



Action Autonomie

Le Collectif pour la défense des droits en
santé mentale de Montréal

**DES LIBERTÉS
BIEN FRAGILES**

Étude sur

**L'APPLICATION DE LA LOI P-38.001
SUR LA PROTECTION DES PERSONNES
DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER
POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI**

District de Montréal
2004

Novembre 2005

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement toutes les personnes
ayant participé de quelque façon à la réalisation de cette étude.

Merci à Mme Michelle Beaupré et Me Paul Larue du Greffe, Santé mentale
au Palais de justice de Montréal
pour nous avoir donné accès aux dossiers et pour nous avoir facilité la tâche,

Merci à l'équipe d'Action Autonomie pour son appui constant,

Et, un merci particulier aux personnes
qui ont bien voulu nous faire part des expériences qu'elles ont vécu
et qui ont, par leurs témoignages, permis à nos statistiques
de se raccrocher à la vie

Recherche et rédaction: Michael Hogan
Supervision : Ghislain Goulet et Chantal Provencher

Production : **Action Autonomie**, le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal
1260 Sainte-Catherine Est, Montréal, Québec, H2L 2H2
www.actionautonomie.qc.ca lecollectif@actionautonomie.qc.ca

Mai 2005

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE	7
LISTE DES TABLEAUX	9
PARTIE 1	10
RAPPEL SUR LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES- MÊMES OU POUR AUTRUI	10
1.1. Au cœur de la Loi : la notion de dangerosité	11
1.2. Les différents types de garde en établissement	11
1.3. Les procédures judiciaires liées aux différents types de garde	12
1.4. Droits et recours des personnes mises sous garde	14
1.4.1. Devoir d'information	14
1.4.2. Droit de défense	14
PARTIE 2	15
ÉTAT DE SITUATION : APPLICATION DE LA LOI P-38.001, DISTRICT DE MONTRÉAL - 2004	15
2.1. Portrait d'ensemble des requêtes et ordonnances de garde	15
2.1.1. Variations dans le nombre de requêtes entre 1999 et 2004	17
2.1.2. Demandes de garde autorisée	18
2.1.3. Demandes de renouvellement de garde	19
2.1.4. Demandes de garde provisoire par les établissements	19
2.1.5. Demandes de garde provisoire par les « Autres requérants »	20
2.2. Portrait des personnes mises sous garde	21
2.3. L'application des procédures prévues à la Loi P-38.001	21
2.3.1. L'affidavit	21
2.3.2. L'avis de présentation	22
2.3.3. La signification de la personne intimée	23
2.3.4. Le délai de signification	25
2.3.5. L'évaluation psychiatrique	26
2.3.6. Le délai entre les examens psychiatriques	27
2.3.7. Le délai entre le 2 ^{ème} examen et le dépôt de la requête	29
2.3.8. Le délai entre le dépôt de la requête et l'audition	31
2.4. Les différents types de jugements	32
2.4.1. Portrait général des ordonnances	34
2.4.2. Ordonnances de garde provisoire	37
2.4.3. Ordonnances de garde autorisée et renouvellement	39
2.5. La présence de la personne à l'audition	39
2.5.1. La participation de la personne à l'audition et sa représentation par avocat	41
2.5.2. Influence de la représentation d'un avocat sur les décisions rendues	42
2.6. La pratique des juges	43
2.6.1. Les jugements rendus	45
2.6.2. La durée des gardes en établissement	45
3.0. CONCLUSION	48
ANNEXE 1 : LEXIQUE	51
ANNEXE 2: Droits, recours et délais	55
ANNEXE 3 Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde	59
Bibliographie	61

CONTEXTE DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

Le contexte et les objectifs de la recherche

Action Autonomie est le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal. Un de ses principaux objectifs est de défendre et promouvoir les droits individuels et collectifs des personnes vivant ou ayant 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* (Loi P-38.001) autorisant la garde en établissement, ce que certains appellent encore « la cure fermée », est au cœur des préoccupations de notre collectif car les abus vécus par les gens internés sont nombreux. En effet, plusieurs des personnes que nous accompagnons sont captives dans des centres hospitaliers où l'on fait fi de leurs droits et où le mot dignité perd tout son sens.

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. Ainsi, 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 a lutté pour s'assurer d'un plus grand respect des droits des personnes. Cela dit, une loi ne peut changer les pratiques psychiatriques et, malheureusement, ce que l'on constate quotidiennement nous permet de dire que les abus sont toujours présents. C'est dans ce contexte qu'en 1996 nous avons décidé d'entreprendre cette recherche, puis de la mettre à jour en 1999. La version que vous tenez entre vos mains est une nouvelle mise à jour augmentée pour l'année 2004. Elle nous permettra de :

1. Évaluer l'application de la Loi P-38.001 dans la région de Montréal pour l'année 2004 ;
2. Évaluer les changements dans l'application de la loi depuis 1996 ;
3. Comparer nos résultats avec les témoignages que nous obtenons de personnes ayant vécu la garde en établissement ;
4. Fournir des éléments de réflexion et des arguments aux luttes que nous menons pour changer les pratiques judiciaires et psychiatriques.

La méthodologie

Dans un premier temps, nous avons fait la cueillette des données disponibles dans les dossiers conservés au Palais de justice de Montréal. Ces dossiers contiennent généralement la requête elle-même, l'affidavit, l'avis de présentation, la preuve de signification, le jugement (non détaillé) et le procès-verbal. Ces éléments nous permettent de vérifier si les différents délais prescrits par la loi sont respectés et de compiler d'autres informations comme la durée des audiences, la présence des personnes à l'audition, etc. La cueillette de

données a été effectuée par une seule personne entre novembre 2004 et février 2005. Les données ont ensuite été transférées sur une base de données ACCESS, puis confrontées et analysées à l'aide du logiciel Excel.

À mi-chemin de l'analyse, nous avons présenté nos résultats lors d'une rencontre avec trois personnes ayant vécu la garde en établissement et quatre conseillers et conseillères d'Action Autonomie. Cette rencontre nous a permis de valider nos résultats et de recueillir des témoignages dont certains extraits apparaissent dans le rapport.

Limites de la recherche

Les limites de la recherche sont tracées par la matière même que nous avons investiguée. On verra à la lecture du rapport que la loi P-38.001 demeure floue sur la définition d'un certain nombre de notions, à commencer par celle de dangerosité qui n'est simplement pas définie. D'autres notions déterminantes telles que la prise en charge, la garde préventive, ou la levée de la garde sont sujettes à des interprétations parfois contradictoires, ce qui peut rendre difficile de déterminer le statut qu'ont les personnes à tel ou tel moment de leur garde. De leur côté, les établissements hospitaliers semblent entretenir cette situation floue en adoptant une interprétation de la loi qui leur soit satisfaisante en ce qu'elle simplifie la procédure.

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

Structure du rapport

Le rapport se divise en deux parties. La première est un résumé des principaux éléments de la loi. La seconde partie est l'analyse des pratiques judiciaires que nous avons constatées pour 2004. Nous avons ajouté en annexe un lexique qui explique certaines notions fréquemment utilisées dans le monde de la garde en établissement. Les mots apparaissant en italique dans le rapport sont généralement des renvois à ce lexique. Également en annexe, le lecteur trouvera des schémas résumant les droits et recours des personnes, ainsi que les délais impartis aux différents types de garde.

Bonne lecture !

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Évolution quantitative de la garde en établissement - 1996-2004.....	16
Tableau II	Distribution détaillée des requêtes.....	17
Tableau III	Activité des requérants	18
Tableau IV	Contenu de l'Avis de présentation	23
Tableau V	Signification de l'intimé(e)	24
Tableau VI	Délai entre signification et audition	26
Tableau VII	Délai entre les examens psychiatriques	28
Tableau VIII	Délai entre le 2ième examen psychiatrique et le dépôt de la requête.....	30
Tableau IX	Délai moyen entre le dépôt de la requête et la signification et entre le dépôt de la requête et l'audition.....	32
Tableau X	Jugements rendus par la cour du Québec en 2004 (district Montréal)	34 et 38
Tableau XI	Proportions des types de jugements	35
Tableau XII	Ordonnances intérimaires 1999 – 2004	37
Tableau XIII	Présence de la personne à l'audition.....	40
Tableau XIV	Présence et représentation à la cour.....	41
Tableau XV	Impact de la représentation de la personne sur la décision prise à la cour	43
Tableau XVI	Durée des auditions.....	44
Tableau XVII	Nature des jugements rendus.....	46

PARTIE 1

RAPPEL SUR LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES

DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

En vertu des chartes québécoise et canadienne des droits et libertés, tout individu a droit « à l'intégrité et à la liberté de sa personne. Il possède également la personnalité juridique. »¹ Or, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001) permet de priver un individu de sa liberté et de certains de ses droits. Cette loi fut adoptée le 18 décembre 1997 et entra en vigueur le 1^{er} juin 1998.

La Loi P-38.001 ne constitue pas une véritable réforme du droit en vigueur en matière de garde en établissement. Elle se situe dans un contexte législatif large et ne constitue qu'un jalon parmi les autres lois régissant le système de santé et des services sociaux. L'entrée en vigueur de cette loi rendait caduque la *Loi sur la protection du malade mental* et la remplaçait dans son rôle de complément aux dispositions déjà existantes dans le Code civil du Québec (C.c.Q). L'adoption de la Loi P-38.001 vient clore la période des réformes législatives et autres ajustements entrepris durant les années 1990, notamment, par l'enchâssement d'une section à l'intérieur du C.c.Q ayant trait à l'examen psychiatrique et à la garde en établissement, les ajustements apportés à la Loi sur la protection du malade mental ainsi qu'au Code de procédure civile du Québec (C.p.c.Q.). Notons enfin que l'intention du législateur dans la mise en place de cette loi était de diminuer le recours au processus judiciaire d'où, entre autres, les dispositions relatives à la *garde préventive*² et à l'intervenant d'aide en situation de crise.

La loi P-38.001 précise les règles juridiques de la garde en établissement. Elle *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. 1998, p. 239). Cette loi ne permet pas le traitement d'une personne contre son gré, ni l'obligation pour cette personne de se soumettre à des examens psychiatriques autres que ceux déterminés comme nécessaires par la loi (21 jours après le jugement, puis à tous les trois mois). Elle est dite d'exception dans la mesure où elle porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne reconnus dans les chartes. En tant que loi d'exception, ses dispositions devraient être rigoureusement suivies et n'être appliquées que lorsque les autres interventions ont échoué et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes concernées.

Soulignons qu'une des principales modifications apportées à l'énoncé de la loi concerne l'intervention de l'agent de la paix et de *l'intervenant d'aide en situation de crise* (P-38.001, art. 8). Ces acteurs sont désormais amenés à jouer un rôle stratégique comme intervenants dans le processus pouvant conduire à une garde préventive. En

¹ Charte des droits et libertés de la personne, art. 1

² Les expressions en italique sont souvent des renvois au lexique que le lecteur trouvera en annexe 1.

effet, lors d'une réponse à un appel d' « urgence », les agents de la paix doivent évaluer si un intervenant d'aide en situation de crise peut être rejoint en temps utile. Si ce dernier est disponible, c'est à lui que reviendra, d'abord, la responsabilité d'estimer le degré de dangerosité que présente l'état mental de la personne. Si l'intervenant d'aide en situation de crise n'est pas disponible, cette responsabilité revient aux policiers ³.

1.1. Au coeur de la Loi : la notion de dangerosité

La Loi P-38.001 identifie la notion de dangerosité comme étant l'unique condition permettant de garder une personne en établissement contre son gré. Elle ne définit pas cette notion mais établit plutôt deux degrés de dangerosité. Au premier degré, l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Au second degré, on précise que le danger que présente l'état mental de la personne doit être grave et immédiat.

Malgré la gradation de la dangerosité, l'évaluation qui doit en être faite par les intervenants demeure difficile et subjective en raison du caractère abstrait de cette notion. Étant interprétable et fluctuante, elle peut même ouvrir la porte à des abus. Cette situation est d'autant plus problématique que c'est ce critère de dangerosité qui va justifier et orienter un processus judiciaire pouvant conduire à la suspension de droits inaliénables et notamment de la liberté de la personne.

Les enjeux et les défis liés à l'évaluation de la dangerosité sont donc énormes. Ils concernent aussi bien les agents de la paix, les intervenants de crise, les médecins qui décident de mises en garde préventive et signent des rapports d'examen, les avocats et les juges ainsi que toutes les autres personnes concernées par cette pratique.

1.2. Les différents types de garde en établissement

La Loi P-38.001 définit trois types de garde : la garde préventive, la garde provisoire pour évaluation psychiatrique et la garde autorisée. *La garde préventive* est permise sans qu'une ordonnance judiciaire n'ait été émise. Toutefois, le directeur des services professionnels (ou, à défaut, le directeur général) doit être avisé à chaque fois qu'un médecin prend cette mesure. Le seul critère d'application de la garde préventive est que l'état mental de la personne doit présenter un *danger grave et immédiat* pour elle-même ou pour autrui. L'établissement peut alors garder la personne pour un maximum de 72 heures et ce, sans qu'un examen psychiatrique n'ait été effectué. L'une des raisons justifiant ce délai, lors de la mise en place de la Loi, était que, selon les experts, les crises se résorbent généralement en moins de 72 heures. L'ajout de cette mesure devait donc en principe faire diminuer les recours à la requête de garde provisoire.

³ L'organisme UPS-Justice, qui a été choisi pour exercer ce mandat d'intervenant de crise, a véritablement commencé à être actif en 2004 et on peut penser que leur action a déjà une influence, notamment sur le nombre d'ordonnance de garde provisoire. Cependant, nous n'avons aucun chiffre pour illustrer leur action.

La *garde provisoire* se distingue de la garde préventive en ce qu'elle résulte d'une ordonnance judiciaire à se soumettre à une évaluation psychiatrique. L'objectif de cette évaluation est de déterminer si le degré de dangerosité justifie une garde en établissement. L'évaluation psychiatrique repose sur deux examens faits par deux psychiatres différents. Elle constitue la principale partie de la preuve sur laquelle le juge décidera de prononcer ou non une garde autorisée. Lorsqu'une garde provisoire est émise, l'établissement a 96 heures, à partir de la *prise en charge*, pour effectuer les deux examens psychiatriques, puis 48 heures pour obtenir une garde autorisée. Si la personne était préalablement en garde préventive, l'établissement dispose alors de 48 heures à partir du prononcé de l'ordonnance pour produire les deux rapports d'évaluation et de 48 heures supplémentaires pour obtenir une ordonnance de garde autorisée.

Dans le district de Montréal, la *garde autorisée* est ordonnée par un juge de la Cour du Québec. C'est celui-ci qui en détermine la durée en tenant compte de l'avis émis dans les rapports médicaux. Bien sûr, l'évaluation psychiatrique doit conclure à la dangerosité que présente l'état mental de la personne.

1.3. Les procédures judiciaires liées aux différents types de garde

Toute *ordonnance de garde* doit être initiée par le dépôt d'une *requête* à la cour. Celle-ci doit énoncer les *faits et motifs* qui la justifient et être appuyée de *déclarations assermentées* suffisantes pour établir l'identité des parties et la crédibilité de ce qui est allégué. Le requérant doit démontrer, qu'en raison de son état mental, la personne présente un *danger pour elle-même ou pour autrui*.

Dans le cas d'une demande de garde autorisée ou d'un renouvellement, l'ordonnance sera accordée principalement sur la foi des *rapports d'examens* produits par des médecins (généralement des psychiatres). Ces rapports devraient contenir « la date de l'examen, un diagnostic sur l'état mental de la personne, l'opinion du médecin sur la gravité et les conséquences probables de l'état mental de la personne, enfin, les motifs et les faits, observés ou communiqués par d'autres, qui fondent son opinion »⁴.

La requête doit être signifiée « *au moins deux jours* »⁵ (C.p.c. art. 779) avant sa présentation à la personne qui refuse de se soumettre à l'examen ou à la garde ainsi qu'à une personne raisonnable de sa famille ou, le cas échéant, au titulaire de l'autorité parentale, au tuteur, au curateur, au mandataire ou à toute personne qui démontre un intérêt à son égard. La signification se fait habituellement par huissier. Le juge peut, exceptionnellement, dispenser le requérant de signifier la personne intimée s'il considère que cela serait nuisible à la sécurité de cette personne ou d'autrui, ou encore s'il y a urgence. Dans le cas d'une telle demande, la requête devrait contenir un allégué justifiant cette dispense de signification.

⁴ Loi P-38.001, art. 3

⁵ Le *délai de rigueur* pour la signification est passé de un à deux jours depuis 2002 mais on verra plus loin qu'il n'est appliqué que depuis 2004.

Dans les requêtes de garde autorisée, la *dispense de signification* est généralement justifiée par le rapport d'évaluation psychiatrique. On la retrouve de moins en moins cependant. Pour les requêtes de garde provisoire, la dispense de signification demeure cependant la règle générale, même lorsque la requête est faite par une institution et que la personne est déjà à l'hôpital.

Normalement, le tribunal est tenu d'interroger la personne concernée par la demande lors de l'audition⁶. Cependant, le juge pourra prononcer une *dispense de témoignage* (ou d'interrogatoire) si le requérant justifie sa demande. La demande de dispense de témoignage est une autre mesure d'exception souvent utilisée dans la présentation de la requête pour tout type de requérant ou de garde. Cependant, bien que la pratique des juges varie à cet égard, la plupart d'entre eux acceptent maintenant d'entendre l'intiméE qui manifeste son intention de contester la requête.

⁶ Code de procédure civile du Québec, art. 780

1.4. Droits et recours des personnes mises sous garde

1.4.1. Devoir d'information

Un des changements principaux que visait l'application de la Loi P-38.001 porte sur la protection des droits des personnes mises sous garde. La loi prévoit maintenant que, tant policiers qu'établissements, ont le devoir d'informer les personnes sur leurs droits et recours. Par exemple, les policiers doivent informer la personne du lieu où ils l'amènent et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. Les établissements doivent en plus lui permettre de communiquer en toute confidentialité avec les personnes de son choix. Enfin, un document d'information portant sur la situation judiciaire de la personne et ses droits et recours, conforme à celui annexé à la loi⁷, doit leur être remis à la suite de chaque rapport d'examen et de chaque jugement.

1.4.2. Droit de défense

Les personnes faisant l'objet d'une requête de garde provisoire ou autorisée ont le droit de se présenter devant la cour ou d'être représentées par avocat pour défendre leur point de vue. Elles peuvent d'abord faire valoir leur point de vue devant le juge de première instance (la Cour du Québec pour le district de Montréal). Si le jugement rendu contient selon elles une erreur de droit, elles peuvent alors recourir à la Cour d'appel. Les personnes peuvent également contester une ordonnance ou toute autre décision prise en vertu de la loi P-38.001 devant le Tribunal administratif du Québec.

On peut se procurer le **Guide de survie / Droits et recours en matière de garde en établissement** de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (**AGIDD**) aux locaux de

Action Autonomie
1260, rue Ste-Catherine, E.
Montréal, Québec
H2L 2H2

ou en visitant le site Internet de **Action Autonomie** à l'adresse suivante : <http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/guide%20de%20survie.pdf>

⁷ Voir annexe 3

PARTIE 2

ÉTAT DE SITUATION : APPLICATION DE LA LOI P-38.001, DISTRICT DE MONTRÉAL - 2004

L'état de situation vise à fournir une vue générale de l'application des procédures judiciaires prévues à la Loi P-38.001. Nous tracerons d'abord les contours du phénomène en présentant ses principales caractéristiques. Une attention particulière sera ensuite portée sur les principales obligations auxquelles sont tenus les requérants. Suivra un examen des enjeux liés à la présence de la personne à la cour et/ou à sa représentation par avocat. Enfin, nous aborderons divers aspects de la pratique des juges.

2.1. Portrait d'ensemble des requêtes et ordonnances de garde

Note : Les résultats de notre recension pour 2004 diffèrent sensiblement de ceux du Palais de justice. Cette différence est surtout notable en ce qui concerne le nombre de renouvellements. Cela peut s'expliquer de deux façons.

1. La recension a été faite sur plusieurs semaines. Les renouvellements étant ajoutés aux dossiers de requêtes de garde déjà existants, il se peut qu'après avoir relevé les données d'un dossier, celui-ci ait été réutilisé sans qu'on puisse le retracer.
2. Il arrive qu'un tout nouveau dossier soit ouvert pour un renouvellement d'ordonnance sans que la requête ne contienne de référence à l'ordonnance précédente. Il est alors très difficile d'en déterminer le statut.

Nos résultats

Requêtes de garde provisoire : 391 – requêtes de garde autorisée : 1451 – requêtes de renouvellement : 294 – Total : 2136

Résultats du Palais de justice

Requêtes de garde provisoire : 391 – requêtes de garde autorisée : 1454 – requêtes de renouvellement : 327 – Total : 2172

Considérant la marge d'erreur peu significative pour un pareil échantillon, nous choisissons donc d'utiliser les chiffres que nous avons obtenus.

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).

En examinant l'évolution quantitative du nombre de requêtes (Tableau I), 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). 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. Bien qu'à Montréal les intervenants de crise ne soient entrés en action qu'en 2004, on pourrait penser que la modification à la loi sur la durée de la garde préventive pourrait avoir eu un effet momentané sur le nombre de requêtes de gardes provisoires.

Il faut noter également que l'augmentation du nombre de requêtes s'est encore une fois arrêtée entre 2003 et 2004, cette fois, dans toutes les catégories. De plus, pour des raisons que nous expliquerons plus loin, il y a eu cette année beaucoup plus d'ordonnances de garde en établissement dont la durée a été réduite (ordonnances partielles). Cet état de fait aurait pu provoquer une augmentation significative du nombre de requêtes de renouvellement mais les chiffres demeurent tout de même à la baisse dans cette catégorie. Il faudra attendre les prochaines années pour voir si ce mouvement se confirme, mais on peut déjà penser cependant que l'entrée en action des intervenants de crise en 2004 aura un impact sur les prochains résultats.

Tableau I - Évolution quantitative de la garde en établissement - 1996-2004						
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.

Les requêtes proviennent en majeure partie des établissements. 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) et quelques cas isolés (7) reliés à la garde provisoire (Tableau II). Si on compare avec 1999, le ratio institutions/Autres requérants était de 82.8% pour 284 requêtes de garde provisoire, 1159 de garde autorisée et 176 de renouvellements.

En 1999, 53.4% des personnes soumises à un renouvellement de garde étaient des femmes. En 2004, le rapport est inversé et les hommes sont maintenant un peu plus nombreux dans les trois catégories, environ dans les mêmes proportions qu'en 1996 (moyenne des trois catégories : 56%).

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	
Maisonneuve-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.

2.1.1. Variations dans le nombre de requêtes entre 1999 et 2004

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%) (Tableau III).

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%
Maisonneuve-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.

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%). Il serait sans doute intéressant d'obtenir les statistiques concernant les taux d'occupation des lits de tous ces hôpitaux pour les comparer avec nos chiffres. La réorganisation de certains départements ou institutions pourrait être une des causes de ces changements.

2.1.2. Demandes de garde autorisée

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), Maisonneuve-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.

2.1.3. Demandes de renouvellement de garde

Témoignage

«Je suis restée près de neuf mois à l'hôpital, de renouvellement en renouvellement. Tout ça parce que je refusais de prendre ma médication. Je n'ai jamais accepté de prendre de médicaments là-bas. Finalement, l'hôpital est allé chercher une ordonnance de la cour pour m'obliger à prendre ma médication. L'ordonnance était d'un an. Aujourd'hui, soit 2 ans plus tard, je ne prends plus aucun médicament, je n'ai plus de suivi et je travaille.»

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%. Sacré-Cœur et le CHUM (Notre-Dame, ST-Luc, Hôtel-Dieu) avec 24 requêtes chacun (8.2%) ferment le peloton des meneurs pour 2004. Les autres établissements font 15 requêtes et moins (5% et moins) (voir Tableau III). 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) ainsi qu'une hausse moindre pour Maisonneuve-Rosemont qui, elles, passent de 14 à 25 demandes.

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%.

2.1.4. 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'examen, 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 : Douglas (5) et Philippe-Pinel (2)⁸. Ce maigre total de sept demandes représente 2% des 391 demandes de garde provisoire.

⁸ 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.

2.1.5. 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-socio-médicaux » 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 l'an dernier où il était de 413. La diminution enregistrée en 1999 pouvait s'expliquer en partie par l'application de l'article 8 de la Loi en vertu duquel un policier peut amener une personne à l'hôpital contre son gré s'il considère qu'elle représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. On peut penser que dans certaines situations, des gens dans la communauté aient trouvé plus facile de faire appel aux policiers que de déposer une requête de garde provisoire. En revanche, la hausse qui prévaut depuis 2000 est plus difficile à expliquer car, même en tenant compte des facteurs sociaux ou démographiques, il demeure que le but visé par les changements apportés à la loi était de 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). Il est à noter que trois requêtes de garde provisoires ont été déposées par des policiers.

2.2. Portrait des personnes mises sous garde

En 2004, 1199 requêtes de tous types ont été déposées pour des hommes (56%) et 934 pour des femmes (44%)⁹ (Tableau II). La différence est de 12%. Il y a eu 235 requêtes de garde provisoire touchant les hommes (60%) comparativement à 156 visant les femmes (40%), une différence de près de 20%. Dans le cas des demandes de garde autorisée, les hommes ont fait l'objet de 796 requêtes (54.9%) et le nombre s'élevait à 655 demandes pour les femmes (45.1%). Encore là, les hommes sont 10% plus nombreux. Pour ce qui est des demandes de renouvellement de garde, il y a eu 169 requêtes concernant des hommes (57.5%) comparativement à 125 requêtes pour les femmes (42.5%), une marge de 15% (Tableau II).

En 1999, les hommes étaient un peu plus nombreux au chapitre des gardes provisoires et des gardes autorisées mais moins nombreux que les femmes pour ce qui est des renouvellements. Ils sont maintenant plus nombreux dans toutes les catégories.

Enfin, nous avons remarqué lors de l'examen des dossiers que la population immigrante semble fortement représentée. Évidemment, il est très difficile pour l'instant de déterminer l'origine ethnique des personnes concernées, les seuls indices étant les noms des personnes et autres informations parsemées dans les requêtes.

2.3. L'application des procédures prévues à la Loi P-38.001

Les requérants qui veulent obtenir une ordonnance en vertu de la Loi P-38.001 doivent déposer une requête à cet effet. La requête contient l'objet de la demande, les raisons sur lesquelles elle se fonde et un avis sur la durée que devrait avoir l'ordonnance. Elle doit être appuyée d'un affidavit attestant de la véracité des faits évoqués et de l'identité des personnes mises en cause (intiméE, médecin, personne responsable de la requête). Enfin, un avis de présentation doit être produit et une preuve de sa signification (généralement un bordereau de huissier) à l'intiméE et aux autres personnes mises en cause (parent, ami, connaissance, tuteur ou curateur) doit être déposé à la cour.

2.3.1. L'affidavit

Les requêtes doivent être accompagnées d'un affidavit. Dans le cas des requêtes de garde autorisée ou de renouvellement, la loi prescrit que c'est le directeur des services professionnels ou le directeur général de l'établissement qui atteste le contenu de la requête en y apposant sa signature. Cette disposition de la loi est essentielle, d'abord à cause du caractère d'exception de cette loi (l'établissement doit en prendre la responsabilité), ensuite parce qu'elle donne une certaine garantie de neutralité.

Cela dit, dans certains hôpitaux, c'est plutôt le directeur du département de psychiatrie qui signe l'affidavit. À Maisonneuve-Rosemont, par exemple, la grande majorité des affidavits sont signés par le directeur du département ou le directeur de l'enseignement qui déclarent tous deux avoir la même fonction, soit de « voir à l'administration médico-légale du département ». Cette pratique ne correspond pas à ce qui est prévu par la loi.

2.3.2. L'avis de présentation

La politique des institutions, probablement édictée en accord avec le bureau d'avocats à l'emploi de l'hôpital, varie énormément sur les pièces annexées à l'avis de présentation remis à la personne intimée. Certains avis semblent ne contenir que le lieu, la date de l'audience et les numéros des pièces qui seront mises en preuve (rapports d'examens, etc.). Dans d'autres institutions, on fournit les moyens de contester la requête et on annexe les rapports d'examens (parfois conditionnellement à l'approbation par le médecin).

Le Tableau IV illustre sommairement les pratiques des principales institutions quant au contenu de l'avis de présentation. Ces données proviennent de l'examen d'environ 150 requêtes prises au hasard. Il est possible que la quantité d'informations fournies varie en fonction de l'avis du médecin car nous savons qu'il est inscrit dans la Loi sur la santé et les services sociaux que le médecin peut refuser au patient l'accès au contenu de son dossier s'il considère que cela peut nuire à sa santé. On notera tout d'abord la disparité dans la pratique, aussi, la différence entre Notre-Dame et St-Luc, pourtant fusionnés et finalement, le peu d'informations fournies, en particulier par les hôpitaux du CUSM, l'Hôpital général juif, Sacré-Cœur, Maisonneuve-Rosemont et St-Luc. Cette illustration vient appuyer ce que nous rapportent les personnes mises sous garde que nous rencontrons, à savoir qu'il leur est généralement très difficile d'avoir accès à l'information contenue à leur dossier.

⁹ Plusieurs requêtes peuvent avoir été déposées pour une seule personne.

Tableau IV - Contenu de l'Avis de présentation													
Contenu de l'avis de présentation	Notre-Dame (CHUM)	St-Luc (CHUM)	Maisonnette-Rosemont	Royal-Victoria (CUSM)	Hôpital Général de Montréal (CUSM)	Douglas	Fleury	Louis-H. Lafontaine	Sacré-Cœur (Albert-Prevost) *	Institut Philippe-Pinel	Hôpital Général Juiif	Jean-Talon	Lakeshore
Requête en annexe	v **						v	v	v	v		v	v
Numéro de téléphone pour contester			v	v	v	v					v		
Pas de numéro de téléphone	v	v					v	v	v	v		v	v
Numéros des documents mis en preuve	v									v			
Conseil d'avertir un avocat sans offrir les moyens	v												
Pièces parfois incluses ou disponibles sur demande							v	v				v	v
Rapports médicaux offerts sur approbation du md						v	v	v				v	
Pas de mention des pièces mises en preuve			v								v		
Pas d'offre des rapports md	v	v	v	v	v				v		v		

* L'hôpital Sacré-Cœur est le seul requérant qui intègre un résumé des rapports médicaux dans la requête.

** Nous n'avons pas pu déterminer avec certitude si la requête était annexée à St-Luc

v Élément fourni par l'institution

2.3.3. La signification de la personne intimée

En 2004, pour 2095 requêtes¹⁰, 1658 personnes (79%) ont été signifiées et 437 personnes (21%) ne l'ont pas été. (Tableau III). Parmi les personnes non signifiées, 388 requêtes (88.8%) ont trait à des demandes de garde provisoire. Des 391 personnes dont on requerrait la garde provisoire, seulement 3 ont été signifiées. Une seule personne a été signifiée dans la catégorie « Autres requérants » et deux autres parmi les sept cas traités par les hôpitaux. Rappelons qu'un requérant peut-être dispensé de signifier la partie intimée s'il explique clairement en quoi cette signification peut être nuisible à sa santé. Les raisons alléguées par les « Autres requérants » relèvent généralement de leur sécurité propre et de celle des intimés. Dans les requêtes déposées par les institutions, il n'y a généralement pas de motifs allégués. Peut-être sont-ils défendus directement à la cour sans qu'ils soient portés au procès-verbal (Tableau V).

¹⁰ 41 requêtes ont été rayées avant d'être signifiées. Nous les avons donc retirées du grand total de 2136 requêtes.

Tableau V - Signification de l'intimé

Requérants	Garde provisoire					Garde autorisée					Renouvellement					TOTAL SIGNIFIÉS	TOTAL NON-SIGNIFIÉS	TOTAL
	Signifié(e)		Non-signifié(e)		Total	Signifié(e)		Non-signifié(e)		Total	Signifié(e)		Non-signifié(e)		Total			
	Nombre	%	Nombre	%		Nombre	%	Nombre	%		Nombre	%	Nombre	%				
Children Hospital						5	100%		0%	5	1	100%		0%	1	6	0	6
Cité Santé Laval						1	100%		0%	1					0	1	0	1
Douglas	0	0%	5	100%	5	204	96%	9	4%	213	52	98%	1	2%	53	256	15	271
Fleury						42	98%	1	2%	43	6	100%		0%	6	48	1	49
Général de Montréal (CUSM)						62	100%		0%	62	6	100%		0%	6	68	0	68
Général juif de Montréal						87	96%	4	4%	91	4	80%	1	20%	5	91	5	96
Général Lakeshore						43	98%	1	2%	44	10	100%		0%	10	53	1	54
Hotel-Dieu (CHUM)						2	100%		0%	2					0	2	0	2
Jean-Talon						22	100%		0%	22	4	100%		0%	4	26	0	26
Louis-H. Lafontaine						263	97%	7	3%	270	84	98%	2	2%	86	347	9	356
Maisonneuve-Rosemont						120	98%	2	2%	122	25	100%		0%	25	145	2	147
Notre-Dame (CHUM)						88	97%	3	3%	91	20	100%		0%	20	108	3	111
Rivière-des-Prairies						5	100%		0%	5					0	5	0	5
Royal Victoria (CUSM)						170	93%	12	7%	182	26	100%		0%	26	196	12	208
Sacré-Coeur						134	97%	4	3%	138	24	100%		0%	24	158	4	162
St-Justine						3	100%		0%	3					0	3	0	3
St-Luc (CHUM)						84	99%	1	1%	85	4	100%		0%	4	88	1	89
St-Mary's						19	100%		0%	19	0				0	19	0	19
Verdun						3	75%	1	25%	4	1	100%		0%	1	4	1	5
Institut Philippe Pinel	2	100%	0	0%	2	16	100%	0	0%	16	15	100%	0		15	33	0	33
Sous-total institutions	2	29%	5	71%	7	1373	97%	45	3%	1418	282	99%	4	1%	286	1657	54	1711
Autres requérants	Garde provisoire					Garde autorisée					Renouvellement					TOTAL SIGNIFIÉS	TOTAL NON-SIGNIFIÉS	TOTAL
	Signifié(e)		Non-signifié(e)		Total	Signifié(e)		Non-signifié(e)		Total	Signifié(e)		Non-signifié(e)		Total			
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%	N	%				
Sous-total Autres requérants	1	0%	383	100%	384													
Sous-total institutions	1657	97%	54	3%	1711													
Grand total	1658	79%	437	21%	2095													

Note : La différence (41) entre le total des requêtes ici présentées et le total réel des requêtes s'explique par des causes rayées **avant** d'avoir été signifiées. Nous avons appris par ailleurs que les juges exigent désormais que **toutes** les requêtes de garde en établissement ainsi que les renouvellements soient signifiées.

Parmi les requêtes de garde autorisée, 45 (3%) n'ont pas été signifiées, et 4 (1%) dans le cas de renouvellements de garde. En prenant toutes les requêtes faites par les institutions, on obtient 1657 significations sur 1711 (96%). Les trois institutions où l'on trouve le plus grand nombre de défauts de signification sont Royal Victoria (12), Douglas (10) et Louis-H. Lafontaine (9).

Encore en 1999, le taux de signification des institutions était d'environ 72%. Il faut donc reconnaître que l'obligation de signification a progressé depuis. Nous croyons cependant que l'utilisation fréquente d'une mesure d'exception permettant la dispense de la signification sous certaines conditions par les requérants doit toujours être questionnée et en particulier quand la personne est déjà sous garde. L'exemple de l'hôpital Douglas qui, dans *tous* les cas de requêtes de garde provisoire, n'a pas jugé bon de signifier la personne, laisse perplexe. Faut-il rappeler que, en l'absence de signification, la personne visée se voit privée de l'affidavit, l'avis de présentation, la requête, l'évaluation psychiatrique (dans le cas des gardes autorisées) et de toutes autres pièces produites par le requérant ? Faut-il souligner que si la personne n'est pas signifiée, il y a également de bonnes chances qu'elle apprenne après le fait qu'une ordonnance de garde a été prononcée contre elle.

2.3.4. Le délai de signification

Depuis 2002, le Code de procédure civile du Québec (art. 779) stipule qu'un délai de rigueur *d'au moins deux jours* doit être respecté dans la signification de l'intiméE. Cependant, nous avons constaté en cours d'année une vigilance accrue quant au respect de ce délai. Le phénomène s'est manifesté progressivement à partir du mois d'avril et il semble qu'on pourrait même lui attribuer une partie de la hausse importante dans le nombre d'ordonnances intérimaires et partielles. Tenant compte de ce changement on peut imaginer que le tableau VI donnerait des résultats différents s'il était divisé par tranches de trois mois.

Par ailleurs, on sait que les audiences se tiennent toujours à 10 heures le matin et que les avis de présentation ne sont presque jamais livrés avant 14h00. Cela signifie qu'une institution dont la moyenne des délais apparaîtrait au Tableau VI comme étant de deux jours serait en réalité en deçà du délai fixé. Il faut donc considérer que seuls les hôpitaux affichant un délai de plus de 2.99 jours ont (en moyenne) respecté les délais durant l'année. En ce qui concerne les demandes de garde autorisée, l'application plus stricte du délai de rigueur en cours d'année n'a donc pas été suffisante pour ramener la moyenne au délai de rigueur. Par contre, celui-ci est atteint dans les renouvellements. Finalement, on remarque que seulement sept institutions dépassent la marque de 2.99 jours.

Nous avons vu que seulement trois requêtes de garde provisoire ont été signifiées à la personne intimée (Tableau V). Pour ces trois cas le délai a été de trois jours. Il faut toutefois les considérer comme des exceptions puisque, encore bien souvent, les demandes de garde provisoire sont traitées la journée même de leur dépôt. Le requérant, accompagné de la *personne mise en cause*, se présente à la cour le matin de l'audience. Tous deux déclarent être avisés de la démarche et le processus s'enclenche.

Tableau VI - Délai entre signification et audition				
Requérant	Garde autorisée	Nb de cas	Renouvellement	Nb de cas
Children Hospital (CUSM)	2,20	5	3,00	1
Cité de la Santé de Laval	2,00	1		
Douglas	2,58	204	2,69	52
Fleury	3,27	42	3,83	6
Hôpital général de Montréal (CUSM)	3,00	62	3,00	6
Hôpital général juif de Montréal	2,99	87	3,50	4
Hôpital Louis H. Lafontaine	3,34	263	4,14	84
Hôtel-Dieu (CHUM)	4,00	2		
Jean-Talon	2,86	22	3,75	4
Lakeshore (hôpital général du)	3,02	43	4,00	10
Maisonneuve-Rosemont	2,77	120	2,88	25
Notre-Dame (CHUM)	2,95	88	2,85	20
Rivière-des-Prairies	2,80	5		
Royal Victoria (Allen Memorial) (CUSM)	3,07	170	3,38	26
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)	3,29	134	3,29	24
Sainte-Justine	2,33	3		
St-Luc (CHUM)	2,62	84	3,25	4
St-Mary's	2,89	19		
Verdun	2,67	3	4,00	1
Institut Philippe-Pinel	2,44	16	2,73	15
Moyenne / Total	2,88	1357	3,40	267
Médiane	2,89		3,34	
Total de l'échantillon :	1655			

Le délai de signification revêt une grande importance pour les personnes, généralement mal informées de leurs droits. Les personnes que nous avons rencontrées nous ont d'ailleurs dit que lorsqu'elles arrivaient à obtenir les services d'un avocat, elles le rencontraient souvent pour la première fois le matin même de l'audience. On ne sera donc pas surpris de constater un peu plus loin le nombre limité de gens qui ont réussi à se faire représenter.

2.3.5. L'évaluation psychiatrique

«... Le juge de première instance n'ayant pas exercé sa discrétion, il revient à notre cour de le faire. Or, en l'espèce, la preuve dont nous disposons, et qui se résume à deux rapports psychiatriques sibyllins sur formulaires préimprimés, ne démontre pas de façon prépondérante que l'état mental de l'appelante est tel qu'il y a danger pour elle-même ou pour autrui et nécessité de la garder en établissement.

Pour ces motifs, la cour :

...

Ordonne à la partie intimée de libérer l'appelante... »

Extrait d'un jugement de la Cour d'appel du Québec renversant la décision d'un juge de la Cour du Québec sur une requête de l'hôpital Fleury (déc. 2004)

Le rapport d'examen est le principal élément de preuve présenté à la cour pour faire valoir une requête de garde. Vu son importance, il est évident qu'il devrait être le résultat d'un exercice rigoureux reposant sur des *motifs et des faits* bien étayés qui démontrent la gravité de l'état mental de la personne, les conséquences probables de cet état, bref, la dangerosité que présente l'état mental de la personne pour elle-même ou pour autrui. Les rapports d'examen doivent également être produits dans les délais prescrits par la Loi P-38.001.

Nous n'avons pas accès au contenu des rapports médicaux puisque ceux-ci sont sous scellés. Cependant, plusieurs des personnes rencontrées et qui ont été 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.

Toujours selon les personnes ayant vécu la garde en établissement, il semblerait que l'évaluation psychiatrique dépende parfois davantage de la collaboration de la personne aux conditions fixées par le psychiatre qu'à la dangerosité basée sur des faits concrets et que le recours à la garde constitue bien souvent une façon d'obliger les personnes à accepter le traitement prescrit, ce qui serait contraire à la Loi.

En fin d'année 2004 est survenu un événement qui a dû provoquer une petite commotion parmi les requérants institutionnels. Le tribunal de la Cour d'appel du Québec a renversé la décision d'un juge de la Cour du Québec qui avait accordé un renouvellement de garde de 30 jours à l'hôpital Fleury sur la foi de rapports d'examens « sibyllins ». L'événement a de l'importance car il vient valider les efforts de certains juges de la Cour du Québec dont on a vu, en cours de dépouillement des dossiers, qu'ils ordonnaient parfois des remises d'audiences pour faire comparaître des psychiatres ou compléter des rapports médicaux.

2.3.6. Le délai entre les examens psychiatriques

Témoignage

«Je me suis rendu à l'hôpital de mon propre chef. Lorsque j'ai voulu quitter le lendemain, l'infirmière m'a dit que je ne pouvais pas partir car le psychiatre m'avait mis sous garde préventive. En aucun temps, ce dernier ne m'avait informé de ce fait qui a une importance capitale puisqu'on venait tout à coup de m'enlever ma liberté.»

Il est assez difficile de dire quel serait le délai idéal entre deux examens. De plus, l'habitude généralisée qu'ont les établissements de faire subir des examens alors que les gens sont en garde préventive plutôt que de demander une autorisation de garde provisoire rajoute à la confusion¹¹ et semble même contrevenir à l'article 7 de la Loi P-38.001¹².

Selon cet article, si la personne a d'abord été mise en garde préventive et qu'elle est non volontaire, l'hôpital a 72 heures pour obtenir une ordonnance de garde provisoire qui sera prononcée, non sur la foi d'un rapport d'examen mais de *notes* prises par le médecin ayant mis la personne en garde préventive. C'est l'ordonnance de garde provisoire qui permettra au médecin de faire subir deux examens à la personne, le premier dans les 24 heures suivant l'ordonnance et, si la dangerosité en raison de l'état mental est constatée, le second, dans les 48 heures suivant l'ordonnance.

¹¹ Voir notre analyse des gardes provisoires à la section 2.4.2.

¹² Voir annexe 2 –Tableau synthèse, garde préventive.

Toujours selon l'article 28, si la personne est en garde provisoire, un premier examen doit être effectué dans les 24 heures suivant la *prise en charge* par l'établissement et, si la dangerosité en raison de l'état mental est constatée, un second dans les 96 heures de la prise en charge par l'établissement. Il faut, bien entendu, que le but de l'exercice ne soit pas de garder la personne pour lui imposer un traitement mais de la libérer dès que la dangerosité n'est plus constatée.

Tableau VII - Délai entre les examens psychiatriques				
Requérants	Garde autorisée		Renouvellement	
	Nb de cas	Délai moyen (jours)	Nb de cas	Délai moyen (jours)
Children Hospital (CUSM)	5	1,40	1	1,00
Cité de la Santé de Laval	1	1,00		
Douglas	223	1,35	54	0,52
Fleury	46	0,91	6	0,00
Hôpital général de Montréal (CUSM)	64	2,08	6	0,33
Hôpital général juif de Montréal	92	2,30	5	0,20
Hôpital Louis H. Lafontaine	275	1,56	92	1,72
Hôtel-Dieu (CHUM)	2	0,50		
Jean-Talon	22	0,82	4	0,25
Lakeshore (hôpital général du)	46	1,72	10	0,80
Maisonnette-Rosemont	123	1,46	25	0,84
Notre-Dame (CHUM)	91	1,33	20	1,15
Rivière-des-Prairies *	5	8,20		
Royal Victoria (Allen Memorial) (CUSM)	187	1,43	27	1,26
Sacré-Coeur (Albert-Prévost) **	138	1,06	24	2,67
Sainte-Justine	1	1,00		
St-Luc (CHUM)	87	2,22	4	1,75
St-Mary's	19	0,84		
Verdun	4	3,00	1	0,00
Institut Philippe-Pinel ***	16	0,81	15	36,60
Totaux ****/ Moyennes	1447	1,75	294	3,27
Médianes		1,38		0,84
<p>* Un très long délai (16 jrs) justifié par le "consentement mou" de la personne explique cette moyenne très élevée. ** Un cas particulier a suffi pour hausser soudainement la moyenne de Sacré-Coeur qui était de 0.39 jours (renouvellement) *** À Pinel on prend des notes quotidiennes et on fait de vrais examens à des intervalles qui vont parfois jusqu'à plusieurs mois. Ce sont surtout les notes qui servent à la preuve. **** Dans 3 cas (Royal-Victoria-1 et Ste-Justine-2), le requérant n'a pas cru bon de fournir les dates des examens. Dans un autre cas (Royal-Victoria), on ne mentionne qu'un seul examen.</p>				

En 2004, le délai moyen se situe entre un et deux jours pour les examens faits en vue d'obtenir une garde autorisée (Tableau VII). Le résultat est semblable à ce que l'on observait en 1999. On remarque que certains hôpitaux procèdent très souvent aux deux examens le même jour : Douglas, Fleury, Jean-Talon, St-Mary's. Ce sont les mêmes qu'en 1999 à l'exception de Sacré-Cœur qui a été remplacé par Douglas. La cadence s'accélère lors des examens subis en vue d'un renouvellement. La médiane indique un délai de moins de deux jours pour l'ensemble des requérants et presque tous les hôpitaux procèdent de la sorte. De façon générale on peut cependant avancer que, si la personne est consentante aux examens ou qu'elle est en garde provisoire, les délais prévus à l'article 28 du Code civil sont respectés.

Il est très difficile de pousser plus loin l'analyse de ces données puisque, comme nous le verrons plus loin, seulement 143 des 1451 personnes dont on requérait la garde ont subi ces examens lors d'une garde provisoire. Bon nombre des autres personnes étaient sous garde préventive et refusaient l'hospitalisation. Mais alors, comment croire qu'elles aient pu donner un *consentement libre et éclairé* à deux examens consécutifs ? Les établissements auraient donc dû, en toute logique, déposer d'abord une requête de garde provisoire.

2.3.7. Le délai entre le 2^{ième} examen et le dépôt de la requête

Témoignage

« Suite à un jugement de la cour, l'hôpital était autorisé à me garder contre mon gré pour plus de 21 jours. Si aucune demande de renouvellement n'était fait à l'intérieur de ce délai, je devais donc être libre. Finalement, après les 21 jours, l'infirmière m'a informé que je ne pouvais pas quitter car on m'avait de nouveau mis sous garde préventive. Je suis passé à la cour du Québec deux jours plus tard, soit après 23 jours de détention. Heureusement, cette fois j'avais un avocat et j'ai réussi à gagner ! »

Si la personne consent aux examens, ou qu'elle est en garde provisoire et que les deux examens concluent à la dangerosité en raison de l'état mental, l'établissement doit, dans les 48 heures, présenter une requête. Le Tableau VIII montre que, dans l'ensemble, les hôpitaux respectent les délais (moyenne : 1.80). Cependant, la médiane corrige des résultats qui ne sont cette fois pas toujours dus à des cas isolés¹³ et les institutions qui paraissent fautives le sont vraiment. Nous avons souvent remarqué au cours de la cueillette de données que les hôpitaux du CUSM (Royal Victoria avec 5.9 jours, Hôpital général avec 3.05), St-Mary's avec 3.39 et l'Hôpital général juif de Montréal avec 2.82 jours, dépassaient régulièrement les délais de rigueur prévus par la loi. De plus, dans le cas de l'Hôpital général et de l'Hôpital général juif, souvenons-nous qu'ils étaient parmi les institutions qui maintenaient les plus longs délais entre les examens. (Tableau VII) Cela signifie que les gens sont privés plus longtemps de leur liberté dans ces établissements et ce, sans autorisation légale. La faute est d'autant plus lourde que le délai de deux jours qui suit les examens sert surtout à la production de la requête et à sa signification. On pourrait être tenté de croire que, avec les progrès de l'informatique, ces délais supplémentaires servent surtout à attendre un éventuel consentement à la garde. En 1999, ces institutions obtenaient sensiblement les mêmes résultats à l'exception de St-Mary's qui ne figurait pas au tableau. S'y ajoutait cependant Maisonneuve-Rosemont qui avait une moyenne de 3.61 jours de délai entre l'examen et le dépôt de la requête pour ordonnance de garde.

¹³ Voir Tableau VII, note **

Tableau VIII - Délai entre le 2ième examen psychiatrique et le dépôt de la requête				
Centre hospitaliers	Garde autorisée		Renouvellement	
	Délai moyen (jours)	Nb de cas	Délai moyen (jours)	Nb de cas
Children Hospital	2,00	5	2,00	1
Cité de la Santé de Laval	1,00	1		
Douglas	2,24	204	3,17	54
Fleury	1,33	42	0,50	6
Hôpital général de Montréal (CSUM)	3,05	62	4,17	6
Hôpital général juif de Montréal	2,82	87	1,60	5
Hôpital Louis-H. Lafontaine	1,37	263	2,86	92
Hôtel-Dieu (CHUM)	0,00	2		
Jean-Talon	2,18	22	1,50	4
Lakeshore	1,05	43	1,40	10
Maisonneuve-Rosemont	1,58	120	1,92	25
Notre-Dame (CHUM)	1,30	88	2,35	20
Rivière-des-Prairies	2,00	5		
Royal Victoria (Allen Memorial) (CSUM)	5,90	170	3,74	27
Sacré-Coeur (Albert-Prévost) **	1,87	134	4,54	24
Sainte-Justine	0,00	1		
St-Luc (CHUM)	1,37	84	2,25	4
St-Mary's	3,39	19		
Verdun	1,00	3	2,00	1
Institut Philippe-Pinel	0,50	16	37,53	15
Moyenne / Total	1,80	1371	4,77	294
Médiane	1,48		2,25	

* Pinel : même remarque qu'au tableau précédent

** Quelques délais très longs ont fait augmenter la moyenne de Sacré-Coeur pour les renouvellements.

En ce qui concerne les renouvellements, le délai médian entre l'examen et le dépôt de la requête est de 2.25 jours. Les résultats par institution sont beaucoup plus variés, allant du 0.5 jour pour Fleury jusqu'aux 37.53 jours de Pinel¹⁴ et des 4.54 jours de Sacré-Coeur aux 3.74 jours de Royal Victoria. Il est toutefois difficile de pousser plus loin l'analyse de ces résultats, ne sachant pas si, dans chaque cas, la garde est terminée au moment du dépôt de la requête.¹⁵

Nous avons donc 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.¹⁶ 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^{ième} ou 15^{ième} 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

¹⁴ Voir explication au Tableau VII, note **

¹⁵ Si la première ordonnance n'est pas terminée, l'établissement peut attendre la fin de celle-ci pour obtenir un renouvellement.

¹⁶ 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.

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^{ème} 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 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 doit représenter un *danger grave et immédiat pour elle-même ou pour les autres*.

Cette disparité dans les différentes pratiques des institutions est préoccupante mais relève sans doute de l'interprétation de la loi qu'ont les avocats des différentes institutions. Elle fait dans tous les cas apparaître une imprécision dans certaines de ses dispositions. La loi prescrit d'une part que la garde doit 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. La question est complexe et ne relève pas de la présente étude. Elle est pourtant lourde de conséquences pour une personne qui peut à cause d'elle voir sa liberté suspendue pour longtemps.

2.3.8. Le délai entre le dépôt de la requête et l'audition

Le délai entre le dépôt de la requête et l'audition devrait correspondre environ au délai de rigueur nécessaire à la signification, c'est-à-dire au moins deux jours. Comme pour ce qui concerne les délais de signification, le portrait a changé en cours d'année et des résultats présentés par tranche de trois mois auraient montré un allongement progressif des délais. Ainsi, plusieurs jugements visant à faire mieux observer le délai de signification, ont amené par voie de conséquence les établissements à allonger le délai entre le dépôt de la requête et l'audition.

Tableau IX - Délai moyen entre le dépôt de la requête et la signification et entre le dépôt de la requête et l'audition (jours)						
Requérant	Garde autorisée			Renouvellement		
	Dépôt/signif	Dépôt/audit	Nb de cas	Dépôt/signif	Dépôt/audit	Nb de cas
Children Hospital	1,40	3,60	5	5,00	8	1
Cité de la Santé de Laval	0,00	2,00	1			
Douglas	0,62	3,20	204	0,60	3,29	52
Fleury	0,44	3,74	42	0,67	4,5	6
Hôpital général de Montréal	1,52	4,50	62	1,00	4	6
Hôpital général juif de Montréal	1,10	4,10	87	1,00	4,5	4
Hôpital Louis-H. Lafontaine	0,08	3,26	263	0,06	4,21	84
Hôtel-Dieu	0,50	4,50	2			
Jean-Talon	0,09	2,95	22	0,75	4,5	4
Lakeshore (hôpital général du	0,37	3,40	43	0,80	4,8	10
Maisonnette-Rosemont	0,15	2,92	120	0,17	3,08	25
Notre-Dame	0,32	3,28	88	0,15	3	20
Rivière-des-Prairies	0,40	2,40	5			
Royal Victoria (Allen Memorial)	0,65	2,42	170	1,35	4,73	26
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)	1,02	4,31	134	1,00	4,29	24
Sainte-Justine	1,00	3,33	3			
St-Luc	0,17	2,79	84	0,50	3,75	4
St-Mary's	0,50	3,33	19			
Verdun	0,00	2,67	3	0,00	4	1
Institut Philippe-Pinel	0,69	3,13	16	0,73	3,47	15
Moyenne/Total	0,55	3,29	1373	0,92	4,27	282
Médiane	0,44	3,27		0,73	4,21	

Le Tableau IX montre d'abord que le délai entre le dépôt de la requête et l'audition pour les gardes autorisées a en moyenne été suffisant pour permettre la signification. Les établissements qui se rapprochent le plus du délai de 2 jours (qui ont donc dû avoir un certain nombre de résultats en bas de 2) sont Rivières-des-Prairies (2.40), Royal Victoria (2.42) et St-Luc (2.79). On remarque ensuite que certains hôpitaux attendent parfois quelques jours après le dépôt de la requête pour signifier les personnes. Avec l'informatisation des tâches et l'accès facile aux patients pour les huissiers, il reste peu de raisons pour qu'une signification prenne plus de 24 heures et les résultats de la colonne « Délai entre dépôt et signification » devraient s'approcher de 0 jours. Dans la catégorie de la garde autorisée, l'Hôpital général attend en moyenne deux, parfois trois jours pour signifier les personnes qu'une requête a été déposée contre elles. Dans la catégorie « Renouvellement », L'Hôpital général et Royal Victoria opèrent de cette même façon. Rappelons qu'au départ, la vigilance accrue à l'égard des délais visait à laisser plus de temps aux personnes pour se préparer à l'audition. Il semble que, pour les patients des hôpitaux du CUSM, cette mesure aura surtout servi à allonger la durée de la garde.

2.4. Les différents types de jugements

Il y a quatre principaux types de jugement qui peuvent être rendus par la cour sur une requête de garde. Tout d'abord le juge peut *accueillir* la requête selon les termes et la durée proposée par le requérant (il peut y ajouter aussi des recommandations). Il peut *rejeter* la requête et la garde est alors immédiatement levée.

Le juge peut aussi accueillir la requête *partiellement*, c'est-à-dire qu'il réduira la durée de la garde ou refusera certains éléments de la requête.¹⁷ Les raisons pour émettre une ordonnance partielle sont nombreuses et nous verrons que les juges ont beaucoup utilisé cette option cette année. Premièrement, un jugement partiel peut être émis si le juge, après avoir entendu les parties, considère que la durée demandée ne correspond pas à la preuve amenée. Il utilisera aussi cette option pour forcer les institutions à respecter la procédure ou pour marquer toute autre forme de désaccord. Enfin, un jugement partiel peut-être le résultat d'une négociation à la cour sur la durée de l'ordonnance entre le procureur du requérant et l'intiméE ou son représentant.

La cour peut également ordonner la *remise* de l'audience à une date ultérieure. Il prononcera alors, si nécessaire, une *ordonnance intérimaire* qui forcera la personne intimée à demeurer à l'hôpital jusqu'à la prochaine audience. La remise peut-être demandée par le requérant ou la partie intimée (compléter des rapports d'examen, obtenir les services d'un avocat, conflits d'agendas pour les avocats, etc.). Le juge peut également prononcer une ordonnance intérimaire pour défaut de procédure (ex. : délai ou défaut de signification), forcer le requérant à compléter des rapports, amener l'intiméE à la cour, demander la présence d'un médecin, etc. À la reprise de l'audience, le juge pourra prendre en compte la durée de l'ordonnance intérimaire et ainsi réduire la durée de la garde. Mais ce n'est pas toujours le cas.

Finalement, l'audience peut être *rayée* pour diverses raisons. On dira généralement qu'il y a *désistement* si l'hôpital a obtenu un consentement de la personne et *levée de garde* par le médecin s'il y a eu congé.¹⁸ Il est important de bien prendre en considération la valeur réelle de ces causes rayées, car, bien souvent, elles arrivent suite à une, deux, voire trois ordonnances intérimaires. En cette année où, nous le verrons plus loin, les remises ont été très nombreuses, il aurait été intéressant de mesurer la durée supplémentaire de garde qu'elles ont provoquée. Qui plus est, les causes rayées sont très difficiles à analyser. Les hôpitaux n'utilisent pas tous la même terminologie et la plupart ne préviennent la cour d'une levée de garde que lorsqu'ils ont besoin de faire rayer une audience. La très grande majorité des dossiers que nous avons recensés ne contiennent aucune notification de levée de garde.

¹⁷ Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pris en compte comme jugements partiels que ceux dont la durée avait été modifiée.

¹⁸ Dans certains hôpitaux, la levée de garde ne signifie pas nécessairement congé.

2.4.1. Portrait général des ordonnances

Tableau X - Jugements rendus par la cour du Québec en 2004 (district Montréal)																
Requérant	Garde provisoire			Ordonnances	Garde autorisée				Ordonnances	Renouvellement				Ordonnances	Total	
	Accueillie	Annulée	Rejetée		Accueillie	Annulée	Partielle	Rejetée		Accueillie	Annulée	Partielle	Rejetée		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
Maisonneuve-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									1451					294		2136

Total			
Accueillies	Annulées	Partielles	Rejetées
1786	128	204	18

Il y a eu, en 2004, 1990 ordonnances prononcées (accueillies ou partielles) sur les 2136 requêtes (Tableau X). 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 X-A)

Requérant	Accueillie	% Requêtes	Annulée	% Requêtes	Partielle	% Requêtes	Rejetée	% Requêtes	Total Requêtes
Children Hospital	5	83,3%			1	16,7%			6
Cité de la Santé de Laval	1	100,0%			0	0,0%			1
Douglas	226	80,1%	26	9,2%	30	10,6%			282
Fleury	36	69,2%	5	9,6%	10	19,2%	1	1,9%	52
Hôpital général de Montréal (CSUM)	63	90,0%	5	7,1%	2	2,9%	0	0,0%	70
Hôpital général juif de Montréal	75	77,3%	7	7,2%	13	13,4%	2	2,1%	97
Hôtel-Dieu (CHUM)	2	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2
Jean-Talon	21	80,8%	0	0,0%	5	19,2%	0	0,0%	26
Lakeshore (hôpital général du)	46	82,1%	3	5,4%	7	12,5%	0	0,0%	56
Louis-H. Lafontaine	293	79,8%	25	6,8%	46	12,5%	3	0,8%	367
Maisonnette-Rosemont	123	83,1%	6	4,1%	17	11,5%	2	1,4%	148
Notre-Dame (CHUM)	89	80,2%	5	4,5%	16	14,4%	1	0,9%	111
Rivière-des-Prairies	4	80,0%	0	0,0%	1	20,0%	0	0,0%	5
Royal Victoria (Allen Memorial -CUSM)	179	82,9%	26	12,0%	11	5,1%	0	0,0%	216
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)	128	79,0%	6	3,7%	25	15,4%	3	1,9%	162
Sainte-Justine	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3
St-Luc (CHUM)	75	82,4%	6	6,6%	9	9,9%	1	1,1%	91
St-Mary's	13	68,4%	0	0,0%	5	26,3%	1	5,3%	19
Verdun	2	40,0%	1	20,0%	2	40,0%	0	0,0%	5
Institut Philippe-Pinel	28	84,8%	1	3,0%	4	12,1%	0	0,0%	33
Autres requérants	374	96,6%	6	1,6%			4	1,0%	384
Total / Moyenne	1786	83,5%	128	6,0%	204	9,5%	18	0,8%	2136
Médiane		82,1%		4,5%		12,5%		0,4%	

Le Tableau XI présente la proportion des types de jugement en fonction du nombre de requêtes faites à la cour. Il confirme ce que nous avons appris par ailleurs, à savoir qu'un nombre beaucoup plus élevé de décisions partielles ont été émises par les juges de la cour du Québec (District de Montréal). Comme nous l'écrivions plus haut, une décision partielle peut être le résultat d'une négociation à la cour entre le procureur du requérant et l'intiméE. Elle peut aussi servir, entre autres, à sanctionner un requérant qui ne se plierait pas à la procédure (défaut ou délais de signification, rapports d'examens incomplets ou « sibyllins », etc.). Si ces données sont suffisantes pour porter jugement, on pourrait penser que les hôpitaux St-Mary's, avec seulement 68.4% de requêtes intégralement accueillies (26.3% de partielles), Fleury et Jean-Talon avec 80% de requêtes accueillies (19% de partielles) et Sacré-Cœur (79% accueillies, 15.4% partielles) ont été assez sévèrement sanctionnés ou encore qu'ils pratiquent pas mal la négociation. En revanche, les institutions dont on disait plus haut qu'elles avaient une manière différente d'administrer les délais (examens, dépôt de la requête et signification), ne semblent pas avoir été plus touchées que les autres par des baisses de durée de garde. Elles n'auraient donc pas été sanctionnées par cette voie ou ne pratiqueraient pas la négociation. Ce sont : Douglas avec 10.6% de requêtes partiellement accueillies, Hôpital général juif avec 13.4%, et les hôpitaux du CUSM (Royal Victoria et Hôpital général) avec, respectivement 5.1% et 2.9%.

On remarque pourtant que ces deux derniers hôpitaux ont des résultats semblables aux autres quant à la proportion des requêtes accueillies, l'Hôpital général figurant même en tête avec 90% de requêtes entièrement adoptées. C'est que la différence est dans la colonne des requêtes annulées. Royal Victoria (12%), Douglas (9.2%), l'Hôpital général juif (7.2%) et l'Hôpital général (7.1%) sont les quatre hôpitaux qui enregistrent le plus haut taux de requêtes annulées.

Rappelons qu'une requête peut être rayée principalement pour deux raisons. Le requérant peut se désister lorsqu'il a obtenu le consentement à l'hospitalisation de la personne, ou alors, il n'y a plus lieu de tenir l'audience parce que la garde a été levée par le médecin traitant. Un haut pourcentage de requêtes annulées pourrait donc faire de ces quatre établissements des champions de l'obtention de consentement ou alors des hôpitaux où les patients « guérissent vite ». Mais il est impossible de le savoir car ils comptent également parmi ceux qui notifient très rarement (Douglas) ou jamais (Royal Victoria, Hôpital général, Hôpital général juif) la levée de garde de leurs patients à la cour.

En 2004, il est souvent arrivé qu'une requête soit rayée suite à une remise d'audience. Les raisons de remettre une audience sont nombreuses (voir chap. 2.4.). Elles peuvent être demandées par le requérant, l'intiméE ou le juge. Cependant, les motifs de la demande sont souvent mal consignés au procès-verbal. On peut cependant estimer qu'un délai supplémentaire accordé à la personne pour choisir un avocat est fréquent. Viennent ensuite les remises pour compléter des rapports et amener l'intiméE ou un médecin à la cour. Enfin, un grand nombre d'ordonnances intérimaires ont été prononcées sans qu'elles soient expliquées dans le procès-verbal. D'après ce que nous avons appris par ailleurs, il est raisonnable de penser qu'une partie d'entre elles ont servi à corriger des défauts de procédure. Il est assez difficile d'évaluer l'importance réelle de ces statistiques ou même en quoi une garde sous ordonnance intérimaire est différente pour la personne. Mais nous croyons que, seulement par sa croissance en nombre, elle devient un phénomène à considérer.

Le Tableau XII présente le nombre d'ordonnances intérimaires pour chaque hôpital et sa proportion par rapport au nombre de requêtes. On remarque d'abord la croissance du phénomène depuis 1999, surtout pour les requêtes en renouvellement, qui passent de 1.1% à 9.5% du total des requêtes. On remarque ensuite que, mis à part quelques extrêmes, le taux d'occurrence est assez semblable d'un requérant à l'autre. Ces exceptions sont Jean-Talon (11.5%), Lakeshore (1.8%), et St-Mary's (5.26%), qui ont en commun d'être des départements psychiatriques de dimension modeste.

Tableau XII - Ordonnances intérimaires 1999 - 2004						
Requérant	Garde provisoire	Garde autorisée	Renouvellement	Total Remises	Nb Requêtes	%
Children Hospital		2		2	6	33,3%
Douglas		19	7	26	282	9,2%
Fleury		4		4	52	7,7%
Hôpital général de Montréal (CUSM)		6		6	70	8,6%
Hôpital général juif de Montréal		8	1	9	97	9,3%
Hôpital Louis-H.Lafontaine		19	6	25	367	6,8%
Jean-Talon		3		3	26	11,5%
Lakeshore		1		1	56	1,8%
Maisonnette-Rosemont		5	5	10	148	6,8%
Notre-Dame (CHUM)		9	2	11	111	9,9%
Royal Victoria (Allen Memorial) CUSM)		14	2	16	216	7,4%
Sacré-Coeur (Albert-Prévost)		10	4	14	162	8,6%
St-Luc (CHUM)		6		6	91	6,6%
St-Mary's		1		1	19	5,3%
Institut Philippe-Pinel		2	1	3	33	9,1%
Autres requérants	1			1	384	0,3%
Total Remises 2004	1	109	28	138	Moyenne	8,9%
Total Requêtes	391	1451	294	2139	Médiane	8,6%
Pourcentage pour 2004	0,3%	7,5%	9,5%	6,5%		
Total remises 1999		46	2	48		
Pourcentage pour 1999		4,0%	1,1%	3,6%		
Total requêtes 1999	284	1159	176	1335		

Le *fou artistique* qui entoure l'ordonnance intérimaire est assez caractéristique de toute l'ambiance dans laquelle baigne le monde de la garde en établissement. Il serait pourtant intéressant d'évaluer de quelle façon elle augmente ou diminue la durée de la garde. Enfin, il serait intéressant de voir en quoi elle diffère concrètement d'une garde autorisée. Provoque-t-elle un répit ou une accalmie dans les pressions au consentement ?

2.4.2. Ordonnances de garde provisoire

Sur les 391 requêtes pour évaluation psychiatrique, 384 ont été accueillies, soit 98.2%. Seulement 4 ont été rejetées alors que 6 ont été annulées (Tableau X, page suivante). Par rapport à 1999 (284 requêtes, 269 ordonnances pour 95%), il y a une hausse importante du nombre de requêtes et d'ordonnances émises mais nous avons constaté depuis une stabilisation et même une légère diminution cette année. Un pareil pourcentage d'ordonnances émises s'explique certainement en partie par l'absence des personnes concernées aux auditions.

Tableau X (Rappel sect. 2.4.1.) - Jugements rendus par la cour du Québec en 2004 (district Montréal)																
Requérant	Garde provisoire			Ordonnances	Garde autorisée				Ordonnances	Renouvellement				Ordonnances	Total	
	Accueillie	Annulée	Rejetée		Accueillie	Annulée	Partielle	Rejetée		Accueillie	Annulée	Partielle	Rejetée		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
Maisonneuve-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	2136
Total requêtes				391					1451					294		2136

Total			
Accueillies	Annulées	Partielles	Rejetées
1786	128	204	18

Cette situation est d'autant plus troublante que, dans ce type de requête, et particulièrement dans les 374 demandes des « Autres requérants », la preuve repose principalement sur de simples allégations. 117 dossiers (30%) contiennent bien un certificat médical mais celui-ci concerne généralement plus le passé de la personne que son état mental au moment de la requête. 32 autres requêtes sont appuyées par une lettre de médecin, 15 d'un intervenant ou organisme d'intervention psychosociale, 11 d'un rapport de police ou numéro d'événement et 4 d'une lettre de propriétaire immobilier. Par ailleurs, les raisons invoquées pour étayer la requête sont le plus souvent le refus ou l'abandon de traitement ou de médication, ou encore une condition de vie se dégradant. On invoque aussi assez souvent des violences appréhendées ou des menaces de mort, qui relèvent plus du droit criminel que de la santé mentale. La sécurité des enfants semble aussi être en cause dans certains cas. Enfin, au moins une requête a été rejetée après une audition de plusieurs heures et dans laquelle le juge a conclu que l'enjeu était plutôt une affaire de succession. Mais cette requête était la seule de la catégorie « Autres requérants » où la personne était présente avec un avocat. Mise à part cette exception où la personne a été signifiée et avait les moyens de payer un avocat, combien d'autres personnes ont-elles été internées à cause de l'impossibilité pour elles de s'expliquer ? Mais surtout, combien de cas sont-ils directement reliés à la quasi inexistence de ressources et à la prise en charge forcée, par des familles épuisées, de personnes peut-être difficiles ou simplement différentes ? La dispense de témoignage exige en retour une extrême rigueur dans le jugement des *motifs et des faits* qui doivent étayer une requête.

2.4.3. Ordonnances de garde autorisée et renouvellement

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.¹⁹ Ces examens psychiatriques ont donc été effectués alors qu'aucune ordonnance légale en ce sens n'avait été émise. De plus, si l'on additionne l'ensemble des délais mentionnés aux tableaux VII, VIII et IX, il y a un délai médian de plus de 6 jours entre le premier examen et l'audition d'une requête de garde autorisée. 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 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. La présence de la personne à l'audition

La présence à l'audition de la personne et sa représentation par un avocat est fondamentale. 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 XIII). 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 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%

¹⁹ De nombreuses requêtes indiquent que le premier examen a été fait suite à un refus de l'hospitalisation.

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 atteignaient à peine 3% alors que la moyenne générale était de 13%.²⁰ 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 XIII).

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								0		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%). Cela dit, 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.

²⁰ 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%.

2.5.1. 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 XIV) 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.

Tableau XIV - Présence et représentation à la cour												
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%
St-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%

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.

Si on prend maintenant les résultats par requérant on remarque que les hôpitaux du CUSM sont encore derniers à ce chapitre (Royal Victoria 8%, Hôpital général 13%, Children 17%). Fleury (54%) et les hôpitaux du CHUM (52%) sont quant à eux premiers. Les deux plus grosses institutions, Louis-H Lafontaine et Douglas, se tiennent autour des moyennes avec respectivement 34% et 30%.

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 fait entendre à l'audience, qui confronte le pouvoir des psychiatres, leur expertise médicale, et celui des avocats des établissements. Selon les personnes rencontrées dans le cadre de la recherche, on omet encore souvent de leur dire qu'elles sont sous garde préventive et qu'elles ont le droit de contester leur garde. 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 respectée. La possibilité d'un retour d'appel est parfois limitée, voire 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. L'introduction de la loi P-38.001 avait pourtant comme objectif de protéger les droits des personnes. Rappelons qu'il est dorénavant spécifié que les institutions ont l'obligation de laisser les personnes communiquer, en toute confidentialité, avec les personnes de leur choix. Le médecin peut restreindre ou suspendre ce droit pour des raisons de santé mais seulement de façon temporaire et la décision et les motifs invoqués doivent être transmis par écrit à la personne. Le médecin ne peut cependant pas restreindre le droit de la personne de communiquer avec son représentant, tuteur ou avocat.

Notons en terminant que les institutions sont pour leur part représentées par avocat dans 100% des cas.

2.5.2. Influence de la représentation d'un avocat sur les décisions rendues

Le Tableau XV permet de constater l'impact qu'a la présence de la personne à l'audition ou sa représentation par avocat sur la décision. 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 XV - 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%). Rappelons qu'en 2004 plusieurs requêtes ont été accueillies partiellement pour des raisons de procédures, ce qui peut avoir provoqué une certaine distorsion dans ces résultats. Cela explique aussi en partie le très grand nombre d'ordonnances partielles et les 2.4% de cas où la personne n'est ni présente ni représentée. Enfin, il est intéressant de noter que l'apparition d'un avocat dans une cause semble souvent provoquer des annulations de requêtes. Celles-ci se produisent souvent après qu'un juge ait accordé une remise avec ordonnance intérimaire pour laisser la personne se choisir un défenseur. On ne sait pas ensuite si la personne a finalement consenti à la garde ou encore si elle a obtenu son congé. Mais il n'en demeure pas moins que dans plus de 18,4% des cas où un avocat était présent, la requête a finalement été annulée.

2.6. La pratique des juges

Témoignage

« 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. »

En 2004, à la Cour du Québec (district de Montréal), 27 juges se sont partagé les 2136 requêtes déposées. Bien que nous n'ayons pas accès aux salles d'audience, on peut penser que leur pratique varie quelque peu en fonction de leur expérience, de leur connaissance de la psychiatrie ou peut-être même de facteurs humains subjectifs comme l'empathie. Plusieurs facteurs peuvent donc influencer sur le déroulement et la durée d'une audition, mais il n'en demeure pas moins intéressant de confronter cette dernière aux décisions rendues. Il est à noter que certains juges se soustraient à cet exercice en ne consignant que rarement la durée de l'audition sur le procès-verbal.

La durée de l'audition peut d'abord varier en fonction du temps passé dans la vérification des procédures prévues à la loi P-38.001 et au code de procédure civile du Québec, de la lecture des requêtes et des rapports psychiatriques ou des pièces supplémentaires apportées par la partie requérante (lettres du médecin, rapports d'examen). Vient ensuite le temps passé à entendre les parties et leurs témoins.

Encore en 1999, l'audition était très courte quand la personne était absente. La requête était alors le plus souvent accueillie par défaut. On a vu plus haut que la règle n'est plus aussi ferme à cet égard. Ainsi, en 2004, plusieurs ordonnances partielles ont été prononcées malgré l'absence de la personne intimée. D'autre part, si la partie intimée est présente ou représentée par un avocat, la durée de l'audition devrait être allongée considérablement en raison des interrogatoires, des plaidoiries et des interventions du juge.

Décisions	Provisoire		Garde autorisée		Renouvellement		Total	
	T moyen (minutes)	T Médian	T moyen (minutes)	T Médian	T moyen (minutes)	T Médian	T moyen (minutes)	T Médian
Accueillie	5,46	5,08	7,6	6,37	10,1	6,36	7,72	6,36
Partielle			21,85	19,92	20,66	15,08	21,26	17,50
Rejetée	147,75	16	55,09	45	117	117	106,61	45,00
Annulée	6	6	4,69	2,5	10,71	6	7,13	6,00

En 1999, la durée moyenne des auditions était de 5.7 minutes dans le cas de requêtes accueillies. Les requêtes rejetées duraient en moyenne 25 minutes et les ordonnances partielles 16 minutes. Enfin, les causes rayées prenaient 5 minutes.

La durée moyenne des auditions pour 2004 (Tableau XVI) est plus longue dans toutes les catégories mais certains résultats sont ici faussés par quelques auditions très longues. Par exemple, l'audition d'une requête de garde provisoire rejetée a duré huit heures et demie, faisant à elle seule monter la durée moyenne des requêtes de garde provisoires rejetées à 147 minutes et à 106.61 minutes au total. Les résultats médians sont donc plus réalistes tout en maintenant un accroissement des durées d'audition par rapport à 1999.

La durée médiane pour les requêtes accueillies était en 2004 de 6.36 minutes, de 17.5 minutes pour les ordonnances partielles, de 45 minutes pour les requêtes rejetées et de 6 minutes pour les requêtes annulées. Le principal changement apparaît au niveau des requêtes rejetées qui sont sensiblement plus longues. Par ailleurs, la durée des auditions s'allonge aussi dans les autres catégories. Ces résultats s'accordent en conséquence avec nos autres résultats qui montraient une pratique plus vigilante à certains niveaux. Les juges semblent désormais plus attentifs aux différents éléments de la cause qu'ils traitent. Le fait que les personnes exercent plus fréquemment leur droit de contestation a certainement aussi une influence.

Reste le cas des requêtes de garde provisoire qui sont toujours traitées de manière aussi expéditive. La durée médiane de 6.36 minutes indique que bon nombre d'entre elles (et nous l'avons constaté à plusieurs reprises lors du dépouillement des dossiers) sont traitées en moins de 5 minutes, ce qui peut sembler court pour une

décision d'une telle importance. Aussi, comme nous le mentionnions plus haut, les motifs et faits soumis pour appuyer les requêtes (des « Autres requérants » particulièrement) ne démontrent pas toujours la dangerosité hors de tout doute. Or, en l'absence d'éléments objectifs témoignant de l'état mental des personnes, le juge n'a bien souvent que la crédibilité du requérant pour fonder sa décision. Par ailleurs, on se souvient que des 374 ordonnances pour évaluation psychiatrique, seulement 143 ont été suivies d'une requête de garde. Dans bon nombre d'autres cas, l'évaluation a dû s'avérer négative et les personnes ont été relâchées ou ont accepté l'évaluation.

2.6.1. Les jugements rendus

La décision du juge d'accueillir une requête a pour conséquence l'émission d'une ordonnance. Dans le cas où elle est accueillie, il peut s'agir d'une ordonnance de garde provisoire pour procéder à une évaluation psychiatrique, à tout autre examen médical ou au transport de la personne à un établissement. Le juge peut aussi prononcer une ordonnance de garde autorisée en établissement (ou renouvellement de garde) avec une durée précise. La Cour du Québec district de Montréal durant l'année 2004 a prononcé un total de 1990 ordonnances en vertu de la loi P-38.001, dont 1333 ordonnances de garde autorisée, 276 ordonnances de renouvellement de garde et 381 ordonnances de garde provisoires (voir Tableau I). Parmi celles-ci, très peu d'ordonnances incluant la tenue d'un examen médical autre que l'évaluation psychiatrique ont été prononcées.

2.6.2. La durée des gardes en établissement

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 plus²¹. Nous avons vu (section 2.4.) que plusieurs ordonnances ont été réduites par les juges cette année. 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. Le Tableau XVII confirme en partie ces événements.

²¹ Quelques ordonnances de 180 jours ont été prononcées en 2004.

Tableau XVII - Nature des jugements rendus																							
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	Accueillie	Partielle		
Children Hospital (CUSM)	3	1				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					1		3				63	2	65
Hôpital général juif de Montréal	2	11			70									1	1		2	1			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	20				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							1	2		10	2			26	4	30
Total garde et renouvellement	425	136	13	2	745	4	7	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

Il y a eu, en 2004, 1609 ordonnances de garde ou de renouvellement dont 1405 requêtes accueillies intégralement et 204 partiellement (Tableau XVII). En 1999, 1153 requêtes avaient été accueillies dont seulement 58 étaient partielles. 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%). Les institutions qui, en 2004, ont subi le plus de diminution dans la durée de leurs requêtes sont Louis-H. Lafontaine (30) et Sacré-Cœur (21). On remarque également que les hôpitaux du CUSM ont obtenu peu d'ordonnances partielles (Royal Victoria, 6 et Hôpital général, 1) et qu'ils font par ailleurs rarement des requêtes de plus de 21 jours pour une première garde.

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%). Si, du côté de la garde autorisée, on pouvait identifier des établissements plus touchés par la diminution de durée, la distribution est beaucoup plus égale du côté des renouvellements et ce, même en considérant le nombre de lits des requérants. Les établissements qui obtiennent le meilleurs taux de requêtes accueillies sont

ceux qui ont eux-mêmes limité leurs demandes de renouvellement dans la tranche des 27 à 30 jours. Finalement, trois institutions se démarquent pour le nombre d'ordonnances de 90 jours et plus obtenues : Louis-H. Lafontaine (40), Douglas (21) et Royal Victoria (20). L'Institut Philippe-Pinel suit avec 10.

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. 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. Pour leur part, Notre-Dame et St-Luc, pourtant fusionnés, semblent avoir une pratique différente. St-Luc se retrouve dans les deux tranches tandis que Notre-Dame est plutôt dans la tranche des 21 jours. Cette dernière est maintenant seule avec Sacré-Cœur à faire des requêtes de 22 à 26 jours. La répartition des durées d'ordonnances par établissement permet donc de croire que pour une seule loi, il y a différentes pratiques.

En terminant on constate encore une fois que le grand nombre d'ordonnances partielles semble confirmer l'activité de certains juges pour pallier soit des pratiques non conformes, soit des incohérences contenues dans la loi. Lors de sa mise en vigueur, il avait été entendu que la Loi serait réévaluée après trois ans. Nous attendons toujours.

3.0. CONCLUSION

« ... Suite à un malheureux oubli, même si l'ordonnance initiale était échue le, ou autour du 6 septembre 2004, le défendeur est demeuré à l'hôpital et a subi 2 nouveaux examens psychiatriques seulement le 15 septembre... »

“ ... Due to an unfortunate oversight, even though the original confinement period elapsed on or about september 6, 2004, the Defendant remained in the hospital and underwent 2 new psychiatric assessments only on september 15, 2004... ”

**Extrait d'une requête en renouvellement de garde déposée par Royal Victoria
Cette requête a été accordée pour 90 jours et l'audition a duré 2 minutes.**

Le bilan de notre investigation sur la garde en établissement devrait d'abord reconnaître qu'une partie de l'atmosphère trouble d'arbitraire et de négligence que nous déplorions en 1999 commence très lentement à se dissiper. En 2004, le monde de la garde en établissement a été secoué par un certain nombre d'événements qui devraient continuer à produire des effets en 2005. Le jugement de la Cour d'appel du Québec prononcé en fin d'année est venu en quelque sorte appuyer une nouvelle exigence que certains juges en cours d'année avaient déjà manifestée de manière individuelle. On peut donc s'attendre à voir une application plus rigoureuse de la Loi P-38.001. Peut-être même que 2005 donnera lieu à d'autres régularisations dans la procédure. Certaines notions contenues dans la loi demeurent pourtant sujettes à des questionnements car elles semblent interprétées de manières variables, voire même contradictoires. Encore faudra-t-il voir à ce que d'éventuels ajustements ne pénalisent pas encore plus les personnes, comme c'est le cas avec l'allongement du délai entre le dépôt de la requête et l'audition.

Nous avons remarqué lors du dépouillement des dossiers que les institutions, dans leurs requêtes, semblent souvent confondre la *prise en charge* du patient et sa *mise en garde préventive* au point où l'une et l'autre ne seraient que formalités à utiliser à la convenance du médecin. C'est très grave, car la mise en garde préventive exige d'une part que le médecin ait des *motifs sérieux*, établis en fonction de *faits*, de croire que la personne est dans un *état mental* présentant un *danger grave et immédiat* pour elle-même ou les autres. Elle exige d'autre part que le médecin notifie son acte immédiatement auprès du DSP ou du DG de l'établissement. Nous savons, pour avoir fait des recherches auprès des institutions, que celles-ci, en grande majorité, n'en tiennent aucun registre.

L'utilisation quasi inexistante de la garde provisoire²² par les institutions et son remplacement apparent par des examens faits sous garde préventive est également source de questionnements. On trouve très souvent des requêtes qui mentionnent que la personne a consenti à son hospitalisation jusqu'au moment du premier examen. Mais dès lors qu'elle refuse l'hospitalisation, accepterait-elle de subir deux examens psychiatriques ?

²² 7 par des hôpitaux, 3 par des médecins traitants oeuvrant dans des hôpitaux.

Or, la garde provisoire n'est-elle pas la seule façon de forcer une personne à subir un examen ? Et la garde préventive ne dure-t-elle pas 72 heures plutôt que les 5 à 6 jours que les institutions prennent pour obtenir une ordonnance ? Rappelons qu'étant donné que la Loi P-38.001 contrevient aux chartes des droits et libertés de la personne, elle devrait être traitée comme une loi d'exception et que tous les délais qu'elle prévoit sont de rigueur. Toujours au chapitre des clarifications, ne devrait-on pas se pencher sur les notions d'*examen* (faits et motifs exigés) et de *notes* d'évaluation (suffisantes pour obtenir une garde provisoire puisqu'il n'y a bien souvent pas *consentement libre et éclairé* à l'examen) ?

La présence des personnes à la cour et la possibilité de se faire représenter progresse dans certains cas mais demeure encore très faible dans les hôpitaux du CSUM en particulier. Comment croire que dans un pays qui se présente comme un modèle de démocratie, des personnes soient enfermées pendant qu'on décide à leur place de leur liberté ? Est-ce naïf de croire qu'il devrait être de la responsabilité de l'institution de faire en sorte que la personne soit présente, accompagnée d'un avocat et en état de présenter son point de vue ?

Une autre pratique qui demande clarification est celle qui mène au renouvellement d'une ordonnance de garde. Pourquoi certaines institutions attendent-elles la fin de la première période de garde avant de réenclencher le processus judiciaire qui mène au renouvellement de l'ordonnance alors que d'autres s'arrangent plutôt pour obtenir le renouvellement avant la fin de la première ordonnance ? Bien qu'il soit difficile de déterminer si l'une ou l'autre interprétation de la loi allonge la durée de la garde, il faut bien avouer que cet écart dans les pratiques étonne.

L'un des principaux objectifs qu'avait le législateur en promulguant la Loi P-38.001 était de faire en sorte que les personnes mises sous garde soient mieux informées de leurs droits et recours. Par exemple, un formulaire annexé à la loi²³ détaillant la situation judiciaire de la personne ainsi que ses droits et recours devait lui être remis à chaque fois qu'un examen ou une nouvelle ordonnance s'ajoutait à son dossier. La cour ne semble malheureusement pas exiger de preuve du respect de cette clause. Cependant, des personnes que nous avons rencontrées et qui ont vécu la garde disent n'avoir jamais vu ces fameux formulaires.

Il ne nous revient pas de trancher ces questions. Cependant, le fait d'avoir à les poser nous porte vers un autre questionnement bien plus fondamental, à savoir, le respect du droit des personnes à la liberté et à l'intégrité. Car le maintien de ces zones floues dans la pratique de la garde en établissement rend véritablement et concrètement possible la suspension abusive de l'exercice de la liberté et des droits fondamentaux d'une personne.

Déjà, le caractère quasi indéfinissable de la notion de dangerosité laisse une porte ouverte aux abus. Dans un monde où les différences ethniques, culturelles et sociales sont devenues omniprésentes, on voit pourtant

²³ Voir annexe 3

quotidiennement acceptées toutes sortes de resserrements dans les valeurs et les comportements admis. Dans plusieurs sphères de pouvoir, il est devenu communément acceptable d'intervenir de façon autoritaire en fonction de l'évaluation d'un risque plutôt que suite à l'identification de motifs et de faits avérés. Si l'on ajoute à cela les querelles de devoirs, d'obligations et de prérogatives des intervenants mis en présence, on a devant soi toutes les conditions nécessaires à des dérapages dont les personnes paieront invariablement les frais.

ANNEXE 1 : LEXIQUE

Note : *Ce lexique n'a pas été validé par un juriste, mais il a au moins le mérite de préciser le sens que nous prêtons aux différents termes.*

Affidavit : Document légal attestant solennellement de l'authenticité des faits évoqués et des personnes impliquées dans la cause. Dans les cas de garde autorisée et de renouvellement de garde, ce sont le Directeur des services professionnels ou, à défaut, le directeur général qui devraient signer l'affidavit.

Audience (audition) : Le temps où un tribunal examine les preuves, entend les parties et témoins présents et rend sa décision.

Avis de présentation : Avis envoyé aux parties impliquées, annonçant le lieu, la date et l'heure de l'audition ainsi que les moyens pour l'intimé de faire savoir son intention de contester la requête. D'autres documents devraient également y être annexés comme la requête et les rapports d'examens psychiatriques.

Cause rayée (annulée) : Requête annulée à cause d'un nouvel événement survenu depuis le dépôt de la requête. En général, une cause sera rayée parce que la garde a été levée par le médecin ou parce que le requérant a obtenu le consentement de la personne.

Consentement à la garde : Consentement de la personne à son hospitalisation ou aux examens. On dit également du consentement qu'il doit être libre et éclairé.

DSP : Directeur des services professionnels. C'est à lui (ou, à défaut, au directeur général) qu'incombe la responsabilité de signer les affidavits et aussi à lui que les médecins devraient systématiquement notifier lorsqu'ils mettent une personne sous garde préventive.

Dangerosité (degré de) : Critère de référence pour déterminer la nécessité d'appliquer la Loi P-38.001. Pour mettre une personne en garde préventive, *l'état mental* de celle-ci doit représenter un *danger grave et immédiat* pour elle-même ou pour les autres; Pour les autres types de garde, des examens doivent déterminer que *l'état mental* de la personne représente un *danger* pour elle-même ou pour autrui.

Désistement : En général, un requérant se désiste de sa requête lorsqu'il a obtenu un consentement à la garde de la personne.

Dispense de témoignage (ou d'interrogatoire) : À la demande du requérant, le juge peut décider de façon exceptionnelle de ne pas entendre la personne intimée. Normalement, cette demande devrait être justifiée par des faits et des motifs dans la requête.

Dispense de signification : À la demande du requérant, le juge peut décider de façon exceptionnelle que la personne intimée ne sera pas signifiée, c'est-à-dire qu'elle ne recevra pas l'avis de présentation à la cour ni les autres documents qui y sont annexés. Normalement, cette demande devrait être justifiée par des faits et des motifs dans la requête.

Évaluation psychiatrique : Dans le cas qui nous occupe, c'est l'examen servant à déterminer la dangerosité que présente l'état mental de la personne et la nécessité de la mettre sous garde. Lors d'une ordonnance de garde provisoire (ou ordonnance pour évaluation psychiatrique), deux examens doivent être effectués et les rapports produits dans des délais prescrits par la loi.

Garde autorisée : Ordonnance de garde en établissement émise pour une durée déterminée par le tribunal.

Garde préventive : Ordre de se soumettre à la garde émis par un médecin qui considère qu'une personne représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. C'est le seul cas de garde en établissement qui ne requiert pas une ordonnance du tribunal mais son utilisation devrait être systématiquement notifiée au directeur des services professionnels de l'établissement ou, à défaut, au directeur général. À partir du moment de la mise sous garde, l'établissement a 72 heures pour obtenir une ordonnance de garde autorisée.

Garde provisoire : Ordre du tribunal à une personne de se rendre à un établissement et de se soumettre à une évaluation psychiatrique.

Intervenant d'aide en situation de crise : Lors de sa mise en vigueur, la Loi P-38.001 prévoyait l'attribution d'une nouvelle responsabilité pour certains services d'aide en situation de crise. Les policiers doivent dorénavant faire appel à eux lorsqu'ils répondent à un appel concernant l'article 8 de la Loi. Il revient à l'intervenant d'aide en situation de crise d'estimer si l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat. Si un intervenant ne peut être rejoint à temps, cette responsabilité revient au policier.

Pour le district de Montréal, c'est le groupe UPS-Justice qui a été désigné pour exercer cette responsabilité, mais il n'a véritablement commencé à exercer sa responsabilité qu'en 2004.

Intimé : Celui qui est cité à comparaître devant le tribunal. Dans le cas qui nous occupe, c'est celui contre qui une requête de garde en établissement a été déposée.

Levée de garde : Levée de l'ordonnance de garde par le médecin lorsqu'il constate qu'il n'y a plus dangerosité. La levée de garde ne signifie pas nécessairement congé.

Mandat d'amener : Ordre du tribunal fait à des agents de la paix d'escorter et d'amener une personne à la cour. Le mandat d'amener peut faire l'objet d'une requête de l'établissement, mais il peut aussi venir du juge lorsque le requérant refuse d'amener la personne en invoquant sa dangerosité.

Notes d'évaluation : Notes prises par le médecin sur l'évolution de l'état mental de la personne. Ces notes diffèrent de l'examen psychiatrique en ce qu'elles n'ont pas à être aussi élaborées. Elles suffisent dans le traitement d'une requête de garde pour une personne sous garde préventive puisqu'un examen plus complet est interdit sans le consentement libre et éclairé de la personne.

Ordonnance de garde : Ordre de la cour forçant une personne à se soumettre à une garde en établissement pour y subir une évaluation psychiatrique ou y être maintenue en raison de la dangerosité que présente son état mental. Une ordonnance de garde n'oblige pas la personne à subir un traitement, ni les examens psychiatriques autres que ceux servant à déterminer la nécessité de maintenir la garde.

Ordonnance intérimaire : Ordonnance temporaire de maintien de la garde, généralement de courte durée, émise par la cour pour diverses raisons invoquées par la cour (compléter des rapports d'examens, délai ou défaut de signification, mandat d'amener, faire venir un médecin, etc.), par l'intiméE (choisir un avocat, obtenir une autre expertise, etc.) ou par le requérant (impossibilité pour le procureur d'être présent, etc.).

Ordonnance partielle : Ordonnance dont les termes (durée, dispense de témoignage, etc.) ont été réduits par rapport au contenu de la requête. Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons considéré comme ordonnances partielles que celles dont la durée avait été réduite.

Personne mise en cause : Personne de l'entourage de l'intiméE qui sera signifiée ou notifiée à chaque événement ou changement dans le statut judiciaire de l'intiméE (examens, requêtes, ordonnances, levées de garde, etc.)

Prise en charge : Le moment de l'admission de la personne par l'établissement.

Rapport d'examen :
Loi P-38.001, art. 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 du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64), 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.

Remise : Ordre de la cour de remettre l'audition ou le jugement à une date ultérieure. Le tribunal y ajoutera généralement un ordre à la personne de demeurer à l'hôpital durant l'intervalle (ordonnance intérimaire).

Renouvellement de garde : Comme son nom l'indique, il s'agit du renouvellement d'une ordonnance précédente. En ce sens, elle devrait être obtenue avant la fin de la précédente.

Requérant : Celui qui fait la demande au tribunal.

Requête : Demande faite à un tribunal ayant un pouvoir de décision.

Signification : Aviser quelqu'un par la voie légale.

Droits des personnes mises sous garde

- Communiquer en toute confidentialité avec les personnes de leurs choix (Il peut y avoir des restrictions temporaires et motivées qui doivent être remises par écrit à la personne. Il ne peut y avoir de restriction en ce qui a trait au représentant, au curateur, à la personne habilitée à consentir aux soins, à un avocat et au Tribunal administratif du Québec).
- Droit au transfert d'établissement sous certaines conditions.
- Droit de refuser des traitements (à l'exception des examens ordonnés par le juge).
- Droit d'être traitées avec respect et dignité.
- Droit au respect du secret professionnel et à la confidentialité.
- Droit d'être accompagnées.
- Droit à la révision d'une décision.
- Droit d'exiger que l'on mette fin à la garde dans le cas du non-respect de la loi.
- Droit d'être entendues par un juge de la Cour du Québec.

Recours des personnes

- Appel de la décision de la Cour du Québec (s'il y a une erreur de droit — délai de 5 jours)
- Audition au Tribunal administratif du Québec pour:
 - ⇒ toute décision relative au maintien de la garde
 - ⇒ toute autre décision prise en vertu de la loi

Tableau synthèse

Garde préventive (sans autorisation du tribunal — danger grave et immédiat)

Mise sous garde préventive par un médecin
Pour une période d'au plus 72 heures

Si dangerosité ou refus ou opposition de la personne

Demande de garde provisoire au Tribunal pour évaluation psychiatrique
Remise d'un rapport dans les 7 jours

Si ordonnance du tribunal
1er examen dans la 24 heures de l'ordonnance

Si dangerosité

2e examen dans les 48 heures de l'ordonnance

Si dangerosité et refus de la personne de demeurer à l'hôpital

Demande de garde au tribunal
Dans les 48 heures suivant le 2e examen psychiatrique

Tableau synthèse

Demande au tribunal pour garde provisoire

Demande de garde au tribunal

Si dangerosité établie

Ordonnance de garde provisoire
remise d'un rapport dans les 7 jours

1er examen
dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement

Si dangerosité

2e examen
dans les 96 heures de la prise en charge par l'établissement

Si dangerosité et refus de la personne de demeurer à l'hôpital

Demande de garde au tribunal
Dans les 48 heures suivant le 2e examen psychiatrique

Tableau synthèse

Demande au tribunal pour garde suite à l'évaluation psychiatrique

Demande de garde au tribunal
Dans les 48 heures suivant le 2e examen psychiatrique

Ordonnance de garde en établissement suite à l'évaluation psychiatrique
(le juge fixe la durée de la garde)

Réévaluation obligatoire de la garde

- 21 jours à compter de l'ordonnance
- Par la suite à tous les 3 mois

La personne peut contester la garde en présentant une demande au Tribunal administratif du Québec.

ANNEXE 3 Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde

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.

Bibliographie

Action Autonomie. 2001. *Bilan du forum régional sur la garde en établissement*, Action Autonomie, Montréal, 2001.

Action Autonomie. 2000(a) *Mon nom est personne.* Mémoire présenté au Groupe d'appui au Plan d'action ministériel pour la transformation des services de santé en santé mentale, Montréal, Action Autonomie.

Action Autonomie. 2000(b). Point d'information sur l'isolement et la contention. *La renaissance*, vol.7, no1, Action Autonomie, Montréal, janvier.

Action Autonomie. 2000. Quand la liberté ne tient qu'à... Étude de l'application de la loi P-38.001 pour 1999, Action autonomie, Montréal, avril 2001.

Action Autonomie. 1998. *La psychiatrie en mal de justice ou l'urgence d'agir*. Action Autonomie, Montréal, avril 2000.

Action Autonomie. 1998. La Loi sur la santé et les services sociaux cautionne les ravisseurs. *La Renaissance*, vol.5 no1, Action Autonomie, Montréal, mars.

Action Autonomie. 1998. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. *La renaissance*, vol.5 no1, Montréal, mars.

Action Autonomie. 1997. Primauté de la personne et Orientation 2000. Mémoire présenté à la consultation régionale sur les Orientations pour la transformation des services de santé mentale, Action Autonomie, Montréal, août.

Action Autonomie. 1997. Non au projet de Loi 39. *La renaissance*, vol.4 no.1, Action Autonomie, Montréal, février.

Action Autonomie. 1996. Rapport de consultation. Révision de la Loi de protection du malade mental, Action Autonomie, Montréal, novembre.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. 2000. Colloque : Dossiers de l'AGIDD et pratique des groupes membres, AGIDD-SMQ, Montréal, mai.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. 1999. Colloque : Pour s'en sortir et s'en défaire, AGIDD-SMQ, Montréal, novembre.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. 1996. Commentaires ayant trait au projet de Loi 39, mémoire présenté à la Commission parlementaire des Affaires sociales, AGIDD-SMQ, Montréal, novembre.

Assemblée nationale. 1997. Projet de loi no 39 (1997, chapitre 75) *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Gouvernement du Québec, Éd. officiel du Québec, Québec.

Beaudoin Christine et Cournoyer-Proulx Magali. 1998. *La garde en établissement. Guide d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Association des hôpitaux du Québec, Montréal.

Beaudoin, Jean-Louis. 2000. *Code civil*, Judico, Montréal, 25-35.

Beaudoin, Jean-Louis. 2000. *Code de procédure civile*, Judico, Montréal, 13-31 et 235-245

Beaulieu Dominique. 1999. *Document de référence relatif à l'application régionale de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Document de travail pour consultation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal.

Beaulieu Dominique. 1998. *Formation droits et recours. Cahier # 6, Guide de référence et de participation à l'intention des usagers et usagères*, Ministère de la Santé et des Services sociaux et CEGEP de Saint-Jérôme, Saint-Jérôme.

Blais Denise et Baril Pierre-Antoine. 1999(a). *Rapport sur le Comité d'application de la Loi 39 à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre*. Action Autonomie, Montréal.

Blais Denise et Baril Pierre-Antoine. 1999(b). *Rapport sur le Comité d'application de la Loi 39 à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre*. Action Autonomie, Montréal, février.

Bourbonnais Pierre et Gosselin Ghislaine. 1994. *La garde en établissement*. Association des hôpitaux du Québec, Montréal.

Bourgeois, Linda. 2000. La contention et l'isolement : erreurs judiciaires ou crimes contre l'humanité, *La renaissance*, vol.7 no.1, Action Autonomie, Montréal, janvier.

Bousquet, Mario. 2000. La contention mécanique frappe encore, *Le Maillon*, AGIDD-DMQ, Montréal, mars.

Comité de la santé mentale du Québec (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*, Comité de la santé mentale du Québec, Québec.

Daigneault, Marie-Michèle. 1998. Le projet de Loi 39 : trop ou pas assez, in *Développements récents. En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les éditions Yvon Blais, Cowansville, 43-76.

Daupin François. 1998. Incidences du droit de la santé mentale sur le Curateur public, in *Développements récents. En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 267-275.

Forgette, Jocelyne. 1998. Les établissements de santé : des partenaires dans la prise en charge des personnes dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, in *Développements récents. En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 119-143.

Fortin, Léo. 1999, *Rôles et responsabilités des établissements et des organismes*, Document de travail, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre, (RRSSSMC), Montréal.

Gamache Claire et Millaud Frédéric. 1999. Le psychiatre face au refus de traitement : une démarche clinique et juridique, In *Santé mentale au Québec*, XXIV, 1, Montréal, 154-172.

Goulet, Ghislain. 2000. La contention et l'isolement, un enjeux démocratique, in *La Renaissance*, vol.7 no.1, Action Autonomie, Montréal, janvier.

Goulet, Ghislain. 1999. Entrevue : Je me sentais comme les galériens, j'avais l'impression de vivre au Moyen-Age, c'était l'enfer, in *La Renaissance*, vol.6 no.1, Action Autonomie, Montréal, mars.

Goulet, Ghislain. 1998. Entrevue : La DPJ m'a enlevé ma fille parce que j'avais un passé psychiatrique et on me gardait en cure fermée parce que la DPJ m'avait enlevé ma fille, in *La Renaissance*, vol.5 no.3, Action Autonomie, Montréal, octobre.

Goulet, Ghislain. 1998. Entrevue : Poussée à bout, internée, agressée, elle ne demandait que des services de qualité pour sa famille, in *La Renaissance*, vol.5 no.2, Action Autonomie, Montréal, juin.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 1998, Formation sur les droits et recours en santé mentale, Gouvernement du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, Édition révisée 1998

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 1^{er} trimestre 1989.

Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 1989, *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : Orientations*, Gouvernement du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 1^{er} trimestre 1989.

Guyon, Louise. 1981. *Va te faire soigner, t'es malade*, Montréal, Stanké, 158 p.

Israël Mimi. 1991. L'intervention de crise dans un établissement hospitalier : aspects théoriques et pratiques, in *Santé mentale au Québec*. XVI, 2, Montréal, 237-252.

Lafleur, Paul-André. 1998. Le patient psychiatrique dangereux : définition, description, évaluation, in *Développements récents En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 21-41.

Lesage-Jarjoura Pauline, J. Lessard et S. Philips-Nootens. 1995. *Éléments de responsabilité civile médicale. Le droit dans le quotidien de la médecine*, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville.

Létourneau, Brigitte. 2000. Comment le fait de frapper et de menacer quelqu'un peut-il le guérir d'une maladie, in *La Renaissance*, vol. 7 no. 1, Action Autonomie, Montréal, janvier.

Masse, Chantal. 1998. Rôle et responsabilité des psychiatres (responsabilité civile et garde en établissement, in *Développements récents En droit de la santé mentale (1998)* Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 77-118.

McCubbin Micheal et David Cohen. 1998. Les droits des usagers de services de santé mentale : Le nœud étroit du pouvoir, de la loi et de l'éthique, in *Santé mentale au Québec*, XXIII, 2, Montréal, 212-224.

Ménard J.P. 1998(a). 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 *Développements récents. En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 3-19.

Ménard, Jean-Pierre.1998(b). L'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins, in *Développements récents. En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais Inc., Cowansville, 237-266.

Ménard, Jean-Pierre. 1998(c). La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, in *Congrès du Barreau du Québec*, Montréal, 435-494.

Millet, Kate. 1991. La maladie mentale : une illusion, in *Santé mentale au Québec*, vol. 16 no.1, Montréal, juin, 287-294.

Morin, Paul. 1995. *L'opérationnalisation de la notion de dangerosité civile lors des audiences pour ordonnance d'examen clinique psychiatrique et d'hospitalisation psychiatrique obligatoires*, Université de Montréal, Montréal.

Perras, Denis. 1998. *La garde de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Montréal.

- Provencher, Chantal. 1998. La Loi 39 : porteuse d'abus, in *La Renaissance*, vol.6 no.1, Action Autonomie, Montréal, mars.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre. (RRSSSMC). 1999. *Outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence*, Document de travail, Montréal, octobre.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre. (RRSSSMC). 1999. *Amélioration continue de la qualité*, Document d'information, site : [http:// www.rrsss06.gouv.qc.ca/evaluation/plaintes.html](http://www.rrsss06.gouv.qc.ca/evaluation/plaintes.html).
- Regroupement des centres de crise de Montréal-centre (RCCMC) et Régie régionale de Montréal-centre. 1999. *Organisation des services et cheminement d'une intervention autour de la loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Montréal-Centre, Montréal, mai.
- Tomkiewicz, Stanislas. 1999. Conférence d'ouverture, Colloque Pour s'en sortir et s'en défaire, AGIDD-SMQ, Montréal, novembre.
- Turnel, France. 1991. Le concept de crise psychotique et son traitement psychanalytique, Dossier Crise et intervention, in *Santé mentale au Québec*, XVI, 2, 195-218.
- Veilleux, Anne-Marie et Allard Hélène. 1998. Les recours et la représentation du patient selon la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, in *Développements récents. En droit de la santé mentale (1998)*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Les Éditions Yvon Blais inc., Cowansville, 147-175.