues pour son application. Viennent ensuite la revue des problèmes majeurs rapportés dans la littérature pertinente concernant les écarts entre ce qui est prévu dans la Loi et ce qui se passe sur le terrain lorsque vient le temps de son application à l'égard des personnes. Ensuite, l'objectif principal et les autres objectifs de la démarche d'enquête sont précisés de même que la méthode utilisée. Enfin, les résultats obtenus sont présentés, puis analysés en vue d'en tirer des recommandations, lesquelles sont exposées en détail dans le dernier chapitre.

CHAPITRE 1 – LE CADRE JURIDIQUE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

L'objectif du présent chapitre est de présenter les dispositions législatives portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde⁹. Au Québec, la garde en établissement et l'évaluation psychiatrique sont chapeautées par trois principales sources législatives, à savoir la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (ci-après « Loi sur la protection des personnes »), laquelle vient compléter les dispositions du Code civil du Québec, (articles 26 à 31 et 36.2) et du Code de procédure civile (articles 762 à 785).

Au Québec et au Canada, la réforme sur la législation en matière d'internement civil entreprise dans les années 1990, d'abord avec la refonte du Code civil du Québec et du Code de procédure civile (entré en vigueur en 1994) et ensuite avec la refonte de la Loi sur la protection du malade mental (remplacée par la Loi sur la protection des personnes), a été orientée vers l'objectif d'assurer davantage le respect des droits fondamentaux des personnes. Partant du principe de l'inviolabilité de la personne contenu dans la Charte des droits et liberté de la personne du Québec et la Charte canadienne des droits, les articles de loi traitant de cette question stipulent expressément que nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite de cette évaluation concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la Loi ou le tribunal l'autorise¹⁰. Bien que l'intention première de la Loi sur la protection des personnes soit d'assurer la protection de la personne ou celle d'autrui, la mise en œuvre de mesures de garde involontaire entraîne nécessairement une privation de liberté et une détention, contre le gré de la personne, dans un établissement de santé. Il s'agit là d'une décision qui porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne, tels que son droit à la liberté et son droit à l'inviolabilité. C'est pourquoi la Loi sur la protection des personnes est considérée comme une loi d'exception et qu'une fois sous garde, la personne demeure titulaire de tous ses autres droits (Beaulieu, 1998; Ménard, 1998). Aussi, étant donné le caractère exceptionnel de la Loi en ce qui a trait aux droits fondamentaux, les règles juridiques qu'elle définit doivent recevoir une interprétation restrictive et être rigoureusement suivies (Deleury et Goubau, 2008, p. 211-225; Ménard, 1998).

Selon Otero, Morin et Labrecque-Lebeau (2007), le texte de la nouvelle loi « [...] modifie quatre éléments clés : l'association quasi automatique entre maladie mentale et dangerosité, l'identité professionnelle des intervenants désignés pour évaluer le "danger mental", le registre des situations d'application de la loi et la prise en compte des droits des personnes interpellées » (p. 19). En modifiant le titre de la loi visant la protection des personnes elles-mêmes ou d'autrui, le législateur a voulu corriger une association souvent rapide entre les notions de danger et de maladie mentale qui était contenue, de manière implicite, dans le libellé de l'ancienne Loi sur la protection du malade mental. Ainsi, aucune application de mise sous garde ne pourra plus être envisagée en raison d'une maladie mentale. Le seul critère d'application de la Loi sur la protection des personnes, prévu par le législateur, est le danger que présente l'état mental d'une personne, pour elle-même ou pour autrui. On ne saurait par exemple utiliser la Loi pour contraindre une personne à demeurer au centre hospitalier si elle n'est pas dangereuse. Par ailleurs, la notion d'état mental ne nécessite pas de poser un diagnostic, ce qui par conséquent autorise la venue, dans le processus de décision, de professionnels autres que des médecins, tels que l'intervenant d'un SASC (nouvel acteur) et l'agent de la paix.

Un autre changement introduit par la Loi sur la protection des personnes est le remplacement de la notion de « cure fermée » par celle de « garde », signifiant ainsi davantage la dissociation entre le fait d'un confinement dans un lieu sans le consentement de la personne faisant l'objet de cette contrainte, du fait d'administrer des soins, ce que laissait sous-entendre la notion même de cure. Ainsi, la garde n'est pas une mesure de traitement, mais plutôt une mesure de protection, de sorte que toute personne mise sous garde civile conserve le droit de consentir ou non à un traitement (ou à des soins).

9. « Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique. » (Article 6 de la Loi sur la protection des personnes)

10. Art. 26 al. 1, C. civ. Q.

Enfin, le législateur a renforcé et clarifié les droits et les recours des personnes mises sous garde, notamment le droit d'être informées et le droit de communiquer avec les personnes de leur choix. Il a également maintenu un droit de recours en révision auprès du Tribunal administratif du Québec (TAQ), qui permet de contester la décision de maintenir la garde ou toute décision prise en vertu de la Loi sur la protection des personnes.

LES MESURES DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Dans le régime juridique actuel, une personne est susceptible de faire l'objet de trois mesures de garde, soit la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement ou garde autorisée. Bien que ces trois mesures de garde partagent des conditions et des modalités d'application apparentées, la garde préventive se distingue des deux autres sur deux points fondamentaux. Elle est la seule mesure de garde qui puisse être imposée sans l'autorisation d'un tribunal, d'où le fait qu'elle soit aussi la seule à requérir la présence d'un danger grave et immédiat. Rappelons encore une fois, puisque cela est fondamental, que l'unique critère d'application de ces trois mesures de garde demeure le danger que présente l'état mental d'une personne pour elle-même ou pour autrui.

Le critère de dangerosité

Bien que la notion de « danger » ne soit pas davantage explicitée dans la Loi sur la protection des personnes, celle-ci apporte des précisions en déterminant deux degrés de danger. Au premier degré, l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. C'est le danger que l'on peut qualifier de « régulier », pour reprendre une expression de Beaulieu (1998), et qui peut, sur l'autorisation du tribunal, justifier de conduire une personne dans un établissement afin qu'elle y soit gardée en vue d'y subir une évaluation psychiatrique. Au second degré, le danger que présente l'état mental de la personne doit être « grave et immédiat ». Cela s'apparente à une situation exceptionnelle qui commande une intervention rapide ou urgente (Beaulieu, 1998). Ce degré de danger peut conduire une personne à être amenée, contre son gré, par un policier à un établissement de santé pour y être gardée de manière préventive, sur la décision d'un médecin et sans l'autorisation du tribunal, afin de la soustraire au danger.

Par ailleurs, différents critères ont été retenus dans l'évaluation du danger et ces éléments sont multiples. En effet, le danger doit être prévisible et s'apprécier dans l'immédiat. Il n'est pas suffisant d'alléguer un danger potentiel; il faut faire la preuve d'un danger actuel¹¹. Il revient à l'équipe traitante de démontrer, de façon claire et avec suffisamment d'éléments¹², que la personne représente réellement un danger.

Un article de M^e Monique Jarry¹³, avocate à la Commission des services juridiques, expose ces différents critères recensés dans la jurisprudence. Elle conclut son article en mentionnant que la notion de « dangerosité » utilisée dans la Loi est plus large que le sens courant du mot « danger ». La dangerosité doit s'apprécier au regard de l'état mental d'une personne et de tous les éléments qui figurent dans le dossier de la personne.

La garde préventive

La garde préventive est une mesure prise sur la décision d'un médecin¹⁴ qui exerce dans un centre hospitalier (CH) ou dans un centre local de services communautaires (CLSC) qui dispose des aménagements nécessaires à cette fin¹⁵. Elle

11. La dangerosité : un état de la jurisprudence, Me Monique Jarry, *Développements récents du Barreau – Être protégé malgré soi*, numéro 165, 2002 citant : Anonyme, TAQ, SAS-M-067468-0106, 11 septembre 2001.

12. Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette c. L. L., 2008 QCCQ 8319 (CanLII).

13. La dangerosité : un état de la jurisprudence, Me Monique Jarry, *Développements récents du Barreau – Être protégé malgré soi*, numéro 165, 2002.

14. Art. 7, L.R.Q., c. P-38.001

15. Art. 6, L.R.Q., c. P-38.001. En général, ce sont des CLSC qui font office de centre de santé dans les régions à faible densité de population.

est effective au moment où le médecin est d'avis que l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. C'est sur cet avis, et au moment de la prise en charge de la personne par l'établissement¹⁶, que la garde préventive débute et elle ne peut excéder 72 heures¹⁷. À ce moment, et chaque fois qu'un médecin prend cette décision, le directeur des services professionnels (DSP) ou, à défaut, le directeur général (DG) de l'établissement, doit être avisé¹⁸. En outre, en vertu de l'article 15 de la Loi sur la protection des personnes, une fois la personne prise en charge par l'établissement ou dès qu'elle est en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique¹⁹. En effet, la garde préventive ne permet pas de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique si elle n'y consent pas de façon libre et éclairée. À défaut d'obtenir ce consentement, l'établissement doit, durant la garde préventive, entreprendre des démarches auprès d'un tribunal en vue d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique dans le cadre d'une garde provisoire²⁰. En l'absence d'une ordonnance du tribunal prolongeant la garde, une personne gardée en établissement pourrait se prévaloir d'un recours en *habeas corpus*, qui garantit à une personne arrêtée ou gardée contre son gré une audience rapide devant un juge afin que ce dernier statue sur la validité de son arrestation ou de sa garde forcée. L'établissement pourrait alors se voir reprocher d'avoir gardé illégalement cette personne.

Une garde préventive peut survenir selon trois différents scénarios. Dans le premier, une personne s'est rendue d'elle-même, accompagnée ou non, à un CH pour une consultation; elle est vue en médecine générale ou en psychiatrie et refuse d'y rester alors que le médecin est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat. Dans le deuxième scénario, une personne est déjà hospitalisée, avec son consentement, afin de recevoir des soins psychiatriques ou physiques. Au cours de ce séjour, son état mental se détériore jusqu'à présenter un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Elle refuse alors catégoriquement de demeurer au CH ou d'être évaluée en psychiatrie. Dans le troisième et dernier scénario – certainement le plus fréquent –, une personne est amenée, contre son gré, à l'urgence d'un CH par des services policiers en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes afin d'y être évaluée.

L'article 8

L'un des changements les plus marquants introduit par la Loi sur la protection des personnes découle de l'application de l'article 8 de la Loi, qui permet de contrevenir aux procédures judiciaires sur lesquelles reposait jusque-là la possibilité d'amener une personne contre son gré à un établissement de santé (CSMQ, 2000). Cet article permet, en effet, qu'un policier puisse, à la demande d'un intervenant d'un SASC qui estime que l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, amener cette personne contre son gré, sans l'autorisation du tribunal, dans un établissement de santé. Il peut aussi le faire à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec²¹, lorsqu'il a des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et qu'aucun intervenant d'un SASC n'est disponible, en temps utile²², pour évaluer la situation.

16. Art. 8, al. 2 et art. 15, L.R.Q., c. P-38.001

17. Art. 7, al. 3, L.R.Q., c. P-38.001

18. Art. 7, al. 2, L.R.Q., c. P-38.001

19. Art. 7, al. 3, L.R.Q., c. P-38.001

20. Ch. I, L.R.Q., c. P-38.001

21. L'article 15 du Code civil du Québec s'énonce ainsi : « Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier ».

22. Ce « temps utile » peut, entre autres, se définir par l'urgence d'amener la personne compte tenu de son état, de sorte que l'insertion d'un intervenant d'un SASC dans le processus de décision ne ferait que compromettre davantage la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

L'article 8 prévoit donc que, avant qu'une personne soit amenée contre son gré, son état mental ait été évalué par un intervenant d'un SASC. L'insertion de cet intervenant vise, suivant les orientations du législateur, à éviter la garde involontaire et à désamorcer la crise. Cependant, en l'absence d'intervenant en situation de crise, l'application de l'article 8 relève uniquement de la responsabilité des services de police. De plus, une fois que la personne est amenée à un établissement de santé, l'établissement doit la prendre en charge dès son arrivée, sous réserve des dispositions de l'article 23 de la Loi sur la protection des personnes²³ et des urgences médicales jugées prioritaires, et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7 de la Loi.

La garde provisoire

Contrairement à la garde préventive, la garde provisoire résulte d'une ordonnance du tribunal contraignant une personne à subir une évaluation psychiatrique²⁴. Cette évaluation, qui consiste en deux examens psychiatriques faits par deux psychiatres différents, doit déterminer si le degré de danger lié à l'état mental de la personne justifie sa garde en établissement. Pour que l'ordonnance d'évaluation psychiatrique puisse être mise en action, le tribunal ordonne en même temps que la personne soit gardée provisoirement dans un établissement de santé.

L'évaluation de l'état mental de la personne doit être effectuée par un psychiatre, sauf s'il est impossible d'avoir accès au service d'un psychiatre en temps utile. Dans ce cas, l'évaluation peut être effectuée par un autre médecin, habituellement un omnipraticien. La Loi sur la protection des personnes précise que le psychiatre ou le médecin doit être libre de tout lien, par exemple de parenté, qui pourrait laisser croire à un conflit d'intérêt, et le contenu des rapports d'évaluation psychiatrique y est davantage détaillé. Le psychiatre doit inscrire :

- qu'il a lui-même procédé aux examens;
- la date de chaque examen;
- le diagnostic, même provisoire, de l'état mental;
- son opinion sur la gravité de l'état mental et les conséquences probables de cet état;
- les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic ainsi que les motifs et les faits fournis par les tiers²⁵;
- la nécessité de la garde si la présence d'un danger est établie;
- l'aptitude de la personne à prendre soin d'elle-même ou à gérer ses biens;
- l'opportunité d'ouvrir un régime de protection si l'inaptitude est établie.

Pour obtenir une ordonnance de garde provisoire, il n'est pas nécessaire que le danger lié à l'état mental de la personne soit grave et immédiat; un danger de premier degré suffit. Bien que la Loi ne le précise pas, selon un document de référence de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2006), le requérant doit démontrer au tribunal que le « [...] danger invoqué peut raisonnablement se manifester, qu'il est suffisamment important, qu'il est en lien avec l'état mental de la personne » (p. 18).

Une garde provisoire peut être précédée ou non d'une garde préventive. Dans le cas où elle est précédée d'une garde préventive, c'est l'établissement de santé qui a la charge de la personne qui fait les démarches auprès du tribunal en vue d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique. Une fois l'ordonnance d'évaluation psychiatrique ainsi obtenue, l'établissement a 24 heures pour faire effectuer le premier examen psychiatrique et 48 heures pour réaliser le deuxième²⁶. Dans le cas où la garde provisoire n'est pas précédée d'une garde préventive, cela signifie qu'un médecin ou toute autre personne intéressée, par exemple un membre de la famille, a fait des démarches auprès du tribunal afin d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique. En pareils cas, une fois l'ordonnance obtenue, le premier examen psychiatrique doit être fait dans les 24 heures suivant la prise en charge de la personne par l'établissement de santé désigné pour

23. L'article 23 s'énonce ainsi : « Tout établissement qui, en raison de son organisation ou de ses ressources, n'est pas en mesure de procéder à un examen psychiatrique ou de mettre une personne sous garde, doit immédiatement diriger la personne pour qui on requiert ce service auprès d'un autre établissement qui dispose des aménagements nécessaires ».

24. Art. 27, C. civ. Q.; ch. I, L.R.Q., c. P-38.001

25. L'obligation pour le psychiatre de tenir compte des motifs et des faits fournis par les tiers constitue une nouveauté dans la Loi sur la protection des personnes.

26. Art. 28, C. civ. Q.

procéder à l'évaluation et le deuxième examen, dans les 96 heures de cette prise en charge²⁷. En principe, la garde provisoire ne devrait pas durer plus de 7 jours, délai à l'intérieur duquel un rapport d'évaluation doit être soumis au tribunal. Dès qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée²⁸.

La garde autorisée

Lorsque les deux examens psychiatriques permettent de conclure à la nécessité de la garde, l'établissement de santé dispose d'une période additionnelle de 48 heures pour requérir et obtenir une ordonnance de garde autorisée en application de l'article 30 du Code civil du Québec²⁹.

Dans la plupart des cas, la personne est gardée dans un CH, mais un centre de réadaptation, un centre hospitalier de soins de longue durée ou un centre d'accueil (CHSLD)³⁰ peuvent également mettre une personne sous garde³¹. La durée de la garde est fixée par le juge³², qui prend en compte la suggestion des médecins contenue dans la demande. Cependant, dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée, la personne doit être libérée³³. Il en va de même à la fin de la durée de la garde, à moins qu'une demande de renouvellement de la garde soit autorisée par le tribunal afin de la prolonger. Dans le cas où la durée de la garde est de 21 jours et plus, l'établissement doit procéder à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire. L'établissement devra également produire les deux rapports d'évaluation psychiatrique au 21^e jour suivant le jugement de la garde autorisée et par la suite, tous les 3 mois.

La requête d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique (garde provisoire) ou de garde en établissement (garde autorisée) auprès du tribunal

La demande d'évaluation psychiatrique (garde provisoire) ou de garde en établissement (garde autorisée) doit être présentée à la Chambre civile de la Cour du Québec³⁴ sous forme de requête. Ainsi qu'il est mentionné plus haut, dans le cas d'une requête de garde provisoire, le requérant peut être un médecin, un établissement de santé ou toute personne intéressée. Dans sa requête, le requérant doit alléguer³⁵ que l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui et il n'est pas nécessaire que le danger lié à l'état mental de la personne soit grave et immédiat; un danger de premier degré suffit. Un dossier visant à faire la preuve, par des faits récents et des comportements observables, que la personne est dangereuse doit être constitué par le requérant et déposé auprès du juge. Il appartiendra au juge d'établir l'identité des parties et la crédibilité de ce qui est soutenu. Dans le cas d'une requête de garde autorisée ou de renouvellement de garde, les faits et les comportements apparaîtront dans les rapports d'évaluation psychiatrique et l'ordonnance sera accordée principalement sur la foi de ces deux rapports. Toutefois, conformément à une modification à l'article 30 du Code civil du Québec, le juge doit avoir lui-même des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne présente un danger et que la garde de cette personne est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise³⁶.

La Cour d'appel du Québec s'est prononcée concernant la discrétion conférée par l'article 30 du Code civil et l'interprétation des articles 3, 7 et 8 de la Loi sur la protection des personnes. Selon cette cour, le tribunal doit indiquer les

27. Art. 28, C. civ. Q.

28. Art. 28, al. 3, C. civ. Q.

29. Ch. II, section II, L.R.Q., c. P-38.001

30. Ceux-ci doivent disposer des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes.

31. Art. 9, L.R.Q., c. P-38.001

32. Art. 30.1, C. civ. Q.

33. Art. 30.1, C. civ. Q.

34. Dans les villes de Montréal, Québec et Laval, la cour municipale peut également entendre les requêtes.

35. Alléguer : affirmer que ce qui est dit est vrai.

36. Art. 30, al. 2, C. civ. Q.

motifs sérieux qui l'amènent à croire à la dangerosité de la personne visée par la requête et à la nécessité de sa garde³⁷. Les rapports d'examen psychiatriques doivent, quant à eux, indiquer les motifs et les faits nécessaires pour conclure à la dangerosité afin de satisfaire aux exigences du paragraphe 5 de l'article 3 de la Loi sur la protection des personnes³⁸. La Cour d'appel a aussi précisé que l'intention du législateur n'est pas de subordonner la liberté des citoyens à l'expression d'avis non détaillés ni motivés³⁹, fussent-ils ceux de psychiatres⁴⁰. De plus, la Cour d'appel a précisé qu'il doit également exister pour la personne un danger important ou un potentiel de danger élevé et que le tribunal qui conclut à l'existence d'un tel danger doit s'en expliquer⁴¹.

Par ailleurs, dans ce processus judiciaire, le tribunal doit s'assurer que le requérant a pris des mesures en vue d'informer la personne de la démarche qui est entreprise à son égard, à moins qu'une dispense ne soit accordée. La dispense doit être exceptionnelle puisque le juge est tenu, en principe, d'interroger la personne concernée par la requête lors de l'audience. Il peut toutefois l'accorder s'il considère que le fait d'informer la personne visée par la requête serait nuisible à la sécurité et à la santé de cette personne ou à celles d'autrui, s'il y a urgence ou si la personne est introuvable. Sinon, l'information est transmise à la personne visée, dans un avis de signification qui annonce le lieu, la date et l'heure de l'audience ainsi que les moyens dont elle dispose pour faire connaître son intention de se présenter devant le tribunal. D'autres documents devraient également y être annexés, dont la requête et les rapports d'examen psychiatriques, le cas échéant. L'avis de signification doit être transmis par un huissier à la personne visée et à une personne raisonnable de la famille, au moins deux jours avant l'audience. Durant cette audience, le juge vérifie la procédure prévue, lit la requête et les rapports d'évaluation psychiatrique s'il y a lieu et il entend les parties. En l'absence de la personne visée, l'audience se limitera à l'étude de la procédure, de la déclaration du requérant et des rapports d'évaluation psychiatrique selon le cas. À la suite de l'audience, si le juge est convaincu de la preuve, il rendra sa décision par une ordonnance d'évaluation psychiatrique (garde provisoire) ou par une ordonnance de garde en établissement (garde autorisée).

La durée de la garde préventive, les délais des examens psychiatriques durant la garde provisoire et la durée fixée de la garde autorisée sont des délais de rigueur, ce qui impose aux établissements l'obligation de les respecter, leur non-respect permettant d'exiger la fin de la garde⁴².

Afin de faire exécuter une ordonnance de garde (provisoire ou autorisée) lorsque la personne est dans la communauté, le requérant présente l'ordonnance du tribunal au poste de police le plus proche de l'endroit où la personne en cause habite. Les policiers sont responsables d'exécuter le mandat d'amener la personne visée par l'ordonnance à l'établissement de santé désigné sur celle-ci. Ils sont alors tenus de l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat⁴³.

LES DROITS ET LES RECOURS DE LA PERSONNE MISE SOUS GARDE

Les droits de la personne mise sous garde sont nombreux. Ils sont garantis par la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, par le Code civil du Québec, par le Code de procédure civile du Québec, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ainsi que par la Loi sur la protection des personnes. Il s'agit du droit d'être traité avec respect et dignité, du droit de refuser tout traitement et tout examen autre que l'évaluation psychiatrique ordonnée par le tribunal, du droit d'être représenté par un avocat au tribunal, du droit d'exiger la fin de la garde dans le cas du non-respect de la Loi, du droit au respect du secret professionnel et à la confidentialité, du droit d'être accompagné dans ses démarches par la

37. La nature des droits de la personnalité, Me France Allard, Collection de droit, volume 3, 2009, p. 71 citant : Montmagny c. Dr Prosper 2005 BE-1075 (C.A.)

38. Idem.

39. N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2007 QCCA 1382 (CanLII)

40. Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette c. L.L., 2008 QCCQ 8319 (CanLII)

41. A. c. Centre hospitalier de St. Mary, 2007 QCCA 358 (CanLII)

42. Les articles 10 et 12, alinéa 3, de la Loi sur la protection des personnes traitent explicitement de ce sujet. L'article 12 porte sur le respect des délais d'examen périodiques lors de la garde régulière d'une durée de plus de 21 jours et l'article 10, de la fin de la garde régulière advenant le défaut de produire des rapports d'examen psychiatrique dans les délais prescrits. La portée générale du cadre juridique conduit à donner la même interprétation à tous les délais d'examen et de garde.

43. Art. 14, L.R.Q., c. P-38.001

personne de son choix, du droit à la révision d'une décision ainsi que du droit au transfert d'établissement sous certaines conditions (AGIDD-SMQ, 2007). Le chapitre III de la Loi sur la protection des personnes apporte des précisions très claires et détaillées sur certains de ces droits.

Le droit d'être informé

Comme nous l'avons dit plus haut, un policier qui amène contre son gré une personne à un établissement de santé pour qu'elle y soit gardée doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat⁴⁴. De plus, en vertu de l'article 15 de la Loi sur la protection des personnes, dès que la personne est prise en charge par l'établissement ou qu'elle semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit aussi l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de la garde et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat. En outre, dès la mise sous garde autorisée ou dès le renouvellement de celle-ci, l'article 16 de la Loi oblige l'établissement à remettre à cette personne un document conforme à l'annexe de la Loi sur la protection des personnes⁴⁵. Dans le cas où la personne est incapable de recevoir les informations, est inapte ou a moins de 14 ans, une disposition de cette même loi indique à qui remettre ce document. L'établissement doit aussi informer la personne de son plan de soins, des mesures prises à son égard et de la fin de la garde, dès que celle-ci se termine.

Le droit de communiquer

Selon l'article 17 de la Loi sur la protection des personnes, toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications. L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire et elle doit être signifiée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et versée à son dossier. Cependant, aucune restriction ne peut être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le Curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

Le droit au transfert et les autres droits

La personne a le droit de demander d'être transférée dans un autre établissement aux deux conditions suivantes : l'organisation et les ressources doivent le permettre et le médecin traitant doit être d'avis que ce transfert ne présente pas de risque sérieux pour cette personne. De son côté, le médecin peut demander le transfert de la personne dans un établissement qui répondrait mieux aux besoins de cette dernière après avoir obtenu son consentement, à moins que ce transfert ne soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et versée au dossier de la personne⁴⁶.

La personne mise sous garde conserve tous ses autres droits, tels que le droit de consentir à des soins, le droit au respect du secret professionnel et à la confidentialité, sous réserve des informations que l'application de la Loi sur la protection des personnes exige.

44. Art. 14, L.R.Q., c. P-38.001

45. L'annexe à la Loi sur la protection des personnes s'intitule Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde (voir l'annexe 1, p. 95-97)

46. Art. 11, L.R.Q., c. P-38.001

Le droit de recours en révision auprès du Tribunal administratif du Québec

Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la Loi sur la protection des personnes peut contester devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ)⁴⁷. Ce dernier peut renverser ces décisions. Une lettre de la personne adressée à ce tribunal, exposant l'objet et les motifs de la contestation, constitue une requête au sens de l'article 110 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3). Un formulaire facilitant la procédure de contestation est également disponible. Ainsi, la personne peut faire valoir son désaccord à propos de la décision de l'établissement de maintenir sa garde à la suite d'examens périodiques dans le cas d'une garde de plus de 21 jours ou des décisions prises durant la garde, telles que des restrictions au droit de communiquer.

L'établissement de santé où une personne est mise sous garde doit, lorsque le TAQ le requiert, transmettre à ce dernier le dossier complet de la personne sous garde (article 22). Il doit également informer sans délai le TAQ des conclusions de chaque rapport d'examen psychiatrique prévu et de la fin de la garde (article 20), lorsque la garde autorisée est de plus de 21 jours.

Lorsqu'une demande de révision d'une ordonnance de garde en établissement est présentée devant le TAQ, la dangerosité du requérant est à nouveau évaluée en tenant compte des rapports d'évaluation psychiatrique versés au dossier.

47. Art. 20 à 22, L.R.Q., c. P-38.001

CHAPITRE 2 – REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR LES DIFFICULTÉS D'APPLICATION DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES

Comme nous l'avons vu précédemment, l'arrivée de la Loi sur la protection des personnes a apporté des changements majeurs dans les règles relatives à la garde involontaire en établissement pour raison de danger. Elle a aussi confié de nouvelles responsabilités et de nouveaux rôles à des acteurs qui, jusque-là, n'étaient pas impliqués nommément dans la gestion de situations devant justifier une garde involontaire en établissement de santé. Cela a suscité chez ces acteurs, et tout autant chez les personnes susceptibles d'être mises sous garde, plusieurs questions et l'intérêt à prendre connaissance de ce qu'autorise et n'autorise pas la Loi, des rôles, des responsabilités et des droits de chacun⁴⁸.

Contrairement à ce qui était attendu des autorités et du milieu à la suite de l'entrée en vigueur de cette loi d'exception, le nombre de requêtes de garde en établissement déposées à la Cour du Québec a connu une nette augmentation, soit depuis 1998. Otero, Landreville, Morin et Thomas (2005) rapportent en effet qu'en 1997, le nombre de requêtes de garde autorisée, déposées dans les différents tribunaux du Québec, s'élevait à 3 806, alors qu'en 2003, il atteignait 5 086, soit une augmentation significative de 77 %. À la Cour du Québec de Montréal, le nombre de requêtes de garde en établissement⁴⁹, qui se situait à 1 591 en 1996, atteint 2 136 en 2004 (Action Autonomie, 2005). Ce sont les requêtes de garde autorisée qui contribuent le plus à cette hausse puisqu'elles représentent 67,9 % de l'ensemble des requêtes. Leur nombre est passé de 956 en 1996 à 1 451 en 2004, soit une augmentation de 52 %. De toutes les requêtes déposées en 2004 à la Cour du Québec de Montréal, 93,2 % ont été accordées par le juge, dont 91,9 % des requêtes de garde autorisée⁵⁰ et 93,9 % des requêtes de renouvellement de garde (n = 294) (Action Autonomie, 2005).

Selon les résultats et les conclusions de plusieurs études sur le sujet, dix ans après l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection des personnes, le caractère exceptionnel de cette loi n'a pas été compris et le mécanisme d'aide prévu afin d'éviter d'y recourir ne semble pas porter ses fruits. Depuis 1998, plusieurs documents ont fait état de problèmes d'application de cette loi, notamment en rapport avec l'estimation du danger associé à l'état mental d'une personne (AGIDD-SMQ, 2003 et 2009; Gouvernement du Québec, 1999; Hort et Marsolais, 2004), avec l'application de l'article 8, plus particulièrement quant au partage des rôles et des responsabilités attribués aux policiers et aux intervenants des SASC désignés, de même qu'en rapport avec le moment où l'établissement de santé doit prendre cette personne en charge (CSMQ, 2000 et 2001; Otero et autres, 2005; Racine et Grégoire, 2005). Le respect de la procédure judiciaire lors du dépôt auprès du tribunal d'une requête de garde en établissement (Action Autonomie, 2005) ou encore le respect des droits et les recours de la personne sous garde (AGIDD-SMQ, 2003 et 2009) ont aussi été mis en cause.

La partie suivante du présent rapport constitue une revue de la littérature sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes. Elle vise non seulement à cerner chacun des problèmes majeurs soulevés par les auteurs, mais surtout à déterminer leurs sources potentielles afin d'y apporter une solution.

L'ESTIMATION DU DANGER

Comme l'unique critère d'application de la Loi sur la protection des personnes est le danger, pour elle-même ou pour autrui, que présente une personne en raison de son état mental, il importe que les notions d'« état mental », de « danger » et de « danger grave et immédiat » soient clairement comprises. Rappelons qu'il n'est pas nécessaire que la personne ait reçu un diagnostic de trouble mental pour que la Loi s'applique, pas plus qu'une personne ayant reçu un diagnostic de

48. « Il faut souligner que l'application d'une loi dépend d'abord de l'interprétation qu'en font les acteurs chargés de son application. Il y a toujours un écart entre le dire du droit et le droit en action. Cet écart ne résulte pas strictement de l'interprétation des acteurs; il tient aussi à des facteurs organisationnels, procéduraux, contextuels et informationnels qui influencent les prises de décision des acteurs en action. » Tiré de CSMQ, 2000, La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, par Christiane Cardinal, avec la collaboration de Céline Mercier, Québec, p. 74.

49. Il s'agit ici de requêtes de garde provisoire, de garde autorisée et de renouvellement de la garde autorisée.

50. Nous rappelons ici que le centre hospitalier qui a procédé à une évaluation psychiatrique est toujours le requérant d'une garde autorisée et d'un renouvellement de la garde.

trouble mental ne doit être considérée comme dangereuse. Enfin, le fait de présenter un danger n'est pas nécessairement dû à un état mental perturbé; il peut résulter d'activités criminelles, par exemple. Bref, il faut présenter à la fois un état mental perturbé et un danger important. À l'instar de la loi qui l'a précédée, la Loi sur la protection des personnes ne définit pas ce qu'est le danger. Néanmoins, « [...] pour assurer une plus grande rigueur dans l'évaluation de la dangerosité, la nouvelle loi a étendu et précisé le contenu de l'examen psychiatrique, qui sert principalement à évaluer la présence d'éléments de dangerosité dans la condition mentale d'une personne, et de préciser en même temps la sévérité de cette dangerosité et les facteurs qui permettent d'en apprécier le caractère immédiat » (Ménard, 1998 in AGIDD-SMQ, 2009, p. 14).

Or, dans le rapport de recherche intitulé *Protection ou coercition, point de vues des personnes interpellées* (Action Autonomie, 2007), issu d'une collaboration entre l'Université du Québec à Montréal et le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, les auteurs soulignent les difficultés d'interprétation du concept juridique de « dangerosité mentale » dans la pratique des intervenants des SASC désignés. Différents participants à cette recherche « [...] déplorent que les concepts juridiques comme "dangerosité mentale", "grave" et "immédiat" n'aient pas été traduits en concepts cliniques avant l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection des personnes » (p. 26-27). En 2004, le même collectif avait relevé que la notion de danger n'était même pas définie dans la Loi, sinon que la Loi établissait deux degrés de danger. De leur côté, Otero et ses collaborateurs (2005) rappellent que l'évaluation du danger est subjective à plus d'un égard, d'où le fait qu'elle soit aussi l'élément le plus controversé des pratiques d'intervention d'urgence.

Selon le document publié en avril 2009 par l'AGIDD-SMQ, intitulé *La garde en établissement : une loi de protection... une pratique d'oppression*, les groupes membres de cette association constatent les nombreux dérapages liés à l'application et à l'interprétation inadéquate de la Loi. Ils citent par exemple un article publié dans *Le Journal* du Barreau du Québec, où il est mentionné ce qui suit :

« [...] les centres hospitaliers présentent des requêtes pour garde en établissement psychiatrique pour des personnes ayant des troubles de comportement, qui dérangent leur entourage, sont bruyantes pour le voisinage, dérangeantes pour la famille ou soit parce que la personne se parle à elle-même dans la rue. La dangerosité devient donc une notion très élastique, et la requête pour garde en établissement psychiatrique devient un outil de contrôle social où même l'itinérance peut en devenir l'objet » (Ladouceur, 2006, in AGIDD-SMQ, avril 2009, p. 15).

Selon l'AGIDD-SMQ (2003), l'absence dans la Loi d'une définition du « danger mental » et la subjectivité associée à son évaluation mènent à une application élargie, voire illégale de la Loi. Qui plus est, à leur point de vue, « la notion de dangerosité devient alors si élastique qu'il est presque impossible pour une personne faisant appel à ce tribunal [TAQ] d'avoir gain de cause » (p. 5). Cette association soutient même que la pratique de leurs groupes membres démontre que les personnes « dérangeantes » que l'on met sous garde sont aussi celles qui souhaitent défendre leurs droits, alors que des décisions du tribunal confirment que « [...] le fait de contester les procédures et l'hospitalisation n'est pas en lui-même un indice de dangerosité » (Lestage, 2008 in AGIDD-SMQ, avril 2009, p. 15).

Pourtant, l'une des préoccupations majeures des établissements et des ASSS, à la suite de l'adoption de la Loi sur la protection des personnes, a été d'augmenter la capacité d'intervention et d'évaluation des intervenants des SASC. Cela devait répondre, en partie, à la nécessité de développer et de consolider les SASC, considérés comme des points d'ancrage essentiels dans la mise en œuvre de la Loi (CSMQ, 2000). Cette volonté de bonifier les compétences des intervenants s'est alors principalement réalisée par la diffusion de programmes de formation, par l'élaboration d'outils d'estimation du danger ou encore par l'organisation d'un soutien clinique en vue d'appuyer les intervenants dans leurs nouvelles tâches (CSMQ, 2000; Comité d'expertise clinique crise-suicide, 2002; Doucet et autres, 2004; Otero et autres, 2005).

Selon Beaulieu (Gouvernement du Québec, 1999), lors de l'estimation du danger, l'intervenant du SASC n'a pas à porter un jugement diagnostique, mais un jugement sur une situation de faits (comportements, paroles) qui l'amène à considérer que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat. L'estimation du danger et l'évaluation psychiatrique effectuée en milieu hospitalier sont des activités différentes; elles ne font appel ni à la même expertise, ni au même champ d'exercice. Par exemple, le fait qu'une personne ait un plan de suicide prévu dans un court laps de temps et

le fait qu'elle dispose d'un moyen dangereux et facilement accessible sont des faits sur lesquels doit s'appuyer un intervenant lors de son estimation du degré de danger. Comme Morissette (1982) le mentionne, l'évaluation du risque, suicidaire dans cet exemple, n'est pas une nouvelle pratique pour les intervenants des SASC. Cependant, le cadre légal de cette évaluation, introduit par la Loi sur la protection des personnes, oblige l'intervenant à déterminer, au terme de son estimation et de son intervention, la présence ou non d'un danger grave et immédiat et la collaboration ou non de la personne aux interventions qui lui sont proposées.

Lors des travaux portant sur l'élaboration des outils d'estimation du danger, les responsables des ASSS et les concepteurs de ces outils avaient le souci d'y intégrer une expertise et une rigueur suffisantes pour s'assurer que le travail d'estimation reflète bien l'idée que les intervenants des SASC envisagent l'hospitalisation involontaire comme le dernier recours et non comme le premier (Doucet et autres, 2004; Otero et autres, 2005). Parmi les défis les plus importants à relever, soulignons l'intégration des tâches de l'estimation du danger aux étapes de l'intervention en situation de crise, l'opérationnalisation de la notion de danger grave et immédiat, l'examen de la notion « d'état mental » jusque-là absente dans la pratique d'intervention en situation de crise, la détermination des éléments de base de l'évaluation du danger pour autrui et du danger associé notamment à une psychose.

Selon le rapport du CSMQ sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 produit en septembre 2000, de juin 1998 à septembre 1999, toutes les régions, à l'exception des régions de Lanaudière, de la Côte-Nord, du Nunavik et de la Baie-James (Conseil Cri) sur lesquelles les données sont manquantes, avaient fait des démarches en vue d'organiser des formations (p. 75-76). Ces formations ont été données par les ASSS, par des associations d'établissements et des regroupements de parents et d'usagers (CSMQ, 2001, p. 10). Le plus souvent, les activités de formation visaient à informer les participants des nouvelles dispositions de la Loi, à leur donner une base relative à la compréhension des rôles et des responsabilités de chacun et à les sensibiliser au respect des droits des personnes visées par la Loi (CSMQ, 2000, p. 75). Les activités de formation organisées par les agences s'adressaient aux organismes du réseau de la santé et aux organismes communautaires. Dans la majorité des régions, elles touchaient aussi des acteurs hors du secteur de la santé mentale, dont ceux des services policiers. Le fait que la majorité des agences ait choisi de donner ces formations conjointes par secteur de municipalité régionale de comté (MRC) ou par sous-région a facilité les contacts et la concertation entre intervenants d'un même milieu (CSMQ, 2001).

Toutefois, selon l'avis du CSMQ (2001), l'ensemble de ces formations comportait deux limites importantes. D'abord, les sessions ont été offertes par différents formateurs, ce qui a produit une disparité quant aux connaissances acquises, chaque formateur présentant des interprétations différentes de la façon dont la Loi s'applique. Les interventions risquent alors d'être incompatibles d'une sous-région à une autre, d'un service à un autre ou d'un groupe d'acteurs à un autre, chacun se référant à l'interprétation fournie lors de la formation. De l'avis du CSMQ (2001), afin d'éviter cette situation, il serait fort indiqué d'envisager une formation commune à tous les acteurs d'un même territoire afin qu'ils aient une même compréhension des prescriptions de la Loi. De plus, ce sont surtout les cadres et les gestionnaires du milieu de la santé mentale et les chefs des services de police qui ont participé aux sessions de formation. L'information n'aurait pas toujours été retransmise aux intervenants et aux patrouilleurs de première ligne et c'est pourquoi le CSMQ (2001) croit que des formations à l'intention des intervenants sur le terrain dans ces deux secteurs s'imposent.

Selon les conclusions de la recherche du CSMQ (2000), l'expérience montre que deux types de formation s'avèrent nécessaires, l'une portant spécifiquement sur la Loi et l'autre, sur l'intervention en situation de crise. Ces formations devraient être reprises régulièrement, surtout dans les CLSC, étant donné le roulement important de personnel et la forte utilisation de la liste de rappel. Idéalement, des formations en intervention de crise devraient aussi être offertes au plus grand nombre possible de policiers (p. 10). Ces formations doivent favoriser une vision commune de l'application de la Loi, encourager les actions concertées et pallier les problèmes liés au roulement de personnel (p. 14).

LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS ET LA COLLABORATION ENTRE LES ACTEURS

Le développement et l'organisation des services d'aide en situation de crise

L'article 8 de la Loi sur la protection des personnes accorde à un intervenant d'un SASC le mandat d'estimer le danger lié à l'état mental d'une personne et il lui permet, lorsque la personne présente un danger grave et immédiat en raison de son état mental, de demander aux policiers de conduire cette personne contre son gré à un CH si elle refuse toutes les interventions qu'il lui propose pour désamorcer la crise et faire diminuer le danger (hébergement de crise, consultation à l'urgence, etc.). De plus, l'article 8 prévoit implicitement qu'un intervenant d'un SASC se rende disponible en temps utile afin d'évaluer une situation de transport forcé au CH, à la demande d'un policier ou de toute autre personne intéressée qui a des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Afin d'exécuter ce mandat et d'être désigné dans le cadre de l'application de la Loi par l'ASSS dont il relève, un SASC doit être en mesure de répondre aux demandes provenant de la communauté (un tiers intéressé) et à celles provenant des services policiers.

Bien que déjà, la Politique de la santé mentale (Gouvernement du Québec, 1989) ait fait référence aux SASC dans la gamme de services essentiels au chapitre du traitement spécialisé (p. 42), au moment de l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection des personnes, en 1998 ces services étaient presque inexistants au Québec. En effet, l'ensemble du territoire n'était pas couvert, ces services n'étaient pas accessibles jour et nuit, leurs interventions étaient principalement axées sur l'écoute téléphonique et les ressources de suivi et d'hébergement de dépannage étaient très limitées ou inexistantes (CSMQ, 2001). Or, l'application de l'article 8 de cette loi se fonde sur la présence de ces services dans chaque région du Québec. Par conséquent, l'enjeu pour le MSSS et les régies régionales de la santé et des services sociaux de l'époque était de donner un tel mandat à des services qui étaient à mettre sur pied ou à des services existants, mais qui étaient à redéfinir et à réorganiser afin de les rendre aptes à remplir ce nouveau mandat.

C'est pourquoi, en juin 1998, la sous-ministre du MSSS transmet aux autorités des régies régionales des directives sur la façon dont le mandat légal d'évaluation de la situation et d'estimation du danger, dévolu aux SASC, doit s'orchestrer et elle leur donne trois ans pour y parvenir (Communiqué, MSSS, 26 mai 1998). Soulignant l'importance d'assurer une protection adéquate aux personnes et à autrui tout en garantissant le respect des droits fondamentaux, la démarche à suivre du MSSS exige des changements dans l'offre des SASC afin qu'ils soient désignés pour agir dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes. D'une part, les directives prévoient un accroissement de l'accès à ces services, notamment en requérant leur disponibilité jour et nuit. Elles appellent également à leur consolidation et à leur développement dans toutes les régions du Québec, en exigeant qu'ils interviennent rapidement et efficacement en désamorçant les crises, évitant ainsi une application de la Loi. D'autre part, ces directives leur attribuent un rôle de première ligne (premier recours) en requérant qu'ils soient coordonnés avec d'autres services, notamment avec les services policiers et les urgences hospitalières, afin d'assurer une application harmonieuse de la Loi lorsque cela est nécessaire. Le communiqué précise que, dans ces cas, le transport contre son gré d'une personne vers un CH, à la suite d'une intervention policière, doit être un dernier recours et qu'à ce moment-là, le rôle de l'agent de la paix doit être complémentaire à celui de l'intervenant de crise. Historiquement, cette définition du mandat des SASC désignés s'insérait dans la mission des SASC au Québec, qui consiste à offrir une solution de rechange à l'hospitalisation par une intervention psychosociale dans la communauté, contribuant ainsi au désengorgement des urgences (Marsolais, 1996).

Puis, en décembre 1998, le MSSS lance le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998a). L'un des huit services de base requis dans ce plan concerne l'intervention en situation de crise, y compris l'application de la Loi sur la protection des personnes.

L'organisation des SASC sur le terrain

Selon le rapport du CSMQ (2000) sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8, quatre modèles d'organisation sont observés sur le terrain, entre le secteur de la santé et celui des services de police, concernant l'application de l'article 8. Deux de ces modèles reposent prioritairement sur la coordination des SASC à partir d'un CLSC,

deux autres, sur l'articulation entre un centre d'intervention de crise (CIC) et les services policiers. Dans trois modèles mis en œuvre, les services policiers ont accès aux SASC désignés (CLSC ou CIC) au moyen d'une ligne téléphonique réservée. Dans certains territoires, on répond à toutes les demandes des policiers, que celles-ci relèvent de l'article 8 ou non. Dans d'autres territoires, le critère d'acceptation des requêtes policières est délimité plus étroitement, en relation avec le danger. Ailleurs encore, les CLSC vont répondre aux demandes relatives à des personnes connues ayant des dossiers actifs, et les autres demandes seront dirigées vers le CIC. Tous les modèles privilégient une intervention en personne et le temps de déplacement moyen de l'intervenant sur le terrain est d'au moins 30 minutes, sauf à Montréal où il est de 15 à 20 minutes. Là où les services de crise sont peu nombreux, où le personnel est insuffisant et où le territoire à desservir est étendu, le temps de déplacement minimal peut varier de 45 à 60 minutes, parfois même jusqu'à 90 minutes et plus. Dans les modèles CIC-police, une grille d'évaluation du danger et une fiche de transmission d'information servent à gérer les situations qui relèvent de l'article 8, ce qui permet d'assurer une continuité dans les services d'intervention auprès d'une même personne. Dans tous les modèles, le transport de la personne visée s'effectue le plus souvent par ambulance et les policiers accompagnent les services ambulanciers jusqu'aux urgences des CH. Seul le modèle CIC-police prévoit que l'intervenant accompagne la personne au CH, que celle-ci s'y rende contre sa volonté ou non. Dans ce modèle, l'intervenant peut poursuivre son intervention auprès de la personne lorsque celle-ci accepte. Peu importe le modèle retenu, dans de nombreux cas d'application de la Loi, tous les acteurs éprouvent de sérieuses difficultés de fonctionnement (CSMQ, 2000).

En février 2001, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale, à qui la ministre de la Santé et des Services sociaux avait confié le mandat de soutenir le processus de changement relié au Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998a), rend compte des résultats de sa tournée de la province quant à l'état d'avancement des travaux d'implantation du Plan dans chaque région (MSSS, 2001a). Un document afférent au rapport du Groupe, intitulé *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* (MSSS, 2001b), permet d'observer que « [...] dans la majorité des régions, l'organisation actuelle des services d'intervention en situation de crise est précaire ou inexistante, bien qu'elle constitue un préalable à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui [...] et, plus particulièrement encore, de l'article 8 » (MSSS, 2001a, p. 28).

À ce forum national sur la santé mentale, des représentants des régions régionales de la santé et des services sociaux avaient souligné les difficultés qu'entraîne l'application de la Loi et demandé des ressources financières afin d'y remédier (MSSS, 2001b).

En mai 2001, l'AGIDD-SMQ publie un rapport qui fait état des résultats d'une enquête auprès de 116 personnes ayant connu au moins une mise sous garde en établissement au cours de la période 1998-2001. Parmi elles, seulement 6 % affirment qu'un intervenant d'un SASC a eu la possibilité d'intervenir lors du processus (AGIDD-SMQ, 2001, p. 11). Selon les auteurs du rapport, cela s'expliquerait par la rareté des SASC dans des régions telles que Montréal et la Montérégie, alors que dans d'autres régions, rien de concret n'a encore été mis en œuvre afin de permettre d'appliquer la Loi. De plus, aucun intervenant de crise ou de ressource n'a encore été désigné, en raison du financement nécessaire à l'actualisation de la Loi (AGIDD-SMQ, 2001, p. 29).

Suivant ces différents rapports (CSMQ, 2000 et 2001; MSSS, 2001a et 2001b), le développement, la consolidation ou le maintien des SASC désignés se heurtent à de nombreuses contraintes d'ordre financier, organisationnel, structurel et géographique. Sur le plan financier, dans le secteur de la santé mentale, les budgets prévus par les régions régionales de la santé et des services sociaux, lorsqu'ils existent, sont insuffisants pour couvrir les frais additionnels qu'entraînent pour les SASC la mise en place et le maintien des activités prévues dans l'article 8, à savoir la hausse des demandes, l'intervention sur le terrain jour et nuit, les déplacements vers les lieux de la crise, la formation continue et le besoin accru de suivi de crise et d'hébergement de dépannage (CSMQ, 2001, p. 7). Sur le plan organisationnel, du fait que l'intervention en situation de crise demande des compétences et des habiletés particulières et implique des contraintes relatives aux conditions de travail (horaires de soir, de nuit et les fins de semaine, déplacements et disponibilité), les SASC éprouvent des difficultés de recrutement et de stabilité du personnel ou sont aux prises avec un roulement important de personnel, notamment dans les régions à petite et moyenne concentration et dont les agglomérations sont dispersées dans divers points du territoire (CSMQ, 2001, p. 7). Ce roulement du personnel et l'intérêt moindre des intervenants pour l'intervention de crise, le soir, la nuit et les fins de semaine, ont des incidences sur la qualité des interventions en général et sur celles

menées conjointement avec les policiers. C'est souvent le personnel le moins expérimenté ou en début de carrière qui se retrouve sur les listes de garde et qui doit alors gérer les situations les plus complexes et difficiles. L'échange d'expertise et l'acquisition d'un savoir issu de la pratique sont aussi limités, puisque ce personnel n'est pas intégré aux équipes régulières et change fréquemment. Des formations sur les rôles et les responsabilités des partenaires dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes, sur l'estimation du danger grave et immédiat, sur l'appréciation des faits entourant la situation de crise de même que sur la façon de procéder avec les policiers doivent en outre être continuellement planifiées et données. Ce changement fréquent de personnel nuit d'ailleurs à l'établissement d'une collaboration avec les autres partenaires, puisque ceux-ci doivent régulièrement composer avec de « nouvelles figures ».

C'est pourquoi le CSMQ (2001) avait recommandé, dans son avis sur l'application de l'article 8, qu'un ajustement salarial soit accordé à une grande partie du personnel en place dans les SASC désignés, en plus d'une majoration des incitatifs financiers pour les gardes, de façon à reconnaître les compétences et les conditions de travail spécifiques de l'intervention de crise de même que pour recruter et maintenir en poste un personnel qualifié et assurer une stabilité des équipes d'intervention. Selon le CSMQ (2001), les difficultés de financement, de recrutement et de rétention de personnel ont retardé la mise en place d'une concertation avec le secteur policier (CSMQ, 2000, p. 83). Par conséquent, il n'était pas surprenant de constater que l'application de l'article 8 relevait encore principalement de la discrétion policière dans la plupart des régions (CSMQ, 2000, p. 83).

Le moment effectif de la prise en charge de la personne en danger

Dans son rapport sur les conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, le CSMQ (2000) a observé que la question du moment de la prise en charge de la personne en danger par l'établissement de santé avait souvent fait l'objet d'un questionnaire dans les régions. La personne est-elle prise en charge au moment de son arrivée à l'établissement ou lorsque les policiers retransmettent les informations au professionnel affecté au tri ou encore lorsque la personne est vue par un médecin de l'urgence? À cette époque, le CSMQ a constaté que dans les régions où il avait été décidé que la prise en charge de la personne par l'établissement s'effectuait au moment du triage, les CH avaient plutôt pour politique bien établie de considérer que la prise en charge devenait effective au moment de la réalisation de l'examen par le médecin. Puisque le moment de la prise en charge par l'établissement signifie la fin de la responsabilité des services de police envers la personne, l'adoption d'une telle politique par les CH faisait en sorte que les policiers étaient immobilisés pour des périodes plus ou moins importantes à l'urgence. La lettre de l'ASSS de Montréal et du Service de police de la Ville de Montréal, dont il a été question précédemment, faisait mention de cet épineux problème. Le CSMQ (2001), prenant note des difficultés rencontrées à ce chapitre, recommandait de s'en tenir aux modalités de l'article 8 et d'insérer ces dernières dans les ententes locales, tout en les détaillant plus en profondeur.

L'article 8 stipule qu'une personne amenée à un établissement de santé, sous garde policière, doit être prise en charge par l'établissement dès son arrivée, sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires. Selon plusieurs auteurs (Boivin, 2001; Daigneault, 1998; Otero et autres, 2005; Rochon, 1997), le libellé de cet article porte à des interprétations divergentes au sujet du moment de la prise en charge par l'établissement de santé. Ces interprétations divergentes peuvent être regroupées selon deux positions distinctes, l'une étant défendue par les juristes et les services policiers, l'autre étant principalement soutenue par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), laquelle, en 2006, dans un document sur la Loi sur la protection des personnes, s'est penchée sur la question des responsabilités des établissements de santé et de services sociaux concernant chacun des types de garde.

La position des juristes et des services policiers (Daigneault, 1998) est de considérer que la prise en charge de la personne par l'établissement est effective au moment de son arrivée à l'urgence. Leur position s'appuie, d'une part, sur le texte de loi qui impose l'obligation de la prise en charge à l'établissement et non au médecin et, d'autre part, sur les responsabilités spécifiques de tout établissement de santé concernant une personne en situation d'urgence. Toutefois, il faut un « relais » pour le transfert de responsabilité et le relais tout indiqué est le moment de la transmission des informations du policier à l'infirmière affectée au tri. De manière plus détaillée, les tenants de cette position avancent ce qui suit :

- L'article 8 de la Loi sur la protection des personnes indique clairement que l'obligation de la prise en charge revient à l'établissement et non au médecin.

- Le sens des mots est clair : l'expression « prise en charge » signifie « prendre sous sa responsabilité » et l'expression « dès son arrivée » peut être traduite par « le plus tôt possible ».
- La prise en charge et l'examen par le médecin constituent deux activités distinctes qui ne peuvent s'effectuer en même temps. Évidemment, elles sont étroitement liées et se suivent de manière rapprochée, puisque seules les urgences jugées médicalement prioritaires peuvent en retarder l'exécution.
- En accord avec la Loi sur les services de santé et des services sociaux (articles 7 et 101), lorsqu'une personne se présente en situation d'urgence dans un CH, l'établissement a l'obligation d'agir rapidement. Plus précisément, l'établissement doit recevoir cette personne, évaluer ses besoins et lui prodiguer des soins d'urgence lorsque sa vie est en danger.

Cette position présente à la fois des avantages et des inconvénients. D'abord, elle a le mérite de ne pas causer d'attente indue aux policiers. Elle attire aussi l'attention du personnel soignant sur le caractère pressant de procéder à l'évaluation de la personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat, selon ce qu'en ont jugé les intervenants de première ligne. De plus, une telle position empêche l'établissement de se soustraire à ses responsabilités quant à l'enclenchement de mesures appropriées afin que la personne se trouve dans des conditions sécuritaires. Par contre, cette interprétation ne tient pas compte d'un aspect particulier de la prise en charge dans le contexte d'une application de l'article 8, soit lorsque la personne refuse d'être au CH. Si la personne refusait d'être conduite à un CH quelques instants auparavant, il est probable qu'une fois rendue sur les lieux, elle va chercher à quitter l'établissement. Or, et c'est là une limite cruciale, l'infirmière affectée au tri n'a pas l'autorité légale de contraindre cette personne à rester dans l'établissement jusqu'à ce qu'elle soit vue par un médecin. Par conséquent, cette position impliquerait que la prise en charge, dès le moment du tri, soit immédiatement suivie de l'examen de la personne par un médecin, seul professionnel qui peut légalement décider s'il met cette personne sous garde préventive ou non. Mais cette exigence s'accorde mal avec l'exercice en urgence. Il est en effet plus qu'imaginable, dans ce contexte d'exercice de la profession, qu'un médecin ne puisse répondre à cette exigence, compte tenu des autres urgences et de ses diverses occupations au moment où la personne est amenée.

D'où la seconde position, celle de l'AQESSS (2006), voulant que la prise en charge de la personne amenée par les policiers à l'établissement de santé ne soit effective qu'à partir du moment où le médecin procède à son examen. De plus, l'AQESSS (2006) considère que la personne demeure sous la responsabilité du policier tant et aussi longtemps qu'il le faut pour qu'un médecin procède à son examen. Pour défendre sa position, l'AQESSS (2006) s'appuie sur l'article 15 de la Loi sur la protection des personnes, qui fait partie de la section des droits et recours et concerne l'information à transmettre à la personne à la suite de sa prise en charge, selon lequel : « Dès la prise en charge de la personne par l'établissement, ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat ». L'AQESSS en déduit que ce devoir d'information nécessite d'avoir pris, au préalable, la décision de mettre la personne sous garde, une décision qui ne peut avoir été prise qu'une fois l'examen médical complété. Le mérite de la position de l'AQESSS est de tenir compte du contexte particulier de la prise en charge, contrairement à la première position. Par contre, cette position ne prévoit pas de mécanisme qui permettrait de garantir que la prise en charge se fasse rapidement. Tout au plus, l'AQESSS indique que « l'examen du médecin doit se faire avec diligence » (2006, p. 10). Par ailleurs, on peut lire dans le *Guide de gestion de l'urgence* que « si le patient est amené par des policiers contre sa volonté, [...] le policier demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement. Il peut donc arriver que l'intervenant demande au policier de demeurer auprès du patient. Cette situation devrait toutefois être de courte durée et peu courante » (MSSS et AQESSS, 2006, p. 95).

Les difficultés des établissements locaux à mettre une personne sous garde

Selon l'article 6 de la Loi sur la protection des personnes, les établissements qui peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire sont les CH et les CLSC disposant des aménagements nécessaires⁵¹. Un hôpital local ne disposant pas d'une équipe en psychiatrie doit-il mettre sous garde une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat? Du point de vue de la Loi, les deux articles qui se rapportent à la

51. L'AQESSS (2006) définit les aménagements nécessaires comme étant des installations, dans un établissement, qui permettent d'assurer la garde d'une personne de manière sécuritaire pour elle-même ou pour autrui et où des médecins exercent leur profession (p. 11).

question sont l'article 6, cité plus haut, et l'article 8, qui réfère à l'article 23. L'article 23 de la Loi indique que lorsqu'un établissement n'est pas en mesure de procéder à une évaluation psychiatrique ou à une garde en établissement en raison de son organisation et de ressources insuffisantes, il doit immédiatement diriger la personne vers un établissement qui dispose des aménagements nécessaires. Toutefois, la Loi ne précise pas de quel professionnel de la santé relève la décision relative à la capacité ou non de l'établissement à prendre en charge la personne, ni le délai dans lequel cette décision doit être prise.

Dans son document, l'AQESSS (2006) indique que si l'établissement, en raison de son organisation et de ses ressources limitées, ne peut pas prendre la personne en charge, le fait de diriger cette dernière vers un autre établissement ne constitue pas un transfert. De plus, étant donné que l'article 23 oblige l'établissement à diriger immédiatement la personne vers un établissement adéquat, celle-ci demeure sous la garde et la responsabilité du policier. Suivant cette logique, les auteurs du document de l'AQESSS (2006) considèrent que, bien que la Loi n'ait rien prévu à cette fin, il incombe au policier de conduire la personne vers l'autre établissement choisi et de l'informer de ce fait. Selon l'AQESSS (2006), la restriction à la prise en charge s'applique à tous les types de garde, y compris la garde préventive.

Me Chantal Masse (1998) a analysé les rôles et les responsabilités des psychiatres en comparant les dispositions de la Loi sur la protection du malade mental à celles contenues dans le projet de loi 39⁵². Elle constate que la question de l'orientation de la personne vers un autre établissement lorsque cette dernière est sous garde préventive demeure irrésolue⁵³. À son avis, un établissement qui ne peut offrir de services de garde, même dans des situations urgentes et pour une courte période (équivalent de la garde préventive de la Loi sur la protection des personnes), peut requérir son transfert vers un autre établissement disposant des aménagements nécessaires. Elle base son opinion sur les articles 2 et 7 de la Loi sur la protection du malade mental, qui donnent les orientations à suivre lorsque l'établissement n'est pas en mesure de faire subir l'évaluation psychiatrique dans les délais voulus. Elle invoque également l'article 101 (4) de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, qui oblige l'établissement à diriger la personne vers un autre établissement lorsqu'il n'est pas en mesure de dispenser le service requis.

Le Barreau du Québec (1997), dans son étude du projet de loi 39, soutenait que l'établissement qui décide d'orienter la personne vers un autre établissement ne pouvait pas se décharger de sa responsabilité quant à l'état de cette personne. Ainsi, bien que le policier doive assumer la responsabilité de transporter la personne de façon sécuritaire, il revient à l'établissement d'évaluer l'état de santé de la personne et sa capacité physique à être transportée, de sorte que le policier ne saurait être tenu responsable d'une aggravation de l'état de la personne au cours du transport de cette dernière.

D'autre part, on peut lire dans le *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006) qu'un CH local est apte à déterminer et à stabiliser l'état de la personne ayant un trouble mental. On y mentionne aussi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont parfois hospitalisées dans ces CH, bien que ceux-ci n'aient pas d'unité d'hospitalisation en psychiatrie.

La collaboration entre les acteurs

Le rôle des services policiers

Concernant les rôles et les responsabilités des policiers à l'égard de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, deux interprétations majeures sont mises de l'avant dans la littérature. L'une des interprétations découle des travaux de

52. Au moment où Me Chantal Masse a écrit son document, le projet de loi relatif à la Loi sur la protection des personnes n'avait pas encore été adopté. À l'époque de la Loi sur la protection du malade mental (1972), lorsque la personne entrait dans un CH et qu'elle présentait un danger imminent (article 21 de LPPM) ou qu'elle présentait un péril grave et immédiat (article 27 du Code civil du Québec), elle pouvait y être gardée provisoirement pour une durée maximale de 48 heures.

53. Les articles du projet de loi 39 se rapportant à cette question utilisaient la notion de transfert. Cette notion a été abandonnée lors de l'adoption de la Loi sur la protection des personnes afin de la réserver aux situations qui pouvaient se présenter une fois la prise en charge effectuée, soit lorsqu'une personne sous garde ou qu'un médecin traitant demande un transfert à un autre établissement (article 11 de la Loi sur la protection des personnes).

Beaulieu (1998); l'autre provient de la Direction des services juridiques du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) sous Bousquet (2001).

En mettant l'accent sur le caractère novateur de la Loi, Beaulieu (1998) attire l'attention sur l'intention du législateur de faire porter un premier jugement d'ordre clinique sur une situation de danger, un contexte différent de celui ayant cours dans l'ancienne loi. Ainsi, le texte de la Loi sur la protection des personnes introduit un acteur, à savoir l'intervenant d'un SASC, dans le processus pouvant mener à la mise sous garde d'une personne. Cet auteur souligne que les deux premiers alinéas de l'article 8, au moyen de cet acteur, encadrent l'intervention policière. Au premier alinéa, on précise que le policier peut conduire une personne contre son gré à un CH à la demande d'un intervenant d'un SASC tandis qu'au deuxième alinéa, on précise que le policier peut prendre la décision de conduire la personne à un CH à la demande d'un tiers, à la condition que l'intervenant du SASC ne soit pas disponible en temps utile. Par conséquent, dans cette dernière circonstance, le policier doit préalablement vérifier, avant de prendre toute décision d'amener la personne à un CH, la disponibilité d'un intervenant du SASC désigné. Le législateur a voulu ainsi s'assurer que tout transport à un CH ne pourrait s'effectuer sans qu'un intervenant de crise ait pu intervenir auprès de la personne. Cette interprétation des rôles et des responsabilités des policiers se rattache strictement à ce qui est énoncé dans l'article 8 et ne tient pas compte par ailleurs des autres situations dans lesquelles un policier peut entrer en contact avec une personne en crise sans que ce soit à la demande d'un intervenant.

Bousquet (2001) traite justement des cas où ni un intervenant de crise ni un tiers intéressé ne fait appel aux policiers et fournit ensuite des indications sur la manière dont ces derniers doivent interpréter et appliquer l'article 8. Lorsqu'une situation d'urgence ou de crise se présente ou lorsqu'une personne affiche un comportement perçu comme étant bizarre, menaçant ou inspirant de la crainte, les policiers, en particulier les patrouilleurs disponibles à toute heure du jour ou de la nuit, sont souvent parmi les premières ressources appelées à intervenir. Les policiers doivent garantir en tout temps une réponse rapide aux appels des citoyens et trouver une solution aux événements problématiques qui leur sont signalés. Dans ce genre situation, les policiers doivent intervenir de leur propre chef auprès de la personne en crise. En théorie, les policiers ont trois options pour régler une situation problème. Ils peuvent régler la situation sans poser de geste officiel, à savoir procéder à la conciliation des parties, demander à la personne en crise de quitter les lieux, la reconduire chez elle et l'aviser de ne plus répéter le comportement qui pose problème. Ils peuvent aussi procéder à son arrestation ou encore l'acheminer vers un organisme offrant des services en santé mentale⁵⁴, si la personne accepte cette solution. Dans le choix de l'option à prendre, le temps de mobilisation requis du policier constitue une donnée fondamentale (CSMQ, 2001). Avec l'introduction de l'article 8, Bousquet (2001) rappelle, elle aussi, la nécessité pour le policier de s'assurer de la disponibilité ou non d'un intervenant de crise en temps utile, et ce, avant de conduire la personne contre son gré à un CH. Au sujet de la manière dont le policier doit interpréter l'article 8 et évaluer le danger grave et immédiat, Bousquet (2001) affirme que « peu importe les situations donnant ouverture à un transport vers un établissement de santé, c'est au policier que revient la responsabilité de prendre ultimement une décision compte tenu du danger que présente une personne » (p. 4). Son interprétation vient du fait que la Loi sur la protection des personnes n'oblige pas le policier à faire un transport ou à faire transporter la personne, puisque l'article 8 stipule qu'il **peut** le faire et non qu'il **doit** le faire. Elle lui accorderait ainsi d'office une marge d'appréciation avant de prendre sa décision. Plus précisément, lorsque la demande est acheminée par un intervenant du SASC ou par d'autres intervenants en santé mentale, le policier doit profiter de l'expertise de ces intervenants pour soutenir sa décision. Toutefois, dans toute autre situation, le policier doit apprécier lui-même la présence d'une situation de danger vis-à-vis de laquelle il garde la résolution finale, qu'il prenne appui ou non sur les intervenants des SASC. Selon Bousquet (2001), la décision de transporter une personne est toujours du ressort du policier, de sorte qu'elle donne une interprétation du rôle des policiers sensiblement semblable au rôle qu'ils avaient avant l'entrée en vigueur de l'article 8, renvoyant ainsi celui des SASC à un rôle accessoire.

À Montréal, les deux positions ont fait l'objet d'un débat lors de rencontres réunissant des représentants des services de crise et du SPVM. Ce débat a abouti à une impasse. Cosignataires d'une lettre envoyée au ministère de la Santé et des Services sociaux, le 28 avril 2006, les directeurs de l'ASSS de Montréal et du SPVM expliquent que l'intervention policière

54. Si la personne s'y oppose, les policiers peuvent essayer de la convaincre ou l'y contraindre s'ils jugent que la situation dans laquelle se trouve la personne risque de compromettre sa sécurité ou sa santé ou celles d'autrui. Leur pouvoir d'intervention se fonde alors sur la common law et sur leur devoir de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique (Loi de la police) de même que sur leur obligation, en tant que citoyens, de porter secours à tout être humain dont la vie est en péril, conformément à la Charte des droits et libertés de la personne.

n'étant pas subordonnée à la décision d'un intervenant d'un SASC désigné, la nécessité d'y recourir varie grandement d'un policier à un autre, de sorte que la décision d'appliquer ou non la Loi sur la protection des personnes repose fréquemment sur la seule décision des policiers. Dans cette lettre conjointe, il est écrit que 80 % des décisions des policiers en vertu de la Loi sont prises sans qu'il y ait recours aux SASC désignés. Par ailleurs, lorsque l'intervenant de crise et le policier sont sur place, reste le problème de savoir qui doit prendre la décision finale lorsque survient un désaccord. Selon le SPVM, la Loi n'a pas précisé clairement quelle était la base du pouvoir d'intervention des policiers dans les appels, jugés de plus en plus fréquents, pour des situations délicates, de sorte que pour légitimer leurs actions, les policiers devront continuer à recourir aux principes généraux du droit civil, constitutionnel et de common law (Daigneault, 1998).

La collaboration sur le terrain

Selon le rapport du CSMQ (2000), la réaction du milieu policier à l'égard des responsabilités dévolues en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes se partage entre une position de retrait, qui traduit un fort mécontentement, et une position plus ouverte devant la perspective d'être l'un des acteurs désignés par l'article 8 (p. v). L'ouverture est davantage manifeste dans les territoires où les policiers avaient déjà, avant l'entrée en vigueur de la Loi, intégré dans leur pratique d'intervention la possibilité de recommander, de reconduire ou d'accompagner des personnes à des établissements de santé, ou encore de faire appel à des intervenants en santé mentale.

La mise en œuvre de l'article 8 repose donc sur une collaboration obligée, selon les dispositions de la Loi, entre deux systèmes dont les missions et les cultures organisationnelles diffèrent (CSMQ, 2001, p. 12). Comme nous venons de le souligner, l'une des difficultés que pose cette collaboration tient à des interprétations différentes de l'article 8, certains corps policiers interprétant l'article 8 comme un mandat de transporter la personne dans un établissement de santé, avec ou sans la collaboration d'un SASC désigné.

Une autre difficulté provient d'acceptions divergentes de certains termes. Des expressions telles que « sécuriser la personne » prennent des significations différentes et les modes de fonctionnement des policiers sont peu connus des intervenants des SASC et de la personne visée par la mesure de garde. Ces conditions sont peu propices à un travail commun, au partage des responsabilités, à la cohérence et à la complémentarité (CSMQ, 2001, p. 6). En outre, les politiques de gestion de la Sûreté du Québec (cf. Rubrique 693, section 2.6, Transport d'une personne) qui précisent le travail du policier dans les cas où la personne présente un danger ne sont pas nécessairement adaptées à la situation ou propices à l'exercice des droits. L'intervention policière ne permet pas à la personne de communiquer immédiatement avec un avocat ou avec la personne de son choix. Or, il apparaît paradoxal qu'un policier informe la personne de ce droit sans lui permettre de l'exercer. De même, l'utilisation des gyrophares, des menottes ou l'intervention impliquant plusieurs patrouilleurs et plus d'un véhicule ne sont pas « balisées » ni déterminées en fonction de leur nécessité (CSMQ, 2001).

Aussi, le CSMQ constate ce qui suit :

« L'arrimage entre le secteur policier et celui de la santé mentale, tant sur le plan des démarches de concertation que sur le plan de leur mise en pratique, s'avère donc difficile dans la majorité des régions. Un retard considérable a été pris dans la signature d'ententes avec les corps policiers en vertu de plusieurs circonstances défavorables [...]. Sur le terrain, les obstacles à l'application conjointe de l'article 8 par les intervenants des SASC et les agents de la paix concernent principalement la disponibilité des ressources financières et humaines pour le secteur de la santé et le temps de mobilisation des agents de la paix pour le secteur de la sécurité publique. » (2001, p. 6-7)

L'expression la plus critique des différences entre les deux secteurs concerne en effet le rapport au temps (CSMQ, 2001). Concernant les intervenants du SASC, l'intervention sur place vise à désamorcer la crise et à éviter une hospitalisation involontaire. Cette intervention réclame du temps pour écouter, concilier, rassurer et convaincre. Les policiers sont, quant à eux, formés à intervenir rapidement, sur le mode de l'urgence et de l'imprévu. Ils doivent être disponibles sur-le-champ, en tout temps.

Le temps de mobilisation des policiers : un enjeu fondamental

Le temps de mobilisation des policiers est directement mis en cause par quatre procédures découlant des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, à savoir la mise en contact et le temps de déplacement des intervenants mobiles du SASC sur les lieux de la crise, l'évaluation de la situation et l'intervention de crise sur place, l'acheminement de la personne visée à un établissement de santé désigné dans l'article 6 de la Loi (CLSC ou CH) et la prise en charge de cette personne par cet établissement de santé.

La mise en contact et le temps de déplacement des intervenants du SASC

Nous avons vu que pour faciliter l'accès aux SASC désignés et assurer la rapidité de contact avec les intervenants, deux mesures ont été prévues concernant les policiers dans les modèles de SASC en vigueur en 1998-1999, soit un numéro de téléphone unique, exclusif et accessible en tout temps ainsi qu'une ligne qui leur est réservée. Idéalement, l'évaluation du danger se fait en personne, ce qui implique un temps de déplacement de l'intervenant et un temps d'attente pour le policier. Ce temps est fonction du nombre d'intervenants disponibles, de la distance à parcourir, laquelle est elle-même tributaire du nombre de SASC désignés dans une région, de l'étendue du territoire ainsi que de la répartition et de la densité de la population sur ce territoire. Alors que des études américaines ont montré que la durée d'attente considérée par les policiers comme acceptable est de 15 minutes ou moins, le temps de déplacement minimal des intervenants, observée sur le terrain au Québec, avoisine plutôt les 45 à 60 minutes et même 90 minutes dans certains territoires (CSMQ, 2000). Selon le CSMQ (2001), cette incapacité des SASC à répondre rapidement aux situations de crise a deux impacts majeurs. En effet, les policiers font des pressions pour que l'évaluation de la situation s'effectue au téléphone et au lieu de recourir aux SASC, ils appliquent leurs propres solutions, dont l'une peut consister à procéder à l'arrestation de la personne.

Le temps d'intervention sur place

La présence de l'intervenant du SASC sur les lieux afin d'évaluer la situation vise à profiter de cette rencontre pour tenter de désamorcer la crise, proposer des solutions en vue de sa résolution et obtenir le consentement de la personne si l'état de cette dernière nécessite qu'elle reçoive des soins d'urgence. Comme il a été dit, il s'agit d'envisager l'hospitalisation involontaire comme un dernier recours, uniquement lorsque cela s'impose. Cette recherche de solutions de remplacement à l'application de la Loi sur la protection des personnes fait partie intégrante de la tâche de l'intervenant du SASC. Cela nécessite du temps, ce qui peut créer des tensions entre les acteurs, compte tenu que les conditions d'exécution dans la pratique policière requièrent que les problèmes se règlent rapidement.

Urgence psychosociale-Justice (UPS-J) à Montréal et le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) à Québec, des projets intersectoriels de collaboration entre le secteur de la santé mentale et les services de police ayant pour objectif, soit d'éviter de judiciaireiser des personnes, soit d'éviter qu'elles ne retournent dans le système pénal après en être sorties, ont misé sur des temps de déplacement qui avoisinent les 20 minutes en moyenne (Laberge et autres, 1997 in CSMQ, 2000, p. 94). C'est ainsi que depuis l'automne 1996, les policiers du centre-ville de Montréal et ceux de la Ville de Québec peuvent respectivement recourir à ces SASC désignés. Dans le cadre de ces projets, des intervenants de crise sont disponibles jour et nuit et répondent, entre autres, aux appels des policiers et se rendent, en tout temps, sur les lieux où se déroule l'intervention policière. Chacun de ces projets permet d'effectuer des interventions ponctuelles et des interventions en situation de crise, d'orienter la personne vers les services et les ressources appropriées, d'accompagner la personne afin de faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux dont elle a besoin et, dans le cas du PECH, d'offrir des services de suivi intensif et d'hébergement de crise (Laberge et autres, 1997 in CSMQ, 2000; PECH express, 1998 in CSMQ, 2000). L'article 8 de la Loi sur la protection des personnes devait, en principe, contribuer à la multiplication de ce type de projets de collaboration entre les services de police et le secteur de la santé, dans l'objectif d'offrir aux personnes une solution de rechange à l'hospitalisation involontaire, voire à la judiciaireisation.

Or, Otero et ses collaborateurs (2005), dans un ouvrage intitulé *À la recherche de la dangerosité « mentale » – Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi sur la protection des personnes par l'UPS -J*, ont observé que le volume d'appels à UPS-J a augmenté moins rapidement que prévu. Durant l'année 2003-2004, UPS-J a reçu au total 1 263 appels. De ce nombre, seulement 555 provenaient des policiers, ce qui apparaît minime

pour un territoire occupé par 2 millions de personnes environ. Cela amène les auteurs à constater que le recours aux services d'UPS-J est loin d'être systématique. De plus, les données fournies par le référent sur le motif de la demande et sur la situation problème montrent que le plus grand nombre d'appels reçus des policiers concerne « l'incohérence des personnes » et non le danger en raison du mandat de la Loi sur la protection des personnes. Les auteurs notent que ce résultat correspond à ce que les études antérieures ont déjà rapporté, à savoir « [...] des événements pour lesquels ils [les policiers] se sentent démunis, impuissants, les cas bizarres; ceux qui ne cadrent pas avec l'image qu'ils se font du travail des policiers. Autrement dit, des situations qui ne relèvent pas de leur champ de compétence [...] mais vis-à-vis desquelles ils considèrent qu'une action doit être posée » (Otero et autres, 2005, p. 142). Dans le cas d'un risque suicidaire par contre, le volume limité d'appels semble confirmer plusieurs observations selon lesquelles, aux yeux des policiers, l'orientation au CH est l'option la plus évidente.

Des délais d'intervention dans le milieu excédant 30 minutes, voire 20 minutes, constituent des irritants pour les policiers (CSMQ, 2001). Et, comme nous l'avons dit, l'incapacité du milieu de la santé à répondre rapidement aux situations de crise a un impact sur la façon dont ces situations sont traitées. C'est pourquoi le CSMQ (2000 et 2001) considère primordiale la mise en place de conditions limitant les délais de déplacement des intervenants si l'on veut que les policiers sollicitent les intervenants des SASC désignés à intervenir sur place. Le CSMQ (2000 et 2001) croit aussi qu'il est nécessaire de changer les mentalités, les pratiques et les approches des policiers, au moyen de programmes de sensibilisation, si l'on veut qu'ils comprennent mieux l'intervention de crise et puissent en reconnaître les bénéfices. Ces conditions sont essentielles pour éviter que la collaboration recherchée ne dévie vers des options qui ne sont pas souhaitables, par exemple l'hospitalisation involontaire et la mise sous garde, du fait que le travail d'intervention psychosociale et la recherche de consentement auront été escamotés, d'autant plus que d'autres facteurs sont aussi en cause dans le temps de mobilisation des policiers.

Le temps de transport des personnes vers un établissement de santé

Si, à la demande d'un intervenant d'un SASC, une personne doit être amenée dans un établissement de santé, le policier devient l'agent responsable de cette personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par cet établissement (article 14 de la Loi sur la protection des personnes). Le temps requis pour conduire la personne à un établissement dépend de l'étendue du territoire et du nombre d'établissements de santé, sur ce territoire, qui répondent aux critères définis dans l'article 6 de la Loi (CLSC ou CH ayant les aménagements nécessaires).

Plusieurs postes de police situés dans les régions à population dispersée ont des effectifs restreints pour assumer leurs mandats. Par conséquent, si l'un des policiers en fonction doit prendre de deux à quatre heures pour transporter une personne et revenir à son point de départ, le service policier se trouve amputé de son personnel pour assumer ses autres responsabilités. On peut alors comprendre le mécontentement manifesté par les services de police aux prises avec ce genre de situation. Il y a donc lieu que les différents intervenants concernés conviennent de diriger la personne à l'établissement de santé le plus proche du lieu où ils sont intervenus. Si l'établissement ne peut prendre en charge cette personne, c'est à lui de voir à la diriger vers l'endroit approprié (article 23 de la Loi sur la protection des personnes).

L'implication des services préhospitaliers d'urgence

Bien que la Loi sur la protection des personnes n'attribue pas de responsabilités spécifiques aux services préhospitaliers d'urgence (SPU), leur utilisation est fréquente et engendre des coûts. Selon l'étude réalisée par Otero et ses collaborateurs (2005), au moment de l'adoption de la Loi sur la protection des personnes en 1997, près de 11 000 appels logés à Urgences-santé ont donné lieu à un transport par ambulance pour une personne considérée comme ayant un trouble mental, soulignant par ce fait l'ampleur de l'implication des SPU dans le domaine de la santé mentale. Dans les faits, le système de gestion des appels d'urgence 911 fait régulièrement intervenir les deux services (policiers et Urgences-santé) simultanément. C'est dire que les techniciens ambulanciers paramédicaux et les policiers assument depuis longtemps une responsabilité partagée face aux situations de danger. Toujours selon Otero et ses collaborateurs (2005), ces façons de faire ont donné lieu à des pratiques de déjudiciarisation occultes, mais qui ont aussi parfois mené à des actions douteuses sur le plan du respect des droits des personnes.

En effet, selon ces mêmes auteurs (Otero et autres, 2005), à la suite de l'adoption de la Loi, des experts légaux que la Corporation Urgences-santé a consultés ont conclu que l'introduction de l'intervenant du SASC rend la Loi impraticable⁵⁵. Ils recommandent alors que les techniciens ambulanciers paramédicaux de l'entreprise qui desservent les territoires de la région de Montréal et de Laval fassent appel aux policiers sur la base de la common law, comme avant l'introduction de l'article 8, et ils suggèrent à la Corporation Urgences-santé d'établir un protocole d'entente avec les services de police afin de signifier qu'en cas de désaccord entre le policier et le technicien ambulancier, le médecin d'Urgences-santé tranche la question. Les experts ont conclu que la Loi est incomplète, notamment qu'elle n'a pas pris en compte la réalité de l'intervention préhospitalière d'urgence.

En 2002, à la suite de la désignation de l'UPS-Justice comme SASC devant répondre aux appels des policiers de Montréal, la Corporation Urgences-santé a élaboré et diffusé un programme de formation à l'intention de ses employés, portant expressément sur l'intervention en vertu de la Loi sur la protection des personnes (Urgences-santé, 2003). Avec ce programme de formation, diffusé à grande échelle, et les recommandations des experts-conseils que la Corporation Urgences-santé a consultés, le recours aux SASC désignés par les techniciens ambulanciers paramédicaux semblait peu probable. Cette hypothèse est d'ailleurs confirmée par les résultats obtenus par Otero et son équipe de recherche (2005). En analysant les appels acheminés à UPS-Justice, ces chercheurs ont découvert que souvent, lorsque les techniciens ambulanciers paramédicaux sont sur place avec les policiers, ceux-ci n'appellent UPS-Justice que pour rechercher du soutien à l'admission au CH, la décision d'y conduire la personne contre son gré ayant déjà été prise. Il apparaît également que parfois, les techniciens ambulanciers paramédicaux font leur propre évaluation du danger, posant alors la possibilité de ne pas amener la personne au CH à la demande du policier.

Comme le souligne le CSMQ (2000), toutes ces circonstances posent un problème éthique important, puisque l'on prive une personne de sa liberté alors qu'une telle action aurait pu être évitée grâce à une intervention de crise, malheureusement escamotée faute de collaboration, et qu'on lui demande en plus d'en assumer les frais. Lorsque la personne transportée bénéficie de l'aide sociale, ces frais sont couverts par le programme de soutien minimum au revenu (CSMQ, 2001, p. 9). Mais lorsque ce n'est pas le cas et que la personne conteste la facture du transport en ambulance en raison du fait qu'elle n'a pas demandé ce service et qu'elle y a été contrainte, le SPU ne sait plus si la facture doit être adressée au service de police, au SASC ou à l'ASSS. De l'avis du CSMQ (2001), il faudrait minimalement prévoir, concernant les personnes visées qui contestent la facture du transport en ambulance, une mesure sociale de recouvrement des frais.

Le moment de la prise en charge par l'établissement de santé

Comme nous l'avons vu précédemment, le moment de la prise en charge par l'établissement de santé détermine celui de la fin de la responsabilité du policier envers la personne en danger. Plus le moment effectif de la prise en charge par l'établissement de santé est repoussé dans le temps, plus le temps de mobilisation du policier à l'urgence est long. C'est pourquoi cette question revêt tant d'importance sur le plan de la collaboration avec les services policiers.

LE RESPECT DES PROCÉDURES LÉGALES

En 2004, Hogan (Action Autonomie, 2005) a étudié les requêtes de garde en établissement ayant été déposées à la Cour du Québec à Montréal. La recherche a consisté à compiler l'ensemble des requêtes déposées pour une évaluation psychiatrique et pour une garde autorisée ainsi que pour le renouvellement d'une garde. Les variables étudiées sont l'avis de présentation, la signification à la personne visée, le délai de signification, le délai entre les examens psychiatriques, le délai entre le dépôt de la requête et l'audience, les différents types de jugement, la participation de la personne visée à l'audience et sa représentation ou non par un avocat ainsi que la pratique des juges.

55. Azancot et associé, Avocats et procureurs, Loi sur la protection des personnes ... (Projet de loi no 39, Loi du Québec, chapitre 75), correspondance à la Corporation d'Urgences-santé, 29 avril 1998, cité dans Otero et autres, 2005, p. 17-18.

L'évaluation psychiatrique sans autorisation du tribunal

Comme nous l'avons vu, la garde préventive sert à protéger les personnes qui présentent un danger grave et immédiat pour elles-mêmes ou pour autrui. Concernant ces cas urgents, le législateur a prévu la possibilité d'une garde en établissement sans autorisation du tribunal, d'une durée maximale de 72 heures, après qu'un médecin de cet établissement se soit prononcé en ce sens et en ait informé la personne concernée. Si la personne ainsi informée maintient son refus d'y demeurer et d'y être évaluée par un psychiatre, cet établissement doit, durant cette période de 72 heures, faire les démarches nécessaires auprès d'un tribunal afin d'obtenir une ordonnance de garde provisoire en vue de procéder à l'évaluation psychiatrique.

En 2004, à la Cour du Québec à Montréal, 391 requêtes de garde provisoire en vue de procéder à une évaluation psychiatrique ont été déposées (Action Autonomie, 2005). De ce nombre, seulement 7 avaient pour requérant un CH; toutes les autres, soit 384 requêtes, avaient été déposées par une personne intéressée, principalement un membre de la famille. Durant la même période, 1 451 requêtes de garde autorisée ont été déposées par des CH. L'écart important entre le nombre de requêtes de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique déposées par des CH (7) et le nombre de requêtes de garde autorisée en établissement (1 451) suscite un questionnement. Comment expliquer que 1 451 requêtes de garde autorisée en établissement, à la suite de 2 examens psychiatriques ayant conclu à cette nécessité, aient été présentées à la Cour, alors que seulement 391 requêtes de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique ont été enregistrées, et qui plus est, seulement 7 par un CH alors que la personne visée est en garde préventive?

Deux scénarios peuvent expliquer cet important écart entre les deux types de requête. Dans le premier, un certain nombre de personnes qui se sont présentées d'elles-mêmes à l'urgence, accompagnées ou non, ou de personnes qui y ont été conduites, contre leur gré, par des policiers consentent à l'évaluation psychiatrique car elles recherchent de l'aide, mais refusent d'être hospitalisées sur le conseil du psychiatre. Dans cette situation, le psychiatre, s'il considère qu'une personne présente un danger, devrait la mettre sous garde préventive et entreprendre ensuite les démarches auprès du tribunal afin d'obtenir une ordonnance de garde autorisée. Ce scénario est vraisemblable, mais il ne saurait à lui seul expliquer l'écart constaté entre les deux types de requêtes. Le scénario le plus logiquement probable, celui retenu par Hogan (Action Autonomie, 2005), est celui où d'autres personnes, amenées contre leur gré à l'urgence, subissent l'évaluation psychiatrique durant la garde préventive, sans leur consentement et sans que le CH ait obtenu l'autorisation du tribunal. D'autres données appuient ce scénario. En Estrie, pour la période 2001-2002, le CH régional a procédé à 78 gardes préventives, mais il n'a présenté au tribunal que 3 requêtes de garde provisoire (Pro-def Estrie, 2005). Selon les auteurs du rapport de Pro-def Estrie (2005), il apparaît peu probable que 75 personnes sur 78 soient devenues consentantes au moment de l'évaluation ou qu'elles ne soient tout simplement plus considérées comme dangereuses.

D'autres enquêtes viennent aussi soutenir ce deuxième scénario qui, implicitement, signifie que le droit au consentement libre et éclairé aux soins est régulièrement contourné. Le Protecteur du citoyen (2007a), au terme d'une enquête de huit mois déclenchée par un signalement de l'organisme de promotion et de défense des droits en santé mentale, Droit-Accès de l'Outaouais, a blâmé le CH Pierre-Janet pour avoir manqué aux exigences en matière de garde en établissement. En effet, le formulaire d'évaluation psychiatrique permettait le passage direct de la garde préventive à la garde autorisée, en présumant du consentement de la personne à se soumettre à une évaluation psychiatrique. En fait, les personnes qui ne s'opposaient pas à leur évaluation psychiatrique étaient présumées avoir donné leur consentement libre et éclairé. Cela nécessite qu'elles aient été informées de leur statut. L'AGIDD-SMQ (2009) prétend également que le consentement libre et éclairé à l'évaluation psychiatrique est escamoté dans d'autres régions du Québec. Le droit au consentement libre et éclairé aux soins et tous les autres droits prévus dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux constituent pourtant des indicateurs quant aux interventions permettant d'éviter tout traitement non désiré (MSSS et AQESSS, 2006, p. 96).

Par ailleurs, Action Autonomie (2007) relève que le psychiatre n'a à remplir aucun document afin d'officialiser la levée d'une mise sous garde préventive, puisque la Loi « [...] n'a prévu aucun dispositif de contrôle pour assurer le respect des temps maximum de mise sous garde préventive par les médecins » (p. 34).

LE RESPECT DES DROITS ET LES RECOURS DES PERSONNES SOUS GARDE

Le droit d'être informé et le droit de communiquer

En vertu de l'article 14 de la Loi sur la protection des personnes, il revient d'abord aux policiers de transmettre à la personne interpellée des informations légales, c'est-à-dire l'informer du motif du transport, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. Mais comme nous l'avons dit, encore faut-il qu'il lui permette d'exercer ce droit. Ensuite, en vertu de l'article 15 de cette même loi, une fois la personne prise en charge par l'établissement, son droit d'être informée du motif de la garde et celui de contacter immédiatement ses proches et un avocat doivent lui être à nouveau communiqués.

Les témoignages recueillis par Action Autonomie (2007), révèlent « [...] d'importantes lacunes au niveau de l'information mise à la disposition de la personne interpellée par les policiers lors des procédures qui mènent à son transport vers l'hôpital ainsi que sa mise sous garde (préventive ou provisoire) » (p. 53). Il s'agit tout autant du motif du transport vers l'hôpital que du droit de communiquer immédiatement avec des proches et un avocat. Les auteurs de la recherche (Action Autonomie, 2007) considèrent que des manquements, à cette étape des procédures de mise sous garde, ont un effet déterminant sur la personne et sur toute la suite du parcours qui se dessine devant elle.

Au sujet de l'information que le personnel du CH doit transmettre concernant le motif de mise sous garde (préventive ou provisoire), le document d'Action Autonomie (2007) ajoute que : « Dans très peu de cas, le personnel soignant (psychiatre traitant ou infirmières) a continué d'informer la personne mise sous garde des motifs qui mèneront par la suite à formuler une requête au tribunal pour une garde autorisée en établissement » (p. 69). Ils soulignent encore que très peu des participants à leur recherche ont reçu l'information concernant leur droit de communiquer avec un avocat dès le début de la mise sous garde. Ils réaffirment donc l'utilité et la pertinence de l'article 15 et signalent « [...] le décalage important entre sa forme juridique et les pratiques des intervenants qui ont comme mandat sa mise en application » (p. 76).

Le Protecteur du citoyen (2007b) soulevait des problèmes similaires concernant le non-respect du droit à l'information relative à la requête de garde en établissement. Il proposait alors l'élaboration d'un protocole afin d'aider à l'application de la Loi ainsi que des mesures visant à s'assurer de la mise en œuvre de ce protocole, y compris nécessairement de la formation (Protecteur du citoyen, 2008). Il précisait aussi que certaines conditions devaient être mises en place afin de faciliter le témoignage des personnes lors de l'audition de la requête de garde en établissement au tribunal.

L'absence de signification

Lorsqu'une requête de garde provisoire ou autorisée est déposée, il faut en effet que le requérant informe, par voie légale (signification), la personne concernée qu'une démarche au tribunal a été entreprise à son égard. Selon l'étude de Hogan (Action Autonomie, 2005), en 2004, à Montréal, sur l'ensemble des requêtes de garde autorisée, les personnes visées ont été informées dans 97 % des cas de requête de garde autorisée et dans 99 % des cas de requête de renouvellement de garde autorisée. Ainsi informées, les personnes ont eu la possibilité de se présenter à l'audience, seules ou avec leur avocat, ou encore de ne pas s'y présenter mais d'y être représentées par leur avocat. Les données de Hogan (Action Autonomie, 2005) indiquent que dans 31 % des audiences concernant une requête de garde autorisée et dans 39 % des audiences concernant une requête de renouvellement de garde, les personnes intimées sont présentes (avec ou sans leur avocat)⁵⁶. Ces données mettent en lumière des progrès significatifs au chapitre de l'information transmise à la personne et au chapitre de la présence de cette personne à l'audience, dans les pratiques hospitalières et celles du tribunal, qui se manifestent très franchement à l'étape de la requête de garde autorisée ainsi qu'à celle du renouvellement de la garde.

Par contre, l'examen des données de Hogan (Action Autonomie, 2005) sur les requêtes de garde provisoire, déposées majoritairement par un membre de la famille élargie, indique que la dispense de signification apparaît comme la règle plutôt que l'exception. De plus, presque toutes ces requêtes aboutissent à une ordonnance de garde provisoire. Faudrait-il en conclure qu'une fois la procédure enclenchée, la personne visée voit rapidement les policiers arriver chez elle, une

56. En Estrie, ces pourcentages sont plus élevés, soit 40 % et 56 % respectivement.

ordonnance de garde provisoire dans les mains, pour être conduite tout de go au centre hospitalier, sans qu'elle ait pu en entendre parler ou se présenter au tribunal pour y faire valoir son point de vue? Cette situation semble malheureusement aussi se produire ailleurs qu'à Montréal. (Pro-def Estrie, 2005). Les organismes œuvrant en défense des droits, les commissaires aux plaintes des établissements et le Protecteur du citoyen reçoivent d'ailleurs des plaintes dont le motif est lié à cette question.

La représentation par un avocat et la présence au tribunal

Selon Hogan (Action Autonomie, 2005), la présence de la personne intimée et sa représentation par un avocat au tribunal auraient un impact direct sur le nombre de requêtes accordées par les juges et sur la modification des modalités de la requête (ordonnance partielle). Ainsi, lorsque la personne intimée est absente et qu'aucun avocat ne la représente, les requêtes sont accordées comme elles sont formulées par le requérant dans une proportion de 91 %. Cette proportion diminue à 77 % lorsque la personne est présente à l'audience et à 53 % lorsque la personne et son avocat y sont tous deux présents. Par contre, dans ce dernier cas, le fait que 53 % seulement des requêtes soient accordées telles quelles ne signifie pas que les autres soient rejetées. En effet, 40 % des requêtes donnent lieu à une ordonnance partielle, c'est-à-dire que la requête est acceptée, mais que les modalités proposées par le requérant sont modifiées. Par exemple, la durée de la garde peut être réduite ou encore certains éléments de la requête peuvent être refusés.

Hogan (Action Autonomie, 2005) relève trois raisons qui pourraient expliquer la décision d'un juge d'opter pour une ordonnance partielle. Il se peut que la durée demandée ne corresponde pas à la preuve amenée. Il se peut aussi que l'intention du juge soit de forcer l'établissement à respecter la procédure. Enfin, le choix de cette option peut aussi découler d'une négociation entre la personne visée et le requérant, favorisée par la présence de la personne intimée et de son avocat. Par ailleurs, le pourcentage (40 %) des requêtes qui se concluent par une ordonnance partielle peut être mis en parallèle avec le pourcentage (2,4 %) d'ordonnances partielles dans les cas où ni la personne ni son avocat n'est présent à l'audience. Enfin, il apparaît intéressant de souligner que l'implication d'un avocat dans une cause mène fréquemment à une annulation de la requête. Malheureusement, comme nous l'avons dit, le tiers seulement des personnes visées par une requête de garde en établissement se présentent à l'audience.

Par ailleurs, depuis 1999, la durée de ce type d'audience semble se prolonger. En 2004, la durée médiane de l'audience est de 6,3 minutes lorsque la requête est accueillie, de 17,5 minutes lorsqu'elle est acceptée partiellement et de 45 minutes lorsqu'elle est rejetée. Il apparaît évident qu'il y a un lien à faire entre cette prolongation du temps de l'audience et le plus grand nombre de personnes qui se présentent à l'audience, avec ou sans leur avocat. Par contre, une durée médiane de 6,3 minutes indique tout de même qu'un bon nombre d'audiences durent moins de 5 minutes, une durée qui s'avère assez courte pour juger hors de tout doute de la présence d'un danger.

En résumé, depuis 1999, le nombre de personnes qui se présentent aux audiences concernant une requête de garde autorisée ou une requête de renouvellement de garde a tendance à augmenter. La présence de la personne intimée, avec ou sans son avocat, paraît avoir une influence sur les décisions des juges. La personne peut davantage intervenir afin d'exprimer son opinion et défendre son point de vue. Malheureusement, il ne faut pas oublier qu'au bout du compte, le nombre de requêtes de garde autorisée, de renouvellement de garde et de garde provisoire en établissement de santé a augmenté de manière importante depuis 1996, et ce, malgré l'adoption d'une nouvelle loi que l'on a qualifié d'exceptionnelle.

OÙ EN SOMMES-NOUS MAINTENANT?

La présente revue de la littérature montre que depuis l'entrée en vigueur, en 1998, de la Loi sur la protection des personnes, plusieurs difficultés et obstacles ont entravé à la fois la mise en place des conditions de son application, notamment de son article 8, et leur opérationnalisation (CSMQ, 2000). Elle nous indique aussi que certains préalables nécessaires pour garantir le succès des actions intersectorielles doivent être pris en compte. L'un des enjeux importants soulevé à cet égard est de réduire le temps de mobilisation des policiers dans le traitement des situations. Peut-être ainsi, ces agents feraient-ils davantage appel aux SASC désignés pour désamorcer une crise et éviter un recours aux urgences

et à la Loi, tout en acceptant plus volontiers, lorsque la situation l'exige, de se porter responsable de la personne visée jusqu'à ce qu'un établissement de santé la prenne en charge en vue de la protéger, évitant du même coup de judiciaireiser cette personne. Si ce temps ne peut en principe être diminué sur le plan de l'intervention en personne visant à évaluer la situation et à désamorcer la crise, il faut voir comment ce temps peut être limité aux autres étapes du processus, par exemple au moment de l'appel téléphonique ou de la prise en charge par l'établissement de santé.

La littérature a aussi montré qu'en amont de ce processus, la logique explicite de l'application de l'article 8 fait appel à une infrastructure spécifique de l'organisation des services en santé mentale, soit l'intervention en situation de crise. En l'absence de cette infrastructure ou lorsque son opérationnalisation est déficiente, la logique implicite veut que l'application de l'article 8 relève de la responsabilité des policiers seulement, comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur de la Loi.

En juin 2005, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS, 2005) a remplacé le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (MSSS, 1998a). Dans ce nouveau plan ministériel, les services d'intervention en situation de crise, y compris les SASC désignés pour l'application de la Loi, sont requis en première ligne et s'adressent à toute la population, au même titre que les services psychosociaux (par exemple les services courants des CSSS) et les services médicaux (par exemple l'urgence et les soins prodigués par des groupes de médecine de famille (GMF) ou des médecins en bureau privé). Ce plan d'action en santé mentale donne des indications précises sur l'organisation et la consolidation des services de crise. Ainsi, cinq types de SASC sont prévus, soit un service téléphonique et un service mobile d'aide en situation de crise, disponibles jour et nuit, un suivi de crise à très court terme, des places d'hébergement de crise et un service hospitalier d'urgence. La mise en œuvre du nouveau plan d'action en santé mentale a-t-elle eu un impact sur l'application de l'article 8, ou l'un ou l'autre des problèmes soulevés? De plus, la décision du MSSS de réorganiser et d'étendre le volet social du service Info-santé et Info-social à la grandeur du Québec (MSSS, 2007a) a-t-elle amené des changements concernant les services téléphoniques et mobiles des SASC? Dix ans plus tard, qu'en est-il de l'état des SASC désignés et est-ce que leur infrastructure actuelle permet que la logique explicite de l'application de l'article 8 s'impose davantage?

Afin de répondre à ces questions et d'évaluer ce qu'il en est de l'évolution des autres difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes soulevées dans la littérature, nous avons répété et élargi l'enquête menée auprès des responsables du programme de santé mentale dans les ASSS par le Comité de la santé mentale du Québec en 1998-1999 (CSMQ, 2000). Comme en 1998-1999, il ne s'agit pas de dresser une liste exhaustive des SASC disponibles dans chacune des régions du Québec, ce qui dépasse largement le présent mandat, mais plutôt d'évaluer leur degré d'utilisation, d'opérationnalisation et d'efficacité dans le contexte de l'application de l'article 8 de la Loi, et de prendre le pouls de la collaboration intersectorielle entre le secteur de la santé et celui des services de police. Il faut souligner que les données de l'enquête de 1998-1999 ont été recueillies de six mois à un an et demi après l'entrée en vigueur de la Loi et, à la décharge du secteur de la santé, on peut facilement envisager que les régies régionales de la santé et des services sociaux de l'époque n'avaient pas encore complété les travaux nécessaires à la mise en œuvre de la Loi. Rappelons que le MSSS leur avait donné trois ans pour le faire.

Par ailleurs, les études et les documents pertinents, postérieurs à 1998-1999, ont montré que d'autres préalables que l'efficacité des SASC sont nécessaires au succès des actions intersectorielles et pour garantir le respect du caractère exceptionnel de la Loi sur la protection des personnes, des procédures et des délais prévus lors de son application ainsi que des droits et des recours des personnes mises sous garde. Notre enquête s'est donc étendue auprès d'informateurs clés, chargés de l'application de la Loi sur la protection des personnes ou concernés par cette loi.

CHAPITRE 3 – LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE

La présente partie du rapport décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (ci-après « Loi sur la protection des personnes »)⁵⁷, conduite par la Direction de la santé mentale du MSSS. Afin de bien situer l'enquête, le contexte dans lequel elle prend place est brièvement rappelé, puis les objectifs poursuivis et la méthodologie sont détaillés. Pour finir, certaines limites à la recherche et à sa méthodologie sont soulevées.

CONTEXTE

La Loi sur la protection des personnes a été adoptée en décembre 1997 et est entrée en vigueur en juin 1998. En mai 1998, le MSSS a transmis des directives aux régies régionales de la santé et des services sociaux leur demandant de mettre sur pied ou de consolider des services de crise offerts jour et nuit et d'élaborer des protocoles entre les services de crise et les services de police dans le but de faciliter l'application des nouvelles dispositions de la Loi. Le MSSS leur fixait alors un délai de trois ans pour réaliser ces démarches afin de permettre aux régions moins avancées sur le plan des services de crise de se mettre à jour.

En 2001, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) a diffusé un avis qui relevait un certain nombre de problèmes dans l'application de la Loi. Les principaux problèmes soulevés concernaient le développement inégal des services de crise d'une région à une autre, les difficultés d'arrimage entre les services de crise et les services policiers ainsi que la confusion qui régnait concernant le moment de la prise en charge par le CH des personnes amenées par des policiers.

En 2005, deux organismes de défense des droits en santé mentale, soit Pro-def Estrie et Action Autonomie, documentent des irrégularités au sujet de la procédure à la Cour du Québec. À la suite de leurs observations, ceux-ci demandent au MSSS d'enclencher un processus d'évaluation de l'application de la Loi (Action Autonomie, 2005, Pro-def Estrie, 2005). En 2006, le Protecteur du citoyen avise le MSSS qu'il est fortement préoccupé par le nombre de plaintes qu'il reçoit au sujet de la Loi sur la protection des personnes. La même année, l'ASSS de la région de Montréal et le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) adressent une demande aux ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique et de la Justice du Québec. Ils désirent obtenir une clarification sur les trois questions suivantes concernant la manière d'appliquer la Loi : « Est-il nécessaire pour les policiers de s'adjoindre l'aide d'un intervenant de crise lorsqu'ils sont confrontés à une personne en situation de crise? Qui, du policier ou de l'intervenant de crise, décide que la personne doit être conduite au centre hospitalier lorsque ceux-ci sont en désaccord? Quel est le délai pour le transfert de la responsabilité du policier au personnel de la salle d'urgence lors du transport de la personne dans un centre hospitalier? » (Levine, D. et Delorme, Y., 28 avril 2006).

BUT ET OBJECTIFS

En 2007, en réponse aux demandes et aux préoccupations partagées de ses partenaires, le MSSS, par l'entremise de la Direction de la santé mentale (DSM) et avec l'appui de deux consultants impliqués sur le terrain, décide de mener une enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes. Le but de cette enquête est de déterminer ce qui pose encore problème, après plus de dix ans, dans le processus d'application de la Loi et ce qui peut être revu, corrigé ou réglementé en vue d'en aplanir les difficultés.

Pour y arriver, l'enquête doit permettre d'atteindre les objectifs suivants :

- 1) Obtenir un portrait des problèmes actuellement rencontrés dans les différentes régions du Québec afin de déterminer lesquels sont les plus récurrents.

57. L.R.Q., c. P-38.001

- 2) Rechercher les éléments d'explication de l'apparition de ces problèmes et du contexte dans lequel ils prennent place.
- 3) Évaluer l'état des relations de collaboration entre les différents acteurs impliqués dans l'application de la Loi.
- 4) Analyser les impacts des problèmes soulevés et l'état de la collaboration sur l'efficacité des services.
- 5) Obtenir le point de vue des personnes visées par la Loi.
- 6) Examiner les solutions les plus prometteuses mises en place ou à mettre en place en vue de résoudre ces problèmes.

Il s'agit donc d'aller au-delà d'un état de la situation afin de privilégier plutôt une approche de diagnostic organisationnel.

MÉTHODOLOGIE

Comme l'enquête porte sur un processus, soit la mise en œuvre des conditions d'application de la Loi sur la protection des personnes, et que ce processus varie d'une région à une autre, une approche qualitative d'enquête est utilisée. Afin de recueillir ces données qualitatives, deux procédures sont retenues, à savoir l'entrevue avec des personnes ressources et l'analyse documentaire.

Le guide d'entrevue

Un guide d'entrevue, élaboré par un consultant en recherche, a servi d'outil de collecte de données auprès des participants. L'orientation donnée à ce guide a été influencée par la publication, en 2005, de trois rapports de recherche dont le contenu a un lien direct ou indirect avec les difficultés d'application de la Loi. Otero et son équipe (2005) ont étudié le processus d'implantation du SASC désigné pour l'application de la Loi à Montréal. Racine et Grégoire (2005) ont vérifié si le modèle de SASC implanté dans la région de Québec correspondait au mandat que la Régie régionale de l'époque avait fixé. Hogan (Action Autonomie, 2005) a analysé les pratiques judiciaires à la Cour du Québec à Montréal au moyen de l'étude des requêtes qui y ont été déposées durant l'année 2004. Ainsi, trois thèmes particuliers ont été privilégiés dans le guide d'entrevue. Le premier thème s'intéresse aux rôles et aux responsabilités de chacun des acteurs impliqués dans l'application de l'article 8 de la Loi. Le deuxième thème concerne les relations de collaboration entre les acteurs et le troisième concerne le respect des droits et de la procédure au tribunal. Pour chacun des thèmes retenus, des sous-thèmes détaillés en questions et sous-questions précises ont été définis en fonction des responsabilités et de la collaboration attendue des différents acteurs impliqués, soit les services d'aide en situation de crise (SASC), les services policiers, les services ambulanciers, les centres hospitaliers (CH), le tribunal et les relations de partenariat. Pour chacun des thèmes abordés, un résumé, appelé « fiche », des éléments de contexte précédait les questions spécifiques s'y rattachant. L'annexe 2 présente le guide d'entrevue dans son intégralité, y compris les fiches. Avant de procéder à l'enquête, le guide a été prétesté auprès de deux responsables régionaux en santé mentale des ASSS.

Les participants

Les participants à l'enquête, soit 18 responsables régionaux du programme de services en santé mentale, en provenance des 15 ASSS, auxquelles s'ajoutent la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (Nord-du-Québec) ainsi que le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (Terres-Cries-de-la-Baie-James), ont été choisis du fait qu'ils sont aussi les responsables du dossier de la Loi sur la protection des personnes dans leur région. À ces premières personnes ressources s'ajoutent 16 informateurs clés, sélectionnés en fonction de leur connaissance de la Loi ou du fait qu'ils sont chargés de son application. Il s'agit de représentants de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPO), du Protecteur du citoyen, des ministères de la Justice du Québec, de la Sécurité publique et de la Santé et des Services sociaux, du service Info-santé et Info-social, du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), des services ambulanciers, de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS), de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), du Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal (Action-Autonomie) et du Regroupement des services communautaires d'intervention de crise du Québec (RESCICQ). Un avocat spécialisé sur la question a aussi participé à l'enquête.

Déroulement de la collecte des données

Avant la tenue des entrevues avec les responsables régionaux en santé mentale, le consultant en recherche les a rencontrés, lors de deux réunions à l'échelle provinciale, afin de les informer de la démarche et des objectifs de l'enquête et de solliciter leur participation. Les responsables régionaux ont reçu le guide d'entrevue, par courrier électronique, trois semaines avant la date prévue de l'entrevue. Ce délai visait à leur donner le temps de préparer leurs réponses et de consulter, au besoin, des personnes des établissements ou d'autres organismes de leur région administrative afin de documenter leurs réponses.

De leur côté, les informateurs clés ont été invités à participer à l'enquête par une lettre envoyée à la direction de leur organisation et expliquant la démarche de la DSM. Chaque organisation intéressée à participer pouvait déléguer le représentant de son choix, accompagné ou non d'un ou de plusieurs collègues, lequel était prié de contacter le consultant en recherche afin de convenir d'une entrevue. Suivant la disponibilité de chacun, le guide d'entrevue leur a aussi été envoyé au préalable.

Toutes les entrevues semi-directives ont été réalisées par le même consultant en recherche, de mai à juin 2007. Les entrevues avec les responsables régionaux en santé mentale se sont principalement déroulées au téléphone alors que celles avec les informateurs clés se sont faites en personne, sauf une qui a eu lieu au téléphone. La durée moyenne des entrevues a été d'environ deux heures. Les entrevues avec les responsables régionaux ont permis d'aborder l'ensemble des thèmes du guide d'entrevue. Les entrevues avec les informateurs clés ont plutôt permis d'aborder les différents thèmes en fonction du champ de compétence ou du rôle de l'informateur et de sa connaissance de ces thèmes, de sorte que ce ne sont pas tous les thèmes qui ont été abordés avec chacun d'eux. La transcription manuscrite des entrevues a été effectuée au moment même de l'entrevue; immédiatement après, le consultant en recherche complétait ses notes.

L'analyse documentaire

L'enquête s'appuie également sur l'analyse de documents relatifs à la Loi sur la protection des personnes et à l'organisation des services de crise. Il s'agit notamment des cadres de référence ou des protocoles d'entente entre les partenaires, produits et adoptés par les différentes régions du Québec. Il peut s'agir aussi de recherches nouvellement produites sur le sujet par des partenaires intéressés à la question.

LES LIMITES DE LA RECHERCHE ET DE SA MÉTHODOLOGIE

Le choix de faire appel aux responsables en santé mentale des ASSS sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes a été motivé par le souci d'obtenir la vision stratégique globale de chacune des régions sociosanitaires sur cette question. Les responsables régionaux en santé mentale sont au cœur de l'organisation des SASC et ils sont au courant des développements survenus dans leur région à cet égard, ou du moins, capables de trouver l'information plus ou moins facilement. Cependant, comme ailleurs dans le réseau de la santé, les ASSS connaissent de fréquents mouvements de personnel de sorte que dans certaines régions, le responsable du programme en santé mentale était en poste depuis peu, avec une connaissance évidemment moins étoffée de cette question. De plus, dans quelques régions, le responsable en santé mentale s'est révélé assez éloigné du terrain et des pratiques concrètes, vécues et expérimentées sur son territoire, en rapport avec l'application de la Loi sur la protection des personnes. Ces deux facteurs expliquent que les données obtenues aux entrevues soient inégales sur le plan de leur qualité et de leur développement d'une région à une autre.

Le recours à des informateurs clés, occupant une position stratégique dans le déroulement du processus d'application de la Loi, fournit l'occasion de pallier cette faiblesse, en apportant de riches informations complémentaires. Toutefois, leur nombre est nécessairement limité, et une lacune qui ne manquera pas d'être soulignée est certainement le contact avec des gens sur le terrain, au vif de l'action, en tous lieux du processus d'application de la Loi, soit des intervenants des SASC

bien sûr, mais aussi des policiers, des juges, des infirmières affectées au triage, des médecins généralistes, des infirmières en psychiatrie et surtout, des personnes ayant subi une mise sous garde ou des membres de familles ayant eu à y recourir.

C'est pourquoi les écrits des organismes de défense des droits en santé mentale et les propos de leurs représentants de même que ceux des familles ont fait l'objet d'une pondération particulière.

La méthode de collecte des données comporte également des limites, compte tenu de la complexité du sujet abordé et de ses multiples facettes. Après deux heures d'entrevue, les interlocuteurs ressentent de la fatigue et les questions abordées en fin d'entrevue donnent lieu à des réponses moins élaborées, sinon très faibles en contenu. La capacité du chercheur à prendre des notes finit également par être atteinte. C'est pourquoi certains thèmes ont malheureusement été explorés moins à fond, notamment les relations de collaboration ou de partenariat.

Il faut également considérer le temps écoulé entre la collecte de données (2007) et leur analyse, tout comme le temps consacré à la rédaction du présent rapport. L'état de la situation relevée dans chacune des régions peut s'être déjà transformé depuis, les régions continuant de progresser dans leur recherche de solutions aux problèmes soulevés. C'est pourquoi, à la fin de l'année 2008, trois questions supplémentaires ont été posées par écrit aux responsables régionaux en santé mentale (voir l'annexe 3). Malheureusement, ce ne sont pas tous les responsables qui ont répondu. Aussi, en novembre et décembre 2009, une version préliminaire de la présentation des résultats de l'enquête a été soumise aux participants, qui ont été invités à la valider et à la commenter. Tous les correctifs et les commentaires apportés par les participants ont été pris en compte dans l'actuelle présentation des résultats de l'enquête. C'est en considérant ces principales limites qu'il faut juger de la valeur des résultats de cette enquête. Elle représente toutefois une étape nécessaire à la mise en place de solutions aux difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dans les différentes régions du Québec.

CHAPITRE 4 – RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

Les réponses des participants à l'enquête sont regroupées en fonction des principaux thèmes relevés dans la revue de la littérature et abordés dans le guide d'entrevue. Pour chacun des thèmes, les réponses des responsables régionaux en santé mentale des ASSS sont présentées en premier, puis les réponses des informateurs clés sont exposées puisque, dans bien des cas, elles complètent les éléments transmis par les responsables régionaux. Comme tous les thèmes n'ont pas nécessairement été abordés avec tous les participants, des précisions sont fournies au fur et à mesure sur la provenance des répondants avec lesquels le thème présenté a été abordé. Compte tenu des particularités de l'organisation des services de santé et des services sociaux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, les résultats obtenus des entrevues avec les responsables de ces régions seront présentés à part.

Avant de commencer la présentation des résultats, il importe de préciser que les réponses au questionnaire d'enquête varient considérablement d'un responsable régional à un autre, notamment en fonction de l'adoption ou non, par la région concernée, de mécanismes de suivi de l'application de la Loi sur la protection des personnes, qu'il s'agisse d'un cadre de référence ou de protocoles d'entente spécifiques précisant ce qui est attendu des principaux acteurs impliqués dans l'application de la Loi, ou encore d'un comité intersectoriel chargé de discuter de ces questions. Sept régions, soit le Bas-Saint-Laurent (BSL), le Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLJ), la Capitale-Nationale (CN), la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (GÎM), Laval (LVL), Lanaudière (LAN) et les Laurentides (LAU), ont adopté un tel cadre de référence. En Outaouais (OUT), des ententes intersectorielles locales concernant les services en matière de crise et de crise suicidaire, signées en 2000, traitent spécifiquement des responsabilités de chacun des partenaires concernant la réponse à apporter à une situation de crise, y compris l'application de la Loi. Dans le Nord-du-Québec (NDQ), un protocole d'entente intersectoriel visant l'application de la Loi est signé concernant les secteurs de Chapais et Chibougamau entre le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, le service régional Info-santé et Info-social du Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Sûreté du Québec, poste de Chapais-Chibougamau. Concernant le secteur ouest de Matagami, Lebel-sur-Quévillon et Radisson, un protocole est en cours d'élaboration. Dans la région de Chaudière-Appalaches (CAP), bien qu'il ne fasse pas référence directement à l'application de la Loi sur la protection des personnes, un protocole relatif à la crise en contexte suicidaire (Protocole Rémi) fait l'objet d'une entente entre les partenaires. Sur la Côte-Nord (CND), un document de référence précisant les rôles et les responsabilités des acteurs est en cours d'élaboration. À Montréal (MTL), l'application de la Loi fait l'objet de discussions au sein du comité intersectoriel traitant plus largement de psychiatrie légale, où la plupart des partenaires sont représentés, mais aucun document d'entente spécifique concernant l'application de la Loi n'a été produit. Enfin, les régions de la Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ), de l'Estrie (EST), de l'Abitibi-Témiscamingue (ABT) et de la Montérégie (MONT) n'ont produit aucun document de référence spécifique ou d'entente sur l'application de la Loi et aucun comité intersectoriel n'est chargé de discuter de ces questions. Cependant, en Abitibi-Témiscamingue (ABT), il est prévu que l'organisation du service Info-santé et Info-social, en cours d'implantation, inclue les questions se rapportant à l'application de la Loi. En Montérégie (MONT), des travaux visant l'actualisation de l'article 8 de la Loi avaient débuté en 1999 mais, faute de ressources humaines suffisantes pour le faire, les partenaires ont pris la décision de les interrompre. Puis, dans le cadre des travaux d'implantation du service Info-santé et Info-social, les questions relatives à l'application de la Loi se sont posées avec une nouvelle acuité, mais les travaux ont aussi été interrompus depuis juin 2008. Il faut garder à l'esprit cette grande variabilité, d'une région à une autre, dans les mécanismes de suivi de l'application de la Loi si l'on veut comprendre la suite des résultats de l'enquête sur les difficultés d'application de la Loi.

ESTIMER LE DANGER

Les difficultés rencontrées concernant l'estimation du danger associé à un état mental perturbé pouvant amener une application de la Loi sur la protection des personnes et une mise sous garde ont été abordées avec 12 responsables régionaux, le responsable régional de Montréal ne sachant pas ce qu'il en est à ce sujet dans sa région et la question n'ayant pas été soulevée comme telle avec les responsables des trois autres régions (MCQ, ABT et LVL). Ce thème a aussi été abordé avec cinq informateurs clés.

Au sujet du mandat dévolu aux SASC, six responsables régionaux déclarent ne pas avoir constaté de difficultés associées à l'estimation du danger ou avoir réussi à les surmonter. Parmi les facteurs facilitant l'estimation du danger et l'évaluation

de l'état mental, ces responsables indiquent le développement d'une expertise en intervention de crise au téléphone ou dans la communauté auprès de personnes ayant toutes sortes de problèmes. À ce sujet, les travaux des services Info-santé et Info-social de deux régions (SLJ et CND) et de trois organismes communautaires, soit le PECH (CN) et deux CPS (BSL et EST) ont été soulignés. De même, l'informateur clé représentant le service Info-santé et Info-social indique que des outils cliniques très détaillés, permettant non seulement d'estimer le danger mais également l'urgence d'agir, ont été élaborés et mis à la disposition des intervenants du SASC en vue de les soutenir dans leur décision. La formation systématique et continue ainsi que l'organisation de mesures efficaces de soutien clinique pour tous les intervenants appelés à appliquer l'article 8 de la Loi sont aussi désignés par ces six responsables régionaux comme des éléments essentiels à l'acquisition et au maintien de cette expertise.

Dans les six régions qui rencontrent encore des difficultés (BSL, SLJ, OUT, NDQ, LAU et MONT), les problèmes soulevés concernent au moins l'un des aspects suivants : la grande diversité des situations de crise auxquelles les intervenants doivent faire face; l'estimation du danger chez des clientèles spécifiques ou plus rares (mineurs, personnes âgées qui pourraient être atteintes d'un trouble cognitif, situations de psychose, d'intoxication aiguë et de concomitance d'un trouble mental et d'une toxicomanie, etc.); l'absence d'outils d'estimation du danger dans la région; le manque de soutien clinique aux intervenants désignés du CSSS; ou encore la tendance des intervenants des SASC et des policiers à conduire trop rapidement la personne au CH, du moins de l'avis de ce dernier.

Au sujet de la formation, de l'expertise et du soutien clinique nécessaires au travail d'estimation du danger et d'intervention en situation de crise, 7 responsables régionaux sur 15 avec lesquels cette question a été abordée les jugent suffisants dans leur région (SLJ, CN, OUT, NDQ, LVL, LAN et MONT). Les responsables régionaux qui, à l'inverse, les jugent insuffisants dans leur région trouvent qu'ils y font défaut ou requièrent une consolidation, surtout dans les CSSS (BSL, MCQ, EST, ABT, CND et GÎM). Un responsable précise que les intervenants appelés à appliquer la Loi vivent de l'isolement et veulent davantage d'activités de ressourcement qui leur permettraient de partager leurs expériences et de construire le maillage nécessaire entre eux (LAU). D'autres ajoutent que le roulement de personnel est tellement fréquent, surtout dans les régions périphériques, que la formation est toujours à reprendre (BSL et CAP) ou devrait être mise à jour régulièrement, notamment dans la région de Montréal où un volet devrait être consacré aux communautés culturelles. Ailleurs, la question des situations de danger impliquant des enfants nécessiterait aussi des précisions, notamment en ce qui concerne les liens à faire entre la Loi sur la protection des personnes et les nouvelles dispositions de la Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives (BSL, MTL, CND, GÎM, LAU). De plus, 3 responsables (EST, GÎM et CAP) soulignent aussi que l'éclatement des services nuit à l'uniformisation et à la coordination, indispensables entre eux.

De façon plus générale, un responsable (SLJ) a tenu à préciser que le travail d'estimation du danger est plus ardu lorsque la personne auprès de laquelle on intervient refuse de collaborer, alors qu'un autre a mentionné que les personnes en danger grave et immédiat sont une minorité de la clientèle des SASC de sa région (CN). De son côté, un responsable rapporte qu'une confusion subsiste dans sa région (BSL) au sujet du départage entre l'estimation du danger et l'évaluation de l'état mental. Par ailleurs, les responsables régionaux de cinq régions (SLJ, EST, NDQ, LAN et LAU) ont mentionné que parfois, en raison du malaise de médecins qui travaillent en urgence hospitalière face aux aspects légaux ou de leur inexpérience avec la Loi et l'estimation du danger, des personnes sont mises sous garde préventive en attendant une évaluation psychiatrique alors qu'elles ne présentent pas un danger grave et immédiat.

Du côté des informateurs clés, les points de vue sur les difficultés associées à l'estimation du danger convergent vers la nécessité d'opérationnaliser, en termes précis et clairs, le critère du danger conduisant à l'application de la Loi. Par exemple, le représentant de l'AMPO considère que c'est une erreur d'attendre que l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui avant d'intervenir. À son avis, l'incapacité et la nécessité de soins devraient plutôt servir de critères de base pour justifier une mise sous garde en établissement, comme cela se fait en Ontario et dans plusieurs États américains. Il ajoute qu'à défaut de modifier l'unique critère d'application de la Loi, celle-ci devrait au moins permettre l'administration d'un traitement pendant la mise sous garde en établissement. Selon lui, il faut réaliser qu'un grand nombre de personnes qui nécessiteraient d'être conduites au CH et d'y être traitées ne le sont pas. Alors, si à titre préventif, des personnes sont amenées par les policiers au CH du fait qu'elles sont dérangeantes et non du fait qu'elles sont dangereuses, elles ne seront privées de leur liberté que durant 24 heures, le temps qu'elles soient vues par un psychiatre qui leur donnera congé, ces personnes ne restent pas au CH. En outre, la référence au seul critère du danger,

sans qu'il soit bien défini, fait en sorte que la mise sous garde en CH devient la solution à des situations qui relevaient auparavant du système judiciaire ou pénal. Ainsi, les personnes dont les facultés sont affaiblies par l'alcool ou les stupéfiants ou celles qui sont en colère contre leur conjoint ou leur patron sont de plus en plus souvent amenées au CH pour y être gardées, dans la plupart des cas pour une seule nuit, le temps qu'elles se rétablissent ou se calment. À son point de vue, cela ressemble plus à une détention préventive déguisée qu'à une véritable mesure de protection.

De son côté, l'informateur clé du milieu juridique, avocat spécialiste de la Loi sur la protection des personnes, confirme que son cabinet a bien souvent défendu des personnes mises sous garde du fait qu'elles étaient considérées comme malade et nécessitant des soins et non du fait que leur état mental présentait un danger. Il souhaite donc que des directives claires et plus strictes justifiant une garde forcée en CH soient définies et insérées dans la Loi. À l'instar de l'informateur clé de l'AMPQ, il croit que l'absence de telles directives explique les cas d'application peu judicieuse de la Loi. Il cite en exemple ceux de jeunes tenant des propos agressifs vagues et qui, depuis « l'affaire Gill » survenue au collège Dawson⁵⁸, sont signalés aux policiers et, dans certains cas, sont amenés dans un CH pour y être gardés. L'informateur clé du milieu policier soutient lui aussi que la notion de danger requiert beaucoup de clarifications. Même chose du côté des informateurs clés de l'AGIDD-SMQ, qui croient aussi que l'absence dans la Loi d'une définition précise de la notion de danger favorise les cas où son application est jugée douteuse ou abusive. Du côté de la FFAPAMM, les informateurs clés, un peu comme celui de l'AMPQ, trouvent dommage qu'il faille attendre que la personne soit très désorganisée pour obtenir des services et ils déplorent le manque d'intervention préventive. Quant aux informateurs clés du Protecteur du citoyen, ils croient que les outils permettant de bien circonscrire les situations de danger et d'appliquer la Loi judicieusement existent; ce sont plutôt les mentalités qui, elles, n'ont pas changé.

PARTAGER LES RESPONSABILITÉS ET COLLABORER

Les questions portant sur le partage des responsabilités et sur la collaboration entre les acteurs appelés à intervenir dans une situation d'application de la Loi sur la protection des personnes ont été abordées avec tous les responsables régionaux et l'ensemble des informateurs clés.

Développer et organiser des SASC

Les régions qui ont adopté un cadre de référence y ont clairement inscrit et défini la désignation⁵⁹ et le mandat dévolu aux SASC en vertu de la Loi. Au sujet de la désignation des SASC, l'informateur clé de l'AMPQ considère que le personnel qui travaille en psychiatrie (ex. : équipes de suivi intensif dans le milieu), le psychologue ou le médecin en bureau privé qui connaît la personne devrait être considéré d'office comme un « intervenant désigné » pour faire appliquer l'article 8 de la Loi. Pourtant, il constate et il déplore le fait que, bien souvent, les policiers ne retiennent pas les demandes d'intervention formulées par ces professionnels pour un transport forcé vers un CH. Malheureusement, il s'agit là d'un aspect de l'application de la Loi sur lequel cette enquête ne s'est pas penché, mais qu'il vaudrait certainement la peine d'explorer afin de savoir ce qu'il en est à ce sujet dans chacune des régions du Québec. Quant au mandat qui consiste à offrir une solution de rechange à l'hospitalisation forcée, les cadres de référence régionaux adoptés précisent que l'intervention, idéalement en personne, doit viser à désamorcer la crise en offrant à la personne en danger une réponse appropriée à sa situation et qu'en cas de refus de sa part, l'intervenant doit rechercher son consentement à se rendre au CH pour y être évaluée. À défaut d'obtenir ce consentement et en dernier recours en cas de danger grave et immédiat, l'intervenant peut demander à un agent de la paix de conduire contre son gré la personne en crise au CH, puisque seul un policier est autorisé à utiliser la force raisonnable et nécessaire pour maîtriser une personne.

58. Le 13 septembre 2006, Kimveer Gill, un jeune homme de Laval, a ouvert le feu avec une arme semi-automatique à l'intérieur du collège Dawson (voir le site Internet de Radio-Canada à l'adresse suivante : <http://www.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2006/09/13/020-fusillade-dawson-PM.shtml> et le rapport du coroner Jacques Ramsay à l'adresse suivante : http://www.radio-canada.ca/regions/Montreal/2008/09/04/001-rapport-coroner-dawson_n.shtml).

59. Rappelons qu'un SASC désigné pour l'application de la Loi sur la protection des personnes 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.

La moitié seulement des responsables régionaux ont l'impression que les SASC de leur région répondent aux besoins de la population. Les autres ont des réserves concernant l'insuffisance des ressources, les difficultés à mettre en place les services mobiles d'aide en situation de crise et la qualité de certains services d'hébergement de crise. Ainsi, dans les régions où les SASC sont bien organisés, surtout au chapitre de l'intervention mobile et au téléphone (BSL, SLJ, CN, EST, OUT, CAP, LVL et LAN), les responsables croient que ces services permettent d'éviter, dans la majorité des cas, le recours à une consultation à l'urgence du CH et à l'hospitalisation. À l'inverse, dans les régions où les services de crise ne sont pas organisés, sont en nombre insuffisants ou en l'absence de services d'hébergement de crise (MCQ, MTL, ABT, CND, NDQ, GÎM, LAU et MONT), il est difficile d'éviter la consultation à l'urgence ainsi que l'hospitalisation. L'autre difficulté tient au fait que dans les régions couvrant de grands territoires à faible densité de population, les distances à parcourir ne permettent pas de dégager des intervenants mobiles pour l'intervention en personne en temps suffisamment utile⁶⁰ et sans attente indue du demandeur (policier, technicien ambulancier paramédical, proche, tiers intéressé, etc.), de sorte que les personnes en situation de crise sont régulièrement conduites à l'urgence.

Le service téléphonique continu

La mise sur pied d'un système devant assurer une réponse téléphonique jour et nuit à la communauté et aux policiers est complètement parachevée dans toutes les régions. Divers modèles de SASC au téléphone ont été mis en œuvre. Dans trois régions (SLJ, MCQ et CND), la réponse téléphonique d'aide en situation de crise s'effectue exclusivement par l'entremise du service Info-santé et Info-social régional. Dans 5 autres régions (BSL, CN, MTL, LVL et MONT), ce sont des centres d'intervention de crise (CIC) qui assurent le service téléphonique de manière exclusive. Dans les autres régions (EST, OUT, ABT, NDQ, GÎM, CAP, LAN et LAU), le mandat de la réponse téléphonique d'aide en situation de crise a été confié à au moins deux organisations de services. Dans la majorité de ces régions, ce sont les CSSS locaux, mission CLSC, qui assurent la réponse téléphonique durant leurs heures d'ouverture. Lorsqu'ils sont fermés, le service Info-santé et Info-social régional ou encore un organisme communautaire, par exemple un centre de prévention du suicide (CPS), prend la relève. Par ailleurs, les services policiers du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Lanaudière et des villes de Québec, Montréal et Laval disposent d'une ligne téléphonique jour et nuit qui leur est réservée. À Laval, les policiers contactent les travailleurs sociaux de la Division d'urgence sociale (DUS) de la Municipalité. À Québec, l'organisme communautaire PECH assure à lui seul la réponse téléphonique et mobile jour et nuit aux policiers, alors qu'à Montréal, l'UPS-J du CSSS Jeanne-Mance joue ce rôle.

Bien que la majorité des responsables régionaux estiment que le système de réponse téléphonique mis en place dans leur région pour assurer une réponse jour et nuit à la communauté et aux services policiers est satisfaisant, des irritants sont soulevés. Ceux-ci sont liés au modèle d'organisation privilégié dans la région et aux pratiques préconisées par les organismes assurant la réponse téléphonique. À cet égard, deux points critiques ressortent des entrevues. L'un concerne la multiplicité des organisations assurant la réponse téléphonique dans plusieurs régions, l'autre porte sur les manières d'aborder la réponse téléphonique lorsque l'appel provient d'un proche. Par rapport à la multiplicité des acteurs que sont les CSSS, le service Info-santé et Info-social, les intervenants mobiles de la garde régionale, les CPS, les CIC, etc., une majorité de répondants à l'enquête ont signalé que cela occasionne une confusion chez les policiers et la population en général, si bien que ces derniers ne savent plus à qui s'adresser. Quant à la manière d'aborder une demande d'aide provenant d'un tiers, la réponse habituelle des services psychosociaux, qui se résumait à suggérer que la personne en crise les appelle, ne peut plus suffire, ce qui, de l'avis des informateurs clés de la FFAPAMM, ne serait pas encore compris partout. Rappelons que la désignation à l'égard de la Loi devrait conduire l'intervenant au téléphone à tenter de résoudre la situation de crise à la demande d'un tiers et à procéder à une estimation du danger lorsque cela s'avère nécessaire.

60. Ce « temps utile » peut, entre autres, se définir par l'urgence d'amener la personne compte tenu de son état, de sorte que l'insertion d'un intervenant d'un SASC dans le processus de décision ne ferait que compromettre davantage la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Le service mobile

La réponse du service mobile d'intervention de crise aux demandes qui lui sont faites est bien évidemment liée à l'intervention au téléphone. Les deux services doivent travailler ensemble de manière étroite, puisque l'intervenant mobile prend le relais de l'intervenant au téléphone auprès de la personne en situation de crise. Au total, neuf responsables des ASSS considèrent que l'intervention mobile en situation de crise est insuffisante dans leur région (BSL, MCQ, OUT, CND, NDQ, GÎM, LAN, LAU et MONT). Dans la majorité de ces régions, deux problèmes particuliers à l'égard de l'intervention mobile sont soulevés, soit l'accessibilité du service et la disponibilité des intervenants à se déplacer sur le territoire.

Dans les régions à vaste étendue et à faible densité de population, l'intervention mobile couvre partiellement le territoire en raison des contraintes à déjouer pour garantir une couverture complète partout, surtout en dehors des heures d'ouverture des établissements ou des organisations qui assument le service durant le jour. Les distances à parcourir sur le territoire du CSSS, la petite taille des équipes en disponibilité, le faible volume de demandes de services sont trois contraintes difficiles à surmonter. C'est pourquoi actuellement, ces régions visent à assurer une intervention mobile seulement dans les centres urbains durant la fin de semaine, la nuit et les jours fériés, lorsque les services désignés pour assurer l'application de la Loi sont fermés. Elles cherchent par ce moyen à justifier les coûts d'une équipe en disponibilité dans une région ayant peu de moyens, mais aussi à atteindre une meilleure efficacité en matière de rapidité, de déplacements et d'expertise. Dans les régions moins vastes et plus peuplées, les difficultés de l'intervention mobile relèvent principalement d'un manque de structure, de ressources humaines ou d'organisation.

Des problèmes d'un autre ordre, liés à la disponibilité des intervenants, semblent ralentir le déploiement du service mobile. Il s'agit de l'obligation ou non de se déplacer à la suite d'une demande formulée en ce sens par l'intervenant au téléphone. Pour ce dernier, la difficulté est celle de « passer le relais ». Il doit demander à un autre intervenant de même rang, relevant d'un autre service ou d'un autre établissement, de se déplacer rapidement auprès d'une personne en crise afin de poursuivre et de terminer le travail déjà amorcé au téléphone. Selon quelques responsables régionaux, l'intervention se heurte alors à l'autonomie professionnelle et à la prérogative de l'intervenant mobile d'évaluer à nouveau les besoins de la personne. D'autres résistances des intervenants mobiles à se déplacer, qui s'explique par une foule de raisons, sont aussi mentionnées. Il peut s'agir de l'insécurité éprouvée par l'intervenant face à une personne en crise ou d'un manque d'assurance de l'intervenant face aux tâches reliées à l'estimation du danger. Par exemple, dans certains territoires du Bas-Saint-Laurent, le responsable rapporte que les intervenants du service mobile ne se déplacent que si des policiers les escortent. Cela peut aussi être lié à une incompréhension du but visé par l'intervention, qui consiste à offrir une solution de rechange à l'hospitalisation, ou carrément, à un certain laisser-aller face aux tâches à accomplir – surtout en pleine nuit – lorsque l'on fait partie d'une équipe mobile. Ces motifs évoqués pour justifier un refus de se déplacer peuvent aboutir à une dissonance entre les pratiques d'intervention et l'article 8 de la Loi. Par exemple, en Estrie, le responsable de l'ASSS observe que les intervenants ne se déplacent que dans les situations proches de l'application de la Loi et que leur intervention se limite alors à demander aux policiers de conduire la personne au CH. Ces exemples de difficultés avec lesquelles les intervenants de l'équipe mobile sont aux prises entraînent souvent des tensions entre le service téléphonique d'intervention de crise et le service mobile d'intervention de crise.

Dans quatre régions (BSL, SLJ, CND et LAN), de nombreuses discussions entre les intervenants des services de crise ont permis d'améliorer la réponse de l'équipe mobile. Par exemple, une procédure officielle de fonctionnement, établie entre le service téléphonique (Info-santé et Info-social) et le service mobile (la garde sociale) de la région (SJJL), a depuis peu été sectorisée pour la sous-région du Saguenay et maintenant, les intervenants du service mobile se déplacent dans toutes les situations de crise (crise familiale, hébergement de crise, crise suicidaire à l'urgence, etc.). Même chose dans une autre région (MCQ), où il a été décidé qu'à la suite de toute demande de déplacement par l'intervenant au téléphone, l'intervenant mobile doit se déplacer, et où des normes relatives au temps de déplacement ont été fixées à 30 minutes en milieu urbain et à 45 minutes en milieu rural. De son côté, l'informateur clé du service Info-santé et Info-social rapporte que l'expérience a démontré que la plupart du temps, l'intervention de crise au téléphone est suffisante pour résoudre la situation et, qu'une fois la situation sous contrôle, l'intervenant au téléphone tente de « libérer » les policiers afin de poursuivre son intervention, sans la contrainte du temps d'attente des services de police. Ainsi, il peut davantage effectuer un véritable travail d'intervention de crise au téléphone plutôt que de se limiter à estimer le danger.

Quant aux services mobiles uniquement réservés aux policiers, comme c'est le cas dans les trois grandes villes du Québec (Québec, Montréal et Laval), les responsables des agences les considèrent efficaces, notamment en raison d'une garantie de disponibilité d'intervenants sur place et des courtes distances à parcourir. Dans la région de Québec et dans la ville de l'Assomption en Lanaudière, la présence d'un intervenant du SASC directement au poste de police est vivement appréciée par les policiers, qui souhaitent que ce service soit étendu à d'autres villes du Québec.

Le service d'hébergement

Dans 7 régions (BSL, CN, MTL, OUT, LVL, LAN et MONT), les SASC offrent de l'hébergement dans des ressources vouées à l'hébergement de crise, où le nombre de lits varie de 1 à 9 et où la durée du séjour varie de 1 à 15 jours. Plusieurs de ces centres offrent également un suivi à court terme à la clientèle, soit au téléphone, soit en personne, sauf dans une région (BSL) où les clients sont dirigés vers leur CSSS pour un suivi. De plus, 8 régions disposent de 1 à 2 lits de crise dans des ressources qui ne sont pas assignées spécifiquement à l'intervention de crise. Dans 7 de ces régions (SLJ, MCQ, ABT, CND, GIM, CAP et LAU), les places d'hébergement de crise se trouvent dans des organismes communautaires, alors que dans l'autre région (EST), des ressources de type familial accueillent les personnes en situation de crise.

En général, les responsables des ASSS n'ont pas rapporté de problèmes d'accessibilité aux places d'hébergement situées dans les CIC, sauf à Montréal où les critères d'accessibilité sont jugés trop restrictifs et la capacité de rétention, trop faible. Ailleurs, il semble difficile de faire admettre les personnes qui présentent une problématique spécifique, entre autres des problèmes de toxicomanie (habituellement l'alcool), un casier judiciaire ou une situation d'itinérance. Par exemple, quatre responsables régionaux (SLJ, BSL, OUT et CAP) rapportent qu'il est difficile d'obtenir un hébergement temporaire pour une personne intoxiquée dont l'état mental présente un danger. Ils expliquent le phénomène de la façon suivante. Lorsque les policiers entrent en contact avec une personne intoxiquée qui présente un danger, ils l'amènent directement à un CH. Deux scénarios caractéristiques se produisent alors. Dans le premier scénario, le CH décide de la diriger vers une ressource communautaire en toxicomanie ou dans un CIC qui offre des places en hébergement. Cependant, ces CIC ne sont généralement pas équipés pour recevoir une personne intoxiquée et, pour des raisons de sécurité pour la personne elle-même et pour les autres, ils se donnent le droit de lui refuser l'hébergement. Dans l'autre scénario, le médecin qui a procédé à l'examen de la personne décide de la mettre en garde préventive le temps qu'elle se rétablisse. Toutefois, selon l'un des informateurs clés du secteur des urgences hospitalières, cette pratique assez courante expose ses adeptes à de fortes critiques de la part du personnel hospitalier, car la garde de personnes intoxiquées par l'alcool ou par des stupéfiants ne relève pas de la mission des CH et cause de l'encombrement à l'urgence. Dans l'une de ces régions (CAP), l'affectation d'infirmières pivots provenant du Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches (CRATCA) dans les salles d'urgence du CSSS de Beauce et du Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis, de même que l'ouverture de lits multifonctionnels, ont permis que les usagers présentant une toxicomanie soient dirigés rapidement vers les services appropriés. Dans une autre (CN), ce sont des intervenants du centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, œuvrant auprès des personnes alcooliques et toxicomanes, qui ont été déployés dans les urgences des CH ayant un département de psychiatrie afin de diriger les personnes intoxiquées vers les services appropriés. À Montréal, Laval et Québec, les personnes ayant des problèmes de toxicomanie, celles en situation d'itinérance ou ayant des antécédents judiciaires sont prises en charge par les CIC désignés pour répondre aux demandes des policiers en vertu de la Loi sur la protection des personnes. Un des buts visés par cette collaboration est d'augmenter l'accessibilité aux services de santé mentale pour les personnes aux prises avec ce genre de problèmes.

En ce qui concerne les places d'hébergement de crise dans d'autres organismes communautaires ou dans des ressources de type familial, les difficultés soulevées par les responsables régionaux ont trait à la cohabitation parfois problématique de clientèles multiples avec des personnes en crise, aux durées de séjour très brèves et à l'absence ou au manque de disponibilité d'intervenants de crise dans ces ressources. Aussi, ces places d'hébergement n'offrent que du dépannage, sans réel suivi de la crise. Deux responsables (EST et CAP) croient que la mise sur pied de CIC, là où ils sont absents, permettrait de résoudre ces difficultés.

Pour leur part, les informateurs clés valident les éléments déjà soulevés concernant la couverture incomplète des différents volets des SASC, c'est-à-dire le manque de ressources en région, l'intervention mobile sélective, l'accessibilité restreinte pour des clientèles spécifiques, etc. Par exemple, les représentants de la FFAPAMM évoquent l'embarras des intervenants

face aux demandes d'aide des proches. De leur côté, les représentants de l'AGIDD-SMQ déplorent le recours trop rapide aux policiers de la part des intervenants, surtout ceux qui sont peu expérimentés et parfois, avant même toute recherche d'une autre option ou de consentement auprès de la personne visée.

La mise en place du service Info-santé et Info-social

Selon plusieurs responsables régionaux en santé mentale (BSL, CN, EST, OUT, ABT, GIM, LVL, LAU et MONT), la décision du MSSS de réorganiser et d'étendre le service Info-santé et Info-social à la grandeur du Québec va entraîner des changements importants sur le plan de l'organisation des services téléphoniques et mobiles d'aide en situation de crise. Ces changements sont de plusieurs ordres : regroupement des services psychosociaux au téléphone et à l'échelle régionale, mise en place d'un numéro unique (811), mise en réseau des sites de chaque région, mise en place d'un système d'information permettant le partage de renseignements avec des partenaires pour les clientèles qui nécessitent un suivi. Il est aussi prévu d'y ajouter un volet Info-médicaments ainsi qu'un portail santé pour la population.

Avec un mandat aussi vaste, les travaux de planification ont porté sur des scénarios visant une accessibilité maximale, telle qu'un service jour et nuit, une rapidité de réponse par l'ajout d'intervenants, la publicisation du numéro unique et la production de nombreux guides de pratiques. Évidemment, le service est désigné au sens de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes. C'est pourquoi le service Info-santé et Info-social doit établir des liens étroits avec les SASC qui assument déjà ce mandat en vertu de la Loi et, de manière plus étroite, avec le service mobile de la région. Le volet social du service Info-santé et Info-social est présentement offert ou partiellement offert dans neuf régions du Québec soit le Saguenay-Lac-Saint-Jean (qui dessert aussi la région du Nord-du-Québec), la Mauricie-Centre-du-Québec, l'Estrie, la Côte-Nord, Chaudières-Appalaches, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.

Plusieurs responsables régionaux ont émis des commentaires concernant le développement du service Info-santé et Info-social. Dans les régions (MCQ, EST, ABT, GIM et MONT) où les services téléphoniques et mobiles d'intervention de crise sont peu développés ou ne sont pas regroupés en réseau à l'échelle régionale, le développement de ce service sert actuellement de catalyseur afin de préciser les rôles et les responsabilités des partenaires dans l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, ou de tremplin pour donner une poussée majeure à la mise sur pied du modèle de services de crise prôné dans le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS, 2005). Ailleurs (BSL), cette décision ministérielle suscite de nouvelles discussions concernant le maillage entre les services d'intervention de crise de même qu'entre ces services, les services policiers et les centres hospitaliers. Par contre, dans les régions où les services d'intervention de crise sont pleinement fonctionnels, les doutes concernent l'opportunité de se doter d'un service identique à la grandeur du Québec. À cet égard, deux craintes majeures concernent les trajectoires de service et le transfert des appels à n'importe quel service Info-santé et Info-social au Québec lorsque le volume d'appels augmente au-delà d'un certain seuil. Selon le responsable de la Capitale-Nationale, avec l'Info-social, il y a un risque que les trajectoires de services deviennent encore plus compliquées avec les policiers. Dans cette région, les services de police bénéficient d'un accès direct à un intervenant qui peut se déplacer immédiatement, si bien qu'il n'est pas nécessaire de faire appel à un autre intervenant. Avec la mise en place du service Info-santé et Info-social, le policier devra dorénavant contacter ce service, où les intervenants analyseront sa demande, puis décideront s'il y a lieu de demander un déplacement du SASC mobile. Avec le transfert des appels vers n'importe quel service Info-santé et Info-social, on craint qu'un service qui devrait en être un d'intervention ne glisse vers un service d'information.

Prendre en charge la personne en crise

La question du moment de la prise en charge, par le CH, d'une personne en crise amenée par un policier à l'urgence a été abordée avec 13 responsables régionaux, dont 3 n'étaient pas en mesure de dire ce qu'il en est à ce sujet dans leur région (CN, EST et MONT). Dans 5 de ces 13 régions (BSL, SLJ, LVL, LAU et LAN), le cadre de référence régional aborde le moment de la prise en charge et le temps d'attente avant celle-ci. Dans ces régions, la prise en charge devient effective lorsque les informations sont transmises à la personne responsable du triage à l'urgence, le plus souvent une infirmière. C'est aussi le cas ailleurs (MTL, ABT, NDC et CND). Dans 3 autres régions (OUT, GIM et CAP), la prise en charge est effective au moment où le médecin procède à l'examen. Dans une autre (MCQ), le moment de la prise en charge varie d'un CH à un autre. Au CH de Victoriaville, le moment effectif de la prise en charge est celui où le médecin fait son

examen, alors qu'au CH de Shawinigan, c'est celui du transfert des informations à l'infirmière affectée au triage. Quant au temps d'attente avant que la prise en charge puisse se faire, lorsqu'il est précisé dans le cadre de référence, il varie de 15 à 30 minutes tout au plus, selon le degré d'agitation de la personne en crise.

Toutefois, dans la réalité du quotidien des salles d'urgences au Québec, il peut arriver que les décisions ou les consensus régionaux établis concernant le moment effectif de la prise en charge ne puissent pas se traduire sur le terrain. Là-dessus, 3 des 7 responsables régionaux qui se sont prononcés, soit moins de la moitié, ont dit qu'à leur connaissance, la prise en charge ne posait pas de problème dans leur région (SLJ, CND et LAN). Les 4 autres responsables ont mentionné qu'il y avait beaucoup d'attente, soit parce que la question du moment de la prise en charge n'a pas été clarifiée dans la région (GÎM), soit parce qu'en milieu urbain, les urgences sont engorgées (OUT), soit parce que le CH n'a pas les éléments nécessaires à une prise en charge, par exemple la présence d'un agent de sécurité ou une chambre d'isolement (BSL et ABT). En effet, si la personne est agitée, le personnel de l'urgence la met immédiatement en salle d'isolement et, si cela est nécessaire, sous contention, puis le médecin procède immédiatement à une évaluation sommaire. Toutefois, selon le document intitulé *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* (MSSS, 2002), ces mesures ne devraient être prises qu'en dernier recours. Dans d'autres établissements, on demande à un préposé aux bénéficiaires ou à un gardien de surveiller étroitement la personne. En l'absence de ces ressources, ou si un doute surgit quant à la conduite à tenir, le psychiatre de garde est appelé ou une orientation en psychiatrie est décidée. Il peut alors arriver que les policiers soient mis à contribution, le temps que la situation soit sous contrôle. C'est ce qu'expliquent les responsables de 2 régions (BSL et OUT) où les policiers servent parfois de préposés aux bénéficiaires dans l'attente qu'une décision soit prise ou que la situation soit sécuritaire. Ils ajoutent que ces situations se produisent surtout dans les CH locaux où la capacité de prendre en charge les personnes en crise amenées par les policiers fait souvent défaut.

Centres hospitaliers locaux

Parmi les responsables régionaux en santé mentale, 10 ont déclaré que des CH locaux de leur région (BSL, SLJ, MCQ, EST, OUT, ABT, NDQ, GÎM, CAP et LAU) éprouvent des difficultés à prendre en charge une personne en crise, surtout si la personne est agitée. Les 6 autres responsables régionaux n'ont pas donné d'informations à ce sujet; certains du fait qu'ils n'en avaient pas, d'autres, du fait que cela ne s'appliquait pas à leur région ou que la question n'avait pas été abordée. Les difficultés soulevées relèvent de deux types de situation. Dans le premier, certains CH locaux (BSL, SLJ, MCQ, EST, GÎM et LAU) ne disposent pas des aménagements physiques nécessaires pour garder les personnes contre leur gré, notamment une chambre d'isolement ou un lieu suffisamment sécuritaire. Et le problème est encore plus criant lorsque les personnes sont agitées. Dans le second, c'est la capacité du médecin ou du personnel en place à prendre en charge ces personnes qui est mise en cause (SLJ, NDQ, EST, ABT, CAP et LAU). Au dire des responsables, les médecins, particulièrement lorsqu'ils sont jeunes ou inexpérimentés en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes, sont mal à l'aise avec les aspects légaux ou semblent avoir rapidement le sentiment d'être dépassés face à des personnes qui présentent un danger grave, notamment celles qui sont fortement intoxiquées ou qui contestent leur admission à l'urgence. En conséquence, ces médecins les dirigent, dès leur entrée à la salle d'urgence, vers un CH régional ou un CH ayant un département de psychiatrie ou encore, ils contactent rapidement le psychiatre de garde assigné à leur établissement et l'attendent pour prendre une décision. Avec le temps, cela fait en sorte que, lorsque la distance à parcourir pour atteindre un CH ayant un département de psychiatrie est courte, les policiers et les techniciens ambulanciers paramédicaux sont parfois incités à s'y rendre directement, et ce, malgré la présence d'un CH local plus proche. Au bout du compte, les CH plus importants et qui disposent d'une expertise en psychiatrie sont contraints de recevoir un volume plus important de personnes en crise dont l'état mental présente un danger grave ou immédiat, ce qui peut influencer sur le délai d'attente avant que la prise en charge soit effectuée. Pourtant, comme le souligne le responsable en santé mentale de l'agence de l'Estrie, les personnes conduites à l'urgence des CH locaux sont souvent connues du personnel de l'établissement, si bien que les interventions sur place, en particulier les interventions de crise et psychosociales, ont montré leur efficacité à prévenir l'hospitalisation. Pour cette raison, il importe que le CH local évalue la personne en crise qui lui est amenée et propose une intervention avant de l'orienter vers un CH régional ou ayant un département de psychiatrie.

C'est en partie la raison pour laquelle dans quelques régions, des mesures ont été prises en vue d'améliorer les pratiques des CH locaux qui ont des difficultés d'accueil de personnes en crise. Ces mesures concernent entre autres des

aménagements physiques (salle d'isolement), la présence d'agents de sécurité, de la formation sur la Loi sur la protection des personnes et sur l'évaluation du danger à l'intention du personnel des salles d'urgence, y compris les médecins, de même que la présence dans la salle d'urgence d'une infirmière de liaison en santé mentale. Une autre mesure a consisté à rappeler aux CH locaux leur obligation de recevoir les personnes dont l'état mental présente un danger grave et immédiat, au même titre que les personnes souffrant d'un problème cardiaque par exemple. L'adoption d'un cadre de référence régional, précisant le partage des responsabilités entre les CH de la région, a aussi permis une meilleure efficacité dans les régions où cette mesure a été adoptée (BSL et SLJ). Ce faisant, le plus souvent, les CH locaux se voient attribuer la garde préventive et le CH régional ou celui ayant un département de psychiatrie, la garde pour évaluation psychiatrique (garde provisoire) et la garde autorisée. Dans d'autres régions, où aucun cadre de référence n'a été élaboré, la mesure se réduit à un partage régional suivant lequel, dès qu'une évaluation psychiatrique semble s'imposer, la personne est transférée au CH régional. C'est le cas dans 3 régions (EST, OUT et ABT).

Du côté des informateurs clés, celui de l'AMPO est d'avis que la prise en charge de la personne en crise ne peut être effective qu'au moment où le médecin procède à l'évaluation de son état mental, car ce dernier doit s'assurer d'être en mesure de l'assumer. Non seulement doit-il décider de la mise sous garde préventive au moment de la prise en charge, mais il doit également décider de garder cette personne selon les conditions en présence pour effectuer la prise en charge. Selon cet informateur, c'est pour cette raison que dans les CH locaux, il arrive que des médecins dirigent immédiatement la personne en crise vers un autre établissement, mieux équipé pour la prendre en charge (tableau clinique particulier, urgence complètement débordée, etc.). Pour sa part, l'informateur clé du CIC rapporte qu'à Montréal, le moment de la prise en charge par les CH est variable et dépend des ententes que les CIC ont négociées avec les CH. Ainsi, plus un CIC est rattaché au CH, plus la prise en charge est rapide. Toujours en ce qui concerne Montréal, un informateur clé des services de police rapporte que chaque CH est indépendant quant au moment de la prise en charge d'une personne amenée par les policiers. C'est pourquoi le SPVM négocie à la pièce une entente avec chacun (17 à 19 départements de psychiatrie). Dans le protocole d'entente avec le CHUM, la question du moment de la prise en charge est abordée. Il y est écrit que la prise en charge est effective lorsque les informations sont transmises à l'infirmière affectée au triage et que celle-ci doit procéder au triage dans un temps raisonnable. Cet informateur ajoute qu'en général, l'attente est de 20 minutes, alors que dans les discussions lors de la négociation du protocole, on parlait de 20 à 35 minutes. À son avis, une attente de plus de 60 minutes est abusive. Il fait également mention de situations où l'attente prévue par l'infirmière affectée au triage pour une personne suicidaire est de 4 à 5 heures. Il ajoute que dans des salles d'urgence, des contentions sont utilisées du fait qu'il n'y a pas de personnel pour surveiller la personne en attendant l'évaluation médicale. Ou encore, les services de police ont constaté que des cas de fugue signalés par des CH concernaient des personnes que leurs agents y avaient amenées peu de temps auparavant. Devant ce fait, ces CH ont cessé de signaler des cas de fugue aux services de police. Du côté d'informateurs clés de la FFAPAMM, on confirme que l'attente à l'urgence est parfois longue en raison du délai de la prise en charge. C'est le cas notamment pour les policiers des communautés amérindiennes du Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLJ), dont les effectifs sont pourtant extrêmement réduits (2 policiers), ainsi que pour ceux de l'Outaouais (OUT), où les services de police demandent régulièrement à la famille de la personne en crise de venir attendre au CH avec elle.

Collaborer avec les policiers

Répondre aux attentes et aux demandes

Dans les régions qui ont adopté un cadre de référence spécifique concernant l'application de la Loi sur la protection des personnes, ou qui sont sur le point de le faire, les rôles et les responsabilités des services policiers y sont traités et définis. C'est le cas également dans les quatre régions où des ententes ou des comités intersectoriels plus larges existent. Malgré cela, selon la majorité des responsables de ces régions, les policiers font peu appel aux services des SASC et, le plus souvent, dans un nombre très restreint de situations, par exemple dans les cas de crise suicidaire, de crise psychotique ou de traumatisme. Seul le responsable de la région de la Capitale-Nationale (CN) affirme que les services de police locaux ont régulièrement recours aux CIC désignés, et ce, dans toutes sortes de situation de crise et pas seulement lorsque le danger paraît grave et immédiat. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean (SLJ), le recours aux SASC de la part des policiers augmente progressivement. Ainsi, en 2006-2007, 102 appels ont été logés aux SASC par des policiers, comparativement à 268 en 2008-2009. Cette progression fait suite à la mise en place de mesures et d'activités conjointes dans cette région,

dont un protocole d'entente avec les services de police. De son côté, le responsable de Laval (LVL) se dit surpris de l'attitude des policiers, affirmant qu'ils sont représentés aux tables de concertation mais que sur le terrain, il y a peu d'appels de leur part, les policiers agissant avec la common law. Le responsable de l'Estrie ajoute que les policiers qui ont recours aux SASC seraient ceux qui font face à une situation qu'ils jugent « embêtante » ou ceux qui ont été sensibilisés de manière particulière au mandat de ces services. En Montérégie (MONT), les interventions conjointes des SASC mobiles et des policiers sont très limitées. De l'avis de plusieurs répondants, de façon générale, le recours aux SASC serait plus fréquent en milieu urbain, principalement en raison des distances plus courtes à parcourir et, par conséquent, d'un temps de déplacement plus court des intervenants mobiles vers le lieu de l'intervention.

Dans les autres régions, les responsables ne savent pas ce qu'il en est exactement de la fréquence du recours aux SASC de la part des policiers. Il faut dire que peu de données sont disponibles sur ce sujet. Là où des données existent, par exemple dans Lanaudière où le nombre d'appels des services policiers entrant au service Info-santé et Info-social a été compilé, celles-ci montrent qu'au cours des années 2003-2004 et 2005-2006, les policiers ont logé 40 et 77 appels respectivement à ce service. En considérant une population de 435 000 habitants, ces nombres sont jugés faibles par le responsable régional.

Selon les responsables régionaux, le peu d'appels logés par les policiers aux SASC s'explique, en partie, par le fait que plusieurs services de police, notamment la Sûreté du Québec, sont aux prises avec un roulement élevé de personnel, ce qui a pour effet d'aggraver la faible connaissance des policiers sur les manières de faire qui ont été mises en place en vue de faire appliquer la Loi sur la protection des personnes, d'une région à une autre, et dans certains cas, d'une MRC à une autre. Ils soulignent aussi le fait que certains policiers jugent la durée de l'intervention de crise trop longue, de sorte qu'ils préfèrent ne pas faire appel aux SASC. D'autres responsables rapportent que les policiers, tout en ayant été sensibilisés à cette nouvelle loi, tiennent d'abord compte des politiques en vigueur dans leurs services, lesquelles ne sont pas toujours en harmonie avec ce que prescrit la Loi.

Selon deux informateurs clés, l'un des services policiers et l'autre des CIC, la sous-utilisation presque généralisée des SASC désignés par les policiers vient du fait que pour beaucoup d'entre eux, le mot « peut » ne les force aucunement à recourir aux SASC, alors que si dans l'article 8 on avait utilisé le mot « doit », ce recours deviendrait une obligation⁶¹. L'informateur des CIC souligne aussi l'impact de l'absence de connaissances de la part des policiers du rôle que peuvent jouer les SASC.

Pourtant, dans l'édition révisée du *Guide de pratiques policières à l'usage exclusif des corps de police* du ministère de la Sécurité publique (MSP, 2008), la section traitant des opérations relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux fait clairement référence à la Loi sur la protection des personnes et elle décrit les pratiques de son application. Ainsi, l'alinéa C.3a) de cette section du guide indique que lorsqu'une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, la « loi autorise l'agent de la paix à amener la personne à un établissement de santé, contre son gré et sans autorisation judiciaire, dans les deux situations suivantes : sur demande d'un intervenant d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui; à la demande d'un tiers. Dans ce cas, l'agent de la paix doit s'assurer qu'il n'y a pas d'intervenant d'un service d'aide en situation de crise disponible pour évaluer la situation en temps utile. Si aucun intervenant n'est disponible à ce moment, le policier doit avoir des motifs sérieux de croire qu'il y a danger grave et immédiat » (p. 2-3). Un peu plus loin, à l'alinéa C.3d) traitant du transport, le guide précise que « le policier a la responsabilité d'amener et non de transporter une personne en établissement de santé. Il peut juger du moyen le plus approprié selon les circonstances. Les techniciens ambulanciers paramédics [*sic*] sont mis à contribution, notamment si l'intervention se fait à l'égard d'une personne agressive ou en état de crise, car la sécurité des personnes transportées l'exige [...] » (p. 3). Puis, au paragraphe D.1 de cette même section du guide, relative aux considérations, il est indiqué ce qui suit : « Le corps de police s'assure de connaître les services d'aide en situation de crise ainsi que les établissements de santé de la région et peut convenir avec eux d'un protocole de collaboration » (p. 7). L'interprétation du MSP, quant à l'application de l'article 8 de la Loi, est bel et bien que l'agent de la paix doit s'assurer de connaître les SASC et de la disponibilité ou non d'un intervenant du SASC avant d'amener une personne en danger grave et immédiat, contre son gré et sans autorisation du tribunal, à un établissement de santé à la demande d'un tiers.

61. En droit, le mot « peut » est synonyme de pouvoir discrétionnaire, contrairement au mot « doit », lequel réfère à une obligation.

Le problème, comme le souligne un informateur clé des services policiers, est que chaque corps de police peut mettre en place ses propres directives, évidemment inspirées de celles du MSP, mais il n'est pas nécessaire qu'elles soient exactement conformes à celles-ci. En outre, comme nous l'avons déjà souligné, la Loi n'a rien prévu dans les cas où un policier intervient de son propre chef auprès d'une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat, c'est-à-dire sans qu'une demande lui ait été adressée par un intervenant ou par un tiers à cet effet. De plus, dans la section visée du guide du MSP, dans le paragraphe relatif aux principes d'orientation, il est indiqué ce qui suit : « Dans les situations qui ne sont pas prévues par une loi, la base de l'intervention policière se retrouve principalement dans la common law, qui reconnaît le pouvoir général d'un agent de la paix d'intervenir pour assurer le maintien de la paix et de la sécurité publique et la protection de la vie et des biens » (p. 2).

Comme ces situations sont relativement fréquentes, il y aurait peut-être lieu d'ajouter le principe d'orientation de l'intervention des policiers selon lequel ces derniers peuvent contacter un intervenant d'un SASC dans toutes les situations où ils interviennent auprès d'une personne en crise et qu'ils ont des motifs raisonnables de croire qu'elle doit être amenée à un établissement de santé pour y être aidée ou gardée du fait que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

L'implication des services préhospitaliers d'urgence (SPU)

Le recours aux services ambulanciers, qui font partie des services préhospitaliers d'urgence (SPU), pour le transport des personnes en crise au CH varie grandement d'une région à une autre. Par exemple, dans la Capitale-Nationale, on fait rarement appel à ces services pour conduire la personne à l'urgence du CH alors qu'à l'inverse, dans Lanaudière ou en Outaouais par exemple, les services ambulanciers sont presque toujours appelés en premier et mis à contribution. En fait, selon un informateur clé des services de police, le recours aux services ambulanciers est laissé à la discrétion des policiers.

Au sujet du rôle des services ambulanciers de leur région concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, moins de la moitié des responsables régionaux ont pu commenter la question. Il faut dire que dans les ASSS, ces services relèvent d'une autre direction administrative que celle de la santé mentale. Lorsque l'information leur était connue, les responsables régionaux en santé mentale ont confirmé que bien souvent, les policiers et les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) statuent ensemble sur l'orientation du cas et prennent de concert la décision d'amener la personne contre son gré au CH, sans faire appel aux SASC désignés. C'est le cas dans 6 régions (SLJ, MCQ, OUT, ABT, LAN et LAU). Sur cette question, l'informateur clé des services policiers explique que plusieurs agents de police sont mal à l'aise de prendre cette décision et, puisqu'ils considèrent que les TAP ont une meilleure connaissance des problèmes de santé mentale, ils leur délèguent officieusement le rôle que leur attribue l'article 8 ou appuient leur décision sur la recommandation des TAP, sans qu'aucun d'eux ne recoure aux SASC. Cette absence de recours aux SASC désignés, qui semble assez généralisée chez les TAP comme chez les policiers, peut s'expliquer aussi bien par un manque de connaissance de l'existence et de la disponibilité de ces services que par une absence de directive claire et directe à ce sujet. Dans la troisième édition du document *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédicaux* (MSSS, 2007b), publiée en 2007, la responsabilité de contacter les SASC est attribuée exclusivement aux policiers et laissée à leur entière discrétion, en accord avec le libellé de l'article 8, qui n'accorde aucune place aux SPU ou aux TAP.

Dans la section *Généralités* de ce document, on peut lire les précisions suivantes :

- 1) « Une personne qui apparemment souffre d'un problème psychiatrique est présumée apte et peut, par le fait même, refuser d'être transportée dans un établissement; » (p. 4)
- 2) « Personne ne peut être transporté sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise; dans certaines situations où le patient refuse de se rendre au CH receveur, la loi prévoit des exceptions pour assurer le bien-être et la sécurité du patient et de son entourage; [...] dès qu'une personne doit être amenée contre son gré dans un établissement, la présence des policiers est requise; » (p. 5).
- 3) [Un transport sans consentement et sans autorisation du tribunal peut s'effectuer dans les conditions suivantes :] « si la personne présente un état mental dangereux pour elle-même ou pour autrui, demander l'intervention des ressources policières, qui peuvent, selon la loi, l'amener, la détenir et l'escorter dans le véhicule ambulancier. Le législateur a prévu des intervenants en situation de crise qui peuvent, à la

demande des policiers, venir aider ces derniers à éclaircir la situation et à obtenir la collaboration des personnes visées le cas échéant. Lorsque la personne visée ne peut se déplacer ou que son état de santé requiert un transport ambulancier ou encore qu'elle refuse de coopérer et que le moyen de transport jugé approprié par le policier est un véhicule ambulancier, les policiers ont recours au SPU [service préhospitalier d'urgence] pour le transport sur civière si nécessaire, ceci pour la sécurité du patient et celle d'autrui. Le transport ne doit se faire qu'avec l'accompagnement des policiers; » (p. 6). [C'est nous qui soulignons]

- 4) « si les policiers ne sont pas présents sur les lieux, attendre leur arrivée avant toute intervention et assurer sa propre sécurité » (p. 6).
- 5) « le consentement du patient ou de son représentant n'est pas requis lorsque le patient se trouve en situation de danger grave et immédiat » (p. 7).

Comme le souligne l'informateur clé de la Direction adjointe des SPU au MSSS, la désignation des SASC habilités à intervenir en vertu de la Loi doit se faire à l'échelle régionale, tout comme les ententes de collaboration à convenir entre les partenaires sur la façon de procéder. De plus, les SASC et les ententes varient considérablement d'une région à une autre. C'est pourquoi, à son avis, les directives spécifiques au sujet d'un appel ou non aux SASC de la part des TAP dans les cas du transport sans consentement et sans autorisation du tribunal doivent provenir des ASSS, tout comme leur diffusion auprès des partenaires. Cet informateur clé ajoute que c'est la raison pour laquelle, lors des sessions de formation données sur ces protocoles aux TAP dans chacune des régions du Québec, des précisions sont apportées sur l'existence de directives et d'ententes régionales au sujet d'un transport ambulancier dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes. Ainsi, rien n'interdit que, pour accélérer les choses, les TAP, s'ils sont les premiers arrivés sur les lieux, puissent aussi contacter les SASC s'il y a lieu. En effet, les SASC sont des services publics habilités à intervenir dans toute situation de crise à la demande de toute personne intéressée, justement en vue d'éviter le recours à un transport sans le consentement et sans autorisation du tribunal à un établissement de santé.

Pour ces raisons, un responsable souligne que dans sa région (EST), les SPU veulent faire partie des partenaires d'un éventuel cadre de référence ou d'une entente intersectorielle sur l'application de la Loi sur la protection des personnes et il croit qu'ils devraient être inclus, bien que la Loi ne leur attribue aucun rôle spécifique. De fait, dans trois régions (BSL, LAN et LAU) ayant un cadre de référence, ce cadre précise le rôle et les responsabilités des SPU. Dans ces régions, les TAP sont invités, au même titre que les policiers, à contacter le SASC pour tenter de dénouer une crise ou obtenir la collaboration d'une personne en crise si un transport au CH s'avère inévitable.

Par ailleurs, 3 responsables régionaux (EST, LAN et LAU) ont fait état de difficultés concernant le paiement des frais du transport par ambulance lors de situations relevant de l'application de l'article 8. Lorsque ce transport est fait pour une personne bénéficiaire de l'aide sociale, les frais sont payés par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale (MESS). Dans les autres cas, il arrive que des personnes visées par une application de l'article 8 refusent d'acquitter la facture du transport ambulancier. Trois informateurs clés, dont ceux représentant le Protecteur du citoyen, trouvent discutable le fait qu'une personne reçoive une facture pour des services qu'elle n'a pas demandés et auxquels elle n'a pas consenti. L'impression d'être ainsi victime d'une injustice est davantage ressentie lorsque la personne n'est pas gardée au CH après y avoir été conduite par les policiers et les TAP. Bien que les cas de refus de payer soient relativement restreints, les frais sont généralement couverts, en totalité ou en partie, soit par l'ASSS (OUT, LAN, LAU), soit par les CH (ABT) ou, exceptionnellement, par les CSSS. Mais les capacités financières des établissements et des agences sont limitées, car aucun budget spécifique n'est prévu à cette fin. Dans deux régions (LAN et LAU), en raison d'un fort volume de factures réclamées, la décision des ASSS de cesser d'acquitter les créances irrécouvrables relatives aux frais d'ambulance a provoqué beaucoup de remous et la compagnie de transport ambulancier a vivement contesté cette décision. Un des griefs que cette dernière a mis de l'avant a trait au fait que les policiers ne font presque pas appel aux SASC désignés, augmentant ainsi les probabilités que la personne soit conduite au CH contre son gré.

La collaboration sur le terrain

Les relations de collaboration entre les SASC et les services policiers soulèvent des questions cruciales par rapport à l'application de la Loi sur la protection des personnes. À ce sujet, 3 responsables régionaux n'ont pas été en mesure de qualifier la collaboration entre les services de police et les SASC dans leur région (EST, MTL et MONT). En Montérégie (MONT), le manque de renseignements à ce sujet vient du fait que les CIC et les centres de prévention du suicide (CPS)

n'ont pas de services mobiles d'intervention de crise dans la communauté, de sorte que la collaboration avec les policiers est très limitée et ponctuelle. Dans les 13 autres régions, les réponses des responsables régionaux à ce sujet vont de « excellente collaboration » (BSL), à « bonne collaboration » (SLJ CN, MCQ, CND, NDQ, CAP, LVL et LAU), « plus ou moins bonne collaboration » (OUT, GIM et LAN) et enfin « pas bonne collaboration » (ABT). Les détails des réponses aux questions de l'enquête sur ce point ont été regroupés et réparties entre 4 principaux sous-thèmes, soit la crédibilité des SASC désignés aux yeux des policiers; la compréhension de la Loi chez les policiers; les changements de pratiques de part et d'autre; les conditions géographiques et les ressources humaines. L'occurrence de chacun de ces sous-thèmes est presque égale entre les régions, chacun d'eux ayant été exprimé dans 3 à 4 régions par l'un ou l'autre des répondants.

Concernant le premier sous-thème, relatif à la crédibilité des SASC aux yeux des policiers, un responsable régional (CN) rapporte que le cadre de référence et le travail du PECH, un organisme désigné pour répondre aux policiers de la région, a convaincu un bon nombre d'agents de la paix d'accepter l'intervention psychosociale dans le contexte de leur travail. Ils auraient constaté une économie de temps, notamment par une diminution du nombre de rapports à rédiger, une meilleure rétention des personnes envers lesquelles ils sont intervenus dans les services de crise ou à l'urgence du CH, en plus de la capacité du PECH à régler des cas complexes. Des propos semblables sont tenus par deux autres responsables (BSL, LAU) et un informateur clé associé à l'AQPS. Ailleurs (SLJ), on souligne qu'avec le temps et le déploiement d'activités conjointes avec les policiers ou encore la conception d'outils à leur intention, la reconnaissance de l'expertise des SASC de la part des policiers est de plus en plus grande. Par contre, dans 3 régions (MTL, EST et LAN), le manque de crédibilité de quelques SASC désignés aux yeux des policiers a été souligné par les responsables régionaux et des informateurs clés. Selon eux, des agents de la paix considèrent que des intervenants assignés à des SASC sont incapables de remplir leur mandat. D'une part, cette perception découle du fait que des policiers ont été mis en présence d'intervenants peu expérimentés ou timides dans leur évaluation de la situation, de sorte que ces intervenants ne pouvaient pas se prononcer de manière convaincante sur la conduite à tenir. D'autre part, les réticences et les hésitations des équipes mobiles et leurs refus de se déplacer sur les lieux de l'intervention à la suite d'un appel des policiers auraient convaincu certains policiers de ne plus faire appel aux SASC. En conséquence, ces SASC ont perdu la crédibilité qu'ils avaient ou auraient pu avoir. Comme le souligne un informateur clé des services de police, d'autres services ont alors pris la relève :

« Avant, les intervenants du service d'intervention de crise se déplaçaient automatiquement à l'appel d'un policier, mais plus maintenant. Par contre, le CAVAC⁶², qui se déplace toujours pour sécuriser la personne victime de violence ou d'une agression lorsque des policiers lui en font la demande, a eu beaucoup de succès auprès de ces policiers. Pensez-y, un refus de l'intervenant de crise de se déplacer envoie le message aux policiers qu'ils sont incompetents, qu'ils ont fait la mauvaise action. En conséquence, la décision de conduire au centre hospitalier est assumée dorénavant par les policiers seuls et cette décision de conduire au centre hospitalier n'est pas nécessairement la bonne. »

Ce qui différencie le plus les régions où le problème de crédibilité des SASC a nui aux relations de collaboration avec les policiers est l'absence d'un cadre de référence régional, le manque de soutien clinique structuré aux intervenants ou le peu d'incitatifs à se déplacer dans ces situations. Dans plusieurs régions, on a recours à la sensibilisation et à des rencontres ponctuelles entre les deux acteurs visant à faire connaître les SASC afin d'améliorer la collaboration. Par exemple, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, des séances d'information sur la trajectoire de services sont organisées avec les policiers, un aide-mémoire (carte plastifiée) visant à rappeler la disponibilité et les services du SASC leur est remis et un algorithme décisionnel a aussi été conçu à leur intention. De même, en Outaouais, les appels des policiers au CIC ont augmenté considérablement, surtout depuis qu'une formation sur l'application de la Loi sur la protection des personnes a été donnée aux policiers par le CIC et le CH Pierre-Janet. Maintenant, en région urbaine, les policiers font appel au CIC désigné dans la plupart des situations de danger dans lesquelles on leur demande d'intervenir. Par contre, la planification de ce type de rencontres ou d'activités conjointes est souvent compliquée par la difficulté d'accès aux policiers et leur manque de disponibilité.

Un autre facteur mis en cause concernant les difficultés de collaboration entre les services de police et les SASC a trait au manque de connaissance et de formation des policiers sur la Loi sur la protection des personnes et son application, sur l'intervention de crise en général et sur les ententes intersectorielles intervenues dans leur région. C'est du moins l'avis des informateurs clés des CIC, des services policiers et de la FFAPAMM, auxquels s'ajoutent celui de responsables régionaux

62. CAVAC : Centre d'aide aux victimes d'actes criminels

(GİM et CAP). Ces lacunes, que ces répondants à l'enquête associent souvent au fréquent roulement de personnel chez les policiers, font en sorte que le rôle et les responsabilités imputés au SASC en vertu de l'article 8 de la Loi sont mal compris par les services de police.

Le troisième sous-thème associé aux difficultés de collaboration entre les services de police et les SASC a trait aux changements de pratiques chez les uns et les autres, rendus nécessaires par l'entrée en vigueur de l'article 8. Dans les régions où la collaboration est bonne, ces changements se sont opérés au fil des années et des rencontres intersectorielles. L'exemple le plus concret et le plus frappant est celui de l'accès direct et rapide des policiers à un intervenant d'un SASC qui peut se déplacer immédiatement sur demande. L'installation d'une ligne téléphonique réservée aux policiers, d'un numéro unique ou encore la présence d'un intervenant du SASC directement au poste de police permet de répondre à l'impératif majeur pour les services de police qu'est le temps d'attente de ses agents. À l'exclusion de Montréal, dans toutes les régions, sous-régions ou villes où l'une ou l'autre de ces pratiques a été mise en place, l'amélioration de la collaboration avec les services de police est soulignée (SLJ, CN et LAN). L'accompagnement au CH de la personne en crise par l'intervenant mobile (SLJ et CN) ou la présence d'un intervenant du SASC au CH (LAN) sont d'autres pratiques appréciées des policiers car bien souvent, cela facilite une prise en charge rapide de la personne en crise par le CH. Les sorties en duo le soir – intervenant du SASC mobile et patrouilleur – (LAU), des rencontres planifiées avec les patrouilleurs lors des changements de quart de travail (BSL) ou encore la présence régulière d'un agent de police, au CIC, de trois à quatre fois par semaine (OUT) sont d'autres pratiques favorisant le développement du sentiment d'être de véritables partenaires. Une autre pratique qui favorise la collaboration consiste pour l'intervenant au téléphone ou sur place à libérer le policier dès que la situation est sous contrôle et sécuritaire (SLJ et CN).

Du côté des policiers, l'acceptation de l'intervenant psychosocial, tout autant que de l'objet de l'intervention de crise et de la durée requise pour mener à terme cette intervention, est plus présente là où les relations sont bonnes. Comme le souligne un informateur clé de l'AQPS, « lorsque l'organisme [CPS JEVI de l'Estrie] est appelé, les policiers nous laissent toute la place pour l'intervention ». De son côté, le responsable des Laurentides précise que « dans certains territoires, les policiers font un suivi des clients P-38⁶³ qu'ils ont amenés à l'urgence et ils fournissent l'information pertinente au personnel du CSSS ». Au contraire, ailleurs, lorsque l'intervenant du SASC demande au policier de lui faire un « retour » à la suite de l'intervention qu'il a menée à la demande de l'intervenant, le policier oublie une fois sur deux. L'intervenant du SASC tente alors de joindre le policier qui s'est déplacé, ce qui est difficile en raison du système de répartition (*dispatch*), qui filtre ou empêche pratiquement toute communication avec les policiers. Malheureusement, là où les relations sont moins bonnes, pour bon nombre de policiers, l'enjeu face à une personne « dérangée mentalement » se limite à décider s'il doit la conduire ou non à l'urgence d'un CH. Pour lui, le temps de contacter un intervenant et d'attendre qu'il dénoue la crise est perçu comme trop long ou vain. Aux dires de quelques répondants, le maintien de cette pratique des policiers d'agir le plus souvent seuls, avec ou sans les techniciens ambulanciers paramédicaux, varie selon les corps de police (police municipale ou Sûreté du Québec). Comme l'accessibilité et la disponibilité d'un intervenant de SASC sont plus grandes en milieu urbain, le temps d'attente des policiers municipaux est plus court et la collaboration est meilleure. En milieu rural ou en sous-région périphérique d'un grand centre, c'est souvent l'inverse.

Le quatrième sous-thème qui influe sur les relations de collaboration porte sur les conditions géographiques et les ressources humaines des régions. Du côté des SASC, ces réalités posent des entraves importantes non seulement à la volonté d'atteindre une couverture téléphonique et mobile complète partout, et ce, jour et nuit, mais à celle d'atteindre des délais de réponse et des temps de déplacement acceptables pour les policiers. Du côté des policiers, les effectifs réduits ou même leur absence dans de petites localités situées loin d'un poste de police posent le même défi d'accepter un délai d'attente raisonnable pour laisser le temps au SASC d'arriver. Dans les régions très éloignées des grands centres, il arrive même que les routes soient impraticables. Le problème des distances et celui des ressources humaines limitées dans les régions qui sont très vastes sont associés au manque de collaboration en raison de leur impact sur le temps de mobilisation des policiers. Malheureusement, peu de responsables régionaux savent de façon précise quel est le temps nécessaire à l'intervenant du SASC désigné pour se déplacer. Dans les grandes villes, le temps de déplacement des SASC mobiles, à la suite d'une demande en ce sens d'un policier, est de 30 minutes tout au plus. Dans 3 régions où les SASC mobiles couvrent de vastes territoires (BSL, SLJ, LAU), le délai est de 45 à 60 minutes. Les responsables de 5 régions (BSL, CN, CND, LVL et LAU) considèrent que le temps de déplacement du SASC mobile est rapide, alors que

63. Il s'agit de personnes en crise dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui au sens de la Loi sur la protection des personnes.

les responsables de 2 autres régions (OUT et ABT) le trouvent lent. À ce temps d'attente des policiers, désigné comme un irritant important dans les relations de collaboration avec les SASC lorsqu'il est trop long, s'ajoute le temps passé à la salle d'urgence des CH, aussi vu comme un facteur ayant un impact sur les relations de collaboration avec la police.

RESPECTER LES DROITS ET LA PROCÉDURE

Le droit d'être informé et le droit de communiquer

Seuls les responsables de 8 régions ont été en mesure de se prononcer sur la question du droit à l'information, notamment quant à l'annonce de la mise sous garde préventive (BSL, SLJ, CN, MCQ, MTL, OUT, GÎM et LAU). Selon la majorité d'entre eux (6 sur 8), quelle que soit la manière de faire, la plupart du temps, ce n'est qu'à partir du moment où la personne en crise s'apprête à quitter le CH qu'elle est mise sous garde préventive et informée de ce fait. Le plus souvent, une note au dossier médical indique que la personne ne peut quitter le CH sans avis médical ou qu'elle est consentante, mais que si elle décide de quitter le CH, elle ne peut le faire sans avis médical. Le responsable de la Mauricie-Centre-du-Québec tient cependant à préciser que des personnes qui présentent un degré élevé de danger sont réellement consentantes à demeurer au CH et que dans cette situation, un départ précipité pourrait faire courir un risque sur le plan du danger. Il ne croit pas qu'en pareil cas, il soit abusif de mettre une note au dossier indiquant que la décision de la personne de quitter doit minimalement être remise en question par le personnel ou encore faire l'objet d'une évaluation plus soutenue par le médecin. De son côté, le responsable du Saguenay-Lac-Saint-Jean mentionne que depuis deux ans, des correctifs ont été apportés à ce chapitre dans sa région et que cette pratique tend à disparaître. Même chose en Outaouais, où l'intervention du Protecteur du citoyen en 2007 a conduit à la mise en place de correctifs permettant d'assurer le respect du droit à l'information, tout en favorisant le respect de la procédure. Le Protecteur du citoyen a d'ailleurs reconnu que ce qui se fait actuellement en Outaouais pourrait servir de point de référence au reste de la province.

Du côté des informateurs clés, l'avocat spécialiste de la Loi sur la protection des personnes confirme que des personnes le contactent parce qu'elles ne peuvent pas quitter le CH et que, lorsque l'avocat communique avec le directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement, ce dernier lui dit ne pas avoir été avisé par le médecin de l'urgence d'une mise sous garde préventive. Alors, l'avocat annonce à la personne qu'elle n'est pas en garde préventive et qu'elle peut quitter le CH. Cependant, lorsqu'elle s'apprête à le faire, elle se fait dire par les membres du personnel de l'urgence qu'ils ne sont pas autorisés à la laisser quitter le CH, puisqu'ils n'ont pas reçu d'avis médical en ce sens. Cette personne est donc sans statut ou d'un statut incertain et n'est pas informée de sa situation, son consentement à demeurer au CH étant alors présumé. C'est ce qui explique que le délai de 72 heures prévu pour la garde préventive se prolonge souvent pendant 4 à 5 jours de plus. Des propos semblables ont été recueillis auprès de l'informateur clé de l'AMPO, qui confirme qu'il est rare que les DSP soient immédiatement avisés d'une mise sous garde préventive. Même chose du côté d'informateurs clés de l'AGIDD-SMQ, qui soulignent le fait que si la personne n'a pas de statut légal, elle se trouve du même coup sans droits ni recours. En fait, la personne se croit en admission volontaire, mais ne l'est pas. Le fait que la personne ne soit pas officiellement en garde préventive explique qu'elle ne reçoive pas les informations que le CH devrait lui transmettre selon les exigences de la Loi. Ainsi, les personnes ne sont pas mises au courant du motif de la garde lors de la prise en charge par le CH, ni de leur droit de consulter un avocat.

Au sujet de ce statut ambigu de la personne en crise à l'urgence, un informateur clé de ce milieu est d'avis que personne n'est de mauvaise foi dans ce type de situation. Selon lui, le personnel hospitalier ne prévient pas la personne qu'elle est en garde préventive afin de ne pas la brusquer. Le médecin espère ainsi que la personne passera d'une attitude de refus à une attitude de consentement. Alors, il demande à l'infirmière de l'avertir lorsque la personne désire quitter le CH ou il rédige des notes au dossier indiquant qu'elle ne peut quitter le CH sans avoir reçu l'avis du médecin. Il ajoute que la mentalité hospitalière autour de la garde préventive a peu changé avec la nouvelle Loi.

Selon la majorité des répondants, l'information devrait être systématiquement transmise à la personne en crise, tant au moment de son transport au CH par les policiers qu'au moment de sa prise en charge par l'établissement de santé.

Le droit au consentement libre et éclairé et la requête de garde provisoire

Concernant la nécessité d'obtenir le consentement d'une personne sous garde préventive, avant de procéder à son évaluation psychiatrique en vue d'une garde autorisée ou, à défaut de ce consentement, d'obtenir une ordonnance de garde provisoire du tribunal autorisant l'évaluation psychiatrique, 9 responsables régionaux se sont prononcés (BSL, SLJ, MCQ, MTL, OUT, ABT, GÎM, CAP et LAN). Tous, sauf deux (ABT et OUT), confirment que les requêtes de garde provisoire sont pratiquement inutilisées par les CH de leur région et que ce type d'évaluation a lieu durant la garde préventive. Cela fait en sorte que la personne passe directement de la garde préventive à la garde autorisée. Selon les informateurs clés de l'AGIDD-SMQ, il en résulte souvent que les personnes visées ne prennent connaissance de la décision de l'hôpital de demander une garde autorisée qu'aux dernières étapes du processus, sans qu'elles aient pu faire valoir leur consentement ou réagir à leur garde.

À Montréal, où il a été démontré que cette pratique est courante (Action Autonomie, 2009; Ottero et autres, 2007), le responsable de l'ASSS souligne avoir fait le constat qu'une confusion règne entre la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée. Un constat semblable est fait par le responsable de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, qui croit que cette pratique est due à une méconnaissance de la Loi sur la protection des personnes de la part des CH de sa région. Dans Chaudière-Appalaches, l'absence de recours à la garde provisoire de la part des CH n'aurait été constatée que récemment. Pour sa part, le responsable du Bas-Saint-Laurent explique que les psychiatres sont assez nombreux pour procéder aux deux examens psychiatriques le jour même et que le recours à la garde provisoire n'est donc pas nécessaire. Ce responsable ajoute qu'il est rare que les personnes s'opposent à une évaluation psychiatrique et que leur collaboration est suffisante pour produire un rapport. Il considère aussi que le recours à la garde provisoire pour forcer une personne à collaborer à l'évaluation psychiatrique n'est pas nécessairement efficace. Le responsable de l'Outaouais explique que dans sa région, le respect de la procédure de mise sous garde est compliqué en raison des délais et que la recherche de consentement éclairé est difficile lorsque la personne est en crise. C'est du moins l'avis de médecins de cette région. Il souligne aussi que parfois, la personne consent à l'évaluation, puis la refuse ou refuse de demeurer au CH une fois l'évaluation complétée. Un informateur clé de la Mauricie-Centre-du-Québec, médecin en CH, confirme l'utilisation de la même pratique dans sa région en disant : « Les droits sont bafoués. Les ordonnances de garde provisoire sont absentes. C'est une attitude paternaliste, on passe directement à la garde autorisée. Il faut un refus catégorique pour aller en démarche d'ordonnance de garde provisoire ».

Cinq informateurs clés ont corroboré les dires des responsables des agences régionales. Voici ce que dit celui de l'AMPO :

« Les deux examens pendant la garde préventive? Oui, souvent. Aussi, les psychiatres ont pris l'habitude de considérer que si la personne répond aux questions, elle est consentante. En fait, c'est une présomption de consentement parce qu'elle n'est pas mise au courant de la nature de l'évaluation. Ainsi, le délai de 72 heures est régulièrement dépassé... Si un avocat présentait une demande en *habeas corpus*⁶⁴, le psychiatre devrait lui donner son congé sur le champ puisque la personne est détenue illégalement dans le centre hospitalier du fait du non-respect des délais. »

Avec les informateurs clés du Protecteur du citoyen, il a été question de la plainte concernant une intervention au CH Pierre-Janet en Outaouais, dont le motif portait sur l'absence de consentement aux examens psychiatriques qui ont été faits durant la garde préventive. L'étude de la plainte a montré que les psychiatres de ce CH évaluaient les personnes sans rechercher activement leur consentement. Le consentement était présumé acquis à partir du moment où la personne acceptait de répondre aux questions du médecin. En utilisant un formulaire conçu pour inscrire les notes de l'évaluation psychiatrique, le psychiatre, dans la section « Consentement », était invité à cocher la case si le patient ne s'opposait pas à l'évaluation. De cette façon, la requête de garde provisoire était érudée et les délais de rigueur prévus par la Loi sur la protection des personnes ne pouvaient pas s'appliquer. La garde préventive se prolongeait souvent durant quatre à cinq jours de plus que ce que prévoit la Loi. Cette pratique n'étant pas sanctionnée par les juges, il y a peu d'incitatifs à la corriger. Alors, non seulement les délais ne sont pas respectés, mais la personne n'est pas informée du statut ambigu qu'on lui impose. À la suite du rapport du Protecteur du citoyen sur cette question (Protecteur du citoyen, 2007a), une

64. Recours extraordinaire qui exige que toute personne qui en détient une autre en justifie la détention devant un tribunal supérieur.

révision exhaustive de l'ensemble des processus de mise sous garde en établissement a été effectuée par le CH Pierre-Janet; les formulaires utilisés ont été modifiés et de nouveaux outils ont été créés afin de répondre aux exigences de la Loi tout en tenant compte des impératifs de l'intervention et des impacts sur l'organisation des services. En outre, le conseil d'administration du CH Pierre-Janet a adopté, en mars 2009, une nouvelle directive médico-administrative en matière de garde préventive, de garde provisoire et de garde autorisée. De son côté, l'informateur clé d'Action Autonomie insiste pour que, dès le premier contact, le psychiatre informe la personne qu'elle sera évaluée en vue de déterminer si elle présente un danger.

Les répondants à l'enquête qui se sont prononcés sur la question du consentement et celle de l'absence de requête de garde provisoire de la part des CH sont unanimes pour dire que la pratique controversée à ce sujet ne se limiterait pas à quelques régions du Québec, mais serait utilisée dans pratiquement toutes les régions. Un seul responsable régional a dit qu'il n'y avait pas de problème à ce sujet dans sa région (ABT). Il est dommage que la pratique en cette matière ne soit pas connue des responsables de six régions (CN, EST, LVL, CND, LAU et MONT). Un dernier dit que cela ne peut pas s'appliquer à sa région (NDQ) puisqu'il ne s'y fait pas d'évaluation psychiatrique dans les centres de santé, en raison de l'absence de psychiatre sur les lieux.

L'absence de signification

Rappelons ici que dans le processus judiciaire de requête de garde provisoire ou de garde autorisée, le tribunal doit s'assurer que le requérant a pris des mesures en vue d'informer la personne de la démarche qui est entreprise à son égard, à moins qu'une dispense ne soit accordée. L'article 779 du Code de procédure civile permet au juge « de manière exceptionnelle, de dispenser le requérant de signifier la demande à la personne concernée s'il considère que cela serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui, ou s'il y a urgence ». En principe, le juge est donc tenu d'interroger la personne concernée par la demande lors de l'audience. C'est pourquoi l'information à la personne visée lui est transmise deux jours à l'avance dans un avis de signification qui annonce le lieu, la date et l'heure de l'audience ainsi que les moyens dont elle dispose pour faire savoir son intention de se présenter devant le tribunal.

Au sujet de l'utilisation de la dispense, qui permet de s'abstenir de la signification à la personne concernée, seuls les informateurs clés des groupes de défense des droits en santé mentale (AGIDD-SMQ et Action Autonomie) se sont prononcés. Selon eux, l'utilisation de la dispense doit toujours être remise en question, en particulier quand la personne est déjà sous garde. Dans une étude récente sur les requêtes de garde en établissement déposées à la Cour municipale de la Ville de Montréal (Action Autonomie, 2009), il a été démontré que le taux de signification est excessivement faible dans les cas de requêtes de garde provisoire. Concernant les cinq requêtes de garde provisoire déposées par des CH de Montréal, une seule signification a été faite (p. 42). Pour ce qui est du taux de signification pour l'ensemble des requêtes de garde déposées par les CH de Montréal (provisoire, autorisée et renouvellement de garde), le taux moyen de signification est de 90,23 %, avec une variation de 62,5 % à 100 % selon le CH concerné (p. 42). Cela représente une baisse par rapport à l'année 2004, où le taux moyen atteignait 97 % (Action Autonomie, 2005). Malheureusement, aucune information sur le taux de signification ailleurs au Québec n'est disponible et les responsables régionaux n'étaient pas en mesure de donner de l'information à ce sujet.

Le problème soulevé par les informateurs clés des groupes de défense des droits, quant à l'absence de signification, a trait au fait qu'il peut être extrêmement perturbant pour une personne de voir les policiers arriver pour l'amener à un CH sans en connaître les motifs. D'ailleurs, les commissaires aux plaintes des établissements et le Protecteur du citoyen reçoivent des plaintes dont le motif est lié à cette question. Bien davantage que l'absence de signification, c'est le respect du délai de signification qui préoccupe les groupes de défense. Depuis 2002, l'article 779 du Code de procédure civile du Québec stipule qu'un délai de rigueur d'au moins 2 jours francs doit être respecté dans la signification à l'intimé. Or, si l'on considère que 2 jours francs équivalent à 48 heures, à Montréal, le taux de signification respectant ce délai de 48 heures chute à 59,8 % concernant les requêtes de garde autorisée et à 65,7 % concernant les requêtes de renouvellement de garde (Action Autonomie, 2009, p. 47-48). Selon les informateurs clés des groupes de défense des droits, bien que les personnes visées reçoivent une signification dans les 2 jours précédant l'audience, cela ne signifie pas qu'elles ont véritablement 48 heures pour s'y préparer et assurer leur représentation et une défense adéquate. Il reste donc place à amélioration quant aux pratiques concernant la signification et le respect des délais prévus pour la faire.

Le droit à un avocat et le droit d'être présent au tribunal

Selon les informateurs clés des groupes de défense des droits en santé mentale et celui du milieu juridique, bien plus que la signification, c'est la présence au tribunal de la personne visée et surtout sa représentation par un avocat qui font défaut dans le processus judiciaire de l'application de la Loi sur la protection des personnes. Pourtant, il s'agit là d'un aspect fondamental de la Loi qui permet à la personne d'être entendue, d'interroger le requérant et de défendre ses droits. Ainsi, le juge, tenu en principe d'entendre la personne et d'avoir lui-même des motifs sérieux de croire qu'elle est dangereuse et que sa garde est nécessaire (art. 30, C. civ. Q.), peut baser sa décision sur autre chose qu'un formulaire de requête et deux examens psychiatriques ou encore la parole d'une tierce partie.

Dans la dernière recherche d'Action Autonomie (2009) sur les requêtes de garde déposées en 2008 à la Cour municipale de la Ville de Montréal, seulement 1,1 % des personnes visées par une requête de garde provisoire (n = 457) sont présentes à l'audience (p. 77). Dans les cas de requête de garde autorisée (n = 1 559) et de renouvellement de garde (n = 385), les taux moyens de présence de l'intimé à l'audience s'établissent à 33,8 % et 39 % respectivement (p. 78). Concernant les requêtes de garde autorisée, les taux de présence de l'intimé varient de 0 à 100 % selon le CH concerné. Il en va de même des requêtes de renouvellement de garde. Il faut préciser que certains CH n'ont présenté que 3 ou 4 requêtes. Aucune information sur le taux de présence de l'intimé à l'audience ailleurs au Québec n'est disponible et les responsables régionaux n'étaient pas en mesure de donner de l'information sur ce point. Il n'empêche que ces résultats soutiennent les propos des informateurs clés qui constatent que la participation de la personne à l'audience sur sa garde forcée n'est pas une pratique très courante au Québec. Malgré tout, il s'agit d'une nette progression par rapport aux années antérieures (Action Autonomie, 2009, p. 79). Selon les groupes de défense des droits, des efforts de la part des établissements seraient souhaitables afin d'améliorer la participation à l'audience des personnes visées par une requête de mise sous garde.

En ce qui concerne la représentation par un avocat, une recherche récente d'Action Autonomie (2009) indique que pour l'année 2008, à Montréal, les taux de représentation de l'intimé par un avocat à l'audience concernant des requêtes de garde provisoire, de garde autorisée et de renouvellement de garde s'établissent à 1,1 %, 30,5 % et 39 % respectivement (p. 82). Malgré ces faibles taux de représentation par un avocat, les auteurs de la recherche rapportent que la proportion de personnes représentées par un avocat augmente de façon constante concernant l'ensemble des requêtes de garde (p. 82). Ils soulignent aussi que ce taux varie en fonction du CH à l'origine de la requête, du type de requête présentée (autorisée ou renouvellement) et du nombre de requêtes qu'il a présentées dans l'année. Encore une fois, aucun des responsables régionaux n'a abordé cette question et aucune information n'est disponible sur ce sujet ailleurs au Québec. Malgré cela, la situation qui a cours à Montréal suffit pour expliquer que les informateurs clés des groupes de défense des droits en santé mentale souhaitent des améliorations à ce chapitre puisque, comme le montre la recherche d'Action Autonomie (2009), seulement 1 personne sur 4 est représentée par un avocat.

De son côté, l'informateur clé du milieu juridique explique les raisons pour lesquelles l'accès à un avocat est semé d'embûches pour les personnes visées par l'application de la Loi sur la protection des personnes. D'abord, les CH les informent peu sur leur droit de consulter un avocat, du moins pas systématiquement. Il s'agit là d'un constat que les responsables régionaux n'étaient pas en mesure de confirmer. Ensuite, l'obligation des policiers d'informer la personne de son droit de consulter un avocat, au moment où ils décident de la conduire contre son gré à l'urgence, serait variablement respectée, ce qu'il n'est pas possible de confirmer, vu l'absence de données sur ce point. De plus, l'offre de services juridiques reste faible, car les avocats prêts à se charger de ce genre d'affaire semblent peu nombreux. Au dire d'informateurs clés de l'AGIDD-SMQ, plusieurs avocats ne croiraient pas à la défense de ces personnes ou trouveraient la tâche compliquée. Quant à l'accès aux services d'aide juridique, d'une part les maigres honoraires versés aux avocats qui acceptent ces mandats les empêchent de consacrer suffisamment de temps pour faire leur travail de manière assidue ou minutieuse. En outre, dans certains bureaux d'aide juridique, l'organisation du travail fait en sorte qu'aucun avocat n'est disponible en temps utile pour s'occuper de ces causes, compte tenu du court laps de temps entre la signification à la personne et l'audience. D'autre part, l'accès à l'aide juridique est trop restreint pour répondre aux besoins, puisqu'elle ne s'adresse pratiquement qu'aux personnes qui sont bénéficiaires de l'aide sociale, alors que plusieurs personnes faisant l'objet d'une requête de garde peuvent avoir des capacités financières très limitées sans pour autant bénéficier d'une aide sociale. Enfin, de manière générale, les avocats manquent de formation sur l'application de la Loi, et encore plus sur la

défense des droits en santé mentale. C'est pourquoi, selon les informateurs clés des groupes de défense des droits et du milieu juridique, il est impératif d'augmenter la visibilité des groupes de défense des droits en santé mentale à l'urgence des CH dans toutes les régions du Québec, par la distribution systématique du dépliant du MSSS sur la garde en établissement et du *Guide de survie – La garde en établissement*, réalisé par l'AGIDD-SMQ (2007).

SE CONCERTER : PRÉSUPPOSITION À L'APPLICATION DE LA LOI

Fait connu et reconnu : les relations de collaboration ou de partenariat sont complexes, difficiles et requièrent des efforts de la part de tous. Selon plusieurs auteurs (CSMQ, 1997; Perreault, Bernier, Tardif, Mercier et Grenier, 1999), les conditions d'efficacité de partenariat passent par le développement d'une vision commune des services à offrir. Pour y arriver, la mise sur pied de comités de travail (concertation ou autre) apparaît souvent déterminante de la bonne marche de l'implantation de projets régionaux. L'adoption d'un cadre de référence, aussi appelé cadre d'intervention, apparaît essentielle puisqu'elle force à clarifier l'ensemble des paramètres de l'entente de partenariat en cristallisant la compréhension de tous, eu égard aux rôles et aux responsabilités de chacun des acteurs dans l'application du projet et aux manières de faire les plus stratégiques pour le réaliser. Également, il faut que des mécanismes de suivi soient prévus, tels qu'un comité de suivi permettant le maintien de la concertation et favorisant les ajustements de manière ponctuelle, sans compter le règlement des irritants. Enfin, la dernière condition pour rendre le partenariat efficace est de planifier l'évaluation des travaux et des relations de collaboration. Il n'en va pas autrement de l'application de la Loi sur la protection des personnes, bien que, comme l'a fait remarquer le responsable régional de Montréal, cette loi ne traite pas du partenariat.

Selon les huit responsables des agences des régions dotées, ou presque, d'un cadre de référence, le contenu de cette entente, à laquelle les différents partenaires impliqués dans l'application de la Loi sur la protection des personnes sont parvenus, répond à ce qui était attendu. Ces cadres de référence incluent un résumé de la Loi ainsi que les objectifs communs à atteindre relativement au nouveau cadre juridique introduit par la Loi. Les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires dans le cadre de son application y sont également consignés de même qu'une description sommaire des manières de faire. Par contre, la liaison au quotidien entre les CH et les SASC désignés n'y est pas systématiquement indiquée, ce qui n'empêche pas que des mécanismes de liaison soient en place dans la plupart des régions qui ont un cadre de référence. Dans le Bas-Saint-Laurent, un poste d'infirmière de liaison en santé mentale est en place à l'urgence des deux CH régionaux. Il en va de même à Laval et en Montérégie, où une infirmière de liaison en santé mentale est présente dans les urgences hospitalières. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, ce même mécanisme de liaison est présent dans quatre CH sur les six que compte la région. Sur la Côte-Nord, l'infirmière de l'urgence peut contacter le service Info-santé et Info-social, la ligne étant réservée tant aux intervenants qu'aux policiers. Il faut dire que ce poste à la liaison est suggéré dans le *Guide de gestion de l'urgence* (MSSS-AQESSS, 2006) pour tous les hôpitaux d'importance. Le Plan d'action en santé mentale du MSSS (2005) le recommande aussi, puisqu'il permet de renforcer les liens entre le service de l'urgence et les unités d'hospitalisation, les cliniques externes et les services dans la communauté (services de première ligne en CSSS, SASC, organisme communautaire, médecin en bureau privé, centre de jour, etc.).

À la suite de l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection des personnes, 13 régions ont mis sur pied un comité de concertation en vue d'établir un cadre de référence régional ou un modèle de service d'aide en situation de crise. Les 3 régions qui n'ont pas fourni d'information sur ce point sont la Mauricie-Centre-du-Québec, l'Abitibi-Témiscamingue et le Nord-du-Québec. C'est donc dire que la majorité des régions se sont concertées en vue d'établir au moins des SASC susceptibles de remplir le mandat accordé par la Loi. La plupart de ces comités ont ralenti ou cessé leurs activités quelques temps après la mise sur pied des services. Par contre, des comités locaux, par territoire de MRC ou sous-région, sont encore actifs. Dans le Bas-Saint-Laurent, il est prévu que les protocoles d'entente signés entre les CSSS et les différentes parties concernées soient revus annuellement et les questions touchant à l'application de la Loi sur la protection des personnes sont traitées dans les différentes structures de concertation régionales. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, les comités locaux d'arrimage sont restés en place afin de régler les différends et de faciliter le maillage. De plus, la désignation d'une personne-ressource à l'échelle régionale facilite l'avancement des travaux et la mise en réseau des différents acteurs impliqués dans l'application de la Loi. En Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, quelques comités locaux sont actifs, d'autres pas, alors que le comité régional ne s'est pas réuni depuis 18 mois. À Laval, 2 instances sont en mesure de faire un suivi en cas de difficulté d'application du cadre de référence sur l'application de la Loi, soit le Groupe de travail sur le continuum des services de crise et la Table sur la prévention du suicide, créée par le Comité d'orientation et de

coordination du réseau de services intégrés (COCRSI). Dans Lanaudière, le comité de suivi s'est réuni au moins 2 fois par an afin d'assurer le bon fonctionnement du cadre de référence sur la Loi et des ententes de services qui en découlent. Dans les Laurentides, un comité regroupant des intervenants du centre-sud de la région tient toujours des rencontres. Dans la Capitale-Nationale, un comité de suivi de l'application de la Loi est actif, alors qu'à Montréal, la Table psychiatrie-justice, qui traite notamment de la Loi, existe toujours. Même chose en Outaouais où la Table intersectorielle santé mentale-justice discute régulièrement de l'application de la Loi, bien que son mandat soit beaucoup plus large. En outre, dans cette région, un sous-comité de travail, dont le mandat touche directement à l'application de la Loi, a été constitué récemment. Ce sous-comité doit revoir les mécanismes d'application de la Loi, l'accessibilité aux services et la prise en charge des personnes lors d'une situation de danger grave et immédiat, en plus d'élaborer un protocole d'entente entre le CSSS de Gatineau et les services policiers concernant l'application de l'article 8. Dans Chaudière-Appalaches, trois comités actifs peuvent traiter des questions relatives à la Loi, le comité santé-justice et deux sous-comités, celui sur les ententes de partenariat et l'autre, sur les trajectoires de service. Sur la Côte-Nord, un comité intersectoriel régional de concertation et de coordination, qui ne traite pas directement de l'application de la Loi mais plutôt du modèle d'intervention en situation de crise, est toujours en place. En Estrie et en Montérégie, plus aucun mécanisme de concertation n'est encore actif.

Les responsables en santé mentale des agences régionales ne semblent avoir aucun doute quant au rôle stratégique qu'ont pu avoir leurs comités respectifs à un moment donné ou à un autre pour aplanir les difficultés qui se sont présentées. Dans les régions où les comités ont été les plus actifs ou sont encore en activité, les travaux nécessaires au perfectionnement du modèle de services (réseautage des SASC entre eux, examen et ajustement des protocoles d'intervention, tenue des discussions nécessaires aux changements de pratiques, etc.) ont pu être poursuivis.

À la suite de la décision ministérielle de développer le service Info-santé et Info-social dans chacune des régions du Québec, les agences régionales ont réactivé leur comité de départ ou en ont créé un nouveau afin d'harmoniser la réponse téléphonique et la réponse mobile, d'instaurer les protocoles d'intervention Info-social et de remplir les autres tâches connexes à ce projet.

De leur côté, des informateurs clés, l'un des services policiers, celui du RESCICQ et quelques-uns de l'AGIDD-SMQ, ont révélé que la cessation des activités du comité de concertation de leur région a empêché la poursuite des échanges sur des sujets importants relativement à l'application de la Loi sur la protection des personnes. Ils citent le faible nombre de demandes des policiers auprès des SASC, les changements de pratique à envisager, dont l'intervention à privilégier pour faire face à la demande d'un tiers à propos d'une personne proche qui présenterait un danger. Les réponses de nos interlocuteurs soulignent que là où le moment de la prise en charge par le CH a été négocié à la pièce avec chacun d'eux, les comités n'étaient plus actifs ou le cadre de référence, inexistant. Ces exemples laissent supposer que la cessation des activités des comités de concertation ou l'absence d'un cadre de référence posent des difficultés spécifiques aux différents arrimages nécessaires à l'application harmonieuse et judicieuse de la Loi.

Parmi les difficultés les plus marquantes qui ont été relevées dans les relations de collaboration, il y a certainement les tensions entre les organisations, causées par le manque de ressources ou d'effectifs, l'apprentissage exigeant du travail de concertation, qui consiste à réunir autour d'une même table des acteurs peu habitués à échanger sur leurs pratiques et dont les approches diffèrent souvent. Quant à la direction de ces tables de concertation, trois régions ont mentionné qu'un questionnement s'était posé. Dans une région, le responsable régional en santé mentale de l'agence considère que cette dernière ne devrait pas y être impliquée, mais dans cette région, les deux sous-comités régionaux ont déjà acquis une tradition de travail en collaboration avec leurs partenaires. Dans une autre région, il a récemment été convenu, lors d'une rencontre du comité régional de suivi avec les partenaires concernés que dorénavant, la responsabilité du suivi de l'articulation des services relatifs à l'application de la Loi sur la protection des personnes serait attribuée à l'échelle locale plutôt qu'à l'échelle régionale.

CAS SPÉCIFIQUES DES RÉGIONS DU NUNAVIK ET DES TERRES-CRI-DE-LA-BAIE-JAMES

Les résultats des régions sociosanitaires du Nunavik et des Terres-Cri-de-la-Baie-James sont présentés à part en raison des caractéristiques culturelles de leurs populations et des conditions géographiques particulières de leurs territoires.

Situées dans le Grand Nord du Québec, ces régions sont immenses et leurs populations, très dispersées. Celle du Nunavik, composée à 90 % d'Inuits, compte 11 700 habitants répartis dans 14 communautés ou villages le long de la côte de la Baie de l'Ungava et de la côte de la Baie d'Hudson. De son côté, la région des Terres-Cri-de-la-Baie-James ou le Territoire Cri, situé au sud du Nunavik, compte 14 000 habitants, regroupés en communautés criées et résidant en majorité dans les 9 villages dispersés le long de la côte de la Baie James. Les services de santé et les services sociaux sont administrés par le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James en vertu de la Convention de la Baie James.

Le Nunavik

Le Nunavik dispose de deux centres de santé, soit le Centre de santé (CS) Tulattavik de l'Ungava et le CS Inulitsivik de l'Hudson. Chacun est responsable de dispenser les services de santé et les services sociaux à la population des sept villages situés sur son territoire. Ces CS ont des rôles multiples; ils servent à la fois de centre hospitalier (CH), de centre local de services communautaires (CLSC), de centre de protection de la jeunesse (CPJ) et de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). En général, chaque village dispose d'un point de services (CLSC) où du personnel infirmier (1 à 4 infirmières) est présent en tout temps, en plus du personnel en service social disponible en semaine durant le jour. Chaque point de services est desservi une fois par mois par un médecin de son CH de rattachement.

Dans toute la région, deux ressources spécifiques en santé mentale sont disponibles, l'une visant à soutenir la réinsertion sociale, l'autre pour les besoins aigus et les situations de crise, mais aucun des deux CS ne dispose d'une équipe multidisciplinaire spécifique de première ligne en santé mentale officiellement constituée. C'est pourquoi les SASC font partie des tâches du personnel des points de services de chaque village. Face à une situation de danger, l'infirmière, à la suite de son évaluation de la situation, consulte le médecin de son CH de rattachement au sujet de la décision à prendre. Si un retrait du milieu est nécessaire, elle pourra utiliser la salle d'isolement de son point de services s'il en est doté, sinon la cellule du poste de police devra être utilisée. Plusieurs des 14 points de services ne sont pas équipés de salle d'isolement conforme qui permette la protection des personnes et les services policiers sont souvent mis à contribution pour effectuer un retrait du milieu. Les agents de la paix, qui sont souvent seuls en service, veulent bien surveiller les cas d'intoxication et de potentiel suicidaire; ils sont toutefois réticents lorsqu'il s'agit de personnes médicamentées ayant un trouble mental grave et présentant un danger, car ils considèrent que ce n'est pas de leur ressort. De son côté, le personnel de santé ne veut pas se rendre au poste de police, où les conditions de garde et d'observation sont loin d'être idéales.

Lorsque le retrait du milieu ne suffit pas à résorber la crise, la décision d'orienter la personne en crise au CH entraîne de nombreuses difficultés. Les compagnies de transport aérien hésitent ou refusent de faire monter à bord des personnes agitées et les frais ainsi générés, auxquels s'ajoutent ceux d'un accompagnateur, sont très élevés. Lorsque la personne est amenée par un policier au CS, l'infirmière assume sa prise en charge puis avise le médecin. Aucune demande d'ordonnance n'est faite par la suite. La garde provisoire n'a été demandée qu'une seule fois en 16 ans, alors que, par hasard, la cour itinérante était présente dans la région. Évidemment, aucun avocat ni service de soutien ne sont disponibles pour la personne en crise et ses proches.

La garde préventive est surtout utilisée pour les personnes intoxiquées dont l'état présente un danger grave et immédiat, notamment les cas de potentiel suicidaire, mais elle est toujours de très courte durée. Il faut dire que la région affiche l'un des taux de suicide les plus élevés du Québec (INSPQ, 2004). Les seules personnes qui sont orientées vers les régions situées plus au sud, surtout à Malartic ou à Montréal, sont celles qui posent des difficultés particulières de diagnostic et de traitement.

En 2004, un protocole d'entente de collaboration intersectorielle avait été proposé relativement à l'application de la Loi sur la protection des personnes, mais il n'a pas été signé, le service de police refusant que les cellules de ses postes servent de salle d'isolement, notamment pour les personnes médicamentées qui sont en crise et qui présentent des symptômes de trouble mental grave (épisode psychotique).

Finalement, le responsable en santé mentale de l'agence de cette région considère que l'organisation de services en place ne permet pas d'atteindre les exigences requises pour l'application de la Loi. Le manque de personnel spécialisé en psychiatrie, la difficulté de rétention du personnel, aussi bien dans le secteur de la santé et des services sociaux que dans celui de la sécurité publique, les conditions d'embauche peu attrayantes ou encore le manque d'infrastructures pour accueillir les employés nordiques compliquent la volonté des gestionnaires de fournir une gamme complète de services. Cependant, depuis peu, une équipe de recherche-action en santé mentale, financée par Santé Canada, a été mise en place dans chacun des CS. Le mandat de ces équipes vise l'amélioration des services en santé mentale destinés aux jeunes et aux adultes du Nunavik. Dans le cadre de cette recherche, qui doit prendre fin au 31 mars 2011, les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dans la réalité nordique sont analysées et des solutions pourraient en émerger. À la fin du projet, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik espère trouver les fonds nécessaires afin que ces équipes deviennent les premières entités officielles et permanentes en santé mentale. En outre, des démarches sont présentement en cours auprès d'organisations de SASC d'autres régions en vue d'obtenir l'expertise et le soutien médical requis pour une mise à niveau de l'organisation de services, nécessaire à l'application de la Loi.

Les Terres-Cri-de-la-Baie-James

Afin de dispenser les soins et les services sociaux à sa population, le Territoire Cri compte sur un CH de 26 lits, doté d'un département de médecine que des médecins spécialistes visitent de 2 à 3 fois par année (ex. : pédiatre, obstétricien, etc.), et sur deux CLSC ayant des points de services (dispensaires) dans chacun des 9 villages satellites. Du personnel infirmier est présent en permanence dans chacun des dispensaires, dont certains reçoivent également des médecins résidents ou des médecins visiteurs. Depuis plusieurs années, aucun psychiatre n'a fait de visite au CH, bien qu'heureusement, un psychiatre visite 3 des villages de l'intérieur des terres à raison de quelques fois par année.

Les services sociaux sont assurés par des travailleurs sociaux autochtones. Leur formation est adaptée aux tâches qu'ils doivent faire auprès des membres de leur communauté. Ces tâches ressemblent à celles d'un travailleur social à l'accueil et à celles relevant des programmes courants d'un CLSC. Ainsi, ils doivent répondre aux situations de détresse psychologique ou de stress, mais également aux situations d'urgence et de crise suicidaire, sans compter les suivis. On trouve également une équipe de 9 professionnels visiteurs – à l'image des médecins visiteurs qui viennent du sud –, composée de psychologues, de travailleurs sociaux, etc., dont 4 membres sont d'origine autochtone ou ont développé une compréhension particulière de la réalité autochtone.

Les SASC ne s'y trouvent pas comme tels. Actuellement, lorsqu'une personne est en situation de crise, soit que la communauté fasse appel à des intervenants jugés crédibles à ses yeux, soit qu'elle oriente la personne vers le dispensaire ou le CH ou l'y fasse conduire par les policiers. Il s'agit le plus souvent de personnes intoxiquées par l'alcool ou par les drogues et qui présentent un potentiel suicidaire ou qui sont particulièrement agitées. L'intervention consiste à trouver un endroit qui permette le retour à un état normal ou au calme. Dans les villages, les dispensaires n'ont pas de salle d'isolement permettant de garder une personne en crise, d'où l'utilisation des cellules du poste de police, dont les agents collaborent de leur mieux bien qu'ils n'aient reçu aucune formation concernant la Loi sur la protection des personnes ou sur l'intervention de crise. Le transport ambulancier est effectué par des services élargis de premiers répondants, mais la plupart du temps, le transport au CH sera effectué par les policiers.

Arrivée au CH, où il n'y a pas d'attente à la salle d'urgence, la personne présentant un potentiel suicidaire sera gardée en observation et un employé d'un service privé ou un membre de la famille sera chargé de la surveiller. Au moment de son congé du CH ou du dispensaire, une recommandation à l'équipe des services sociaux autochtones de la communauté est faite. En cas de refus, le médecin s'occupe personnellement d'assurer la sécurité de la personne par des relances ou une orientation vers d'autres services. Ainsi, il pourra diriger la personne vers l'équipe de professionnels visiteurs. Malgré son accessibilité réduite – les professionnels ne demeurant dans la région que durant de courtes périodes –, le service est recherché en raison d'une perception de meilleure garantie de la confidentialité. Ces professionnels sont également disponibles en tout temps, par téléphone, pour les personnes dont ils assurent le suivi. Cependant, la disponibilité de cette équipe demeure fragile, principalement en raison du taux élevé de roulement du personnel. Malgré ces difficultés, peu de personnes ayant un problème de santé mentale sont dirigées vers les hôpitaux situés plus au sud, soit l'Institut Allan Memorial, l'Hôpital Royal Victoria ou l'Hôpital de Montréal pour enfants, à Montréal, ou encore au CH de Val-d'Or.

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes
dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Finalement, le principal problème est lié à la stabilité des intervenants et à leurs qualifications, notamment l'absence de professionnels spécialisés en psychiatrie, qui complique la volonté des gestionnaires de fournir une gamme complète de services en santé mentale, y compris les SASC désignés pour l'application de la Loi sur la protection des personnes. Cependant, une entente de services est sur le point d'être signée entre l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Cette entente permettrait à l'ensemble de la population de la région de bénéficier, régulièrement, de services spécialisés en santé mentale. Avec ce corridor de services, y compris la présence d'un psychiatre sur place (équivalant à 12 semaines par année) afin de répondre aux besoins d'évaluation diagnostique, de plan de soins, de suivi de la médication et de formation du personnel, appuyé par d'autres professionnels de la santé mentale, la région pourrait répondre aux exigences de la Loi en matière de formation, de soutien médical et de consultation téléphonique jour et nuit.

CHAPITRE 5 – ANALYSE ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des résultats porte à la fois sur le bilan des difficultés associées à l'application de la Loi sur la protection des personnes et les progrès réalisés à ce chapitre, notamment depuis l'enquête menée par le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) en 2000 et les recommandations qu'il a émises dans l'avis qui a suivi (CSMQ, 2001). Les réalisations les plus prometteuses et les défis qui restent à relever sur le plan de l'organisation des SASC, de la collaboration intersectorielle et du respect des droits nécessaires à une application harmonieuse et judicieuse de la Loi seront présentés. Comme ces thèmes ont été abordés avec les responsables régionaux du programme de services en santé mentale, ceux-ci prennent part à cette analyse, qui mène à l'élaboration de recommandations visant à améliorer l'application de la Loi.

ESTIMER LE DANGER

Au chapitre de l'unique critère d'application de la Loi qu'est le danger associé à un état mental perturbé, les résultats de l'enquête montrent que celui-ci reste à définir et à clarifier, surtout du point de vue des informateurs clés. Du côté des responsables régionaux en santé mentale, les résultats indiquent que les difficultés associées à l'estimation du danger ont été surmontées là où une expertise sur cette question s'est développée et où du soutien clinique et des outils cliniques communs et très détaillés sont utilisés par les partenaires impliqués dans l'application de la Loi. Cette expertise, ce soutien et ces outils existent, mais ne sont pas suffisamment connus, utilisés ou disponibles partout.

Chez les représentants du secteur médical, le fait que le danger soit l'unique critère permettant de garder une personne en établissement semble poser problème. De leur point de vue, la Loi sur la protection des personnes devrait permettre non seulement de garder la personne en danger, mais surtout, sinon avant tout, de lui administrer des soins. Pour un professionnel de la santé, il est probablement tout à fait naturel que le besoin de soins prenne le pas sur d'autres considérations. Et cette position du secteur médical pourrait expliquer, du moins en partie, la difficulté, le malaise ou la méconnaissance des médecins par rapport à l'application de la Loi, tels que l'ont rapporté au moins cinq responsables régionaux en santé mentale. Cette position pourrait aussi expliquer le fait, comme nous l'avons vu et comme l'ont mentionné plusieurs participants, que la décision d'un médecin d'appliquer la Loi soit parfois remise en cause, que ce soit par la personne visée ou par un groupe de défense des droits en santé mentale ou encore par un juge.

Les médecins doivent pourtant savoir que d'autres mécanismes que la Loi sur la protection des personnes permettent l'administration de soins, dont l'ordonnance de traitement obtenue en Cour supérieure. Mais, pour nombre d'entre eux, c'est aussi, et même peut-être surtout, la multiplication des démarches légales à effectuer pour finalement parvenir à soigner quelqu'un qui les rebutent. Le monde médical, représenté notamment par les établissements de santé, voit parfois les démarches légales qu'il a l'obligation d'entreprendre comme des démarches complexes et très coûteuses que les établissements n'ont pas les moyens de mettre en œuvre ou encore, leur personnel est peu au fait des obligations légales qui leur incombent. Ces valeurs, ces croyances ou cette méconnaissance des aspects légaux de l'exercice médical peuvent permettre de comprendre les raisons pour lesquelles toutes sortes de moyens de contournement sont mis en œuvre en vue d'amener la personne à consentir aux examens psychiatriques et aux soins, évitant ainsi les démarches légales, comme le fait de ne pas l'informer tout de suite de son statut de personne sous garde ou de présumer de son consentement plutôt que d'obtenir son consentement libre et éclairé. Par conséquent, un effort soutenu de sensibilisation, de formation et de disponibilité d'outils pratiques sur les aspects légaux de la profession médicale et en particulier sur l'application de la Loi sur la protection des personnes et destinés au personnel des établissements de santé est nécessaire.

C'est un peu le même constat qui s'impose chez les agents de la paix, où le manque de connaissances sur la Loi sur la protection des personnes, sur la finalité de l'intervention en situation de crise dans le cadre de son application et sur les outils utiles à l'estimation du danger associé à un état mental perturbé joue en défaveur de son application harmonieuse et judicieuse. Comme l'ont souligné des participants à l'enquête, beaucoup de policiers seraient mal à l'aise d'intervenir dans les cas dits de « santé mentale » en général, notamment parce qu'ils ne se sentent pas bien « outillés » pour le faire. Leur idéologie professionnelle, l'organisation de leur travail voulant qu'ils règlent rapidement la situation qui pose problème ou encore le manque de connaissances ou d'accès concernant les services d'aide en situation de crise désignés pour les

appuyer contribuent à ce malaise. Parfois aussi, les policiers s'offusquent du fait qu'une personne qu'ils ont amenée à l'urgence n'y soit pas gardée ou encore, ils ne partagent pas la décision prise par l'intervenant du SASC, révélant ainsi un écart entre leur propre définition du danger grave et immédiat et celle des professionnels du réseau de la santé chargés d'appliquer la Loi.

C'est pourquoi il y aurait lieu de favoriser et de multiplier les activités conjointes entre les deux réseaux; qu'il s'agisse de formations sur la Loi, sur l'intervention en situation de crise, sur les droits en santé mentale ou de l'adoption d'outils communs d'évaluation de la situation de crise et d'estimation du danger, par exemple des schémas d'aide à la décision ou des trajectoires claires de services. La désignation d'un SASC au service exclusif des policiers, la composition d'équipes conjointes de travail, la présence d'un intervenant du SASC au poste de police, celle d'un policier au CIC ou les sorties en duo (patrouilleur et intervenant de la garde mobile) sont tous des moyens qui favorisent l'adoption d'une vision commune permettant de bien circonscrire les situations de danger grave et immédiat, tout en rehaussant la disponibilité et l'accessibilité des SASC pour les policiers.

Comme les résultats de l'enquête l'indiquent, ces initiatives et ces moyens existent. Ils font d'ailleurs partie des plus belles réalisations soulignées par les responsables régionaux en santé mentale, qu'il s'agisse de l'expertise développée et des outils élaborés par le service Info-Santé et Info-Social, là où il est bien implanté, ou de ceux d'organismes communautaires tels que des CIC ou des CPS ou encore d'organismes spécialisés, dont PECH et UPS-Justice, très actifs dans leur région et qui exercent un bon leadership auprès des partenaires. La formation systématique et continue et l'accès à du soutien clinique pour tous les intervenants appelés à appliquer l'article 8 de la Loi sont aussi désignés par les responsables régionaux comme des facteurs permettant de surmonter les difficultés associées à l'évaluation de la situation de crise et à l'estimation du danger. Le problème, c'est qu'ils sont loin d'être généralisés ou suffisants partout. Au sujet des défis qui restent à relever, les responsables soulignent l'estimation du danger dans les cas de clientèles spécifiques telles que les mineurs, les Autochtones, les personnes âgées souffrant de déficits cognitifs ou encore les cas de troubles concomitants.

Comme l'ont souligné les représentants des groupes de défense des droits en santé mentale et ceux du Protecteur du citoyen, une meilleure application de la Loi sur la protection des personnes ne nécessite pas d'en modifier l'unique critère d'application, mais plutôt de mettre en place les moyens qui en permettent une compréhension plus claire, rigoureuse et conforme à son esprit. À cet égard, la contribution et la collaboration des acteurs du secteur de la justice et de la sécurité publique sont nécessaires, tout comme celles des facultés de médecine, du Collège des médecins et des associations médicales.

Par conséquent, en vue de mieux définir, clarifier et circonscrire les situations de danger et de danger grave et immédiat associées à un état mental perturbé, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que le MSSS, en collaboration avec les acteurs concernés, mette en place un comité de travail qui soit chargé :
 - a. d'opérationnaliser une procédure standard d'évaluation de la situation de crise et d'estimation du danger qui réponde au besoin de protection visée par la Loi sur la protection des personnes et qui tienne compte de la diversité des situations en cause, notamment en dressant la liste des outils déjà utilisés, dont la grille d'évaluation de la dangerosité (ainsi nommée dans le document intitulé *Guide de gestion de l'urgence*, MSSS et AQESSS, 2006, p. 53) et en procédant à leur évaluation;
 - b. de mettre au point, à partir des formations déjà existantes, une formation nationale commune sur la Loi sur la protection des personnes, adaptable aux diverses réalités régionales d'organisation de services, et qui inclue la procédure retenue et un survol des articles de lois connexes à la Loi sur la protection des personnes ou qui ont une incidence sur son application (respect des droits et recours en santé mentale, ordonnances de traitement, Loi sur la protection de la jeunesse, etc.);
 - c. d'établir une base permanente de développement et de transfert d'expertise et de soutien clinique sur l'application de la Loi sur la protection des personnes, notamment quant à l'estimation du danger, à l'évaluation de l'état mental et à l'intervention en situation de crise, qui soit disponible pour appuyer la mise en œuvre de ces moyens dans toutes les régions ou pour discuter des cas complexes ou plus rares;
 - d. de définir le mandat, à l'échelle nationale, d'un comité permanent de suivi de l'application de la Loi sur la protection des personnes.

- 2) Que les ASSS organisent, en collaboration avec les partenaires concernés, une diffusion conjointe de cette formation à tous les intervenants de première ligne d'une même région ou sous-région en même temps (intervenants des SASC, policiers patrouilleurs, techniciens ambulanciers paramédicaux, personnel des urgences hospitalières) afin de favoriser une interprétation et une vision partagées de la Loi et de son unique critère d'application.

Compte tenu du taux élevé de roulement du personnel en première ligne dans le réseau de la santé comme dans le réseau de la sécurité publique, la formation nationale commune devrait être diffusée périodiquement ou être disponible en permanence, selon les besoins exprimés dans chacune des régions. Elle devrait aussi faire l'objet d'une mise à jour régulière, à partir de la base permanente d'expertise et de soutien clinique, afin de tenir compte de l'évolution ou des changements législatifs susceptibles d'intervenir dans les lois ou les politiques gouvernementales qui ont un lien avec la Loi sur la protection des personnes. Quant à la base permanente d'expertise et de soutien clinique sur l'application de la Loi, elle pourrait être intégrée au Centre national d'excellence en santé mentale de la Direction de la santé mentale du MSSS, tout comme le comité national permanent de suivi de l'application de la Loi.

PARTAGER LES RESPONSABILITÉS

Les services d'aide en situation de crise

Au chapitre de la désignation, du mandat, du développement et de la consolidation des SASC, les résultats de l'enquête montrent que beaucoup de progrès ont été faits depuis l'enquête du CSMQ sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes (CSMQ, 2000) et la publication de l'avis qui a suivi (CSMQ, 2001). C'est d'ailleurs à ce chapitre que la majorité des responsables régionaux soulignent le plus grand nombre de belles réalisations. Malgré cela, les réponses à l'enquête font état de difficultés récurrentes, surtout concernant les SASC mobiles, dont la couverture n'est pas complète partout en raison de l'étendue du territoire et de la faible densité de la population, et concernant l'hébergement de crise, dont la nature ne convient pas toujours à la situation.

À l'époque de l'enquête du CSMQ (2000), en septembre 1999, seuls les modèles régionaux d'organisation de SASC de six régions (SLJ, CN, EST, MTL, OUT et CAP) étaient opérationnels et tous montraient de sérieuses difficultés de fonctionnement. De plus, dans quatre régions (BSL, LAN, LAU et MONT), les modèles de SASC étaient partiellement opérationnels ou en phase de consolidation, alors que dans les six autres régions, les modèles de SASC en étaient soit à la phase de leur définition (MCQ, ABT, CND et GÎM), soit à la phase de leur implantation (LVL) ou ce « dossier » n'avait pas encore été abordé par la régie régionale de l'époque (NDQ).

Au moment de la présente enquête, bien que tous les SASC requis ne soient pas présents partout, notamment en raison d'un manque de ressources, ce dossier fait l'objet d'une attention soutenue dans la majorité des ASSS. Toutes les régions ont franchi les étapes de définition et d'implantation d'un modèle de SASC en mesure d'assumer son rôle de première ligne en santé mentale. Selon les résultats, dans neuf régions (BSL, SLJ, CN, EST, MTL, OUT, CAP, LVL et LAN), un modèle d'organisation de SASC est opérationnel et fonctionnel relativement à tous les rôles d'un SASC (réponse téléphonique jour et nuit, intervention mobile en personne jour et nuit, suivi à très court terme, hébergement de crise et urgence hospitalière). Dans les autres régions, les modèles de SASC sont partiellement opérationnels ou en phase de consolidation, dont 3 (MCQ, ABT et MONT) qui accusent un sérieux retard à cet égard.

Il faut dire à la décharge des responsables régionaux de l'organisation des services que certains facteurs sont venus ralentir le développement des SASC. Il y a d'abord le fait que, historiquement, le secteur de la santé mentale souffre d'un sous-financement chronique compte tenu de l'incidence des troubles mentaux qui ne cesse d'augmenter (Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. 5). Ensuite, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection des personnes, sont venues s'ajouter de nouvelles responsabilités qui ont nécessité, pour les SASC, un plus grand investissement en ressources humaines et matérielles, lequel, ni à l'époque ni même depuis, n'a pas été pris en compte à l'échelle nationale en matière de budgets de développement spécifiques attribués aux régions pour les SASC désignés. Par conséquent, les régions historiquement désavantagées quant à l'allocation des ressources en santé comparativement aux besoins établis pour elles (pauvreté relative des régions) ont éprouvé davantage de difficultés à assumer ces nouvelles responsabilités. Il y

a aussi la réforme intervenue dans le secteur de la santé et des services sociaux, avec la mise en place des réseaux locaux de services à la suite de l'adoption en 2005 de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (L.Q., 2005, c. 32), qui a obligé les régions à repenser et à réorganiser le modèle des SASC déjà en place. Peu de temps après, l'adoption du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens (MSSS, 2005), qui a remplacé le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998 (MSSS, 1998a), a lui aussi amené les régions à revoir leur plan d'organisation de services en santé mentale, y compris les SASC. Puis, en 2007, avec la décision du MSSS d'étendre le volet social du service Info-Santé et Info-Social à la grandeur du Québec, l'organisation des SASC a dû à nouveau être repensée et revue là où ce volet n'était pas déjà implanté. Ce processus de révision est toujours en cours dans les régions où le volet social n'est pas encore en fonction (BSL, CN, MTL, OUT, ABT, NDQ, GIM et LVL) et, à certains endroits, il suscite des inquiétudes quant à son impact sur l'organisation de SASC mis en place en vue de répondre aux exigences de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes.

Finalement, il faut souligner que l'application de la Loi sur la protection des personnes est, à l'échelle nationale, la responsabilité de la Direction de la santé mentale du MSSS, alors que les orientations, les politiques et la planification du développement des SASC relèvent de la Direction des services sociaux généraux. Par conséquent, le libellé de l'article 8 de la Loi, désignant un SASC comme « un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les **plans d'organisation des services en santé mentale** prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux »⁶⁵ ne convient plus vraiment, puisque les SASC ne relèvent plus du programme services en santé mentale mais plutôt du programme de services psychosociaux généraux, du moins quant aux volets « jour et nuit » au téléphone et en personne. Aussi, l'organisation des SACS sur le terrain, en particulier lorsqu'il s'agit de leur mandat en vertu de la Loi sur la protection des personnes, exige davantage de concertation, de coordination et de collaboration, compte tenu de la multiplicité des acteurs en cause. Toutefois, en l'absence de mécanismes officiels, par exemple un comité de suivi de l'application de la Loi, la concertation est souvent plus aléatoire ou ponctuelle.

De fait, dans au moins six régions (EST, OUT, ABT, GIM, LAN et LAU), cette multiplicité et ce fractionnement des organisations désignées pour répondre à l'un des nombreux volets du mandat des SASC ou à l'une ou l'autre des clientèles spécifiques visées ont été soulignés par de nombreux participants à l'enquête comme une source de confusion pour la population et les partenaires ou comme un frein à une application harmonieuse de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes. Ces deux caractéristiques de certains modèles régionaux d'organisation de SASC forcent aussi les ASSS à prendre une part plus active dans l'intégration des services, rendue plus complexe de ce fait, et dans le regroupement des acteurs pour les amener à travailler ensemble d'une manière complémentaire et harmonieuse. Dans ces conditions, un leadership fort et proactif apparaît essentiel. On le constate d'ailleurs dans les résultats de l'enquête puisque dans les régions où l'agence s'est fortement impliquée, (BSL, SLJ, CN, OUT, CAP, LVL, LAN et LAU), tant à l'époque de l'adoption de la Loi que par la suite, le mandat dévolu aux SASC en vertu de la Loi est mieux défini, les SASC sont plus opérationnels et fonctionnels, des cadres de référence ou des protocoles d'entente ont été adoptés et des mécanismes de suivi de ces cadres ou protocoles existent. Dans les trois régions les moins avancées sur le plan de l'organisation des services (MCQ, ABT et MONT), les résultats de l'enquête indiquent que le « dossier » de la Loi sur la protection des personnes a souffert d'un leadership sporadique ou anémique, qu'aucun cadre de référence ou protocole d'entente n'a été adopté et qu'aucun mécanisme de suivi du modèle de SASC mis en place ou de l'application de la Loi n'existe.

En conséquence, en vue d'assurer, dans toutes les régions du Québec, une réponse opérationnelle et fonctionnelle au mandat dévolu aux SASC en vertu de la Loi sur la protection des personnes, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que le financement des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes fasse l'objet de budgets ministériels spécifiques de développement.
- 2) Que le MSSS procède à une étude économique des coûts associés à l'application de l'article 8 concernant les SASC qui fonctionnent à l'intérieur de réseaux intégrés de services, en tenant compte des caractéristiques géographiques et populationnelles variables des régions, et qu'il établisse des normes de financement spécifique sur la base de cette étude.
- 3) Que chaque ASSS procède, si ce n'est pas déjà fait, à un recensement et à une analyse organisationnelle de l'ensemble des SASC présents sur son territoire, en vue de déterminer les besoins à combler, de parfaire leur intégration et leur contribution à l'application de l'article 8.

65. C'est nous qui soulignons.

- 4) Que tous les efforts soient consentis par le MSSS et les ASSS afin de compléter et de consolider des SASC qui soient en mesure d'assurer à la personne en situation de crise une intervention dans son milieu et en temps utile, de s'intégrer aux autres services existants et de tenir compte des réalités régionales et sous-régionales.
- 5) Que les compétences et les conditions de travail spécifiques de l'intervention de crise soient reconnues et que le personnel qui travaille dans les SASC désignés bénéficient, s'il y a lieu, d'un ajustement salarial en conséquence, en plus d'une majoration des incitatifs financiers pour les gardes.

Compte tenu des disparités régionales sur le plan du développement, de l'opérationnalisation et de la fonctionnalité des modèles d'organisation des SASC quant à l'application de l'article 8, les modèles mis en place dans les régions où cette application est la plus conforme à l'esprit de la Loi pourraient servir d'inspiration ou de modèles de base à partir desquels des adaptations pourraient être faites selon la diversité des réalités régionales. À cet égard, nos résultats indiquent que le modèle élaboré au Saguenay-Lac-Saint-Jean apparaît pertinent, entre autres du fait que le volet social du service Info-Santé et Info-Social que le MSSS souhaite étendre à toutes les régions y est déjà intégré, que la région partage avec plusieurs autres les difficultés associées aux grandes distances territoriales à parcourir pour le service mobile, qu'elle compte sur son territoire des communautés autochtones qui sont au nombre des clientèles spécifiques qu'il est parfois difficile de desservir, qu'elle s'est penchée sur l'application de la Loi dans le cas de mineurs et que beaucoup de progrès ont été faits quant aux relations de collaboration avec les autres acteurs impliqués dans l'application de l'article 8, soit les services de police et les CH. En région urbaine, le modèle mis en place dans la Capitale-Nationale est intéressant, notamment parce qu'il a fait l'objet d'une évaluation par l'ASSS de la Capitale-Nationale (Racine et Grégoire, 2005), laquelle a démontré qu'il répond aux besoins des partenaires en cause et à l'objectif visé par le mandat dévolu aux SASC dans la Loi sur la protection des personnes.

Les services policiers

Au chapitre du mandat dévolu aux agents de la paix en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, les résultats de l'enquête révèlent des améliorations, notamment en ce qui a trait à l'interprétation de l'article 8 et aux directives qui doivent guider l'intervention policière dans ces cas, comme elles ont été définies dans le document intitulé *Guide de pratiques policières à l'usage exclusif des corps de police* (MSP, 2008). Par ailleurs, alors que d'un côté, beaucoup de policiers se disent mal à l'aise d'intervenir auprès d'une personne en crise du fait qu'ils se sentent peu outillés pour le faire, d'un autre côté, beaucoup hésitent à recourir aux SASC mis à leur disposition pour les soutenir dans ces situations. Cette hésitation serait attribuable soit à un manque de disponibilité de ces services là où ils sont peu développés ou insuffisants, soit à un manque de connaissances sur la présence de ces services ou encore sur leur utilité.

À l'époque de l'enquête du CSMQ (2000), cinq régions (BSL, CN, MCQ, LVL et MONT) n'avaient pas encore entrepris de démarches en vue de mettre en relation les services policiers et les SASC et seulement six régions (SLJ, MTL, OUT, CND, CAP et LAN) avaient amorcé une concertation officielle entre les deux secteurs en vue de parvenir à des ententes de fonctionnement utiles à une application harmonieuse de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes. Dans les autres régions, seules des activités de formation intersectorielle avaient eu lieu. Ce retard dans les démarches de concertation entre le secteur des services de police et celui des SASC était surtout attribuable au manque de développement des SASC dans plusieurs régions.

Aujourd'hui, les SASC sont beaucoup plus opérationnels et fonctionnels dans la plupart des régions et la majorité d'entre elles, soit 11 sur 16, sont parvenues à mettre en place des cadres de référence ou des ententes officielles qui définissent clairement le rôle et les responsabilités dévolus aux policiers. Cependant, il semble que cela ne soit pas suffisant, compte tenu du taux élevé de roulement de personnel en première ligne dans plusieurs corps policiers du Québec, notamment à la Sûreté du Québec, et de la variabilité des manières de faire convenues d'un territoire à un autre. Il semble aussi que l'insuffisance relative à la disponibilité et à la rapidité des SASC, notamment quant aux services mobiles dans certains territoires, joue en défaveur d'un recours plus fréquent et systématique à ces services de la part des policiers.

C'est pourquoi, dans les régions où des efforts sont faits afin de faire connaître les SASC auprès des policiers, de réduire le temps de mobilisation des policiers et de multiplier les activités et les rencontres conjointes entre les deux secteurs, comme c'est le cas au Saguenay-Lac-Saint-Jean et dans la Capitale-Nationale, les policiers ont davantage recours aux

SASC, non seulement dans les situations où l'article 8 pourrait être invoqué, mais également dans toutes sortes de situations de crise. Ces initiatives font d'ailleurs partie des plus belles réalisations soulignées par les responsables du programme en santé mentale des agences.

Par conséquent, en vue d'assurer un recours plus fréquent et systématique des policiers aux SASC plutôt qu'aux urgences hospitalières, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que chaque ASSS s'assure que des modalités d'accès aux SASC, ou toute autre modalité jugée pertinente, soient spécifiquement réservées aux policiers, qu'il s'agisse de SASC spécifiquement assignés aux policiers, particulièrement dans les grandes villes, ou encore d'une ligne ou d'un numéro réservé aux policiers ou même d'intervenants du service mobile basés au poste de police.
- 2) Que les intervenants des SASC, notamment ceux des services mobiles, soient en nombre suffisant pour que l'un d'eux puisse se rendre rapidement disponible pour une intervention sur place à la demande d'un policier.
- 3) Que les intervenants des SASC tiennent compte du temps de mobilisation des policiers dans leur intervention, en faisant en sorte de libérer les policiers dès que la situation est sécuritaire et sous contrôle.
- 4) Que les SASC multiplient les activités de sensibilisation et d'information auprès des policiers de leur territoire de desserte, notamment sur l'utilité de l'intervention de crise, afin que leurs services soient mieux connus des policiers.
- 5) Que le MSP modifie la section relative à l'intervention des policiers auprès des personnes atteintes de troubles mentaux de son *Guide de pratiques policières à l'usage exclusif des corps de police* (MSP, 2008), de manière à y intégrer le principe d'orientation selon lequel un policier peut contacter un intervenant d'un SASC dans toutes les situations où il intervient auprès d'une personne en crise et qu'il a des motifs raisonnables de croire qu'elle devrait être amenée à un établissement de santé pour y être gardée du fait que son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, et pas seulement dans les situations prévues par l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes.
- 6) Que le MSP prenne les dispositions nécessaires afin que cette modification et l'ensemble de la section relative à l'intervention des policiers auprès des personnes atteintes de troubles mentaux de son *Guide de pratiques policières à l'usage exclusif des corps de police* (Ministère de la sécurité publique, 2008) soient connus et appliqués tels quels par tous les corps de police du Québec, notamment par les patrouilleurs.
- 7) Que les autorités des postes de police locaux s'assurent que les SASC de leur territoire soient connus de leur personnel en première ligne, notamment des patrouilleurs, tout comme les modalités d'accès à ces services et celles relatives à leur fonctionnement. Qu'elles s'assurent également que les politiques en vigueur dans leur service soient en harmonie avec celles du guide du MSP.

Les services préhospitaliers d'urgence

En ce qui a trait aux services préhospitaliers d'urgence (SPU), qui sont fréquemment mis à contribution dans les cas où l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes est appliqué, la recommandation suivante est formulée :

- 1) Que les ASSS s'assurent que les SASC et les modalités d'accès à ces services soient connus des techniciens ambulanciers paramédicaux de leur région afin que ceux-ci puissent les utiliser lorsque la situation le requiert.

Quant au problème des frais relatifs à un transport sans le consentement de la personne et sans autorisation du tribunal, la recommandation suivante est formulée :

- 2) Que les instances concernées se penchent sur cette question et trouvent une solution qui respecte le droit de la personne de refuser de payer pour un service qu'elle n'a pas demandé.

Les établissements de santé

Au chapitre de la prise en charge par les établissements de santé d'une personne qui y est amenée en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, les résultats de l'enquête montrent que dans la majorité des régions, soit 10 sur 16, il a été convenu que cette prise en charge soit effective au moment où les informations concernant la situation sont transmises à l'infirmière responsable du triage à l'urgence. Toutefois, sur le terrain, dans la réalité du quotidien des salles

d'urgence au Québec, peu d'informations sont disponibles sur la façon dont se traduit cette convention en ce qui concerne l'attente à la salle d'urgence avant que la personne en situation de crise soit prise en charge par l'établissement de santé.

Selon les données de l'enquête, dans au moins cinq régions (BSL, SLJ, OUT, ABT et GÎM), les responsables régionaux ont mentionné que le délai d'attente à l'urgence était une source d'insatisfaction pour les policiers. Dans deux de ces régions (OUT et GÎM), la prise en charge n'est effective qu'au moment où le médecin procède à l'examen, alors que dans les trois autres régions, l'attente est surtout liée à une absence d'aménagements physiques (salle d'isolement) ou de personnel nécessaire à la sécurité et à la surveillance de la personne (agent de sécurité, préposés aux bénéficiaires), ou encore à un manque de connaissances du personnel médical de l'urgence par rapport à la Loi sur la protection des personnes, à l'estimation du danger et à l'intervention de crise, révélant ainsi la difficulté des CH locaux à prendre en charge une personne en situation de crise. Il semble également que cette difficulté des CH locaux soit assez généralisée, puisque les responsables en santé mentale de dix régions l'ont soulignée.

Pourtant, les personnes conduites aux CH locaux sont souvent connues du personnel de l'établissement, de sorte que les interventions sur place, en particulier les interventions de crise et psychosociales, ont montré leur efficacité à prévenir une hospitalisation, d'où l'importance de favoriser une prise en charge locale de la personne en crise plutôt que son transport presque systématique vers un CH régional ou ayant un département de psychiatrie. C'est pourquoi plusieurs agences ont pris des mesures visant à améliorer les pratiques des CH locaux qui présentent des difficultés d'accueil des personnes en situation de crise. Ces mesures, qui comptent toutes au nombre des plus belles réalisations relatées par les responsables régionaux, consistent notamment en la présence d'un intervenant du SASC directement à l'urgence du CH ou à celle d'une infirmière clinicienne de liaison en santé mentale ou encore dans l'accès rapide à une « urgence psychiatrique », c'est-à-dire à une consultation auprès d'un médecin spécialisé en psychiatrie, disponible en tout temps et rapidement. Malgré ces efforts, la prise en charge des personnes en situation de crise par les établissements de santé demeure problématique dans plusieurs régions du Québec, où elle représente une source d'insatisfaction de la part des partenaires chargés d'appliquer la Loi sur la protection des personnes.

Au sujet de la prise en charge des patients dans les urgences des CH et particulièrement de l'accueil que l'on doit réserver aux personnes en situation de crise, le *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006) donne des indications précises et utiles. Dans ce document, il est indiqué qu'une « unité d'urgence de niveau primaire » est apte à déterminer et à stabiliser la condition de la personne ayant un trouble mental et à hospitaliser cette personne au besoin, bien que les établissements où se trouvent cette unité d'urgence primaire n'aient pas d'unité d'hospitalisation en psychiatrie (p. 100). Quant au temps d'attente à l'urgence avant la prise en charge, celui-ci devrait en principe être court, puisque le guide du MSSS et de l'AQESSS (2006) précise que « [...] le temps d'attente pour être évalué au triage ne doit pas excéder dix minutes et le temps moyen pour effectuer le triage doit être d'environ cinq minutes » (p. 36). Le guide précise que le triage consiste à déterminer la priorité associée à l'état de la personne à la suite de l'évaluation effectuée par l'infirmière et à définir le délai souhaitable entre son arrivée à l'urgence et son examen par le médecin. En outre, le guide intitulé *Échelle canadienne de triage et de gravité* (ÉTG), produit par l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU, 1999), est l'outil recommandé en vue d'uniformiser le processus du triage, autant pour les adultes que pour les enfants ou les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

Dans l'ÉTG, cinq niveaux de priorité sont déterminés, allant de « immédiat » à « 120 minutes d'attente », et il est prévu que la personne soit réévaluée lorsque les délais recommandés pour l'évaluation médicale sont expirés. Le guide du MSSS et de l'AQESSS (2006) spécifie que « [...] la réévaluation ne peut pallier la prise en charge médicale, qui doit également être effectuée suivant les délais prescrits par l'ÉTG. Ainsi, l'équipe médicale doit être en mesure d'ajuster ses effectifs en fonction de l'achalandage et de respecter les délais de triage » (p. 37). Voici un exemple : l'ÉTG assigne aux cas d'intoxication volontaire, de même qu'aux cas de psychose aiguë avec agitation extrême, un niveau II de priorité, soit « très urgent », nécessitant un délai de 15 minutes jusqu'à l'évaluation médicale, alors que les cas de psychose aiguë et ou de patient suicidaire sont catégorisés au niveau III de priorité, soit « urgents », c'est-à-dire nécessitant un délai égal ou inférieur à 30 minutes jusqu'à l'évaluation médicale (ACMU, 1999, p. 8-10). Quant aux cas de problèmes psychiatriques en général, un niveau de priorité V, c'est-à-dire « non urgent », nécessitant un délai de 2 heures ou plus jusqu'à l'évaluation médicale leur est accordé, d'où l'importance que ces cas soient dirigés vers d'autres ressources que les urgences hospitalières.

Au sujet de l'accueil qui doit être réservé aux personnes dont la présence à l'urgence relève du domaine de la santé mentale, une section particulière du *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006) y est consacrée (section B.4.2, p. 91). Dans cette section, il est recommandé, entre autres, que les personnes qui sont dans un état de désorganisation (psychose, crise suicidaire, détresse extrême, agitation incontrôlable) soient conduites, dès le triage, dans un lieu calme et accueillant et ne soient jamais laissées seules. Ailleurs, on recommande de coucher sur une civière les patients dont l'état mental nécessite qu'on les protège, soit les patients agités, suicidaires, dont l'état nécessite une surveillance constante ou qui risquent d'être dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui (MSSS et AQESSS, 2006, p. 43). D'autres directives concernent encore plus directement les personnes en situation de crise et les aspects légaux associés à la Loi sur la protection des personnes.

En conséquence, afin de favoriser une prise en charge locale et rapide des personnes en situation de crise amenées à un établissement de santé par les policiers en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que les directives du *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006), notamment celles de la section B.4.2, soient mises en application dans toutes les urgences du Québec, et plus particulièrement les suivantes :
 - a. Implanter l'utilisation de l'*Échelle canadienne de triage et de gravité* (ÉTG) et s'assurer que le triage soit effectué par une infirmière ayant une formation adéquate, notamment quant à l'évaluation d'une personne en situation de crise et à l'estimation du danger associé à un état mental perturbé.
 - b. S'assurer que le triage et la réévaluation sont faits dans les délais prescrits par l'ÉTG.
 - c. Dans les urgences de niveau primaire et du groupe 2, s'assurer que les omnipraticiens aient une pratique médicale polyvalente, y compris notamment l'évaluation d'une personne en situation de crise et l'estimation du danger associé à un état mental perturbé.
- 2) Que le comité d'évaluation sur le triage, prévu dans le *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006) et qui a pour rôle de réviser les différents instruments utiles au triage et de voir au respect des normes et des délais prescrits, se penche sur les délais de prise en charge des personnes amenées à l'urgence par les policiers en vertu de l'article 8 et qu'il fasse des recommandations en vue d'améliorer les délais de prise en charge là où ces délais excèdent 60 minutes.

En ce qui concerne le délai avant qu'une décision soit prise de diriger la personne en situation de crise vers un autre établissement, le *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006) stipule ceci : « Le médecin de l'urgence doit évaluer rapidement si son établissement est en mesure d'offrir les soins aux patients qui consultent pour un problème aigu » (p. 50). Il reviendrait donc au médecin de prendre la décision de diriger ou non une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat vers un autre établissement et cette décision de sa part doit être prise rapidement.

RESPECTER LES DROITS ET LA PROCÉDURE

De façon générale, les résultats de l'enquête montrent qu'en matière de respect des droits des personnes mises sous garde et de la procédure prévue dans ces cas, des lacunes importantes subsistent dans de nombreuses régions du Québec. Bien que peu de données quantitatives soient disponibles sur ces questions, elles ont fait l'objet de travaux de recherche, notamment de la part des groupes de défense des droits en santé mentale, et de plaintes répétées auprès du Protecteur du citoyen, ce qui tend à démontrer leur étendue. À la suite de la publication des rapports de ces groupes de défense des droits et du Protecteur du citoyen, des mesures correctives ont été adoptées dans quelques régions, mais elles sont loin d'être connues ou appliquées partout. Selon les résultats de l'enquête, ces manquements aux droits et à la procédure dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes seraient surtout attribuables à une insuffisance de connaissances et d'informations sur les droits en santé mentale et sur les procédures prévues dans la Loi. Pourtant, quelques guides d'application de la Loi sur la protection des personnes ont vu le jour au fil des ans, à commencer par celui de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), en 1998, puis ceux de quelques ASSS, dont celle de Laval (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval, 2005) et, plus récemment, celui publié par l'AQESSS en 2006. Cependant, il est difficile de savoir dans quelle mesure ces guides ont été diffusés ou sont connus, ni jusqu'à quel point ils sont disponibles et utilisés par les intervenants chargés d'appliquer la Loi. Il y a aussi le fait que ces guides, qui sont plus ou moins détaillés selon le cas, se présentent généralement seuls, sans

être intégrés à une formation complète sur la Loi, y compris les droits et les recours, de sorte qu'il est peut-être plus difficile de bien saisir le contexte associé à leur usage et leur utilité.

Aussi, afin d'assurer une connaissance suffisante des droits et des recours des personnes mises sous garde et de la procédure prévue dans ces cas, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que le MSSS procède à une révision et à une mise à jour de sa formation sur les droits et les recours en santé mentale (MSSS, 1998b) et que cette formation soit diffusée au personnel soignant des établissements de santé et de services sociaux, notamment aux médecins psychiatres et au personnel médical et infirmier des urgences hospitalières.
- 2) Que le MSSS, avec le soutien du MJQ, élabore un guide de procédures ou de bonnes pratiques sur la Loi sur la protection des personnes, qui détaille les devoirs de chacun des acteurs, à chacune des étapes du processus de mise sous garde d'une personne, notamment les devoirs des établissements de santé et de services sociaux, ainsi que les rôles et les responsabilités du personnel soignant. Ce guide de procédures ou de bonnes pratiques devrait être intégré à la formation nationale sur la Loi sur la protection des personnes, puis mis à la disposition des intervenants appelés à collaborer dans l'application de la Loi sur la protection des personnes.
- 3) Que des comités de surveillance locaux, rattachés au Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, ainsi qu'un comité de surveillance national, rattaché au Protecteur du citoyen, soient formés.

Compte tenu du taux élevé de roulement de personnel dans les établissements de santé et de services sociaux, la formation sur les droits et les recours en santé mentale devrait être diffusée périodiquement ou être disponible en permanence, selon les besoins exprimés dans chacune des régions. Elle devrait aussi inclure un enseignement sur l'usage de formulaires spécifiquement conçus en vue d'assurer le respect de certains droits, en particulier le droit à l'information et le droit au consentement libre et éclairé à des soins, qui sont maintenant abordés plus en détails.

Le droit d'être informé et le droit de communiquer

Au chapitre du droit à l'information prévu lors de l'application de la Loi sur la protection des personnes, les résultats obtenus montrent que d'importantes difficultés subsistent dans plusieurs régions, notamment en raison du fait que des médecins ne déclarent pas officiellement le statut de la personne amenée à l'urgence en vertu de l'article 8 de cette loi. Cette pratique de maintien de l'ambiguïté du statut de la personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat permet du même coup de ne pas tenir compte des délais prévus lors d'une application de la Loi. Récemment, à la suite de l'intervention du Protecteur du citoyen (2007a et 2007b), des mesures correctives permettant d'assurer un plus grand respect du droit à l'information tout au long du processus d'application de la Loi sur la protection des personnes ont été adoptées, notamment en Outaouais et au Saguenay-Lac-Saint-Jean, où la pratique du « statut ambigu » tendrait à disparaître. Ces mesures demeurent toutefois peu connues de l'ensemble des acteurs chargés d'appliquer la Loi et il est clair que des clarifications, notamment d'ordre légal, s'imposent sur la question des mises sous garde préventive non déclarées ou non officielles.

Selon toute vraisemblance, la pratique du « statut ambigu » aurait pour origine la référence au consentement dans le libellé de l'article 7 de la Loi relatif à la garde préventive⁶⁶, où les mots « malgré l'absence de consentement » semblent être interprétés comme étant l'équivalent de « en présence d'un refus catégorique ». Par exemple, dans le guide d'application de l'AHQ datant de 1998, la présentation de la Loi débute par la note suivante (p. 2):

66. L'article 7 est libellé comme suit :

7. « Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement. »

« Notons, toutefois, que le concept de garde est sous-jacent au refus d'une personne de demeurer en établissement pour y subir une évaluation psychiatrique. En effet, lorsqu'une personne consent à demeurer en établissement, en vue de subir une évaluation psychiatrique, il n'est alors pas véritablement question de garder cette personne en établissement, mais plutôt de l'admettre [...]. Ce n'est que lorsqu'une personne refuse d'être admise en établissement que les dispositions législatives en matière de garde en établissement trouveront application. »

Dans les faits, il semble que tant que la personne qui présente un danger grave et immédiat ne quitte pas l'établissement de santé ou ne refuse pas catégoriquement d'y demeurer, elle est tenue dans l'ignorance et n'est pas déclarée « mise sous garde préventive », même lorsqu'un avis médical stipule qu'elle ne peut librement quitter l'établissement du fait que son état mental présente un danger grave et immédiat.

Pourtant, comme les avis juridiques et la jurisprudence tendent à le soutenir, la Loi sur la protection des personnes requiert une interprétation restrictive et rigoureuse en raison de son caractère exceptionnel (Deleury et Goubau, 2008, p. 211-212). Aussi, cette pratique du « statut ambigu » n'a pas lieu d'être, puisqu'une mise sous garde préventive relève d'une situation de faits qui ne devrait pas être l'objet d'une interprétation. Si, dans les faits, un médecin est d'avis que l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et que, de ce fait, cette personne ne peut librement quitter l'établissement, elle est réputée être prise en charge sous garde préventive par cet établissement, lequel est dès ce moment tenu de l'informer de ce fait, comme le stipule l'article 15 de la Loi. Une fois informée de l'avis médical et du fait qu'elle ne peut quitter l'établissement, la personne peut consentir ou non à y demeurer ou même changer d'avis à tout moment. C'est pourquoi, à cette étape du processus d'application de la Loi sur la protection des personnes, comme le stipule l'article 7, le consentement de la personne n'est ni requis, ni nécessaire. Ce n'est qu'au moment de l'évaluation psychiatrique ou à la fin du délai de 72 heures qu'il le sera. Jusque là, le consentement ne devrait pas entrer en ligne de compte, puisqu'il ne change rien à l'avis médical et au fait que la personne n'est pas libre de quitter l'établissement. Au mieux, si la personne consent à y demeurer, sa surveillance n'en sera que facilitée.

Si l'on s'en tient à cette interprétation de faits de l'article 7 de la Loi, le maintien d'un statut ambigu serait moins justifiable et l'obligation du médecin d'informer immédiatement le DSP de l'établissement de santé d'une mise sous garde préventive et d'informer de la même manière la personne en cause, comme le stipulent les articles 7 et 15 de la Loi, pourraient retrouver tout leur sens. Cela ferait aussi en sorte que les délais puissent s'appliquer et être rigoureusement respectés, à défaut de quoi un tribunal pourrait intervenir, contrairement à ce qui se produit maintenant.

En conséquence, afin de favoriser une application restrictive et rigoureuse de la mise sous garde préventive et le respect strict du droit à l'information prévu lors de l'application de la Loi, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que le MSSS sollicite un avis juridique auprès du MJQ quant à la portée et à l'interprétation du libellé de l'article 7 relatif à la garde préventive afin d'éviter toute interprétation faussée quant à son application.
- 2) Que tout avis médical relatif au fait qu'une personne ne peut librement quitter un établissement de santé en raison d'un état mental présentant un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui soit transmis au DSP de l'établissement ou à son représentant, au même titre que les cas problématiques (délais indus, décisions difficiles, nécessité d'admettre le patient à l'hôpital) prévus dans le *Guide de gestion des urgences* (MSSS et AQESSS, 2006), afin que le DSP évalue le cas et prenne une décision quant à la conduite à tenir. À cet égard, comme le stipule le guide, le DSP, ou son délégué, doit être disponible en tout temps (p. 54).
- 3) Que le devoir d'information prévu dans la Loi, tant de la part du policier que de la part de l'établissement, se fasse idéalement par écrit et non seulement verbalement. Pour ce faire, un formulaire standard d'information à la personne, qui comporte une référence obligatoire à un organisme régional de promotion et de défense des droits en santé mentale, pourrait être prévu, soit dans la Loi, soit dans le guide de procédures ou de bonnes pratiques spécifiques de la Loi sur la protection des personnes. Ce formulaire d'information devrait être rempli par le personnel et versé au dossier médical de la personne.
- 4) Que le devoir d'information ne se limite pas à communiquer les renseignements prévus dans l'article 14 de la Loi à la personne visée mais, comme dans le cas d'une personne sous arrestation, lui permette également d'exercer ses droits (accès à un téléphone, accès au numéro de l'aide juridique ou à celui d'un avocat de garde, etc.).
- 5) Que ce formulaire d'information soit versé au dossier du tribunal lors du dépôt par un établissement de santé d'une requête de garde provisoire, de garde autorisée ou de renouvellement de garde en établissement de santé.

Le droit au consentement libre et éclairé et la requête de garde provisoire

En ce qui concerne la nécessité d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne mise sous garde préventive lorsque vient le temps de procéder aux examens psychiatriques en vue d'une garde autorisée ou, à défaut de ce consentement, d'obtenir une ordonnance de garde provisoire autorisant l'évaluation psychiatrique, les résultats de l'enquête montrent que, de façon générale, la recherche active de consentement libre et éclairé est peu utilisée dans ces cas et que les requêtes de garde provisoire déposées par les établissements de santé sont très rares dans presque toutes les régions. Bien que ces constats s'appuient sur un nombre restreint de données quantitatives, ils sont confirmés par la nature des plaintes adressées au Protecteur du citoyen et dont il fait mention dans son rapport sur le plan d'action en santé mentale, soit le *Rapport annuel 2007-2008* (Protecteur du citoyen, 2008), et par les rapports produits par des groupes de défense des droits en santé mentale (Action Autonomie, 2009 et 2005; AGIDD-SMQ, 2009; Pro-def Estrie, 2005).

Selon ces différents rapports et au dire de plusieurs participants à l'enquête, la pratique courante en matière de consentement lors d'une mise sous garde serait plutôt qu'à partir du moment où la personne accepte de collaborer à l'évaluation psychiatrique ou ne s'oppose pas formellement à celle-ci, elle est présumée consentir à cette évaluation, même lorsque l'objet de cette évaluation ne lui est pas clairement communiqué. Et cette pratique expliquerait le faible nombre de requêtes de garde provisoire présentées par des établissements de santé. Là où le Protecteur du citoyen est intervenu, en Outaouais par exemple, des correctifs quant au respect du droit au consentement libre et éclairé ont été apportés, notamment par la révision de la procédure de mise sous garde afin d'y inclure toutes les obligations d'informations pertinentes prévues dans la Loi sur la protection des personnes. Mais, encore une fois, ces améliorations sont peu connues et encore moins appliquées dans les autres régions.

C'est pourquoi, afin d'assurer le respect du droit au consentement libre et éclairé dans le cadre de l'application de la Loi sur la protection des personnes, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que chaque établissement de santé adopte un formulaire standard de consentement aux soins, y compris l'évaluation psychiatrique, qui satisfait aux exigences légales en matière de consentement libre et éclairé, notamment en référant directement à l'aptitude de la personne à consentir ou non à un examen psychiatrique, à l'information qu'elle doit recevoir concernant les objectifs visés par cet examen, à son droit de refus ainsi qu'à la notion de consentement substitué du représentant légal.
- 2) Que ce formulaire soit connu du personnel médical et infirmier des établissements de santé et couramment utilisé dans le contexte de leurs pratiques quotidiennes.
- 3) Que ce formulaire soit signé par la personne visée et versé à son dossier médical.
- 4) Que ce formulaire soit versé au dossier du tribunal lors du dépôt par un établissement de santé d'une requête de garde provisoire, de garde autorisée ou de renouvellement de garde en établissement de santé.

La signification, la présence au tribunal et la représentation par un avocat

Au chapitre du droit à la signification lors du dépôt d'une requête de garde provisoire, de garde autorisée ou de renouvellement de garde, les résultats de l'enquête ne permettent pas de statuer sur l'étendue des difficultés rencontrées à cet égard dans les régions du Québec. L'enquête ne permet pas non plus d'en savoir plus, à l'échelle du Québec, sur la présence de la personne visée par la requête lors de l'audience, ni sur sa représentation par un avocat. Une enquête nationale sur ces questions pourrait donc être utile.

Seuls les participants des groupes de défense des droits en santé mentale se sont prononcés sur l'étendue des difficultés que posent, pour la défense de la personne visée, l'utilisation fréquente de la dispense de signification dans les cas de requête de garde provisoire et le manque de respect strict des 2 jours francs (48 heures) du délai de signification dans les autres cas. Chaque fois, la personne n'a pas le temps nécessaire pour préparer convenablement sa défense et faire valoir son point de vue. Cela peut aussi avoir une influence sur le fait que, malgré une progression notable au cours des dernières années, encore bien peu de personnes visées par une requête de mise sous garde sont présentes au tribunal ou y sont représentées par un avocat lors de l'audience, particulièrement dans les cas de requête de garde provisoire, où les taux de présence ou de représentation par un avocat n'atteignent même pas 2 %, du moins à Montréal, seule région où

des données récentes sont disponibles sur ces questions (Action Autonomie, 2009). Pourtant, ces mêmes données indiquent que la présence de la personne visée ou sa représentation par un avocat influence l'issue de la requête et la décision du juge. Qui plus est, cette présence de la personne est prévue dans le Code civil, tout comme le caractère exceptionnel de la dispense de signification est prévu dans le Code de procédure civile du Québec.

À eux seuls, ces divers éléments militent en faveur d'améliorations sur ces trois aspects précis de la Loi sur la protection des personnes. C'est pourquoi les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que le MJQ prenne les mesures nécessaires auprès des intervenants judiciaires afin de s'assurer que l'ensemble des dossiers de mise sous garde en établissement au Québec présente des fréquences d'utilisation de la dispense de signification, de la présence de la personne visée à l'audience et de sa représentation par un avocat conformes à l'esprit de la Loi sur la protection des personnes et à ses prescriptions, de même qu'à celles du Code civil et du Code de procédure civile du Québec. Parmi ces mesures, l'accès des intervenants judiciaires à la formation nationale sur la Loi sur la protection des personnes et à celle sur les droits et les recours en santé mentale, comme elles ont été proposées précédemment, pourrait être pertinent.
- 2) Que le MJQ et le Barreau du Québec étudient la possibilité d'imposer la représentation obligatoire par un avocat nommé d'office dans les cas d'audiences relatives à une requête de garde provisoire, de garde autorisée ou de renouvellement de garde, comme cela est possible en cour criminelle.
- 3) Que les établissements de santé qui prennent en charge une personne sous leur garde en raison d'un danger, puis déposent au tribunal une requête en ce sens, mettent en place des moyens afin de permettre à cette personne d'être présente à l'audience, ou à défaut, de déposer au tribunal, si elle le désire, sa version écrite des faits.

SE CONCERTER AFIN DE MIEUX COLLABORER

Au chapitre de la collaboration et du partenariat nécessaires à l'application de la Loi sur la protection des personnes, les résultats de l'enquête montrent que l'adoption d'une entente intersectorielle régionale, spécifique de l'application de la Loi sur la protection des personnes (par exemple un cadre de référence), qui s'accompagne de mécanismes officiels de concertation active, au moins à l'échelle locale, et de mécanismes de suivi du déploiement et du fonctionnement de cette entente, contribuent à améliorer la collaboration et à renforcer le partenariat entre les acteurs désignés pour appliquer la Loi. Ces ententes régionales spécifiques de la Loi et de l'intervention en situation de crise comptent d'ailleurs au nombre des plus belles réalisations citées par les responsables régionaux du programme de services en santé mentale des agences. Toutefois, à elles seules, ces ententes régionales ou locales ne suffisent pas. Les résultats indiquent aussi que pour parvenir à leur signature et réussir à les faire évoluer au besoin, un leadership fort et constant du « dossier » de la Loi sur la protection des personnes doit être exercé, soit par l'ASSS elle-même, soit par un mandataire du dossier qu'elle désigne, par exemple le service Info-santé et Info-social, un CIC ou un CPS. Partout où le « dossier » de la Loi a bien évolué, son leadership a été assumé sans réserve et avec constance, soit par l'agence, soit par un mandataire.

Là où ce leadership a fait défaut et où il n'existe aucun document d'entente intersectorielle régionale sur l'intervention en situation de crise, y compris les cas relevant spécifiquement d'une application de la Loi sur la protection des personnes, comme c'est le cas dans six régions (MCQ, EST, MTL, ABT, CND et MONT), l'organisation et le fonctionnement des SASC nécessitent encore des ajustements importants, notamment sur le plan de la coordination, ou bien ils requièrent une consolidation majeure du fait que des volets complets de SASC y sont absents ou déficients, tels que le service mobile jour et nuit, le suivi à court terme ou l'accès à une urgence psychiatrique, ou encore les interventions conjointes avec les policiers y sont plus laborieuses ou très limitées. Au dire des participants à l'enquête de ces régions, le recours aux urgences hospitalières ainsi qu'à l'hospitalisation, pour les personnes en situation de crise dont l'état mental présente un danger, resterait encore l'option la plus souvent utilisée, comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur des modifications introduites par la Loi sur la protection des personnes. Malheureusement, aucune donnée quantitative, région par région, ne vient confirmer ou infirmer les propos recueillis lors de cette enquête. Et c'est là une de ses limites majeures.

La hausse du nombre de requêtes concernant la garde en établissement, constatée depuis 1998 à l'échelle nationale (Otero et autres, 2005), se reflète-t-elle également dans toutes les régions du Québec ou est-elle plus marquée dans certaines régions comparativement à d'autres? Les régions mieux pourvues sur le plan de l'organisation des SASC

connaissent-elles une hausse moins marquée? Qu'en est-il de la garde préventive? Combien de personnes sont amenées en vertu de l'article 8 aux urgences des établissements de santé du Québec par des policiers ou des techniciens ambulanciers paramédicaux? Combien d'entre elles sont prises en charge par les urgences des établissements de santé en garde préventive, officiellement ou non, et pour combien de temps? Combien parmi elles font l'objet d'une évaluation psychiatrique, d'une requête de garde provisoire ou de garde autorisée, une fois le délai de la garde préventive expiré? Y a-t-il des établissements où le recours à la Loi sur la protection des personnes est plus fréquent? ... moins fréquent? Ailleurs qu'à Montréal, quels sont les taux de signification à la personne respectant le délai des deux jours francs? ... ceux de la présence de la personne visée ou de sa représentation par un avocat à l'audience? Toutes ces questions, et bien d'autres, demeurent sans réponse ou pratiquement. Le comité national de suivi de la Loi sur la protection des personnes, prévu au moment de son adoption, aurait peut-être pu, s'il avait été mis en place, répondre à certaines de ces questions.

Voilà pourquoi des mécanismes de suivi, y compris une collecte minimale d'informations à l'échelle nationale, régionale et locale, comptent parmi les outils indispensables à une mesure plus précise des difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes et du succès des solutions déployées en vue d'aplanir ces difficultés.

Afin d'assurer la collaboration entre tous les acteurs appelés à intervenir dans une situation d'application de la Loi sur la protection des personnes et de suivre l'évolution de cette collaboration en rapport avec l'application de la Loi, les recommandations suivantes sont formulées :

- 1) Que chaque région sociosanitaire qui ne l'a pas déjà fait adopte, sur la base des expériences réussies et sous le leadership de son ASSS, un cadre de référence ou une entente intersectorielle sur les modalités d'organisation et de fonctionnement entre le secteur de la santé et celui des services de police, y compris le guide de procédures ou de bonnes pratiques déjà proposé dans les cas d'application de la Loi. Ce cadre de référence doit prévoir des ajustements aux réalités locales et préciser de façon très détaillée les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs à chacune des étapes du processus. Des mécanismes de suivi et de recours doivent aussi être prévus pour les cas où les conditions figurant dans les ententes locales devraient être revues ou ne seraient pas respectées.
- 2) Que le MSSS appuie les ASSS dans leurs démarches auprès des postes locaux de la Sûreté du Québec et des corps de police municipaux en vue de l'élaboration ou de la reconduction des ententes locales.
- 3) Que le MSSS, avec l'aide du comité de travail interministériel précédemment proposé et la collaboration des ASSS, étudie la possibilité de mettre en place une base de données ou un registre des statistiques des mises sous garde préventive, provisoire et autorisée en établissement de santé.
- 4) Que cette base de données statistiques soit sous la responsabilité de la même organisation que la base d'expertise et de soutien clinique ainsi que du comité national permanent de suivi de la Loi déjà recommandés, soit le Centre national d'excellence en santé mentale ou la DSM du MSSS.
- 5) Que les SPU et les services de la sécurité publique étudient la possibilité de verser, dans la base de données proposée, des statistiques sur les transports préhospitaliers d'urgence ou les transports en auto-patrouille vers un établissement de santé, effectués sans le consentement de la personne, comme le permet l'article 8 de la Loi.
- 6) Que les SASC désignés dans le cadre de l'application de la Loi étudient la possibilité de verser, dans la base de données proposée, des statistiques sur le recours à leurs services de la part des services de police et de la population.
- 7) Que les greffes des tribunaux civils étudient la possibilité de verser, dans la base de données proposée, des statistiques sur les requêtes concernant la garde en établissement de santé déposées à la Cour du Québec.

CONCLUSION

La présente enquête qualitative sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (ci-après appelée « Loi sur la protection des personnes ») auprès d'un échantillon de personnes ressources a tenté de répondre aux principales préoccupations entourant la mise en application de cette loi dans les différentes régions du Québec. Ces préoccupations sont multiples et concernent aussi bien le critère fondamental et unique de son application, à savoir le danger, que ses dispositions diverses ou les droits et les recours qu'elle reconnaît. Elles concernent aussi la collaboration nécessaire entre les principaux acteurs chargés de son application, soit les services d'aide en situation de crise (SASC), les services policiers et les établissements de santé.

L'enquête a montré que ces préoccupations ne sont pas toutes entièrement partagées par l'ensemble des régions et des participants à l'enquête. Dans plusieurs régions et suivant les propos d'une majorité des personnes ressources interrogées, un grand nombre de ces préoccupations ont trouvé une réponse et ont pu être surmontées. L'enquête a aussi montré que ce n'est pas tant la Loi elle-même qui pose problème, mais bien davantage la méconnaissance que certains en ont, l'interprétation libre plutôt que restrictive et rigoureuse qui en est faite dans les pratiques de son application et, surtout, le manque de moyens matériels et financiers qui permettraient d'en garantir l'application.

C'est pourquoi les principales recommandations, découlant des résultats de cette enquête, cherchent à mettre au service de cette loi des moyens concrets d'en réaliser une application judicieuse et harmonieuse partout au Québec, avant d'y apporter des modifications. Il s'agit d'abord de mettre en place, à l'échelle nationale, régionale et locale, des comités permanents de suivi et de surveillance de l'application de la Loi afin de mieux en suivre l'évolution et de se concerter à ce sujet. Ensuite, il faut faire les efforts budgétaires nécessaires afin de consolider partout les SASC désignés qui le requièrent pour assumer pleinement le mandat que la Loi leur a dévolu. On propose également de diffuser, uniformément dans toutes les régions et à tous les intervenants de première ligne concernés, des mesures concrètes et communes de formation continue, des guides de procédures ou de bonnes pratiques, des formulaires standard d'information et de consentement, des cadre de référence ou des ententes intersectorielles, du soutien clinique et de l'expertise sur la Loi et sur les questions qui s'y rapportent. Finalement, on propose de recueillir un minimum d'informations et de données quantitatives et qualitatives sur les cas de personnes visées par les dispositions de la Loi afin de mieux préciser les principales sources de ces préoccupations et apporter les correctifs nécessaires.

À première vue, un tel programme peut paraître ambitieux. Cependant, il ne faut pas oublier que plusieurs des recommandations proposées dans ce rapport sont déjà appliquées dans de nombreuses régions, que des formations et des outils d'évaluation et d'estimation du danger de même que des guides d'application de la Loi existent déjà dans plusieurs régions et que plusieurs modèles de SASC, de cadre de référence ou d'entente intersectorielle ont fait leur preuve. Le nœud du problème est que jusqu'ici, la totalité des moyens nécessaires à l'application et au suivi d'une loi de portée nationale a entièrement été laissée aux régions, lesquelles ont assumé ces responsabilités à des degrés très variables, selon leurs ressources. C'est pourquoi le cœur du travail visant à parfaire l'application de la Loi consiste à dresser la liste de ces moyens, à les évaluer en vue d'en sélectionner les plus utiles, puis à les faire connaître et à les mettre au service des intervenants en première ligne de toutes les régions.

Il faut aussi garder à l'esprit que le « dossier » de la Loi sur la protection des personnes est en soi un dossier complexe, délicat et de longue haleine, ne serait-ce qu'en raison de la multiplicité des acteurs qu'il implique et de l'atteinte aux droits fondamentaux de la personne qu'il suppose. Comme le soulignent Oterro et ses collaborateurs (2005, p. 1-2) :

« Depuis trois décennies au moins, la référence à la santé mentale, au psychosocial et à la souffrance psychique, sans qu'on parvienne à définir clairement ces univers, joue un rôle capital dans la gestion des conduites qui "posent problème" ou qui sont reconnues, par les agences gouvernementales, par la communauté, voire par les personnes concernées elles-mêmes, comme "problématiques". En contexte d'"urgence", la pertinence d'une intervention (faut-il intervenir, de quelle manière, et pour quels motifs?) et du droit d'intervenir (a-t-on le droit, voire l'obligation morale de le faire?) se posent de manière encore plus délicate et complexe, car les variables risque, danger, temps, dommages potentiels ou réels pour la personne concernée ou pour autrui jouent sur le registre de l'immédiateté (il faut agir dans l'ici et maintenant) et de l'incertitude (informations inexistantes, insuffisantes ou

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes
dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

imprécises sur la personne, la situation problème, etc.). La disponibilité de la police comme service mobile d'urgence 24/7 ainsi que sa capacité légale d'agir (pouvoir de contraindre) ont largement favorisé son intervention dans des nombreuses situations d'"urgence" dont le statut (mental, social, criminel, psychosocial, relationnel, etc.) était mal défini. Au Québec, un consensus s'est cependant établi pour contrecarrer l'usage de la police et du système pénal comme réponse à ce type de situations d'"urgence" dont le registre n'est pas clairement, voire nullement celui du pénal. Une politique de déjudiciarisation en santé mentale s'est développée [et] s'est accompagnée des réformes majeures des lois d'internement civil involontaire, marquées par une tendance à restreindre l'application de la loi civile au seul critère de dangerosité. »

Avant de modifier ce critère et de revoir ce consensus au Québec, encore faut-il s'assurer de donner aux réformes introduites une vraie chance de porter leurs fruits, en mettant à leur service les moyens nécessaires pour qu'elles soient bien appliquées. C'est du moins le souhait formulé dans le présent rapport d'enquête et dans l'essentiel des recommandations qu'il propose en réponse aux difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes.

ANNEXE 1

**LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR
AUTRUI (L.R.Q., c. P-38.001)**

L.R.Q., chapitre P-38.001

LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

DISPOSITION PRÉLIMINAIRE

Nécessité d'une garde.

1. Les dispositions de la présente loi complètent celles du Code civil portant sur la garde par un établissement de santé et de services sociaux des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et sur l'évaluation psychiatrique visant à déterminer la nécessité d'une telle garde.

1997, c. 75, a. 1.

CHAPITRE I L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE

Psychiatre.

2. Tout examen psychiatrique auquel une personne est tenue de se soumettre en vertu de la loi ou d'une décision du tribunal doit être effectué par un psychiatre. Toutefois, s'il est impossible d'obtenir les services d'un psychiatre en temps utile, l'examen peut être fait par tout autre médecin.

Restriction.

Celui qui fait l'examen ne peut être le conjoint, un allié, un proche parent ou le représentant de la personne qui subit l'examen ou qui en fait la demande.

1997, c. 75, a. 2; 2002, c. 6, a. 151.

Rapport.

3. Tout rapport d'examen psychiatrique doit être signé par le médecin qui a fait l'examen. Celui-ci doit y préciser notamment:
 - 1 qu'il a examiné lui-même la personne;
 - 2 la date de l'examen;
 - 3 son diagnostic, même provisoire, sur l'état mental de la personne;
 - 4 outre ce qui est prévu à l'article 29 du Code civil, son opinion sur la gravité de son état mental et ses conséquences probables;
 - 5 les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu'il a lui-même observés et ceux qui lui ont été communiqués par d'autres personnes.

1997, c. 75, a. 3.

Transmission au tribunal.

4. Lorsque l'examen psychiatrique a été requis d'un établissement, il appartient au directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, au directeur général de l'établissement, de transmettre le rapport du médecin au tribunal qui l'a imposé.

1997, c. 75, a. 4.

Accès au dossier.

5. La divulgation du rapport par l'établissement se fait conformément aux dispositions relatives à l'accès au dossier de la personne, prévues par les lois sur les services de santé et les services sociaux, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir l'autorisation du tribunal prévue à l'article 29 du Code civil.

1997, c. 75, a. 5.

CHAPITRE II

LA GARDE

SECTION I

GARDE PRÉVENTIVE ET GARDE PROVISOIRE

Établissements visés.

6. Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.

1997, c. 75, a. 6.

Responsabilité du médecin.

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Information au directeur.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

Période de garde.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour juridique qui suit.

1997, c. 75, a. 7.

Agent de la paix.

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

- 1 à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;
- 2 à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Prise en charge.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

«service d'aide en situation de crise».

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» 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.

1997, c. 75, a. 8.

SECTION II

GARDE AUTORISÉE PAR UN TRIBUNAL EN APPLICATION DE L'ARTICLE 30 DU CODE CIVIL

Établissements visés.

9. Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être requis de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil.

1997, c. 75, a. 9.

Examens périodiques.

10. Lorsque le tribunal a fixé la durée d'une garde à plus de 21 jours, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis aux échéances suivantes:
 - 1 21 jours à compter de la décision prise par le tribunal en application de l'article 30 du Code civil;
 - 2 par la suite, à tous les trois mois.

Rapports.

Les rapports de ces examens psychiatriques sont conservés par l'établissement au dossier de la personne.

1997, c. 75, a. 10.

Transfert.

11. Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent. Sous cette même réserve, le médecin traitant peut transférer cette personne auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que ce transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne.

Certificat du médecin.

Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin traitant atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.

Garde continuée.

Si le transfert a lieu, la garde se continue auprès du nouvel établissement, auquel est transmise une copie du dossier de la personne sous garde.

1997, c. 75, a. 11.

Fin de la garde.

12. La garde prend fin sans autre formalité:

- 1 aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant;
- 2 dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit;
- 3 dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée;
- 4 par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

1997, c. 75, a. 12.

Lieu d'hébergement.

13. Lorsqu'une personne cesse d'être sous garde, mais doit être détenue ou hébergée autrement que sous le régime de la présente loi, l'établissement doit prendre les moyens requis pour confier cette personne à une personne responsable du lieu de détention ou du lieu d'hébergement approprié.

1997, c. 75, a. 13.

CHAPITRE III

DROITS ET RECOURS

SECTION I

INFORMATION

Responsabilités de l'agent de la paix.

14. L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

Durée.

Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement.

1997, c. 75, a. 14.

Prise en charge par un établissement.

15. Dès la prise en charge de la personne par l'établissement, ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements, l'établissement doit l'informer du lieu où elle est gardée, du motif de cette garde et du droit qu'elle a de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

1997, c. 75, a. 15.

Responsabilité de l'établissement.

16. Tout établissement qui met une personne sous garde à la suite d'un jugement visé à l'article 9 doit, lors de la mise sous garde de cette personne et après chaque rapport d'examen prévu à l'article 10, remettre à cette personne un document conforme à l'annexe.

Transmission du rapport d'examen.

Si la personne sous garde est incapable de comprendre les informations contenues dans ce document, l'établissement transmet copie de celui-ci à la personne habilitée à consentir à la garde. À défaut d'une telle personne, l'établissement doit faire des efforts raisonnables pour tenter de transmettre ces informations à une personne qui démontre un intérêt particulier pour la personne sous garde.

1997, c. 75, a. 16.

Communication confidentielle.

17. Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications.

Interdiction temporaire.

L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. Elle doit être formulée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et versée à son dossier.

Exception.

Aucune restriction ne peut toutefois être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

1997, c. 75, a. 17.

Fin de la garde.

18. Lorsque la garde prend fin, l'établissement doit immédiatement en informer la personne qui était gardée.

1997, c. 75, a. 18.

Mineur.

19. L'établissement doit aviser, s'il s'agit d'un mineur, le titulaire de l'autorité parentale ou à défaut le tuteur ou, s'il s'agit d'un majeur représenté, le mandataire, le tuteur ou le curateur:

- 1 de la décision d'un médecin de mettre cette personne sous garde préventive en vertu de l'article 7;
- 2 de la nécessité de continuer la garde, à la suite de chacun des examens prévus à l'article 10;
- 3 de chaque demande présentée au Tribunal administratif du Québec en vertu de l'article 21, dont il est informé;
- 4 de la fin de la garde.

Avis écrit.

L'avis doit être écrit, sauf celui visé au paragraphe 1°.

1997, c. 75, a. 19.

SECTION II

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC

Rapports d'examen.

20. L'établissement auprès duquel une personne est sous garde doit informer sans délai le Tribunal administratif du Québec des conclusions de chaque rapport d'examen psychiatrique prévu à l'article 10 et de la fin de la garde.

1997, c. 75, a. 20.

Contestation du maintien d'une garde.

21. 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 cette 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).

Décision du Tribunal.

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.

Exécution de la décision.

Le recours formé devant le Tribunal ou son intervention d'office ne suspend pas la garde ou l'exécution de la décision, à moins qu'un membre du Tribunal n'en décide autrement.

1997, c. 75, a. 21.

Transmission du dossier.

22. Tout établissement doit, lorsque le Tribunal le requiert, lui transmettre le dossier complet de la personne sous garde.

1997, c. 75, a. 22.

CHAPITRE IV **DISPOSITIONS DIVERSES**

Rôle des établissements.

23. Tout établissement qui, en raison de son organisation ou de ses ressources, n'est pas en mesure de procéder à un examen psychiatrique ou de mettre une personne sous garde doit immédiatement diriger la personne pour qui on requiert ce service auprès d'un autre établissement qui dispose des aménagements nécessaires.

1997, c. 75, a. 23.

Ministre responsable.

24. Le ministre de la Santé et des Services sociaux est chargé de l'application de la présente loi.

1997, c. 75, a. 24.

CHAPITRE V **DISPOSITIONS MODIFICATIVES ET FINALES**

25. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 25.

Renvoi.

26. Dans une loi, un règlement, un arrêté, un décret, un contrat, une entente ou un autre document, tout renvoi à la Loi sur la protection du malade mental (chapitre P-41) ou à l'une de ses dispositions est censé être un renvoi à la présente loi ou à la disposition équivalente de celle-ci.

1997, c. 75, a. 26.

Commission des affaires sociales.

27. Jusqu'au 1^{er} avril 1998, toute mention du Tribunal administratif du Québec dans la présente loi doit se lire comme se rapportant à la Commission des affaires sociales.

1997, c. 75, a. 27.

28. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 28.

29. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 29.

30. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 30.

31. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 31.

32. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 32.

33. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 33.

34. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 26).*

1997, c. 75, a. 34.

35. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 36.2).*

1997, c. 75, a. 35.

36. *(Modification intégrée au c. C-25, intitulé de la sec. II du chap. II du titre II du livre V).*

1997, c. 75, a. 36.

37. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 778).*

1997, c. 75, a. 37.

38. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 779).*

1997, c. 75, a. 38.

39. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 780).*

1997, c. 75, a. 39.

40. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 781).*

1997, c. 75, a. 40.

41. *(Modification intégrée au c. C-25, a. 783).*

1997, c. 75, a. 41.

42. *(Modification intégrée au c. C-25.1, a. 214).*

1997, c. 75, a. 42.

C. C-34, a. 25.1, mod.

43. Jusqu'au 1^{er} avril 1998, l'article 25.1 de la Loi sur la Commission des affaires sociales (chapitre C-34) est modifié par le remplacement, dans la deuxième ligne, des mots «est confidentiel» par les mots «et les dossiers qui lui sont transmis en application de l'article 782 du Code de procédure civile (chapitre C-25) ou de la Loi sur la protection des personnes

dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Lois du Québec, 1997, chapitre 75) sont confidentiels».

1997, c. 75, a. 43.

44. *(Modification intégrée au c. C-81, a. 14).*

1997, c. 75, a. 44.

45. *(Modification intégrée au c. M-19.2, a. 10.2).*

1997, c. 75, a. 45.

46. *(Modification intégrée au c. N-2, a. 120).*

1997, c. 75, a. 46.

47. *(Modification intégrée au c. P-29, a. 1).*

1997, c. 75, a. 47.

48. *(Modification intégrée au c. R-0.2, a. 37).*

1997, c. 75, a. 48.

49. *(Modification intégrée au c. S-4.2, a. 118.1).*

1997, c. 75, a. 49.

50. *(Modification intégrée au c. S-4.2, a. 431).*

1997, c. 75, a. 50.

51. *(Modification intégrée au c. S-5, a. 1).*

1997, c. 75, a. 51.

52. *(Modification intégrée au c. S-5, a. 2).*

1997, c. 75, a. 52.

53. *(Modification intégrée au c. S-5, a. 86).*

1997, c. 75, a. 53.

54. *(Modification intégrée au c. S-5, a. 150.1).*

1997, c. 75, a. 54.

55. *(Modification intégrée au c. T-11.01, a. 3).*

1997, c. 75, a. 55.

56. *(Modification intégrée au c. J-3, a. 18).*

1997, c. 75, a. 56.

57. *(Modification intégrée au c. J-3, aa. 22-23).*

1997, c. 75, a. 57.

58. *(Modification intégrée au c. J-3, a. 103).*

1997, c. 75, a. 58.

59. *(Modification intégrée au c. J-3, a. 119).*

1997, c. 75, a. 59.

60. *(Modification intégrée au c. J-3, ann. I).*

1997, c. 75, a. 60.

61. *(Omis).*

1997, c. 75, a. 61.

ANNEXE

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LES DROITS ET RECOURS D'UNE PERSONNE SOUS GARDE

(Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, article 16)

.....

(nom de la personne sous garde)

Vous avez été mis sous garde en vertu d'une décision du tribunal prise à la suite de deux rapports d'examen psychiatrique.
Vous avez des droits en vertu de la loi:

- 1 Vous avez le droit d'être transféré auprès d'un autre établissement, si votre médecin traitant est d'avis que cela ne présente pas un risque sérieux et immédiat pour vous ou pour autrui et que l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent.
- 2 Vous pouvez exiger que l'on mette fin à votre garde sans délai si un rapport d'examen psychiatrique confirmant la nécessité de maintenir votre garde n'a pas été produit dans les 21 jours de la décision du tribunal et, par la suite, au moins une fois tous les trois mois.

À cet égard, dans votre cas, la décision du tribunal a été rendue le et des
rapports d'examen psychiatrique ont été produits aux dates suivantes:

.....

(dates des rapports d'examen psychiatrique produits).

- 3 Vous devez vous soumettre aux examens psychiatriques visés au paragraphe 2. Cependant, vous pouvez catégoriquement refuser tout autre examen, soin ou traitement. Dans ce cas, l'établissement et votre médecin devront respecter votre décision, sauf si ces examens et traitements ont été ordonnés par un juge ou s'il s'agit d'un cas d'urgence ou de soins d'hygiène.
- 4 Même si vous êtes sous garde, vous pouvez communiquer, en toute confidentialité, oralement ou par écrit, avec toute personne de votre choix. Cependant, il est possible que votre médecin traitant décide, dans votre propre intérêt, de vous interdire de communiquer avec certaines personnes ou d'apporter certaines restrictions à vos communications. Dans ce cas, l'interdiction ou la restriction ne peut qu'être temporaire et la décision du médecin doit vous être transmise par écrit et faire état des motifs sur lesquels elle est fondée.

Votre médecin ne peut cependant vous empêcher de communiquer avec votre représentant, la personne autorisée à consentir à vos soins, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec.

- 5 Lorsque vous n'êtes pas d'accord avec le maintien de votre garde ou lorsque vous n'êtes pas satisfait d'une décision prise à votre égard, vous pouvez soumettre votre cas au Tribunal administratif du Québec.

.....
(adresse)
.....

(numéro de téléphone)

(numéro de télécopieur)

Voici comment procéder:

- a) vous pouvez écrire vous-même au Tribunal ou demander à vos parents, votre tuteur, votre curateur ou votre mandataire de présenter une requête en votre nom;
 - b) dans votre lettre, vous devez expliquer, autant que possible, pourquoi vous n'êtes pas satisfait du maintien de votre garde ou de la décision qui a été rendue à votre sujet;
 - c) votre lettre constituera votre requête au Tribunal et vous devez l'envoyer à l'adresse mentionnée ci-haut dans les 60 jours qui suivent la décision avec laquelle vous n'êtes pas d'accord; mais, si vous dépassez ce délai, le Tribunal pourra tout de même décider de vous entendre si vous lui donnez des raisons justifiant votre retard;
 - d) le Tribunal peut mettre fin à votre garde ou renverser la décision prise à votre égard, mais avant de prendre sa décision, il doit vous rencontrer;
 - e) lors de cette rencontre, vous avez le droit d'être représenté par un avocat et de présenter des témoins.
- 6 Votre garde doit prendre fin:
 - a) aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par votre médecin;
 - b) lorsqu'un rapport d'examen psychiatrique n'a pas été produit dans les délais mentionnés au paragraphe 2, dès l'expiration de ceux-ci;
 - c) dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée;
 - d) si le Tribunal administratif du Québec rend une décision à cet effet;

e) si une décision d'un tribunal judiciaire l'ordonne. L'établissement qui vous maintient sous garde doit vous informer immédiatement de la fin de votre garde.

1997, c. 75, annexe.

ANNEXE ABROGATIVE

Conformément à l'article 9 de la Loi sur la refonte des lois et des règlements (chapitre R-3), le chapitre 75 des lois de 1997, tel qu'en vigueur le 1^{er} avril 1999, à l'exception des articles 28 à 33 et 61, est abrogé à compter de l'entrée en vigueur du chapitre P-38.001 des Lois refondues.

ANNEXE 2

LE GUIDE D'ENTREVUE

Description du document

Les fiches et les questions ont trait aux principaux acteurs de l'application de la Loi : les services d'aide en situation de crise désignés, les services policiers, les services ambulanciers et les hôpitaux. Une section du rapport est aussi consacrée au tribunal mais la fiche ne la reprend pas, considérant que les répondants des agences ont peu de probabilités d'être interpellés par ce qui s'y passe. Par contre, nous avons ajouté une fiche sur les relations de partenariat entre les différents acteurs impliqués dans l'application de l'art. 8 de la Loi.

Indications

- **Vos réponses seront recueillies par téléphone, alors vous n'avez pas de rapports écrits à produire.**
- Notez que le rapport ne vise pas à produire un inventaire détaillé des difficultés rencontrées région par région. Si l'on compare la situation à une radiographie, nous pouvons dire que nous nous sommes intéressés à cerner en profondeur les difficultés rencontrées face aux situations. Aussi, nous vous suggérons de mettre l'accent sur les problèmes que vous avez déjà rencontrés en les documentant le plus possible. C'est la raison pour laquelle les questions sont détaillées.
- À la réunion de février dernier, un certain nombre d'entre vous avez manifesté la crainte de ne pas être en mesure de répondre au questionnaire. Si des questions vous embêtent, nous vous suggérons de répondre simplement au meilleur de votre connaissance.
- La durée de l'entrevue téléphonique devrait varier de 1 à 2 heures.
- Dans la version finale du rapport, il y aura vraisemblablement un résumé de la Loi. Pour le moment, nous tenons pour acquis que le lecteur a une connaissance suffisante de la Loi. Toutefois, le lecteur trouvera un rapport de recherche qui contient un bon résumé de la Loi à ce lien Internet : http://www.unites.uqam.ca/CRI/publications/rapport_dangerosite.pdf. Le titre de la recherche est : *À la recherche de la dangerosité mentale – Stratégies d'implantation et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi sur la protection des personnes par l'UPS-J.* (2006). (Voir p. 12-15 du document.)

Voici la démarche de validation

- Envoi des fiches et des questions vers le 1^{er} mai 2007.
- Période de préparation pour les répondants à l'entrevue téléphonique du 2 mai au 22 mai 2007.
- Période de cueillette des réponses au moyen d'une entrevue téléphonique avec le consultant externe du 22 mai au 8 juin. Note : les entrevues peuvent commencer dès le 16 mai. De cette manière, nous espérons que l'ensemble des entrevues seront terminées le 8 juin.
- Pour prendre rendez-vous, vous devez communiquer avec le consultant externe au numéro de téléphone suivant :

Définition des termes

- CH et CLSC : Nous avons préféré garder les termes CH et CLSC utilisés par la Loi. Ils réfèrent évidemment à la mission CH et CLSC d'un CSSS.
- Cadre de référence : Nous avons appelé *cadre de référence* les ententes intersectorielles de concertation ou de collaboration entre les différents « acteurs » impliqués dans l'application de la Loi.
- Danger : Dans toutes les situations où le mot *danger* est utilisé, il implique un danger envers soi ou autrui. Les termes *danger envers soi ou autrui* ne seront pas répétés.
- Dangereux : Le terme *dangereux* réfère au danger en lien avec un état mental perturbé.
- Intervention en situation de crise : Sera appelée ISC.
- Loi P-38 : Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. On l'appelle communément *Loi P-38*, mais son signe au complet est L.R.Q., chapitre P-38.001. Noter que l'appellation *Loi 75* qui était utilisée auparavant ne doit plus avoir cours.
- Services d'aide en situation de crise désignés (SASC désignés) : Ce sont les services de crise désignés expressément par l'agence de la santé et des services sociaux pour estimer la dangerosité dans le cadre de l'art. 8 de la Loi. La désignation oblige l'établissement ou l'organisme à organiser son service de manière à être en mesure de remplir son mandat. Cela n'empêche pas d'autres services d'offrir une intervention de crise à la population qu'ils desservent.
- Service policier : Il s'agit indistinctement des services policiers municipaux ou provincial (SQ).
- Tribunal ou la Cour : Sauf mention contraire, il s'agit de la Cour du Québec, l'instance judiciaire chargée d'entendre les requêtes pour les différentes ordonnances liées à la garde en établissement.

Consultant à la Direction de la santé mentale, MSSS

Fiche #1 : Les Services d'aide en situation de crise (SASC) désignés

Le mandat de l'estimation dans le cadre de la Loi P-38

Le mandat de l'estimation de la dangerosité demande certes d'estimer le danger, mais surtout de désamorcer la crise et d'offrir à la personne en détresse une réponse appropriée à sa condition. De plus, face à une personne présentant un danger grave et immédiat et refusant les interventions lui permettant de se protéger du danger, l'intervenant devra rechercher son consentement pour la conduire en centre hospitalier afin qu'elle se soumette à une évaluation psychiatrique. Un grand nombre de régions semblent avoir adopté ce point de vue. Est-ce le cas ?

La clientèle type

Le titre de la Loi est explicite, la clientèle type est constituée de toute personne présentant un danger en raison d'un état mental perturbé. Ainsi, il n'est pas nécessaire que la personne ait un diagnostic de santé mentale, pas plus que le fait d'avoir un diagnostic de santé mentale ne prédispose la personne à être dangereuse. Enfin, le fait d'être dangereux n'est pas nécessairement dû à un état mental perturbé. Bref, il faut à la fois un état mental perturbé et un danger important.

Dans le langage de l'intervention de crise, il s'agit généralement de personnes en situation de crise dont les manifestations de détresse ou de tension émotive sont caractérisées par un danger de suicide, d'homicide, d'une menace à l'intégrité. Pour le moment, contentons-nous de traduire la notion de l'état mental de la personne dans le langage de l'intervention de crise comme étant l'équivalent d'une détresse psychologique élevée ou profonde. Ajoutons que le danger immédiat réfère généralement à un danger dont le délai de survenue est de 48 heures et moins.

La clientèle est sensiblement la même que celle de tout service de crise. Les données ayant trait aux demandes acheminées vers les SASC désignés par les policiers montrent le tableau suivant : des hommes et des femmes en nombre pratiquement égal, de 40 ans en moyenne, célibataires, vivant seuls, d'aide sociale et ayant un trouble de santé mentale souvent associé à d'autres problématiques. Évidemment, les demandes des policiers sont caractérisées par la présence chez ces personnes d'une plus grande dangerosité que celles rencontrées par les SASC desservant la communauté. Une autre manière de présenter la clientèle type est de spécifier que les personnes desservies ne sont pas différentes de celles rencontrées habituellement dans les services de crise, mais que la désignation commande de la part des intervenants de porter une attention encore plus grande aux personnes présentant une dangerosité.

Deux questions pendantes

1. Est-ce seulement les personnes présentant un danger grave et immédiat qui font partie de la clientèle type ? L'accent mis sur le mandat de l'estimation aux dépens de l'intervention en situation de crise à apporter à la personne en détresse a favorisé une compréhension restreinte de la clientèle type dans certaines régions.
2. Même si les caractéristiques de la clientèle ne changent pas fondamentalement, il reste que des questions importantes se posent concernant la responsabilité des intervenants appelés à favoriser la recherche d'aide des personnes présentant un danger. Autrement dit, l'imputabilité attendue d'un SASC désigné force à réviser la notion du volontariat. Voici une image pour simplifier. À l'instar du signalement sous la loi de la DPJ, ne doit-on pas considérer qu'une problématique de danger (ex. : suicide, menace à l'intégrité) engage la responsabilité du service à apporter une intervention en situation de crise et une estimation de la dangerosité au regard de la situation rapportée, que la demande provienne de la personne ou d'un tiers ?

Les réponses à ces questions sont stratégiques parce qu'elles baliseront avec précision les caractéristiques de la clientèle cible et qu'elles risquent d'induire des changements de pratique importants.

L'organisation de services à mettre en place

Étant donné la nécessité d'offrir une réponse à la communauté et aux services de police sur une base 24/7, la réponse téléphonique et le service mobile de crise, en dehors des heures d'ouverture des CLSC, ont été retenus comme mesures prioritaires dans la planification de services dans la plupart des régions.

Probablement en raison de l'accent mis sur la réponse téléphonique et mobile, le suivi à très court terme et le suivi de crise avec hébergement n'ont pas fait l'objet de la même attention. Leur développement n'est pas à point, sans compter qu'ils ne sont pas perçus aussi importants. Si les deux premiers services de crise font office de porte d'entrée dans les services de crise, le suivi à court terme et l'intervention de crise avec hébergement permettent d'offrir une alternative à l'hospitalisation et une rétention de la clientèle dans les services situés dans la communauté.

La manière d'estimer

Le soutien aux intervenants passe par des outils d'évaluation et d'estimation ainsi que par de la formation et du soutien clinique. Le taux d'utilisation des outils est difficilement mesurable et nous ne savons pas s'il y a des programmes de soutien tels que la formation et le soutien clinique.

1 Les questions adressées aux répondants des agences

Section : Le mandat de l'estimation

- 1.1 Est-ce que la région a adopté un cadre de référence précisant ce qui est attendu des principaux acteurs impliqués dans l'application de la Loi P-38 ?
- 1.2 Est-ce que le mandat des SASC désignés est inclus dans le cadre de référence de votre région ?
- 1.3 Diriez-vous que le mandat des SASC de votre région est clair ? Est-ce que le rôle et les responsabilités des SASC désignés de votre région correspondent à ce qui est inscrit dans la fiche (cf. section mandat de l'estimation) ?
- 1.4 Avez-vous l'impression que le SASC désigné est en mesure d'offrir une alternative à la consultation à la salle d'urgence du CH ?

Section : La clientèle cible

- 1.5 Est-ce que la définition de la clientèle type est incluse dans le cadre de référence ?
- 1.6 Qui est identifié ?
 - a) Personne en danger⁶⁷ grave et immédiat
 - b) Personne en crise et en danger
 - c) Personne en crise
 - d) Autres personnes
- 1.7 Est-ce que ces personnes font partie de la clientèle cible ?
 - Les personnes avec un trouble mental grave
 - Les personnes suicidaires
 - Les personnes qui s'automutilent
 - Les personnes qui ont des problèmes d'agression
 - Les personnes qui ont des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie
 - Les personnes itinérantes
 - D'autres personnes
- 1.8 Est-ce que les services de crise ont des critères d'exclusion en termes de clientèle ? Si oui, lesquels ?
- 1.9 Qu'est-ce que cela entraîne comme difficulté ?

Section : L'organisation des services

- 1.10 Est-ce que vous diriez que les SASC en place offrent une couverture suffisante au niveau de la réponse téléphonique ? de la réponse des équipes mobiles ?
- 1.11 Est-ce que vous avez désigné des SASC pour le suivi à court terme ?
- 1.12 Qu'en est-il du SASC avec hébergement ?
- 1.13 Quelles sont les principales difficultés au niveau de l'accessibilité de ces services et de leur efficience ?
- 1.14 Avez-vous l'impression qu'ils répondent aux besoins de la population ? Explicitez.

Section : La manière d'estimer

- 1.15 Est-ce que les SASC désignés éprouvent des difficultés dans l'estimation du danger :
 - de suicide ?
 - envers autrui ?
 - en lien avec une problématique de psychose ?
 - en lien avec un trouble cognitif chez les personnes âgées ?
 - Autres : nommer.
- 1.16 Est-ce que la notion d'état mental pose problème ?
- 1.17 Est-ce que vous jugez que la formation et le soutien clinique fournis aux intervenants de crise sont suffisants ?
- 1.18 De manière générale, quelles ont été les plus belles réalisations au regard de ce qui existait dans les années 2000-2001 ?
- 1.19 Quelles sont les plus grandes difficultés à surmonter ?

⁶⁷ Danger pour soi ou pour autrui

Fiche #2 : Les services policiers

Les principaux problèmes sont liés à la compréhension du mandat dans le cadre de la Loi P-38

Il semble que pour les policiers, les SASC désignés ne sont impliqués dans l'art. 8 de la Loi que dans deux situations : premièrement, dans la mesure où le SASC est déjà en contact avec une personne dangereuse et qu'il demande aux policiers de conduire cette personne au CH à la suite d'une estimation de danger grave et immédiat; deuxièmement, dans la mesure où il est disponible en temps utile à la suite d'une demande d'aide à la police provenant d'une personne tierce qui a un lien étroit avec la personne jugée dangereuse (conjoint, parent ou une personne qui démontre un intérêt particulier).

Pour les autres situations, c'est-à-dire pour toutes les situations rencontrées sur les lieux publics par les policiers ou à la demande d'un inconnu de la personne « dangereuse », les policiers considèrent qu'elles ne sont pas prévues dans la Loi. Par conséquent, le policier décidera de la conduite à tenir sans faire appel au SASC, puisque les lois en vigueur (common law, loi de la police, art. 2 de la Charte) lui donnent les pouvoirs nécessaires pour agir. Enfin, quelles que soient les situations conduisant à un transport au CH, le policier ne prendra la décision que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne présente un danger grave et immédiat. Autrement dit, l'interprétation du principal corps de police municipal du Québec est à l'effet qu'une marge d'appréciation doit être laissée au policier, que le SASC soit présent (disponible) ou pas. En somme, pour la plupart des situations, les policiers ne se sentent pas interpellés par la Loi.

Cette interprétation semble courante puisque les données, toutes partielles qu'elles soient, montrent que les policiers, face à des situations pouvant évoquer la Loi P-38, font peu appel aux SASC désignés à Montréal (à Montréal, de 7 à 9 %, et à Québec, environ 20 %).

Il reste que les documents consultés ne concernent que les corps policiers municipaux de Québec et de Montréal. Est-ce que le même phénomène se produit ailleurs au Québec ? Il faudra vérifier si le même phénomène se passe ailleurs au Québec.

2 Les questions adressées aux répondants des agences

Section : La compréhension du mandat dans le cadre de la Loi P-38

- 2.1 Est-ce que le cadre de référence de votre région traite du rôle et des responsabilités des services policiers au regard de l'art. 8 de la Loi ?
- 2.2 Est-ce que ce rôle et ces responsabilités correspondent à la fiche ? Expliquez.
- 2.3 Quel était le nombre envisagé de demandes provenant de la police avant la mise sur pied du service de crise désigné ?
- 2.4 Combien d'appels faits par les policiers sont acheminés vers le SIC désigné par année ? Si vous ne possédez pas de données, avez-vous des informations indiquant que le SIC désigné est sous-utilisé par les services policiers ?
- 2.5 À votre connaissance, pouvez-vous indiquer si les policiers font appel aux SIC désignés pour toutes les situations de danger qui se présentent à eux ou, au contraire, seulement pour un nombre restreint de situations ?
- 2.6 Quels sont les délais de réponse des SIC à la suite d'un appel des policiers ?
- 2.7 Quelle est votre appréciation des relations de collaboration (partenariat) entre les SIC et les services policiers ?
- 2.8 Dans les relations de collaboration entre les SIC et les services policiers, parmi les problèmes rencontrés, quels sont ceux qui ont été faciles à régler, difficiles à régler, restés sans solution ?
- 2.9 Est-ce que les policiers sont satisfaits du travail des SIC mis sur pied ?
- 2.10 Quelles ont été les activités qui ont montré une augmentation de la demande des policiers ? Ex. : formation offerte aux policiers par des intervenants de crise, information fournie sur place aux policiers (dans les postes de police) par les intervenants ou les cadres des SIC, etc. ?
- 2.11 De manière générale, quelles ont été les plus belles réalisations au regard de ce qui existait dans les années 2000-2001?
- 2.12 Quelles sont les plus grandes difficultés à surmonter ?

Fiche #3 : Les services ambulanciers

Le législateur n'a pas attribué de responsabilité particulière aux services ambulanciers avec la Loi P-38. Toutefois, ils sont impliqués dans certaines situations d'application de cette loi (art. 8).

Lorsque la personne qui présente un danger grave et immédiat refuse de se rendre au CH, les ambulanciers agissent à la demande des policiers. En effet, seul le policier a l'autorité nécessaire pour forcer une personne à être conduite contre son gré à l'hôpital. Lorsque la décision est prise pour conduire la personne à l'hôpital, les policiers et les ambulanciers travaillent en collaboration étroite afin de s'assurer que la personne soit transportée à l'hôpital sans qu'elle ne mette sa vie ou celle d'autrui en danger. Il faut noter que lors d'une application de l'article 8 de la Loi, même lorsque la personne n'est pas dans un contexte de soins d'urgence à proprement parler, l'utilisation des services ambulanciers par les policiers est de plus en plus la norme parce que ce mode de transport est plus sécuritaire que celui offert par le véhicule du policier.

La position des services ambulanciers face à la Loi

Cette position a été tirée de la recherche portant sur l'application de la Loi à Montréal et n'est pas nécessairement la même dans les autres régions du Québec. D'abord, soulignons le nombre important de transports par ambulance à l'hôpital pour des personnes ayant une problématique de troubles mentaux. En 1997-1998, sur l'île de Montréal, 10 693 appels ont donné lieu à un transport par ambulance pour des personnes considérées *trouble de santé mentale*.

En 1998, la Corporation Urgences-santé a déclaré la Loi impraticable, a annoncé sa décision de faire appel aux policiers sur la base de la common law et a formé son personnel sur le sujet. C'est probablement pour cette raison qu'ils ne font pratiquement pas appel aux SASC désignés. Il semble que lorsque les ambulanciers et les policiers sont sur place, ils prennent ensemble les décisions relativement à l'application de la Loi, comme dans le passé.

Enfin, on fait état de difficultés de paiement des transports ambulanciers lors de l'application de l'art. 8 de la Loi dans plusieurs régions. Le problème se situe à deux niveaux. D'un point de vue éthique, il est difficile d'obliger la personne à déboursier pour un service qu'elle n'a pas demandé et encore plus si elle n'a pas été retenue en garde préventive à l'hôpital. D'un point de vue administratif, la situation varie d'une région à l'autre. Toutefois, les paramètres généraux sont que les services ambulanciers cherchent à se faire rembourser par les agences alors que les agences sont aux prises avec une absence de disponibilité budgétaire et des difficultés de gestion.

3 Les questions adressées aux répondants des agences

- 3.1 Est-ce que la position adoptée par les services ambulanciers de votre région est semblable à celle de ceux de Montréal ?
- 3.2 Avez-vous l'impression que les ambulanciers et les policiers prennent ensemble les décisions relatives à la Loi P-38 sans faire appel aux SASC désignés lorsqu'ils se trouvent ensemble sur place ?
- 3.3 Est-ce que le problème des frais ambulanciers se pose dans votre région ? Quelle serait la solution ?

Fiche #4 : Les centres hospitaliers

Le mandat du CH dans le cadre de la Loi P-38. De manière générale, le CH a le mandat de **décider** de garder une personne contre son gré afin de la protéger du danger et de la **garder** (hospitaliser) contre son gré, le cas échéant.

Dans un but de présentation schématique, on peut avancer que le mandat du CH dans le cadre de la Loi consiste à évaluer la dangerosité, à garder les personnes durant une période de temps qui est autorisée par la Loi ou le tribunal, à entreprendre des démarches de requête auprès du tribunal pour poursuivre la démarche en cours si cela s'avère nécessaire. Souvent, cette série de tâches est présentée de manière chronologique. Pour notre part, tout en tenant compte de l'aspect des différentes étapes dans le temps, nous avons privilégié une présentation par catégorie de tâches.

Le CH doit **évaluer** si l'état mental de la personne qui est :

1. amenée par les policiers à l'urgence (art. 8) présente un **danger grave et immédiat** (avis médical par le médecin de l'urgence ou l'urgentologue);
2. en garde provisoire présente un **danger** (2 examens psychiatriques par deux psychiatres sauf exception);
3. en garde (autorisée) présente toujours un **danger** (2 examens psychiatriques par deux psychiatres sauf exception).

Le CH doit **garder** la personne :

1. en garde **préventive** pour une durée maximale de 72 heures;
2. en garde **provisoire** pour une durée maximale allant de 48 heures à 96 heures⁶⁸;
3. en garde **autorisée** pour une durée fixée par l'ordonnance (souvent de 21 ou de 30 jours) en **renouvellement** de la garde pour une durée fixée par l'ordonnance.

Le CH doit entreprendre une **démarche de requête** auprès de la Cour du Québec afin d'obtenir :

1. une ordonnance de garde **provisoire** pour une personne mise auparavant en garde préventive et qui, tout en présentant un danger, refuse l'évaluation psychiatrique (rappelons qu'une ordonnance peut également être obtenue par un tiers lorsque la personne est dans la communauté et est considérée dangereuse);
2. une ordonnance de garde **autorisée** pour une personne en situation de garde provisoire et dont les deux examens ont conclu en la dangerosité;
3. un **renouvellement** de la garde pour une personne en situation de garde autorisée et dont le maintien de la garde est jugé nécessaire suite aux rapports psychiatriques périodiques.

⁶⁸ 48 heures pour les personnes qui étaient précédemment en garde préventive et 96 heures à partir de la prise en charge des personnes amenées au CH suite à l'ordonnance obtenue par un tiers.

Schéma du mandat du CH (du CSSS) dans le cadre de la Loi P-38

Le CH doit évaluer si l'état mental de la personne qui est :	Le CH doit garder la personne :	Le CH doit entreprendre une démarche de requête afin d'obtenir :
amenée par les policiers à l'urgence présente un danger grave et immédiat (avis médical);	en garde préventive pour une durée maximale de 72 heures;	une ordonnance de garde provisoire pour une personne mise auparavant en garde préventive et qui, tout en présentant un danger, refuse l'évaluation psychiatrique;
en garde provisoire ⁶⁹ présente un danger (évaluation psychiatrique composé de 2 examens psychiatriques ⁷⁰);	en garde provisoire pour une durée maximale allant de 48 heures à 96 heures ⁷¹ ;	une ordonnance de garde autorisée pour une personne en situation de garde provisoire et dont les deux examens ont conclu en la dangerosité de la personne;
en garde (autorisée) présente toujours un danger (évaluation psychiatrique au bout de 21 jours à compter de l'ordonnance de garde).	en garde autorisée pour une durée fixée par l'ordonnance (souvent de 21 ou de 30 jours);	un renouvellement de la garde pour une personne en situation de garde autorisée et dont le maintien de la garde est jugé nécessaire suite aux rapports psychiatriques périodiques.
	en renouvellement de la garde pour une durée fixée par l'ordonnance.	

Les difficultés rencontrées

À l'étape de l'évaluation psychiatrique, un bon nombre de personnes sont évaluées par les psychiatres sans que le CH ait obtenu une ordonnance d'évaluation psychiatrique. Évidemment, un certain nombre de personnes acceptent l'évaluation psychiatrique, mais refusent son verdict, une situation qui ne requiert pas d'ordonnance de garde provisoire pour le CH. Cependant, le faible nombre de requêtes pour garde provisoire de la part des CH (quasi inexistant) et le grand nombre de requêtes pour garde autorisée nous incitent à croire que cet écart s'explique en grande partie par le fait que les personnes sont évaluées sans ordonnance du tribunal, probablement à l'étape de la garde préventive. Le résultat qui en découle est que les délais d'examen ne peuvent pas être respectés et que plusieurs personnes ne savent pas qu'elles sont gardées au CH contre leur gré. Elles en font le constat lorsqu'elles demandent à quitter.

⁶⁹ La personne peut être amenée directement en garde provisoire suite à une requête présentée par un tiers.

⁷⁰ Si le premier conclut en la dangerosité de la personne.

⁷¹ 48 heures pour les personnes qui étaient précédemment en garde préventive et 96 heures à partir de la prise en charge des personnes amenées au CH suite à l'ordonnance obtenue par un tiers.

L'organisation de services à mettre en place

Deux sujets sont traités dans cette section : le moment de la prise en charge de la personne par le CH et les établissements requis de mettre une personne sous garde (sous l'angle des aménagements nécessaires, une expression rencontrée dans la Loi).

Le moment de la prise en charge

Le moment de la prise en charge est un enjeu important parce qu'il constitue le moment du transfert de responsabilité du policier au CH. En effet, la prise en charge par le CH de la personne amenée par le policier marque la fin de la responsabilité du policier à son égard et simultanément, le début de celle du CH.

Les difficultés rencontrées

Le moment de la prise en charge pose problème parce que plusieurs personnes considèrent que la Loi n'est pas claire à ce chapitre. De plus, à la question : « Est-ce que le moment de la prise en charge se situe à l'arrivée de la personne à l'établissement, lorsque les informations à son sujet sont transmises à l'infirmière au tri ou plutôt lorsque la personne est vue par le médecin de l'urgence ? », les positions ne font pas consensus à cet égard.

Sommairement, deux positions se démarquent. La première considère que la prise en charge s'effectue dès que le policier transmet les informations à l'infirmière au tri; une position dont les arguments s'appuient principalement sur l'obligation de l'établissement à prendre en charge la personne dès son arrivée au CH. En pratique, étant donné la nécessité d'un relais de transfert de responsabilité – en pratique, des informations à communiquer –, le moment de la prise en charge s'effectue au moment où les informations sont transmises à l'infirmière au tri. Dans la deuxième position, le transfert est effectif au moment où la personne est vue par le médecin et que celui-ci décide de la mettre en garde préventive. À noter que la majorité des CH semble avoir adopté la 2^e position. Cette question doit être clarifiée parce que les pratiques en vigueur font encore l'objet de questionnements.

Les établissements requis de mettre une personne sous garde

Une question à ce sujet a déjà été posée dans une région : « Est-ce qu'un hôpital qui ne dispose pas d'une équipe en psychiatrie (habituellement un CH de moins de 200 lits) doit garder les personnes amenées par les policiers ? » Dans la Loi, les articles 6 et 8 (avec l'art. 23 qui y est attaché), qui traitent des aménagements nécessaires ainsi que de l'organisation et des ressources des établissements, sont concernés par la question.

Les difficultés rencontrées

Le problème évoqué tient à la capacité des urgences des CH à remplir le mandat attribué aux CH dans la Loi. Le problème vient du fait que les CH sans équipe de psychiatrie considèrent ne pas avoir les aménagements nécessaires pour mettre une personne sous garde, tandis que les CH régionaux trouvent inapproprié de recevoir toutes les personnes pour qui une application de la Loi est demandée.

Notre position est que tous les CH devraient être requis d'assumer le rôle et les responsabilités de la garde préventive, tandis que les CH avec département de psychiatrie devraient assumer les rôles et responsabilités des gardes provisoires et autorisées des personnes. Cette question mérite d'être approfondie pour avoir une meilleure idée de l'étendue du problème.

La manière d'évaluer la dangerosité

Nous analyserons l'avis médical du médecin lorsque la personne se présente à la salle d'urgence et l'évaluation psychiatrique.

L'avis médical (les éléments spécifiques de l'avis médical permettant de décider de la nécessité de mettre la personne en garde préventive)

Rappel de la Loi : Le médecin mettra la personne sous garde préventive s'il est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat (art. 7).

Pour le médecin à l'urgence, c'est à la fois une responsabilité nouvelle et un pouvoir accru. En effet, l'art. 7 de la Loi demande au médecin de poser un jugement clinique dont la conclusion lui permet de garder la personne au CH contre son gré, sans qu'il lui soit nécessaire de se présenter au tribunal pour y être autorisé et sans que la personne ne puisse contester la décision à ce stade⁷². C'est pourquoi le *Guide de gestion des urgences* du MSSS en 2006 demande que le médecin procède à une évaluation objective, prudente et minutieuse de la situation.

Les difficultés rencontrées

La documentation consultée et les commentaires recueillis de manière anecdotique enseignent que les difficultés d'évaluation du danger pour le médecin à l'urgence se situent à deux niveaux. Premièrement, des problèmes au niveau de l'évaluation du danger peuvent se poser dans les CH ne disposant pas d'équipe spécialisée en santé mentale. Ces CH sont caractérisés par une unité d'urgence recevant un nombre limité de patients souffrant de détresse psychologique. La faible probabilité d'être en contact avec des personnes en danger grave et immédiat rend plus difficile le développement d'une expertise. Les problèmes seraient en voie de résolution en raison de la réorganisation du réseau de soins. D'une part, ces CH sont considérés aptes à identifier le problème et à stabiliser l'état de la personne. Il est même fait mention que, parfois, des patients sont hospitalisés dans des lits de médecine. Enfin, selon le *Guide de gestion des urgences* du MSSS de 2006, les médecins doivent compter sur la disponibilité d'un psychiatre consultant qui peut être sur place dans un délai de 30 minutes. D'autre part, plusieurs guides sont à la disposition des médecins depuis quelques années : le *Guide de gestion des urgences* mentionné précédemment, la nouvelle version du *Guide d'application de la Loi P-38* que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux a publié et deux outils d'évaluation et de dépistage qui sont à la disposition de l'infirmière et du médecin⁷³.

Deuxièmement, il est bien connu que plusieurs médecins rencontrent des difficultés à détecter les problématiques suicidaires au Québec. Considérant le grand nombre de personnes qui consultent un médecin omnipraticien peu de temps avant le suicide, leur rôle en prévention du suicide est stratégique. Depuis quelques années, des formations à leur intention ont été diffusées dans plusieurs régions du Québec afin d'améliorer leur capacité à détecter, traiter et orienter les patients suicidaires.

Bref, plusieurs mesures ont été mises en place pour corriger ces lacunes.

L'évaluation psychiatrique

Un rappel : une ordonnance de garde provisoire est nécessaire afin de soumettre la personne à l'évaluation psychiatrique qui comprend deux examens psychiatriques. Ces examens ne peuvent être effectués que par des psychiatres, sauf exception.

Tel qu'indiqué précédemment, le critère d'application de la Loi étant la dangerosité, tout comme dans l'ancienne loi, il n'y a pas de changement fondamental dans l'évaluation des personnes. Toutefois, en raison du caractère exceptionnel de la Loi et pour contrer une interprétation trop large de la dangerosité, le contenu du rapport de l'examen psychiatrique a été détaillé.

⁷² Sauf en habeas corpus.

⁷³ La Grille d'évaluation de la dangerosité et la Directive concernant l'application de la garde préventive.

Les difficultés rencontrées

Les évaluations psychiatriques ne sont pas toujours suffisamment détaillées. La Cour d'appel, en 2002, a renversé une décision de la Cour du Québec qui avait accordé un renouvellement de garde sur la base de rapports psychiatriques jugés « sibyllins ». Ce jugement a eu une grande portée dans le milieu de la psychiatrie. Aussi, l'AQESSS, dans la nouvelle version du *Guide d'application* de la Loi, souligne l'importance de présenter des rapports suffisamment détaillés. Par ailleurs, depuis quelques années, le juge est tenu d'avoir lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, ce qui accroît encore davantage l'attention à porter à l'évaluation psychiatrique.

Nous n'avons pas fait le tour des écrits sur la question. Mais, dans une des recherches consultées, des témoignages de personnes soumises à des ordonnances de garde « font état de rapports d'évaluation basés sur des faits rapportés, mais non vérifiés, sur des notes au dossier et sur des rencontres de quelques minutes, voire secondes avec le médecin, parfois sans même être prévenues qu'elles sont évaluées.

4 Les questions adressées aux répondants des agences

Section : Le mandat du CH dans le cadre de la Loi

- 4.1 Il est rapporté que les deux examens psychiatriques sont effectués durant la garde préventive dans un grand nombre d'hôpitaux au Québec. Est-ce le cas dans votre région ?
- 4.2 Est-ce qu'il arrive que des personnes se retrouvent en garde préventive seulement à partir du moment où elles manifestent le désir de quitter le CH ?

Section : L'organisation de services à mettre en place

- 4.3 Est-ce que le moment de la prise en charge est indiqué dans le cadre de référence de votre région ?
- 4.4 À quel moment la personne est considérée prise en charge dans les établissements de votre région :
 - à son arrivée dans l'établissement ?
 - au moment où les informations sont transmises à l'infirmière au tri ?
 - suite à l'examen du médecin à l'urgence ?
- 4.5 Est-ce que le moment de la prise en charge tel qu'effectué dans les salles d'urgence des hôpitaux de votre région pose problème ?
- 4.6 Êtes-vous d'avis qu'un comité d'experts se penche sur cette question et propose une ligne de conduite ?
- 4.7 Est-ce que des difficultés se sont présentées concernant la capacité des CH locaux à recevoir des personnes conduites par les policiers (art. 8 de la Loi) ?

Section : La manière d'évaluer

- 4.8 Est-ce que des requêtes pour garde autorisée ont été accordées partiellement (diminution de la durée) ou remises à plus tard en raison de manquements dans l'évaluation psychiatrique ou dans la démarche de requête du CH ?
- 4.9 Est-ce que des requêtes pour garde autorisée ont posé des difficultés malgré une preuve savamment détaillée ?
- 4.10 De manière générale, quelles ont été les plus belles réalisations au regard de ce qui existait dans les années 2000-2001 ?
- 4.11 Quelles sont les plus grandes difficultés à surmonter ?

Fiche #5 : Le tribunal

La section portant sur le tribunal a été enlevée en raison du fait que les agences sont peu interpellées par ce qui s'y passe. La validation des constats établis à partir des rapports de recherche sera effectuée auprès des informateurs clés. Toutefois, si vous désirez en prendre connaissance, nous la fournirons sur demande. De plus, nous sommes évidemment intéressés à recueillir toutes les informations ou les commentaires que vous avez sur le sujet.

Fiche #6 : Les relations de partenariat

La Loi ne traite pas du partenariat

La Loi ne traite pas du partenariat, mais les articles de la Loi portant sur la garde préventive (6, 7 et 8) entraînent une chaîne d'interventions effectuées les unes à la suite des autres par différents acteurs (service de crise, police, CH). Ainsi, ces articles commandent chez ces acteurs une bonne connaissance des rôles et des responsabilités de chacun de leur vis-à-vis et des relations de collaboration fluides et efficaces.

Le MSSS appelle le partenariat, surtout pour les relations de concertation entre les SASC et les services policiers

D'ailleurs, suite à l'adoption de la Loi, les premières directives du MSSS, envoyées aux Régies régionales de l'époque, leur demandaient spécifiquement de mettre l'accent sur le travail de concertation entre les SASC et les services de la police et d'établir des ententes (protocoles) de collaboration entre les deux.

Dans le Plan d'action en santé mentale, l'appel aux relations de collaboration est relancé de manière particulière en ce qui concerne les services de crise. Il s'agit d'assurer la liaison d'une part entre les différents services de crise ainsi qu'avec les services en santé mentale et, d'autre part, avec les services policiers dans le cas de l'application de la Loi dans une situation de dangerosité.

Les problèmes déjà rapportés

Déjà en 2001, le Comité de la santé mentale au Québec observait que les modèles d'arrimage entre les policiers et les SIC posaient problèmes. Cependant, les données avaient été recueillies en 1998-99, soit à peine un an après la mise en vigueur de la Loi, alors que peu de régions avaient eu le temps de compléter les travaux relativement aux cadres de référence (principale raison : les SIC n'étaient pas développés). Qu'en est-il aujourd'hui ?

La situation en 2006-2007

Il semble que les relations entre les différents acteurs impliqués dans l'application de la Loi se soient améliorées, mais des difficultés importantes n'en sont pas moins présentes, et ce, à plusieurs niveaux.

De manière non exhaustive, la documentation consultée relève les difficultés suivantes :

avec les services de crise :

- l'absence de critères justifiant le refus de se déplacer (équipe mobile) suite à une demande de service,
- les difficultés de communication entre l'intervenant au téléphone et l'intervenant de l'équipe mobile;

avec les policiers :

- l'attente des policiers de solutions rapides face aux intervenants de crise,
- les différences d'approche entre intervenants et policiers;

avec les CH :

- l'attente à la salle d'urgence avant la prise en charge,
- la non-compréhension du mandat des services de crise désignés,
- l'absence de référence (y compris l'orientation) suite aux congés médicaux pour des personnes en situation de crise et présentant une dangerosité importante;

des sujets impliquant l'ensemble des partenaires :

- la notion de danger grave et immédiat,
- l'utilisation de langages différents,
- l'arrimage des services,
- la définition de la confidentialité.

6 Les questions adressées aux répondants des agences

- 6.1 Est-ce que le cadre de référence de votre région contient :
- les objectifs communs des partenaires relativement à l'application de la Loi ?
 - les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires ?
 - une description des manières de faire : élaboration de scénario (ex. : la trajectoire d'une demande d'aide) ?
 - la liaison pour les activités quotidiennes (ex. : la personne à la liaison dans la salle d'urgence; ligne dédiée au CH à l'hébergement de crise, ligne dédiée aux policiers au service de crise téléphonique) ?
- 6.2 Si votre région ne s'est pas dotée d'un cadre de référence pour l'application de la Loi, est-ce que cela a joué un rôle dans le partenariat ?
- 6.3 Est-ce qu'un comité de suivi ou de concertation a déjà été mis sur pied ? Est-ce qu'il est encore actif (opérationnel) ?
- 6.4 Croyez-vous que le comité de suivi a été en mesure d'aplanir les difficultés ou les irritants qui se sont présentés ?
- 6.5 Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans les relations de collaboration ?

ANNEXE 3

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES ADRESSÉES AUX RESPONSABLES RÉGIONAUX EN SANTÉ MENTALE DES AGENCES
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes
dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

Question 1

Depuis les cinq dernières années, quels sont les développements dans votre région qui ont favorisé une meilleure application de la Loi sur la protection des personnes ?

Qui en a pris l'initiative ?

Question 2

Quels enrichissements souhaiteriez-vous voir mis en place dans l'année à venir ?

Question 3

Il existe plusieurs différences entre les régions du Québec, notamment quant aux services disponibles. Cependant, voyez-vous un ou plusieurs mécanismes, progrès ou autres éléments établis dans votre région que vous pensez transposables aux autres régions du Québec ?

BIBLIOGRAPHIE

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

ACTION AUTONOMIE (2007). *Protection ou coercition – La P-38.001 – Point de vue des personnes interpellées*, Montréal, Service aux collectivités, UQAM, 144 p.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (avril 2005). *Guide d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P. 38.001) – Région de Laval*, Laval, 19 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2009). *La garde en établissement – Une loi de protection ... une pratique d'oppression*, Montréal, 32 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2007). *Guide de survie – La garde en établissement*, Montréal, 24 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2003). *Pour un tribunal des recours administratifs du Québec qui respecte la liberté*, mémoire présenté à la Commission des institutions dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi 35, 14 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2001). *Le vécu des personnes hospitalisées involontairement – Un premier bilan national*, rapport rédigé par Josée Chénard avec la collaboration de Mario Bousquet, Manon Guillemette, Paul Morin, Carole Panneton et Chantal Provencher, Montréal, 33 p.

ASSOCIATION CANADIENNE DES MÉDECINS D'URGENCE (ACMU) (1999). *L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence – Guide d'implantation*, version française publiée par l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), Québec, 19 p.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2006). *La garde de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui – Guide d'application*, Montréal, 51 p.

BARREAU DU QUÉBEC (1997). *Mémoire sur la protection du malade mental (P.L. 39)*. Montréal, 53 p.

BEAULIEU, D. (1998). « La protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – La garde en établissement et l'évaluation psychiatrique », in Ministère de la Santé et des Services sociaux (Éd.), *Formation sur les droits et recours en santé mentale – Guide d'animation pour la session des intervenants et des intervenantes*, Québec, 127 p.

BOIVIN, M. (2001). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – L.R.Q. 1997, c.75 – La garde en établissement : ses enjeux légaux*, non publié.

BOUSQUET, S. (2001). « L'intervention policière auprès d'une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui, partie I » in *Le conseiller juridique*, 38, janvier, Division des affaires juridiques, SPCUM, 8 p.

BUREAU DU CORONER (2001). *Rapport d'enquête de M^e Andrée Kronström, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de Brian Bédard survenu à Montréal, le 27 avril 2000*, Montréal, 74 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ) (2001). *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 20 p.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ) (2000). *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, par Christiane Cardinal avec la collaboration de Céline Mercier, Québec, 105 p. et annexes.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ) (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale – Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, 255 p.

COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE (2002). *Outil d'estimation de la dangerosité dans le cadre de l'intervention de crise – Services intégrés d'aide en situation de crise et d'action face au suicide pour les adultes*, Régie régionale des Laurentides, 11 p. et annexes

DAIGNEAULT, M.-M. (1998). « Le projet de loi 39 : trop ou pas assez? (L'intervention policière auprès des personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui) », in Barreau du Québec (Éd.), *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 43-76.

DELEURY, É. et D. GOUBAU (2008). *Le droit des personnes physiques*, 4^e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 871 p.

DOUCET, A., M.-E. HORTH et G. MARSOLAIS (2004). *Procédure d'estimation en situation de crise en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Région Saguenay–Lac-Saint-Jean*, Service info-social du CLSC Le Norois, 35 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1972). *Loi sur la protection du malade mental*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1975). *Charte des droits et libertés de la personne*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1989). *Politique de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 62 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Éditeur officiel du Québec.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1999). *Guide pratique sur les droits en santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 107 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Montréal, 162 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : que savons-nous de la situation récente?*, Montréal, 43 p.

MARSOLAIS, G. (1996). *Le partenariat et les Centres de crise au Québec*, mémoire de maîtrise inédit, École de service social, Université de Montréal.

MASSE, C. (1998). « Rôle et responsabilité du psychiatre (responsabilité civile et garde en établissement) », in Service de la formation permanente, Barreau du Québec, vol. 95, *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 77

MÉNARD, J.-P. (1998). « Les grands principes de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui », in Barreau du Québec (Éd.), *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 1-19.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007a). *Services Info-Santé et Info-Social – Cadre de référence sur les aspects cliniques des volets santé et social des services de consultation téléphonique 24 heures, 7 jours à l'échelle du Québec*, Québec, 49 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007b). *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics*, 3^e édition, Québec, 270 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001a). *Transformation des services de santé mentale – État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001b). *Accentuer la transformation des services de santé mentale – Cibles prioritaires adaptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, 52 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, 46 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1998b). *Formation sur les droits et recours en santé mentale – Guide d'animation pour la session des intervenants et des intervenantes* (éd. rév.), Québec, 217 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide de gestion de l'urgence*, Québec, 159 p.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE (2008). *Section 2.2.8 Personne atteinte de troubles mentaux – Guide de pratiques policières à l'usage exclusif des corps de police* (éd. rév.), Québec, Direction de l'organisation et des pratiques policières, 8 p.

MORISSETTE, P. (1982). *Le suicide : démythification, intervention, prévention – Évaluation du potentiel suicidaire*, Centre de prévention du suicide de Québec, Québec, 48 p.

OTERO, M., P. LANDREVILLE, D. MORIN et G. THOMAS (2005). *À la recherche de la dangerosité « mentale » – Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi sur la protection des personnes par l'UPS-J*, Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, Montréal, 217 p.

OTTERO, M., D. MORIN et L. LABRECQUE-LEBEAU (mai 2007). « Dangereux mentaux civils à Montréal : Qui sont-ils? Que font-ils? » in Action Autonomie (Éd.), *Actes du Forum sur la garde en établissement – La Loi P-38, évaluons sa dangerosité* (p. 17-32), Montréal, 59 p.

PERREAULT, M., J. BERNIER, H. TARDIF, C. MERCIER et L. GRENIER (1999). *L'accès aux services en CLSC pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale – Étude d'un modèle intégré aux services de base*, Montréal, 116 p. et annexes.

PRO-DEF ESTRIE (2005). *La perte de liberté... ça se questionne! Recommandations sur la garde en établissement à partir du profil estrien, 1995-2005*, Sherbrooke, 18 p.

PROTECTEUR DU CITOYEN (2009). *Rapport annuel 2008-2009 – La santé et les services sociaux*, Québec, p. 52-92, page WEB consultée le 24 novembre 2009
http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_annuels/2008-09/RA_0809_06.pdf

PROTECTEUR DU CITOYEN (2008). *Rapport annuel d'activités 2007-2008 – Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, p. 246-263.

PROTECTEUR DU CITOYEN (2007a). *Rapport d'intervention à la suite d'un signalement concernant la corporation du centre hospitalier Pierre-Janet – Dossier n° 2006-00271*, Québec, 15 p.

PROTECTEUR DU CITOYEN (2007b). *37^e Rapport annuel – Au sein des hôpitaux en particulier, le respect des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale doit être mieux assuré*. Communiqué de presse, 3 p.
<http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fr/publications/communiquel/0706078-9755.pdf>

PROTECTEUR DU CITOYEN (2006). *Rapport d'intervention au Centre universitaire de santé McGill*, document dénominalisé et accessible, Québec, 10 p.

RACINE, P. (2005). *La protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (art. 8 de la Loi L.R.Q. P-38.001) – Évaluation de l'implantation d'un modèle d'organisation de services sur le territoire du Québec métropolitain (1^{er} avril 2002 au 30 juin 2003)*, avec la collaboration de Louise Grégoire, Agence de développement de réseaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, Québec, 184 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (décembre 2003). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q. C. P-38.001 – Document de référence régionale*, Saint-Charles-Borromée, 72 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES (juillet 2001). *Ententes de services pour les situations de crise et suicide*, document final, Saint-Jérôme, 62 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-LAURENT (mai 2001). *Cadre de référence – Modalités d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Rimouski, 57 p.

ROCHON, F. (1997). « La protection du malade mental – Oui à une réforme claire, simple et moderne. », *Le Journal du Barreau*, 29 (7), 4 p.
<http://www.barreau.qc.ca/publications/journal/vol29/no7/malademental.html>

SÉNÉCAL, L. (1998). « Le carde procédural : la requête pour garde en établissement et la requête pour évaluation psychiatrique », in Barreau du Québec (Éd.), *Développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 277-299.

URGENCES-SANTÉ (2003). *Rapport annuel 2002-2003*.
<http://www.urgences-sante.qc.ca/plan/plan.htm>