

Des libertés bien fragiles...

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

**Pour le respect des règles d'application d'une loi d'exception
dans une culture humanisée de services de santé**

**Par Action Autonomie
Le Collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal**

Janvier 2007

Table des matières

	Pages
Petit historique des démarches d'Action Autonomie concernant le dossier de la garde en établissement.....	2
Introduction	3
1. Études sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.....	4
1.1 Rappel de quelques balises qui encadrent l'internement involontaire des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.....	4
1.2 Nos données.....	6
2. État de situation	
2.1 Évolution quantitative de la garde en établissement et ses requérants.....	7
2.2 Le droit à l'information et le droit de communiquer.....	12
2.3 Présence et impact de la présence et de la représentation lors de l'audition	13
2.4 Les jugements rendus : portrait des ordonnances, durée de la garde et regard sur les pratiques.....	18
2.5 Le motif réel de la garde : la dangerosité?	23
2.6 Regard sur les conditions d'internement et l'aide apportée aux personnes.....	24
Quelques pistes, pour peut-être aller plus loin que la réflexion.....	26

Petit historique
des démarches d'Action Autonomie
concernant le dossier de la garde en établissement

- Recherche conjointe avec le GRASP à partir des ordonnances au palais de justice de Montréal pour l'année 1996 « La psychiatrie en mal de justice ».
- 1997 : tournée de consultation auprès des personnes concernées et organismes communautaires autour de la révision de la Loi de protection du malade mental. Collaboration à la présentation d'un mémoire à la commission parlementaire portant sur le projet de loi 39.
- Tournée de formation et sensibilisation en lien avec la mise en place de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui.
- Participation aux travaux de mise en place d'UPS-J, organisme mandaté pour assumer le rôle d'intervenant en situation de crise pour l'île de Montréal.
- Réalisation d'une deuxième étude portant sur les ordonnances de garde en établissement au palais de justice de Montréal pour l'année 1999 : « Quand la liberté ne tient qu'à... »
- 2000 : Réalisation d'une tournée de consultation et d'un constat régional sur les pratiques entourant l'utilisation de la garde en établissement.
- 2001 : Réalisation d'un forum régional sur la garde en établissement
- 2005 : Réalisation d'une troisième étude sur l'application de la Loi de protection à partir des ordonnances émises au palais de justice de Montréal pour l'année 2004.
- 2006 : En cours : projet de recherche en collaboration avec les services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal, intitulée : Vivre sous l'empire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : le point de vue des personnes usagères des services de santé mentale et des intervenants associés à l'application de cette loi.

Introduction

Action Autonomie, organisme régional de défense des droits, a pour objectif la défense et la promotion des droits individuels et collectifs des personnes qui vivent ou ont vécu des problèmes de santé mentale.

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, autorisant la garde en établissement, est au cœur des préoccupations du Collectif de défense des droits en santé mentale. Cela parce qu'il a été constaté à maintes reprises que les abus de droit vécus par les gens internés sont nombreux, et que les conditions de vie qui règnent dans les départements de psychiatrie ainsi que la qualité de l'aide qui y est apportée, sont assurément questionnables. En effet, plusieurs des personnes que le groupe accompagne dans leurs démarches de défense de droits sont captives dans des centres hospitaliers où l'on fait fi de ces droits, et où le mot dignité perd tout son sens. Des gens y sont entrés pour chercher de l'aide et en sont ressortis retraumatisés, brisés, révoltés, étiquetés, découragés.

« Avant, j'ai jamais eu peur d'être toute seule à la maison. J'ai toujours peur que quelqu'un vienne me chercher pour me remettre en dedans. Dernièrement, ça allait plus super bien avec mon chum. Mais je ne voulais pas le laisser parce que c'est la seule personne que j'ai pour moi à Montréal. La seule personne qui est de mon côté. Je veux le garder près de moi pour que si jamais quelqu'un essaie de dire devant le juge que je suis folle, ben lui il va pouvoir dire que je ne le suis pas. Sinon, je n'ai plus de famille, plus de sœur plus de frère. Je suis toute seule pis j'ai peur. Je n'ai plus confiance en personne. J'ai toujours des soupçons. C'est comme si pendant deux mois j'avais découvert le pire de ce que la société est capable de faire aux personnes. J'ai perdu confiance dans le système. »

Depuis plusieurs années Action Autonomie dénonce les abus en matière d'internement et questionne la pertinence même de cette loi qui se donne pour objet d'encadrer les pratiques de garde. Lors des commissions parlementaires précédant l'entrée en vigueur de la loi P-38.001, qui devait remplacer la *Loi sur la protection du malade mental*, Action Autonomie s'est positionné pour un plus grand respect des droits des personnes.

Une loi, même revue et soi-disant améliorée, ne peut changer les pratiques psychiatriques et ce que l'on constate quotidiennement nous permet de dire que les abus sont toujours présents. Afin d'abord d'exposer

combien on ne respecte pas les droits des personnes qui sont internées, nous avons voulu rendre compte sur papier des accrocs à la loi. Un des moyens choisis pour documenter cette réalité a été d'entreprendre en 1996 une recherche sur l'application de la loi qui régit la garde en établissement, puis de la mettre à jour en 1999. Les éléments présentés ici proviennent en grande partie d'une nouvelle mise à jour effectuée pour l'année 2004, intitulée « *Des libertés bien fragiles* ». Mais de plus, nous tenons à dévoiler quelques éléments de réflexions issues de notre pratique ainsi que d'une autre étude actuellement à s'achever « *Vivre sous l'empire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : le point de vue des personnes usagères des services de santé mentale et des intervenants associés à l'application de cette loi* ». Ceci pour que les conditions de vie, la dynamique qui sied dans les départements psychiatriques soient mis en lumière, puisque le droit à des services de santé adéquats, fournis dans le respect des personnes, de leur intégrité et de leur dignité, devrait être présent partout et quotidiennement dans nos établissements de santé. Ces réflexions nous conduiront à quelques pistes d'action, pour un changement dans les pratiques judiciaires et psychiatriques.

1. 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. (ici nommée « La loi sur la protection des personnes »)

1.1 Rappel de quelques balises qui encadrent l'internement involontaire des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

- En vertu des chartes québécoises et canadiennes des droits et libertés, tout individu a droit « à l'intégrité et à la liberté de sa personne ».
- « La loi sur la protection des personnes » est une loi d'exception, car elle porte atteinte aux droits fondamentaux. À ce titre, ses dispositions devraient être rigoureusement suivies et à notre avis elle ne devrait être utilisée que si les autres interventions ont échoué et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes concernées.

- La loi sur « la protection des personnes » vise à contrôler les personnes dangereuses en permettant que leur soient imposées un certain nombre de mesures coercitives dans le but de les protéger contre elles-mêmes ou de protéger les personnes qui pourraient être victimes de leurs agissements (Ménard, Jean-Pierre, *Les récents développements en droit de la santé mentale, Colloque du Barreau, 1998, p.239*) . Elle ne permet pas le traitement des personnes contre leur gré. Non plus qu'elle n'oblige la personne à se soumettre à des examens psychiatriques, sauf ceux qui sont déterminés nécessaires à l'application de la loi. Les mesures de contentions et d'isolement ne doivent aussi être utilisées qu'à des fins de protection.

- La loi sur « la protection des personnes » identifie la notion de dangerosité comme étant l'unique condition permettant de garder une personne en établissement contre son gré. Ce danger doit être pour elle-même ou pour autrui, et grave et immédiat pour que l'on puisse forcer une personne à subir une évaluation psychiatrique.

- La loi définit trois différents types de garde en établissement :
 - . garde préventive : sans nécessité d'une ordonnance judiciaire. Le DSP doit en être avisé. Seul critère, la dangerosité. Pour un maximum de 72 heures.

 - . garde provisoire : résulte d'une ordonnance à se soumettre à une évaluation psychiatrique, reposant sur deux examens faits par des psychiatres différents. Les délais sont de 96 heures, à compter de la prise en charge par l'hôpital, pour effectuer les deux examens, (mais s'il y a eu garde préventive avant, on comptera 48 heures à partir de l'ordonnance) puis 48 heures pour obtenir une garde autorisée. Seul critère, la dangerosité.

. garde autorisée : l'ordonnance sera accordée sur la foi des deux rapports d'examen, qui doivent contenir entre autres un diagnostic, l'opinion du médecin sur la gravité et les conséquences probables de l'état mental de la personne, puis les motifs et les faits, observés ou communiqués par des tiers, qui fondent l'opinion émise. Seul critère, la dangerosité.

1.2 Nos données

Les données de l'étude « Des libertés bien fragiles » proviennent d'une cueillette effectuée dans les dossiers conservés au Palais de justice de Montréal pour l'année 2004.

Les limites en sont tracées par la matière même que nous avons étudiée. En effet, la loi demeure floue sur la définition d'un certain nombre de notions, à commencer par celle de dangerosité qui n'est simplement pas définie.

Étant donné qu'un jugement sur la légalité de telle ou telle pratique ne relève pas de notre compétence, nous nous sommes attardés surtout à tracer les contours du phénomène et de son évolution et à faire apparaître certaines dissonances et questionnements. Nous croyons que cette étude trouve là son mérite.

Par ailleurs, la recherche qui s'achève « *Vivre sous l'empire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : le point de vue des personnes usagères des services de santé mentale et des intervenants associés à l'application de cette loi* », effectuée conjointement avec le service à la collectivité et deux chercheurs de l'UQAM, donne une couleur plus qualitative aux données chiffrées obtenues au cours des ans. Il s'agit d'une recherche exploratoire dont l'analyse est construite à partir d'un petit nombre d'entrevues individuelles avec des personnes qui ont vécu la garde, à partir aussi de quelques enregistrements d'auditions de requêtes pour garde en établissement, ainsi que d'une discussion dans le cadre d'un focus-groupe composé d'intervenants du milieu. Cette recherche « pilote » vient confirmer notre pratique.

2. État de situation

2.1 Évolution quantitative de la garde en établissement et ses requérants

Pour l'année 2004, nous avons relevé à la Cour du Québec (district de Montréal) un total de 2136 requêtes de la part des établissements (centres hospitaliers et Institut Philippe-Pinel) et « Autres requérants » (Famille élargie, Intervenants psycho-socio-médicaux et Autres). Parmi ce nombre de requêtes, un total de 1990 ont été accordées : 381 ordonnances de garde provisoire (pour évaluation psychiatrique), 1333 de garde autorisée, et 276 de renouvellement de garde (Tableau I).

Type de garde	1996*		1999 **		2004***	
	Requêtes	Ordonnances	Requêtes	Ordonnances	Requêtes	Ordonnances
Garde provisoire	370	337	284	269	391	381
Garde autorisée	956	1126	1159	1085	1451	1333
Renouvellement	265		176	168	294	276
Total	1591 ****	1463	1619	1522	2136	1990

* Source : Action Autonomie, La psychiatrie en mal de justice, 2000
** Source : Action Autonomie, Quand la liberté ne tient qu'à..., 2001
*** Nos résultats diffèrent un peu de ceux du Palais de justice pour les raisons mentionnées à la note de la page précédente. Les mêmes raisons pourraient s'appliquer aux différences des autres années.
**** Il y a en réalité 1600 requêtes pour 1996 mais pour 9 d'entre elles nous ne pouvions identifier la catégorie.

En examinant l'évolution quantitative du nombre de requêtes, on constate que le nombre de requêtes et d'ordonnances a constamment augmenté depuis 1996, sauf dans la catégorie des gardes provisoires où elles ont connu un fléchissement entre 1996 (337 ordonnances) et 1999 (269 ordonnances). Pourtant, on sait qu'en 1998, par la mise en application des nouvelles dispositions de la Loi P-38.001 sur la garde préventive (la durée de 72 heures et le rôle des policiers et intervenants de crise), il était justement dans l'intention du législateur de réduire le recours à l'internement non volontaire.

Provenance des requêtes (tableau II) et variation en 1999 et 2004

Les requêtes proviennent en majeure partie des établissements de santé. À eux seuls, ils en totalisent 1752 (81.9 %) comparativement à 384 (18.1 %) pour les autres requérants. Leurs demandes sont concentrées

majoritairement dans la catégorie de la garde autorisée (1451) avec une faible proportion concernant le renouvellement de garde (294).

Tableau II - Distribution détaillée des requêtes																					
Requérants	Provisoire				Total	Garde autorisée				Total	Renouvellement				Total	Totaux				Total	
	H	% H	F	% F		H	% H	F	% F		H	% H	F	% F		H	% H	F	% F		
Children Hospital					0	2	40%	3	60%	5	1	100%			1	3	50%	3	50%	6	
Cité de la Santé de Laval					0	1	100%		0%	1					0	1	100%	0	0%	1	
Douglas	3	60%	2	40%	5	114	51%	109	49%	223	34	63%	20	37%	54	151	54%	131	46%	282	
Fleury					0	23	50%	23	50%	46	3	50%	3	50%	6	26	50%	26	50%	52	
Hôpital général de Montréal (CUSM)					0	29	45%	35	55%	64	2	33%	4	67%	6	31	44%	39	56%	70	
Hôpital général juif de Montréal					0	58	63%	34	37%	92	5	100%		0%	5	63	65%	34	35%	97	
Louis-H. Lafontaine					0	129	47%	146	53%	275	52	57%	40	43%	92	181	49%	186	51%	367	
Hôtel-Dieu (CHUM)					0	1	50%	1	50%	2					0	1	50%	1	50%	2	
Jean-Talon					0	17	77%	5	23%	22	3	75%	1	25%	4	20	77%	6	23%	26	
Lakeshore					0	22	48%	24	52%	46	5	50%	5	50%	10	27	48%	29	52%	56	
Maisonnette-Rosemont					0	60	49%	63	51%	123	11	44%	14	56%	25	71	48%	77	52%	148	
Notre-Dame (CHUM)					0	52	57%	39	43%	91	7	35%	13	65%	20	59	53%	52	47%	111	
Rivière-des-Prairies					0	3	60%	2	40%	5					0	3	60%	2	40%	5	
Royal Victoria (Allen Memorial)					0	115	61%	74	39%	189	12	44%	15	56%	27	127	59%	89	41%	216	
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)					0	91	66%	47	34%	138	17	71%	7	29%	24	108	67%	54	33%	162	
Sainte-Justine					0	3	100%		0%	3					0	3	100%	0	0%	3	
St-Luc (CHUM)					0	57	66%	30	34%	87	4	100%		0%	4	61	67%	30	33%	91	
St-Mary's					0	8	42%	11	58%	19					0	8	42%	11	58%	19	
Verdun					0	4	100%		0%	4	1	100%		0%	1	5	100%	0	0%	5	
Institut Philippe-Pinel	1	50%	1	50%	2	7	44%	9	56%	16	12	80%	3	20%	15	20	61%	13	39%	33	
Sous-Total / %	4	57%	3	43%	7	794		652		1451	168		125		294	966		780		1752	
Autres requérants																					
Intervenants psycho-socio-medic	36	47%	40	53%	76																
Famille élargie	189	63%	111	37%	300																
Autres	6	75%	2	25%	8																
Sous-total	231	60%	153	40%	384											233	61%	154	40%	384	
Total / Moyennes	235	60%	156	40%	391	794	55%	652	45%	1451	168	57%	125	43%	294	1199	56%	934	44%	2136	

Note : le nombre de requêtes pour chaque institution varie entre autres en fonction du nombre de lits.

En 2004, 6 requérants se démarquent quant au nombre élevé de requêtes. Par ordre d'importance, le Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine occupe le premier rang avec 367 requêtes (17.2 %), suivi par l'hôpital Douglas avec 282 demandes (13.2 %), Royal Victoria avec 216 requêtes (10.1 %), le CHUM (Notre-Dame, St-Luc et Hôtel-Dieu) avec 204 requêtes (9.5 %) et Sacré-Cœur (Albert Prévost) avec 162 demandes (7.6 %) .

Certains hôpitaux sont devenus beaucoup plus actifs depuis 1999. D'autres semblent avoir stabilisé ou même diminué la pratique de la requête. Qu'est-ce qui explique l'explosion de requêtes à Douglas (88.0 %) qui, mis à part le secteur plus anglophone, est une institution du même type que Louis-H Lafontaine (56.2 %) ? Autre changement notable : Jean-Talon et Fleury qui ont tous deux un assez petit département de psychiatrie. Le premier a connu une baisse radicale (-65.8 %) du nombre de ses requêtes tandis que l'autre l'a augmenté dans une proportion comparable (67.7 %).

Tableau III - Activité des requérants								
Requérants	Augmentation du nombre de requêtes				Proportion de l'activité - 2004			
	1999	2004	Différence	%	Garde	% T	Renouvellement	% T
Children *		6	6		5	0,3%	1	0,3%
CHUM (ND, SL, HD) **	170	204	34	20,0%	180	12,4%	24	8,2%
Cité de la Santé de Laval		1	1		1	0,1%		
Douglas	150	282	132	88,0%	223	15,4%	54	18,4%
Fleury	31	52	21	67,7%	46	3,2%	6	2,0%
Hôpital général de Montréal (CUSM)	58	70	12	20,7%	64	4,4%	6	2,0%
Hôpital général juif	92	97	5	5,4%	92	6,3%	5	1,7%
Louis-H. Lafontaine	235	367	132	56,2%	275	19,0%	92	31,3%
Jean-Talon	76	26	-50	-65,8%	22	1,5%	4	1,4%
Lakeshore	42	56	14	33,3%	46	3,2%	10	3,4%
Maisonnette-Rosemont	99	148	49	49,5%	123	8,5%	25	8,5%
Rivière-des-Prairies	3	5	2	66,7%	5	0,3%		
Royal Victoria (CUSM)	187	216	29	15,5%	189	13,0%	27	9,2%
Sacré-Cœur (Albert-Prévost)	146	162	16	11,0%	138	9,5%	24	8,2%
Ste-Justine		3	3		3	0,2%		
St-Mary's	30	19	-11	-36,7%	19	1,3%		
Verdun		5	5		4	0,3%	1	0,3%
Institut Philippe-Pinel	21	33	12	57,1%	16	1,1%	15	5,1%
Sous-Total / Moyenne	1340	1752	412	30,7%	1451	100%	294	100%
Autres requérants								
Psycho-socio-docs	47	76	29	61,7%				
Famille élargie	218	300	82	37,6%				
Autres	14	8	-6	-42,9%				
Autres-total	279	391	112	40,1%				
Tous	1619	2136	517	31,9%	1451		294	

* Quatre hôpitaux n'ont fait aucune requête en 1999.

** Nous regroupons ici les trois hôpitaux du CHUM (Hôtel-Dieu, Notre-Dame, St-Luc et non ceux du CUSM pour nous permettre de comparer les résultats avec notre recherche de 1999.

Les demandes de garde autorisée (tableau III)

Trois hôpitaux se partagent 47.3 % des requêtes de garde autorisée. Il s'agit de Louis-H. Lafontaine avec 275 requêtes (19 %), Douglas avec 223 (15.4 %) et Royal Victoria avec 189 (13 %). Si on compare avec les résultats de 1999, les hôpitaux regroupés du CHUM (Notre-Dame, St-Luc et Hôtel-Dieu) sont maintenant dépassés par Royal Victoria et Douglas puisqu'ils ont fait cette année 180 requêtes de garde pour 12.4 %. Un autre peloton constitué par Sacré-Cœur (138), Maisonnette-Rosemont (123) et l'Hôpital général juif fait 24.3 % des demandes. Enfin, présentant respectivement moins de 5 % des requêtes, les autres hôpitaux produisent ensemble 323 demandes, soit 22 % des requêtes.

Les demandes de renouvellement de garde

Près de 50 % des requêtes de renouvellement de garde sont faites par deux établissements : Louis-H. Lafontaine avec 92 requêtes (31.3 %), et Douglas avec 54 demandes (18.4 %). Viennent ensuite le Royal Victoria avec 27 requêtes (9.2 %) et Maisonneuve-Rosemont, 25 requêtes pour 8.5 %. Par rapport à 1999, on note principalement une importante hausse des demandes de renouvellement pour Louis-H. Lafontaine (passant de 52 à 92) et Douglas (de 33 à 54).

Notons en terminant que certaines institutions se démarquent singulièrement quant au nombre de requêtes de renouvellement par rapport au nombre total de leurs demandes. C'est le cas de Philippe-Pinel pour ses 15 demandes de renouvellement sur un total de 33 requêtes (45 %). À l'autre extrême, mentionnons l'Hôpital général (CUSM) avec 6 demandes de renouvellement sur un total de 52 (8 %), l'Hôpital général juif pour ses 5 demandes sur un total de 97 requêtes (5 %) et St-Luc pour un ratio de 4 pour 91 (4 %). Le ratio moyen pour l'ensemble des institutions est de 17 %.

Les demandes de garde provisoire par les établissements

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

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q. S-4.2, Art. 9 et C.c.Q, art.11

Seulement deux établissements ont déposé des requêtes de garde provisoire (Tableau IV) : Douglas (5) et Philippe-Pinel (2)¹. Ce maigre total de sept demandes représente 2 % des 391 demandes de garde provisoire.

¹ D'autres demandes viennent d'hôpitaux (Maisonneuve (1), Notre-Dame (1), Verdun (1), mais elles étaient présentées et signées par le médecin traitant. Nous les avons donc classées parmi les intervenants psycho-socio-médicaux.

Une si faible quantité de demandes de garde provisoire de la part des établissements nous questionne grandement quant à l'interprétation qu'ils ont des lois (Loi sur la protection des personnes... P-38.001 et Loi sur les services de santé et les services sociaux L.R.Q., S-4.2, Art. 9). Comment expliquer qu'un si grand nombre de personnes refusant l'hospitalisation accepteraient tout de même de subir deux évaluations psychiatriques? Les personnes sont-elles mal, ou pas du tout informées, quant aux conséquences d'une telle évaluation, bousculées par les événements ou encore sous l'effet d'une médication imposée? Les psychiatres disent-ils aux personnes qu'elles ont le droit de refuser et que, dans pareil cas, l'hôpital devra obtenir une ordonnance de garde provisoire pour faire les examens? Savent-elles seulement, ces personnes, qu'elles sont en train de subir une évaluation psychiatrique?

Les témoignages des personnes rencontrées dans le cadre de notre recherche nous donnent à penser que ces questions sont pertinentes. En effet, nombreuses sont celles qui disent avoir subi une évaluation psychiatrique sans même le savoir, celle-ci se déroulant souvent en quelques minutes. Elles mentionnent aussi l'accueil parfois hostile à l'urgence et la présence de policiers les accompagnant comme des facteurs d'intimidation influençant leur décision. Enfin, très peu disent avoir reçu de l'information sur leurs droits et recours. En revanche, la rencontre avec le psychiatre serait souvent présentée comme la condition *sine qua non* à leur remise en liberté.

Les demandes de garde provisoire par les « Autres requérants »

Comme en 1999, les demandes de garde provisoire sont venues en 2004 à 98 % de la catégorie « Autres requérants ». (Tableau II) La « Famille élargie » occupe le premier rang des demandeurs avec 300 requêtes (76.7 %), suivi des « Intervenants psycho-sociomédicaux » avec 76 requêtes (19.4 %), puis des « Autres » avec 8 requêtes. Le nombre de requêtes a diminué entre 1996 et 1999, puis a augmenté progressivement jusqu'à 2004 où il était de 413. Cette tendance s'explique difficilement, et ce, même en tenant compte des facteurs sociaux ou démographiques, car le but des modifications apportées à la loi visait à réduire l'internement involontaire.

Par ailleurs, les principaux changements apparaissent dans la sous-catégorie « Intervenants psycho-socio-médicaux » qui sont passés de 47 à 76 requêtes entre 1999 et 2004 (une hausse de 61.7 %). Comme son nom l'indique, cette catégorie comprend les habituels intervenants de services médicaux, sociaux et communautaires. Les principaux requérants parmi cette catégorie sont les intervenants (30) et travailleurs sociaux (26) et les infirmiers (10).

2.2 Le droit à l'information et le droit de communiquer

« Moi j'avais jamais été dans un hôpital psychiatrique. La police ils m'ont laissée toute seule. Ils m'ont laissé dans la salle d'urgence puis j'ai attendu au moins un bon 3-4 heures toute seule dans la salle d'urgence. Personne ne me disait rien. Je savais pas ce qui allait m'arriver. J'avais peur. »

Nos études nous permettent d'affirmer qu'il y a de graves lacunes concernant l'information fournie aux personnes, et aussi une importante disparité à ce sujet entre les institutions. Cela a pour effet que les personnes vivent l'internement dans l'inquiétude et la colère et qu'en plus leur possibilité de contester la garde est réduite, car souvent, elle ne connaissent pas ce recours. En effet, on omet encore souvent de leur dire qu'elles sont sous garde préventive ou bien qu'elles ont le droit de contester leur garde. Il apparaît aussi que dans bien des cas les délais de rigueur prévus par la Loi ne sont pas respectés. La possibilité de communiquer avec l'extérieur et, notamment avec les organismes de défense des droits, semble parsemée d'embûches. L'accès restreint au téléphone constitue souvent un premier obstacle. Plusieurs établissements limitent les appels à trois par jour, leur durée est souvent minutée et la confidentialité n'est pas toujours respectée. La possibilité d'un retour d'appel est parfois limitée, et même impossible. Enfin, certains appels font l'objet d'un filtrage. Ces écueils expliquent sans doute en partie les contestations encore trop peu fréquentes des personnes.

2.3 Présence et impact de la présence et de la représentation lors de l'audition

La présence de la personne à l'audition

La présence à l'audition de la personne et sa représentation par un avocat sont fondamentales. Elle permet à la personne d'être entendue, d'interroger le requérant, bref, de défendre ses droits. Elle fait en sorte que la décision du juge ne repose pas exclusivement sur un formulaire de requête accompagné d'une évaluation psychiatrique de dangerosité. Mais dans les faits, que se passe-t-il?

En 2004, seulement 520 personnes (24.3 %) étaient présentes aux auditions et 1616 (75.5 %) étaient absentes (Tableau IV).

« Mais la pire affaire, c'est qu'on ne m'ait pas entendu au début, parce que je n'étais pas si hors de la réalité que ça. J'aurais vraiment aimé qu'on me rencontre dès le début. J'aurais eu beaucoup moins de colère. Ne serait-ce que ça, ça aurait été un avantage extrêmement positif. En plus de démontrer un peu de respect pour la personne qui est aux prises avec des problèmes de santé mentale. »

Le plus haut taux d'absence (99.5 %) est enregistré dans le cas des auditions pour demande de garde provisoire, suivi des auditions de garde autorisée à 71.6 % et finalement, 63.9 % dans le cas d'auditions pour un renouvellement de garde.

Les hôpitaux qui affichent les plus bas taux de présence dans toutes les catégories sont les deux établissements du CUSM, Royal Victoria avec 8 % de présence pour les requêtes de garde et 4 % pour les renouvellements, et l'Hôpital général avec 11 % de présence pour les requêtes de garde et 33 % pour les renouvellements. Les pourcentages généraux de ces deux institutions se situent respectivement à 7 % et 13 %. Leurs résultats sont si bas que, même avec un échantillon relativement petit de requêtes (286 requêtes sur 2136), ils provoquent une baisse de 3 % sur la moyenne générale.

En 1999, les résultats de ces mêmes hôpitaux atteignent à peine 3 % alors que la moyenne générale était de 13 %.² À l'autre bout du spectre, on note les meilleurs résultats pour les hôpitaux du CHUM : Notre-Dame, 43 % de présence aux requêtes de garde et 55 % aux renouvellements et St-Luc, 49 % de présence aux requêtes de garde et 50 % aux renouvellements. Louis-H. Lafontaine et Douglas, qui sont pourtant mieux pourvus que les autres institutions, n'atteignent la moyenne nulle part sauf Louis-H. Lafontaine au registre des gardes avec 33 % alors que la moyenne générale est de 28 % (Tableau IV).

Requérant	Garde provisoire			%	Garde autorisée			%	Renouvellement			%	Total des requêtes			%
	Prés	Abs	S-T		Prés	Abs	S-T		Prés	Abs	S-T		S-T prés	S-T abs	Total	
Children Hospital (CUSM)					1	4	5	20%		1	1	0%	1	5	6	17%
Cité Santé Laval						1	1	0%			0		0	1	1	0%
Douglas		5	5	0%	53	170	223	24%	19	35	54	35%	72	210	282	26%
Fleury					22	24	46	48%	2	4	6	33%	24	28	52	46%
Hôpital général de Montréal (CUSM)					7	57	64	11%	2	4	6	33%	9	61	70	13%
Hôpital général juif de Montréal					26	66	92	28%	2	3	5	40%	28	69	97	29%
Hôpital Louis-H. Lafontaine					90	185	275	33%	30	62	92	33%	120	247	367	33%
Hôtel-Dieu (CHUM)						2	2	0%			0		0	2	2	0%
Jean-Talon					7	15	22	32%	2	2	4	50%	9	17	26	35%
Lakeshore (hôpital général du)					11	35	46	24%	4	6	10	40%	15	41	56	27%
Maisonnette-Rosemont					34	89	123	28%	12	13	25	48%	46	102	148	31%
Notre-Dame (CHUM)					39	52	91	43%	11	9	20	55%	50	61	111	45%
Rivière-des-Prairies					2	3	5	40%			0		2	3	5	40%
Royal Victoria (Allen Memorial)(CSUM)					15	174	189	8%	1	26	27	4%	16	200	216	7%
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)					48	90	138	35%	10	14	24	42%	58	104	162	36%
Sainte-Justine					3		3	100%			0		3	0	3	100%
St-Luc (CHUM)					43	44	87	49%	2	2	4	50%	45	46	91	49%
St-Mary's					5	14	19	26%			0		5	14	19	26%
Verdun						4	4	0%	1		1	100%	1	4	5	20%
Institut Philippe-Pinel	1	1	2	50%	6	10	16	38%	8	7	15	53%	15	18	33	45%
Autres requérants	1	383	384										1	383	384	0%
Total	2	389	391		412	1039	1451	28%	106	188	294	36%	520	1616	2136	
Pourcentage	0,5%	99,5%	100%		28,4%	71,6%	100%		36,1%	63,9%	100%		24,3%	75,7%	100%	

1996	76	
1999	274	361%
2004	523	190%

On note aussi une progression générale depuis 1996 alors que le nombre de personnes présentes à la cour est passé de 76 (4.8 %) en 1996 à 274 (16.9 %) en 1999 et à 523 en 2004 (24.5 %). Ces proportions sont loin d'être satisfaisantes. Il n'y a pas de raison pour que la majorité des personnes ne soient pas présentes. Il devrait être de la responsabilité de l'institution de faire en sorte que la personne soit présente, préparée et, au besoin, appuyée par un avocat.

² Ces résultats sont un peu tempérés par le grand nombre de causes rayées mais pas dans tous les cas car plusieurs causes rayées l'ont été suite à des audiences tenues. Par d'exemple, Douglas qui a aussi plusieurs annulations obtient quand même un taux de présence de 26%

Nous avons trouvé intéressant de noter ce qui suit, tenant compte du fait que la loi sur la garde prévoit que le juge puisse décider ne de pas interroger la personne concernée par l'ordonnance d'un internement provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique si *elle est introuvable ou en fuite ou qu'il ne soit manifestement inutile d'exiger son témoignage en raison de son état de santé... ou s'il est démontré qu'il y a urgence ou qu'il pouvait être nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui d'exiger le témoignage*. Dans tous les cas que nous avons examinés en 2006, les motifs soulevés par les proches pour faire la preuve de dangerosité étaient loin de témoigner d'un danger ou d'une urgence évidente. De problèmes, sans doute, mais peut-on s'inquiéter que presque systématiquement, on soit enclins à trancher en faveur de la dispensation et cela même lorsque la requête est faite par une institution et que la personne est déjà à l'hôpital?

« Ça me dépasse complètement que ma version des faits n'ait pas été entendue. Dès les débuts. Ça dépasse mon entendement. Plus tard, j'ai donné une explication pour chaque élément à ma conjointe ou à mes parents. Et là, c'est drôle, ça avait l'air moins pire. Ça aurait dû être fait par le juge : « Monsieur, on vous reproche ceci, on nous demande cela, qu'est-ce que vous en dites? Il y aurait pu avoir un genre de médiation comme il y a quand les couples se séparent.

La participation de la personne à l'audition et sa représentation par avocat

En 2004, 569 personnes (dans 27 % des requêtes) ont défendu leurs droits à la liberté soit, seules à l'audition, accompagnées d'un avocat, ou par l'intermédiaire de leur avocat. (Tableau V) Si on enlève les causes de garde provisoire, le taux moyen de représentation passe à 32.5 % alors qu'il était 17.8 % en 99. Malgré ces résultats encore faibles, un progrès est quand même à signaler à ce chapitre. En 1999, seulement 244 personnes (15 %) s'étaient prévaluées de leur droit de défense.

Seulement 2 personnes étaient présentes avec un avocat aux auditions pour garde provisoire. Pour les auditions de requêtes en garde autorisée, 218 étaient accompagnées d'un avocat (15 %), 194 étaient présentes, mais sans avocat (13.4 %) et 39 ont plutôt choisi de se faire représenter par avocat (2.7 %). Le taux de

représentation selon l'un ou l'autre mode se situe à 31.1 % alors qu'il était de 16.9 % en 99. La présence d'un avocat avec ou sans l'intiméE revient 257 fois (17.7 %), alors que le taux était de 7.1 % en 1999.

Dans le cas des auditions pour renouvellement de garde, 60 personnes étaient présentes et accompagnées (20.4 %), 46 se sont défendues seules (15.6 %) et 10 avaient mandaté un avocat (3.4 %). Le taux de représentation est de 39.5 % (par rapport à 24 % en 99). La présence d'un avocat avec ou sans l'intiméE revient 70 fois (23.8 %), alors que le taux était de 7.1 % en 1999.

Requérant	Garde provisoire			Garde autorisée			Renouvellement			Total		%
	Intimé et avocat présents	Intimé présent sans avocat	Intimé absent avocat présent	Intimé et avocat présents	Intimé présent sans avocat	Intimé absent avocat présent	Intimé et avocat présents	Intimé présent sans avocat	Intimé absent avocat présent	Total représentation	Total requêtes	
Children Hospital (CUSM)				1						1	6	17%
Cité santé Laval										0	1	0%
Douglas				25	28	10	8	11	3	85	282	30%
Fleury				8	14	4	2			28	52	54%
Hôpital général de Montréal (CUSM)				2	5				2	9	70	13%
Hôpital général juif de Montréal				18	8	1	2			29	97	30%
Hôpital Louis-H. Lafontaine				57	33	5	15	15	1	126	367	34%
Hôtel-Dieu (CHUM)										0	2	0%
Jean-Talon				6	1	1	1	1	1	11	26	42%
Lakeshore (hôpital général du)				5	6	2	2	2		17	56	30%
Maisonneuve-Rosemont				15	19	1	8	4	1	48	148	32%
Notre-Dame (CHUM)				19	20	7	10	1	1	58	111	52%
Rivière-des-Prairies				2						2	5	40%
Royal Victoria (Allen Memorial) (CUSM)				5	10	1			1	17	216	8%
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)				28	20	3	5	5	3	64	162	40%
Ste-Justine					3					3	3	100%
St-Luc (CUSM)				21	22	2			2	47	91	52%
St-Mary's				3	2					5	19	26%
Verdun									1	1	5	20%
Institut Philippe-Pinel	1			3	3	2	7	1		17	33	52%
Autres requérants	1									1	384	0%
Total	2	0		218	194	39	60	46	10	569	2136	27%

Si on prend maintenant les résultats par requérant on remarque que les hôpitaux du CUSM font encore une fois piètre figure. Dans le cas de l'hôpital général 2 personnes sur 70 (3 %) sont représentées par un avocat. Dans le cas du Royal Victoria c'est seulement 5 personnes sur 216 (2 %) qui sont représentées par un avocat.

Par ailleurs, globalement, l'accroissement de la présence à l'audition et de l'appel aux services d'un avocat par la partie intimée est certainement un progrès dans le domaine de la défense des droits et libertés. C'est pourtant un progrès relatif dans la mesure où c'est encore une minorité de personnes qui se font entendre à l'audience. Notons en terminant que les institutions sont pour leur part représentées par avocat dans 100 % des cas.

L'influence de la représentation d'un avocat sur les décisions rendues (tableau VI)

Bien que le nombre de requêtes rejetées demeure infime, on voit que la proportion la plus grande se trouve lorsque la personne est présente à la Cour et accompagnée par un avocat (4.3%). À l'inverse, on trouve le plus haut taux de requêtes accueillies lorsque la personne n'est ni présente à la cour ni représentée par avocat (90.7 %).

Tableau VI - Impact de la représentation de la personne sur la décision prise à la cour					
Décisions rendues	Tous absents	Personne seule	Avocat seul	Avocat et personne présents	Total requêtes
Accueillies	90,7%	77,5%	59,2%	53,4%	1786
Partielles	2,4%	18,8%	22,4%	39,8%	204
Annulées	6,7%	2,5%	18,4%	2,5%	128
Rejetées	0,2%	1,3%		4,3%	18
Total	100%	100%	100%	100%	
Nb de requêtes	1568	240	49	279	2136

L'impact qu'a la défense de ses droits par la personne est surtout notable dans les jugements partiels et les causes annulées. Les décisions partielles sont plus nombreuses, que la personne soit seule (18.8 %), qu'elle mandate un avocat (22.4 %) ou qu'elle soit présente et accompagnée (39.8 %).

Enfin, faut-il l'avouer, suite à l'écoute d'enregistrements d'audition, ainsi qu'au bilan de notre travail d'accompagnement, il nous est apparu que dans certains cas, la défense eut pu être plus engagée, plus porteuse d'argumentaires sur les liens réels à prouver entre des diagnostics, entre des comportements souvent

réellement différents, hors normes, pour sûr, et une réelle dangerosité. Car si l'on croit au devoir d'application de cette loi, il faut aussi croire qu'un seul critère peut en permettre l'utilisation.

2.4 Les jugements rendus : portrait des ordonnances, durée de la garde et regard sur les pratiques

Requérant	Garde autorisée										Renouvellement					Totaux		Total ordonnances					
	1 à 21 jrs		22 à 26 jrs		27 à 30 jrs		31 à 60 jrs		90 jrs et +		1 à 21 jrs		22 à 26 jrs		27 à 30 jrs	31 à 60 jrs	90 jrs et +		Total accueillies	Total partielles			
	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie	Partielle	Accueillie		Partielle				
Children Hospital (CUSM)	3	1			1													5	1	6			
Cité de la Santé de Laval					1													1	0	1			
Douglas	54	15			130	1				6	4			10	4		6	21	221	30	251		
Fleury	2	9			28						1			2				4	36	10	46		
Hôpital général de Montréal (CUSM)	59	1								1								3	63	2	65		
Hôpital général juif de Montréal	2	11			70									1	1			2	75	13	88		
Hôpital Louis-H. Lafontaine	10	29		1	216					2	4			21	6	4	6	40	293	46	339		
Hôtel-Dieu (CHUM)	2																		2	0	2		
Jean-Talon	9	4			9						1							3	21	5	26		
Lakeshore (hôpital général du)	1	3			39					1	1					3		5	46	7	53		
Maisonneuve-Rosemont	7	11			99									15	1	2	1		123	17	140		
Notre-Dame (CHUM)	61	10	10	1	3					1	1			2	3	5	1	7	89	16	105		
Rivière-des-Prairies	4	1																	4	1	5		
Royal Victoria (Allen Memorial) (CUSM)	158	6			1						1					3		1	179	11	190		
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)	16	21	3		89		1			3	1			15	2		1	1	128	25	153		
Sainte-Justine	1				2														3	0	3		
St-Luc (CHUM)	25	8			42	1	4							3			1		75	9	84		
St-Mary's	8	4			4	1	1												13	5	18		
Verdun		1			2													1	2	2	4		
Institut Philippe-Pinel	3	1			9	1	1											10	2	26	4	30	
Total garde et renouvellement	425	136	13	2	745	4	7	0	0	0	14	18	0	0	69	24	15	17	117	3	1405	204	1609
Garde Provisoire (Institutions)																							7
Garde provisoire (Autres requérants)																							374
Total Garde provisoire																							381
Total garde et renouvellement																							1609
Grand total																							1990

Un portrait général des ordonnances

En 2004, il y a eu (Tableau VII) 1990 ordonnances prononcées (accueillies ou partielles) sur les 2136 requêtes (Tableau VIII). Cela représente 93.2 %. Quatre hôpitaux ont obtenu 46 % des ordonnances, soit 925. Ce sont : Louis-H. Lafontaine (339), Douglas (256), Royal Victoria (190), et Sacré-Coeur (153). Leur ratio oscille entre 88 % (Royal Victoria) et 94.4 % (Sacré-Cœur). La différence de ratio apparaît principalement lorsqu'on prend en compte le nombre de causes rayées.

En 1999, c'était 1522 ordonnances émises sur un total de 1619 requêtes (94.0 %) et les hôpitaux qui obtenaient le plus grand nombre d'ordonnances étaient les mêmes. Ainsi, 22 requêtes avaient été rejetées, 4 de plus que cette année. La plus grande différence se situe au niveau des requêtes annulées et des jugements partiels. Il y a eu cette année 128 requêtes annulées et 204 jugements partiels par rapport à 75 requêtes annulées et 58 jugements partiels en 1999. Il s'agit respectivement d'une augmentation de 171 % et 352 % alors que le nombre de requêtes a augmenté dans la même période de 132 %

Tableau VIII - Jugements rendus par la cour du Québec en 2004 (district Montréal)

Requérant	Garde provisoire				Garde autorisée				Renouvellement				Total			
	Accueillie	Annulée	Rejetée	Ordonnances	Accueillie	Annulée	Partielle	Rejetée	Ordonnances	Accueillie	Annulée	Partielle	Rejetée	Ordonnances	Ordonnances	Requêtes
Children Hospital				0	4		1		5	1				1	6	6
Cité de la Santé de Laval				0	1				1					0	1	1
Douglas	5			5	184	23	16		200	37	3	14		51	256	282
Fleury				0	31	5	9	1	40	5		1		6	46	52
Hôpital général de Montréal (CSUM)				0	59	4	1		60	4	1	1		5	65	70
Hôpital général juif de Montréal				0	72	7	11	2	83	3		2		5	88	97
Hôtel-Dieu (CHUM)				0	2				2					0	2	367
Jean-Talon				0	18		4		22	3		1		4	26	2
Lakeshore (hôpital général du)				0	40	3	3		43	6		4		10	53	26
Louis-H. Lafontaine				0	226	16	30	3	256	67	9	16		83	339	56
Maisonnette-Rosemont				0	106	5	11	1	117	17	1	6	1	23	140	148
Notre-Dame (CHUM)				0	74	5	11	1	85	15		5		20	105	111
Rivière-des-Prairies				0	4		1		5					0	5	5
Royal Victoria (Allen Memorial -CUSM)				0	159	24	6		165	20	2	5		25	190	216
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)				0	109	6	21	2	130	19		4	1	23	153	162
Sainte-Justine				0	3				3					0	3	3
St-Luc (CHUM)				0	71	6	9	1	80	4				4	84	91
St-Mary's				0	13		5	1	18					0	18	19
Verdun				0	2	1	1		3			1		1	4	5
Institut Philippe-Pinel	2			2	13	1	2		15	13		2		15	32	33
Autres requérants	374	6	4	374											374	384
Total	381	6	4	381	1191	106	142	12	1333	214	16	62	2	276	1990	
Total requêtes				391					1451					294		2136

Total			
Accueillies	Annulées	Partielles	Rejetées
1786	128	204	18

La durée de la garde

En vertu de la loi P-38.001, la durée de la garde est fixée par le juge qui tient compte de l'avis du médecin et des autres faits exposés à l'audience. Celle-ci peut aller de quelques jours à 90 jours et même plus³. Nous avons vu que plusieurs ordonnances ont été réduites par les juges. Bon nombre d'entre elles visaient à modifier des

pratiques contrevenant à la procédure de signification, mais aussi, semble-t-il, à l'article 10 de la loi P-38.001 qui prévoit que lors d'une ordonnance de plus de 21 jours, un premier examen doit être effectué au bout du 21^{ième} jour de l'ordonnance. Le Tribunal administratif du Québec (TAQ) a également été dans ce sens lorsque, dans un cas précis, il a déclaré la levée de garde automatique d'une personne qui n'avait subi aucun examen au bout de 21 jours.

En ce qui concerne la garde autorisée, 561 ordonnances de 1 à 21 jours ont été prononcées, 15 de 22 à 26 jours, 749 de 27 à 30 jours et 7 de 31 à 60 jours. On remarque que, si 136 demandes ont été ramenées à 21 jours et moins (10 % des demandes), cela n'a pas été suffisant pour changer le fait que la majorité (749 pour 56.2 %) des ordonnances de garde ont une durée de 27 à 30 jours. En 1999, la plus grande part des ordonnances de garde se situait dans la tranche de 22 à 26 jours (444 pour 38.5 %) et de 21 jours et moins (397 pour 34 %).

Du côté des renouvellements de garde, parmi les 276 ordonnances prononcées, 32 l'ont été pour une période de 1 à 21 jours, 93, pour 27 à 30 jours, 32 pour 31 à 60 jours et 120 pour 90 jours et plus. Même si les juges sont intervenus sur les durées demandées (21.1 % de jugements partiels), cela n'a pourtant pas été suffisant pour changer le fait que la majorité des jugements demeurent dans la catégorie des 90 jours et plus (120 pour 40.8 %).

En 1999, la majorité des ordonnances de gardes autorisées se trouvaient dans les tranches de 1 à 21 jours (35 %) et de 22 à 26 jours (41 %). Du côté des renouvellements, la tranche des 90 jours et plus était presque la règle (81 %). Par ailleurs, il y avait très peu d'ordonnances partielles et de requêtes annulées.

En comparant 1999 et 2004, on remarque premièrement que la tranche de 22 à 26 jours a presque disparu au profit de celle de 30 jours. Il y a donc un allongement de la durée d'une bonne part des ordonnances.

³ Quelques ordonnances de 180 jours ont été prononcées en 2004.

On remarque ensuite qu'il y a maintenant deux durées bien tranchées (21 et 30 jours) et même qu'elles semblent correspondre à des pratiques différentes entre les établissements. Alors que les établissements du CUSM ont principalement des ordonnances de 21 jours, la plupart des autres institutions se situent principalement dans la tranche des 30 jours. La répartition des durées d'ordonnances par établissement permet donc de croire que pour une seule loi, il y a différentes pratiques.

Les renouvellements : Une loi deux pratiques

Concernant les renouvellements, nous avons prélevé un échantillon d'environ 150 requêtes parsemées principalement dans les derniers mois de l'année afin de comparer le moment de la première ordonnance que les institutions choisissent pour relancer le processus de renouvellement de la garde.⁴ Les résultats sont étonnants.

À Louis-H. Lafontaine et Fleury, le portrait est le suivant. Lorsque la première ordonnance est de 21 jours, un premier examen a lieu autour de la 14^e ou 15^e journée pour déterminer si l'état mental de la personne présente toujours un danger pour elle-même ou pour autrui. S'il est déterminé que oui, le processus est relancé. Un deuxième examen a lieu dans les deux jours (le jour même pour Fleury – voir Tableau VII). S'il aboutit aux mêmes conclusions, on fait en sorte d'obtenir un renouvellement de l'ordonnance avant la fin de la période de 21 jours.

Les hôpitaux du CUSM (Royal Victoria et Hôpital général), Douglas et l'Hôpital général juif de Montréal ont une manière de procéder très différente. Lorsque la première ordonnance est de 21 jours, on attend la fin de l'ordonnance, le 21, 22 ou 23^{ième} jour pour procéder au premier examen servant à déterminer si l'état mental de la personne présente toujours un danger pour elle-même ou pour autrui. S'il est déterminé que oui, le processus est relancé. Un deuxième examen a généralement lieu le jour même ou le lendemain (voir Tableau VII). S'il aboutit aux mêmes conclusions, on fait en sorte d'obtenir un renouvellement de l'ordonnance parfois une semaine après la fin de la première garde. Pendant cette semaine, on peut se demander quel est le statut de la

⁴ Selon la Loi, (art. 10) lors d'une garde de plus de 21 jours, un premier examen doit être effectué au bout de 21 jours.

personne. A-t-elle été remise en garde préventive ? Et ce, même si ce type de garde ne répond pas à la même définition? Car on sait que le critère d'acceptation de la garde préventive est que l'état mental de la personne doive présenter un *danger grave et immédiat pour elle-même ou pour les autres*.

Les pratiques font apparaître une imprécision dans certaines des dispositions de la loi. Elle prescrit d'une part que la garde doive être levée à la fin de l'ordonnance si aucun examen ne vient confirmer la nécessité d'un renouvellement; elle marque d'autre part une différence importante entre garde préventive et garde régulière. Elle est pourtant lourde de conséquences pour une personne qui peut à cause d'elle voir sa liberté suspendue pour longtemps.

Des pratiques pour le moins questionnables

En 2004, 1333 requêtes de garde autorisée (92 %) et 276 requêtes de renouvellement 94 % ont été accueillies. On le voit, les décisions en faveur de la partie intimée sont très peu élevées. Sur l'ensemble des requêtes de garde autorisée et de renouvellement, seulement 14 ont été rejetées, soit 0.01 % de l'ensemble des requêtes déposées.

Il est également important de souligner que, sur l'ensemble des 1451 demandes de garde autorisée, seulement 143 personnes (9.9 %) avaient d'abord été mises en garde provisoire. Cela signifie qu'une grande partie des 1308 autres personnes ont subi les deux examens alors qu'elles étaient en garde préventive et qu'elles refusaient l'hospitalisation.⁵

Ces examens psychiatriques ont donc été effectués alors qu'aucune ordonnance légale en ce sens n'avait été émise. De plus, nous avons établi un délai médian de plus de 6 jours entre le premier examen et l'audition d'une requête de garde établissement. Cela signifie que, même si elles ne font pas de requête de garde provisoire, les institutions utilisent quand même les délais qui lui sont impartis. Bien que la seule façon de détenir une personne à l'hôpital sans ordonnance de la cour soit la garde préventive dont la durée maximale est de 72 heures, les

⁵ De nombreuses requêtes indiquent que le premier examen a été fait suite à un refus de l'hospitalisation.

hôpitaux gardent près d'une semaine des personnes qui refusent leur hospitalisation, mais « acceptent » de subir les examens psychiatriques.

Par ailleurs, comme seulement 143 personnes ayant fait l'objet d'une garde autorisée étaient préalablement sous garde provisoire, il nous est permis de nous questionner sur ce qui est arrivé des 251 autres personnes pour lesquelles une garde provisoire avait été émise. Ont-elles simplement accepté leur hospitalisation et c'est pour cela qu'il n'y a pas eu de recours à la garde autorisée ? Leur évaluation psychiatrique s'est-elle avérée négative ?

2.5 Le motif réel de la garde : la dangerosité ?

Puisque l'on a retiré de la nouvelle loi la notion de « cure fermée », puisqu'il y a des règles particulières relatives à l'imposition de soins forcés, on s'entend pour dire que la Loi sur la garde n'a pas pour objet de forcer à la médication. Pourtant, régulièrement, le critère de refus de prise de médication est utilisé pour ordonner la garde en établissement.

L'expertise des médecins occupe une place déterminante dans le jugement que rendra la cour. Rappelons que tel que le prévoit l'article 30 du Code civil, il y a obligation de deux rapports d'examen psychiatrique qui concluent à la nécessité de la garde pour qu'il y ait ordonnance. Ces rapports incluent l'opinion du médecin, les faits rapportés par les tiers, et, notons-le, aucune déclaration sur les faits rapportés par la personne concernée. Elle pourra si elle est présente et si elle est questionnée à ce propos, ce qui n'est pas systématiquement le cas, donner son opinion sur ce qui s'est passé il y a déjà plusieurs jours.

En examinant les éléments de preuve retenus par la cour pour statuer d'une ordonnance de garde, on a constaté que la question de la prise de médicaments était abordée dans la grande majorité des cas.

« Alors si ça va bien, si vous prenez les médicaments et que vous suivez les prescriptions et que votre situation s'améliore, il y a aucun doute qu'ils vont vous permettre de sortir de l'hôpital. Mais pour l'instant, je vais accorder la requête pour la période qui est recommandée... »

« Je suis passé à la Cour du Québec près de 4 fois depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle loi en 1998. Chaque fois, le juge me répétait la même chose, soit que c'était pour mon bien que l'hôpital voulait me garder, que je devais accepter mon état et prendre ma médication. Jamais par contre il n'a mentionné que je pouvais être dangereux pour moi ou pour les autres, malgré cela, les gardes étaient toujours autorisées. »

Puis, la question de la présence de comportements « différents », de symptômes, est explorée. Enfin, le juge questionnera la personne au niveau des idées suicidaires. Voici ce que nous constatons aussi : souvent, quoique la notion de suicide ne soit nullement présente dans la situation en cause, si la personne a été en perte de contact avec la réalité ou présentait des comportements dérangeants et différents, hors normes, et si en plus elle refusait de prendre sa médication afin de modifier son état, la garde était ordonnée. Faut-il s'étonner du fait que le nombre d'ordonnances de garde n'ait pas diminué, comme cela était espéré?

« Le juge m'a demandé ce qui m'avait amenée à aller à l'hôpital. Je lui ai expliqué que j'avais fait (très tôt) le petit chant du coq matinal. Il m'a demandé : vous considérez-vous dangereuse pour vous-mêmes, vous considérez-vous comme suicidaire? J'ai jamais eu l'intention de... » Celle qui si joyeusement nous décrivait sa « folie » avec tant d'amour de la vie, de lyrisme, admettait que son côté artiste, théâtral, son exaltation, dérangeait son environnement. Mais se suicider? La société eut beaucoup trop perdu, nous disait-elle en riant!

2.6 Regard sur les conditions d'internement et l'aide apportée aux personnes

« Aller à l'hôpital ne me sert à rien. J'en ressors plus malade que quand je suis entrée. »

« Tout ce qu'ils font, c'est prescrire des pilules, tu parles au médecin cinq ou dix minutes, il te donne des pilules, pis arranges-toi. »

« Quand j'étais à l'hôpital, je ne pouvais même pas avoir ma brosse à dents! Je n'avais plus de dignité!

« Le pire c'est qu'à l'hôpital, tu te retrouves complètement seul! Alors si t'es déprimé... »

« Ils devraient laisser passer la crise plutôt que d'attacher les personnes, c'est inhumain ce qu'ils nous font! »

« J'ai fait un tour d'ambulance. J'ai posé des questions sur la trousse d'urgence qui était dans les coffres ouverts et on m'a gentiment répondu. Je n'étais pas attachée dans l'ambulance. C'est quand je suis arrivée à l'urgence. J'ai attendu pour qu'on vienne prendre mes signes vitaux. Et là il y a un petit monsieur qui est venu et là ils m'ont tous attachée sur le lit ».

Quotidiennement, nous recevons la confiance de personnes qui ont vécu la garde en établissement. Plusieurs vivent en prenant plus ou moins régulièrement de la médication psychiatrique, en faisant appel à l'occasion ou plus assidûment aux services de la psychiatrie. D'autres tentent de vivre autrement. La plupart sont critiques et désillusionnés d'obtenir l'aide dont elles ont vraiment besoin. Il semble que la psychiatrie n'ait pas atteint, le fera-t-elle jamais, un niveau d'adéquation entre l'offre d'aide et le besoin ressenti par la personne. Comme si deux langages étaient utilisés dans une conversation et qu'aucun des deux n'ait obtenu une bonne traduction.

D'ailleurs, souvenons-nous que le rapport annuel de la Direction de la santé publique pour l'année 2001 nous permet de dire que la population desservie en santé mentale est à près de 80 % insatisfaite des services fournis ou du fait qu'ils ne sont pas accessibles.

D'autre part, lorsque l'on arrive à partager sur une expérience de garde involontaire en établissement, il est clair que les souvenirs de chacun sont douloureux. Privé de liberté sans avoir commis de geste criminel, l'individu est accueilli comme un non-citoyen, un être à part. La notion d'atteinte à la dignité revient souvent. Alors qu'il est souvent seul, apeuré, désemparé, perdu, on le retrouve seul dans un coin d'urgence, sans personne pour lui expliquer ce qu'il fait là, ce qui va lui arriver, ce qu'il peut faire, ou pas, et peut-être surtout, sans personne à qui confier sa souffrance. Car s'il en est là, au bord du gouffre, peut-on admettre que son besoin d'aide est immense? Puis on le retrouvera un peu plus tard au fond d'une chambre, tout aussi seul, peut-être attaché (parce qu'à bout, il aura voulu dire non trop fort, trop souvent), obligé de dormir quand les autres le décident, tenu de taire sa souffrance – on ne dérange pas s'il-vous-plaît - rencontrant quelques minutes chaque semaine un médecin qui ne l'écoute pas, lui non plus, faute de temps sans doute. Et bien trop souvent, on aura donné à la personne des médicaments pour calmer la souffrance, engourdir, faire dormir, mais personne n'aura cherché à comprendre pourquoi elle est là, comment elle y est venue. Et lorsque la personne demandera, exigera son droit, droit aux communications, à la liberté, à la non-médication, ou tout autre qui serait le sien, le respect en

sera perçu comme une contrainte imposée aux soignants, un empêchement aux bons soins. Ou encore, la demande, elle, sera interprétée comme un signe de désorganisation, de manque d'autocritique ou de collaboration. Et lorsqu'enfin elle pourra quitter l'hôpital, avec sa médication en poche, désormais ou à nouveau sans travail, aussi trop pauvre pour bien se nourrir, se loger, se divertir, se refaire une santé mentale, une vie, elle aura comme amie la misère, alliée de sa souffrance et de sa solitude.

L'esprit qui règne au sein de nos services de psychiatrie n'apporte souvent pas de réponses adéquates aux besoins des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale. Bien souvent, ces problèmes sont nés de l'abus qu'ont vécu les personnes, du contrôle, de l'irrespect, de l'atteinte à la dignité, de la violence, du manque d'écoute, de considération et d'estime qui ont marqué leur vie. Et pourtant, les conditions d'internement sont souvent une réplique de ces abus.

On dirait un étroit sentier que celui des services de santé : on pourrait y voir, marchant un derrière l'autre, le médecin et sa science, le personnel soignant, tantôt aidant tantôt surchargé, quelques panneaux indicateurs plus ou moins effacés, assortis de liens de contentions, de médicaments, et là-bas, derrière, hésitant à avancer, un être blessé. Et Le Droit, on allait l'oublier... Peut-être faut-il élargir la route.

Quelques pistes, pour peut-être aller plus loin que la réflexion

Notre étude révèle que, si sur certains points, les pratiques qui entourent la garde en établissement respectent mieux la loi qu'en 1996 (délais de rigueur, présence à la cour), d'autres aspects restent outrageusement nébuleux.

• D'abord, la hausse continue du nombre de requêtes autorisées (surtout pour certains hôpitaux), la hausse des ordonnances et de leur durée, apparaissent comme le problème de fond. Alors que la volonté explicite du législateur lors de la mise en place de cette nouvelle loi, qui incluait entre autres des règles qui encadreraient la garde préventive, était de diminuer l'internement involontaire, il semble que l'on assiste à un échec.

• La garde en établissement n'est pas toujours utilisée de façon exceptionnelle et pour des raisons de dangerosité. On utilise souvent la garde pour forcer la prise de médication, alors que d'autres recours existent pour ordonner le traitement. Manifestement, on l'utilise aussi faute d'avoir fait mieux pour éviter d'en arriver là, faute de l'incapacité du système de soins de s'adapter aux besoins, d'être initiateur de nouvelles solutions.

Le projet déjà nommé d'évaluer l'application de la loi doit être réalisé, afin d'arriver à de nouveaux moyens pour responsabiliser l'ensemble des acteurs du système de santé et du système judiciaire à travailler dans la même perspective, soit celle d'utiliser la loi sur la garde en établissement dans des situations de crise grave seulement. Assurément il faudra être plus imaginatif : il faut miser sur le développement de d'autres réflexes que l'enfermement, qui semble devenir la voie connue, pour aider les personnes. Le développement de stratégies qui puissent être utilisées pour travailler en prévention et ainsi éviter la garde est incontournable. À titre d'exemple : davantage de lieux de crise où on puisse pour un temps librement exprimer des comportements différents, potentiellement dérangeants, présence en nombre suffisant d'équipes d'interventions qui puissent passer le temps nécessaire (de quelques heures à quelques jours, au besoin) avec une personne en situation de crise, en perte de contact momentané avec la réalité, cela à domicile, pour éviter le choc d'un enfermement involontaire et ses conséquences. Nous demandons davantage d'intervention des services sociaux avec des moyens d'agir. Il pourrait être de la responsabilité de l'équipe soignante, et enfin du juge si on arrive à un internement, que de s'assurer que tout a été fait pour éviter d'utiliser le recours à la loi. Et de s'assurer que par la suite, un suivi adéquat soit offert à la personne. Notons qu'il ne s'agit pas ici de simplement renouveler les prescriptions de médicaments; mais bien d'un suivi d'ordre psycho-social, au besoin à domicile.

Car il s'agit bien de privation de liberté, ne l'oublions pas.

• Les conditions d'internement et le résultat de l'aide apportée aux personnes méritent aussi d'être évalués. Si le respect des droits des personnes et la considération qui leur ait due ne font pas partie des plans de soins, il n'est pas possible d'arriver à des résultats positifs. Comment parler d'alliance thérapeutique dans les conditions actuelles?

Par ailleurs, manifestement, l'application de la loi ne fait pas l'affaire des équipes soignantes : ainsi, on trouve toutes sortes de façons de contourner la loi afin d'arriver à l'internement.

- Le droit et la pratique d'une information complète et vulgarisée, dès le début des procédures d'internement, sur l'ensemble des règles qui régissent la garde en établissement, n'existe pas. On utilise des dépliants d'information, lorsqu'on le fait, pour informer les personnes, sans s'assurer que les règles complexes de la garde sont réellement comprises par la personne (elles ne le sont d'ailleurs toujours pas par le personnel). Et cette information ne vient que tardivement dans le processus.

- Le droit de communiquer librement et en toute confidentialité est régulièrement bafoué.

- On décide de la liberté des personnes bien trop souvent en leur absence et en l'absence d'un avocat de la défense. La possibilité d'accès à un service 24/7 d'avocats est à explorer.

- La procédure de garde provisoire est très peu utilisée par les hôpitaux. Non seulement faut-il qu'on fasse respecter la loi à cet égard, mais en plus, il faut s'assurer que la personne y soit systématiquement représentée, car il y a à cette étape un large espace où les possibilités d'abus sont possibles.

- Des personnes mises sous garde préventive subissent des examens sans que le psychiatre en ait l'autorisation.

- Le principe du consentement libre et éclairé est sans cesse bafoué.

- Les limites de la garde préventive ne sont pas comptabilisées par les établissements, ainsi la confusion sur son application a bon vent. La nécessité d'un registre à cet effet nous semble évidente. Nous croyons que dans le cadre d'une loi d'exception, il faudrait formaliser davantage les conditions qui peuvent mener à l'utilisation de la garde en établissement. Ainsi, l'utilisation d'un formulaire de consentement à l'évaluation psychiatrique, à signer par la personne et à déposer en cour, nous apparaît recommandable.

• Le mode d'application déficient des délais dans les pratiques de renouvellement a pour résultat possible une privation de liberté supplémentaire de plusieurs jours. D'autre part, le mode d'évaluation psychiatrique à l'intérieur du cadre d'une garde autorisée pourrait aussi être réévalué. L'idée d'évaluations statutaires plus fréquentes ne pourrait-elle pas être envisagée? Les mécanismes d'appels peuvent-ils être plus rapides? Peut-on rendre plus facile le droit d'avoir un autre médecin à l'intérieur du cadre d'une garde, que celui qui nous est assigné? Et si cela permettait que certaines personnes aillent mieux et puissent être remises en liberté avant la fin du délai de leur ordonnance? Évidemment, ces voies ne sont possibles que si elles s'appliquent dans une situation de pleine connaissance par la personne de son dossier.

• Les conditions d'internement sont inadéquates. Par exemple, on utilise la contention et l'isolement pour des raisons punitives et souvent sur de longues périodes. Elles servent certaines fois d'objet de négociation : médication ou isolement? Des interventions et des services qui permettent à la personne de retrouver le calme, d'exprimer sa souffrance, sont absents des plans de soins. Comme si on oubliait d'aborder les raisons qui ont mené la personne à cet état de crise.

Bref, en tant que groupe de défense des droits en santé mentale, ayant accompagné maintes et maintes personnes dans des démarches de défense des droits, de plaintes, de demandes, nous en arrivons à la conclusion que des mécanismes doivent être créés qui permettent que non seulement les personnes puissent vraiment défendre leurs droits, lorsqu'ils ont été lésés, mais que ces droits, dont la dignité de la personne, soient surtout et d'emblée mieux respectés.

Peut-être un « ombudsman » ou son équivalent, ou tout autre représentant d'une structure neutre, possiblement désigné par le Protecteur des citoyens, pourrait-il avoir pour mission de s'assurer de l'utilisation minimale de la loi sur la protection des personnes, et de la qualité de l'application des règles qui la régissent.

Il pourrait aussi relever de ses fonctions de gérer le fonctionnement d'un service d'accueil et d'accompagnement des personnes qui y sont contre leur gré. Ce service, composé possiblement de travailleurs sociaux, travaillerait en support à la personne, entre autres à sa pleine et entière information sur son dossier et son évolution, lui

assureraient un accès à des services de défense des droits, groupes d'aide et banque d'avocats d'aide juridique ou de pratique privée. Et permettrait enfin que des solutions soient apportées par les personnes et qu'elles soient entendues et évaluées, afin de limiter les dégâts de l'internement involontaire. L'autonomie et la défense de ses droits au lieu d'être écrasées ou ignorées, doivent être encouragées et supportées, puisqu'ils sont les premiers pas vers le rétablissement et l'accès à la citoyenneté.

Finalement, nous apprécierions que soit évaluée la possibilité de « modifier la donne » concernant l'information qui est accessible au juge dans le rapport du médecin, soit l'opinion de ce dernier et celle des tiers qui ont demandé une évaluation psychiatrique. L'opinion de la personne, quoiqu'on pense de son état, mérite sûrement d'être enregistrée aussi, ou du moins questionnée dès le début de la procédure.

Nous n'émettons ici que quelques idées. Et nous réitérons notre demande d'évaluation de l'application de la Loi par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, avec la participation de tous les acteurs concernés. Des évaluations devraient d'ailleurs être systématisées de façon plus régulière, par exemple annuellement.

Pour que les libertés ne soient plus fragilisées au nom de la paix sociale.