

Protection *ou* COERCITION

La P-38.001

Point de vue des personnes interpellées

Mai 2007

Henri Dorvil
Marcelo Otero
Laurie Kirouac

UQÀM Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal



*Le collectif pour la défense des droits
en santé mentale de Montréal*

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

Remerciements

Nous tenons à remercier les membres du comité d'encadrement qui ont initié et soutenu le projet : Nicole Cloutier, Ghislain Goulet et Caroline Stewart, d'Action Autonomie le collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal, Henri Dorvil professeur à l'École de travail social et Marcelo Otero, professeur au département de sociologie, Laurie Kirouac, étudiante au département de sociologie et Carmen Fontaine, agente de développement au Service aux collectivités de l'UQAM.

Nous voulons aussi souligner la précieuse collaboration du Collectif de défense des droits de la Montérégie et de Droits et Recours Laurentides qui ont participé au recrutement des personnes interviewées, ainsi que du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, du Centre de soir Denise-Massé, de l'Échelon et du Tournant. Sans eux le travail de recrutement aurait été des plus ardues, étant donné les conditions difficiles que les personnes interviewées vivaient. Leur apport à la bonne réalisation de la recherche est très important.

Nous aimerions aussi remercier les intervenants de divers organismes qui ont à utiliser ou à faire appliquer la loi et qui ont bien voulu partager avec l'équipe, lors d'un groupe de discussion, leurs préoccupations face à cette loi.

Nous aimerions aussi remercier Laurie Kirouac, étudiante à la maîtrise en sociologie à l'UQAM, qui a effectué les entretiens avec les personnes qui ont eu à faire face à cette loi. Dans un contexte pas toujours facile, elle a su comprendre et donner la parole à ces personnes.

Finalement, nous tenons à remercier le Service aux collectivités de l'UQAM pour sa contribution financière dans la réalisation de ce projet ainsi que son soutien tout au long de sa réalisation.

Mise en contexte

Sur demande du ministre de la Santé et des Services sociaux et dans la foulée de la Commission parlementaire des Affaires sociales, le Comité de la Santé mentale du Québec a présenté en février 1997 un Avis (CSMQ, 1997) concernant le projet de loi sur la protection des personnes atteintes de troubles mentaux. Le CSMQ à cette époque a fait des recommandations héroïques pour que l'intervention auprès d'une personne fortement perturbée ne soit improvisée d'aucune manière. Non seulement les agents de la paix doivent bénéficier d'une formation adéquate mais ces derniers doivent agir en concertation avec des intervenants du secteur de la santé mentale expérimentés en situation de crise. L'expérience clinique au quotidien enseigne que la présence d'un intervenant civil concourt à objectiver la situation et à obtenir plus facilement le consentement et la collaboration d'une personne concernée par un examen psychiatrique, si requis. Le CSMQ insiste pour que cette voie d'accès aux services demeure une mesure exceptionnelle. Ainsi les familles et les proches observant qu'une personne de leur entourage présente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, doivent pouvoir faire appel à l'assistance de services d'intervention en situation de crise, obligatoirement disponibles dans chaque région administrative du Québec. Dans l'application de l'article 8 du projet de loi, le CSMQ va plus loin encore. Pour éviter que le recours au tribunal pour l'obtention de l'examen psychiatrique ne devienne un automatisme, il suggère que l'on envisage, dans les limites permises par le Code civil, d'autoriser toute personne qui le désire à désigner un mandataire pour intervenir à sa place en situation de difficultés importantes, et pour consentir à sa place, dans certaines circonstances, à un examen psychiatrique. Proposition en lien avec la littérature existante sur le sujet dont une partie utilise l'appellation Contrat d'Ulysse pour désigner ce type de contrat. Il s'agit d'une mesure préventive appropriée pour des personnes responsables sachant qu'elles peuvent se trouver à un moment ou un autre dans une situation de perte de contrôle et de danger imminent pour elle-même ou pour autrui.

Par ailleurs, à propos de l'utilisation de la force, de l'isolement, des moyens mécaniques ou des substances chimiques pour empêcher une personne atteinte de maladie mentale de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, le CSMQ propose de rendre public un recueil de règles régissant ce domaine des contentions avec des balises précises évitant ainsi les abus : la mesure la moins contraignante en termes d'intensité, de durée, l'approbation de la mesure par une autorité compétente en la matière, surveillance adéquate durant la durée d'application de la mesure, l'information à la personne visée ou à son représentant sur les motifs justifiant une telle mesure, l'inscription au dossier du patient de la mesure utilisée, de sa durée et des motifs présidant son utilisation, le droit pour la personne ou son représentant d'appeler de l'utilisation de la mesure auprès du Directeur des services professionnels de l'établissement de santé et des services sociaux et enfin l'obligation d'une révision quinquennale du Recueil de règles.

De plus, le CSMQ a longuement établi dans son Avis le devoir d'information de l'établissement. Un citoyen, une citoyenne sous garde en établissement conserve ses droits et recours en tout temps. Non seulement les établissements ont l'obligation d'informer systématiquement les personnes, dès le moment de leur mise sous garde quant à leurs droits et recours en tout temps dans une telle situation, mais de reconnaître les Comités d'usagers, organismes d'aide et d'accompagnement, celles entre autres chargées de traitement et règlement des plaintes, en y faisant référence dans le document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde. Étant donné le nombre élevé d'intervenants que l'adoption de cette loi touche, un important programme d'information devrait être mis sur pied. Le CSMQ suggère qu'une révision périodique soit prévue dans un des articles de loi mais aussi l'identification des données les plus importantes pour permettre cette évaluation. Plusieurs recommandations du CSMQ ainsi que celles contenues dans des Mémoires présentés à la Commission parlementaire des Affaires sociales dont celui de l'A.G.G.I.D.D.-SMQ (1996) n'ont pas retenu l'attention du Législateur devant les puissants lobbies judiciaires, médicaux et policiers. D'ou le cul-de-sac actuel que la présente recherche veut documenter. Déjà, d'autres recherches (Otero et al., 2005) mettent en garde contre les partis pris inhérents aux outils standardisés, aux critères strictement médicaux pour estimer ou évaluer la dangerosité de l'être humain

situé dans le monde. Et aussi la confusion pour ne pas dire la collusion des mandats de
thérapie et de contrôle social.

Table des matières

REMERCIEMENTS	I
MISE EN CONTEXTE.....	III
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	5
CHAPITRE 1	13
PERCEPTIONS ET EXPÉRIENCES DES INTERVENANTS	13
1.1 Difficultés liées à la mise en application de l'article 8	15
1.2 Difficultés d'intervention reliées au concept <i>flou</i> de «dangerosité de l'état mental»	26
1.3 La dispensation de signifier et d'interroger lors de requêtes pour évaluation psychiatrique : pratique abusive ou motivée ?.....	31
1.4 Faiblesses de la Loi en rapport avec les différents types de mise sous garde.....	34
1.5 La Loi P-38.001 et la crainte d'une augmentation du nombre de requêtes pour garde en établissement et de ses conséquences.....	39
CHAPITRE 2	47
LA LOI P-38.001 EN APPLICATION : POINTS DE VUE DES PERSONNES QUI EN ONT FAIT L'EXPÉRIENCE	47
2.1 L'intervention policière	48
2.2 Le transport d'une personne vers l'hôpital par un agent de la paix	52
2.3 Délimitation de la responsabilité du policier face à la personne transportée à l'hôpital	59
2.4 Rôle et prise en charge par le centre hospitalier	62
2.5 Les motifs de dangerosité et la décision de la mise sous garde préventive et provisoire	76
2.6 Rapports, garde et dangerosité.....	87
2.7 Le droit de refus des médicaments.....	102
2.8 Demande de transfert dans un autre centre hospitalier	110
2.9 L'ordonnance du tribunal pour évaluation ou garde et devoir de signification et d'interrogation.....	114
2.10 Responsabilité du Centre hospitalier et transmission de documents	118
CONCLUSION.....	129
BIBLIOGRAPHIE.....	139
ANNEXE I.....	141

Introduction

La psychiatrie et la santé mentale en général se trouvent à la croisée du droit et de la médecine. Si depuis la fin du 18^e siècle, les troubles mentaux relèvent de la médecine, ils n'en constituent pas moins une situation de bris d'avec les normes de fonctionnement social observée par la majorité des membres d'une société. C'est pourquoi, le fou, de par sa conduite déviante a eu affaire à la fois au système de santé et au système pénal. Au Québec, la loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales en 1950 abroge la vieille loi des asiles d'aliénés de 1941 devenue désuète. Désormais, on parle de réception, de garde, d'entretien de malades dont le désordre mental demeure l'élément prépondérant. On y parle aussi de la protection de la vie de la personne usagère, de sécurité, de décence, de tranquillité publique, de l'ordonnance de transport public. Il est question de cure libre, de cure fermée, de l'ordonnance de réintégration (après fuite) exécutée par un huissier, un constable ou un autre agent de la paix. Plusieurs auteurs (Morin et Michaud, 2003) ont déjà fait le tour des connaissances à propos de l'utilisation des mesures de contrôle et proposent des perspectives pour en guider la réduction et l'élimination. Mais le dégel provoqué dans les années 60 par le mouvement de défense des droits des minorités de tout genre est venu secouer ces législations frileuses plus intéressées à protéger la société contre la dangerosité présumée de la personne présentant une maladie mentale (Dorvil, 2001). Par la suite, il y a eu les chartes, les comités, des recours de toutes sortes et surtout la modification du Code civil ayant trait au consentement, à l'élargissement du mandat du Protecteur du citoyen, à l'attribution de nouveaux pouvoirs au Curateur public à l'égard des régimes de protection. Mais jusqu'à présent la personne usagère éprouve beaucoup de difficultés à exercer ses droits de citoyen (Beaulieu, 2003), et ce en dépit de l'effort manifeste de ressources communautaires de défense (advocacy), d'aide et d'accompagnement.

La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui est entrée en vigueur en juin 1998. Elle devait corriger les nombreux abus perpétrés sous l'empire de la première loi sur la protection du malade

mental promulguée en 1972. Cette loi est une loi d'exception mais aussi une loi en essai puisqu'elle devait être évaluée après trois ans d'application, question d'en atténuer les abus. Nous sommes en 2005, le nombre de personnes privées de liberté en vertu de ladite loi ne semble pas diminuer. Il semble que l'écart entre l'esprit de la loi et son application soit significatif.

Lors de la réforme de la loi, son changement de nom de *Loi de protection du malade mental* à *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, laissait craindre qu'aux personnes déjà identifiées comme «malades» on ajoute par exemple les personnes âgées, les itinérants, et pourquoi pas, ceux-là dont la différence, la colère de vivre se fait entendre de façon... dérangeante. Qu'en est-il donc des moyens que notre société développe pour aider des personnes si au bout du compte, elles se sentent menacées de privation de leur liberté! Cette interrogation s'avère d'autant plus pertinente que le champ de la «santé mentale» ne semble plus avoir de limites (Otero, 2003).

Pourtant, en 1998, la volonté du législateur exprimée par le remplacement de la *Loi sur la protection du malade mental* par la *Loi pour la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* se voulait claire : cette loi, dont l'objet n'est pas de traiter la personne contre son gré mais bien de la priver de liberté si son état mental est jugé dangereux, devait être utilisée comme une loi d'exception et conséquemment ses dispositions devaient être rigoureusement suivies et n'être appliquées que lorsque les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes en cause. De plus, parmi les modifications apportées par la réforme de la loi, l'intervention des agents de la paix et des intervenants de crise devait permettre qu'on en arrive à limiter l'utilisation de la garde forcée en établissement en désamorçant la crise et allant vers d'autres alternatives que l'hospitalisation.

À l'automne 2006, le collectif de défense des droits Action Autonomie a sollicité le Service aux collectivités de l'UQAM pour faire une démarche de recherche partenariale en vue de valider l'objet de ses préoccupations par des chercheurs reconnus dans le

milieu. L'un des objectifs de cette recherche est de vérifier auprès des intervenants et des personnes qui ont subi un internement en vertu de cette loi comment dans la pratique cette loi s'applique puisque, selon des études faites par Action Autonomie, on assiste à une augmentation importante du nombre d'internement, ce qui va à l'encontre de l'esprit de la loi.

La présente recherche porte sur l'application concrète de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*. Est-elle utilisée à d'autres fins que celles prévues par le législateur? Y a-t-il élargissement du champ d'application de la loi afin de résoudre des problèmes de sécurité publique ou d'organisation sociale en termes de ressources d'hébergement, de soutien à domicile ou d'aides diverses. S'agit-il vraiment d'une loi d'exception?

Nous avons tenté de répondre à ces interrogations tant à partir du propos des personnes qui ont été mises en garde en établissement que de l'avis de ceux et celles qui interviennent et utilisent cette loi. Notre objectif vise à documenter les éventuels écarts dans l'application de la Loi afin de demander au ministère de la Santé et des Services sociaux qu'il procède à une évaluation en bonne et due forme du fonctionnement concret de la Loi. Un engagement sans cesse oublié ou reporté.

Ce rapport de recherche comprend la présentation des objectifs poursuivis, la méthodologie utilisée et l'analyse des propos des intervenants touchés par la mise en application de la Loi ainsi que des témoignages des personnes interpellées. Au premier chapitre, nous présentons comment la nouvelle *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* a été accueillie, interprétée, utilisée par des intervenants de différentes professions et de divers milieux : médicaux, judiciaires, communautaires, et surtout comment elle a été appliquée au quotidien. Quels sont les points forts, les points faibles, les conflits d'intérêt, les divergences de perception, les déceptions, les espoirs des artisans de son application?

Le deuxième chapitre présente les récits des personnes usagères des services de santé mentale qui ont été l'objet de l'application de la Loi. En fait, ce chapitre analyse le discours des personnes qui ont eu à subir les rigueurs de cette loi d'exception, par

exemple, l'internement involontaire. Il s'agit d'un chapitre fort important, c'est le vécu concret de l'opérationnalisation de la Loi P-38.001 du point de vue des personnes déjà vulnérables, qui ont parfois été bousculées par les procédures de cette Loi censée les protéger.

Finalement, nous verrons de quelle manière les entretiens de tous les participants, intervenants autant qu'usagers, vont dans le même sens, c'est-à-dire vers la nécessité de procéder de manière urgente à l'évaluation du fonctionnement concret de cette Loi compte tenu des usages inadéquats qu'on en fait, des interprétations contradictoires de part et d'autre et du non-respect de certains de ses articles.

Méthodologie

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous avons eu recours à une méthodologie qualitative aux approches diverses et complémentaires. Nous avons utilisé plusieurs types de sources de données : 1) les entrevues semi-dirigées avec une dizaine de personnes ayant été l'objet de l'application de la Loi P-38.001, 2) les retranscriptions de comparutions au tribunal pour requête de garde en établissement afin de considérer les argumentaires déployés lors des comparutions au tribunal par les parties demanderesse et intimée, ainsi que celui du juge; et 3) le groupe d'entretien avec différents acteurs-clés du domaine de l'intervention (judiciaire, psychosociale, médicale). Le choix de ces sources diversifiées visait à nous donner les moyens de confronter, dans la mesure du possible et compte tenu des ressources financières limitées disponibles pour cette recherche, les différentes dispositions législatives et leur mise en application.

Les entretiens

Un total de 12 entretiens a été réalisé pour les fins de cette recherche. Parmi ces 12 entrevues, dix ont été retenues pour l'étape de l'analyse. Les deux entretiens rejetés l'ont été pour des raisons différentes. Dans le premier cas, la personne avait été l'objet d'un internement involontaire mais elle n'avait jamais eu à entrer en contact avec la Loi P-38.001. Son internement avait été occasionné par l'application d'une disposition légale différente. Dans le deuxième cas, la personne rencontrée présentait un état de santé trop fragile pour que nous puissions compléter l'étape de l'entrevue dans des conditions éthiques et scientifiques acceptables.

Le recrutement des répondants

L'organisme Action Autonomie a coordonné le recrutement des répondants pour les entrevues. Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale de Montréal a collaboré à la recherche en encourageant des groupes communautaires de l'Île de Montréal à faire un appel en ce sens auprès des personnes qu'elles accueillent.

L'invitation à participer à la recherche a donc été diffusée par des organismes communautaires montréalais qui offrent des services aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Certains répondants ont aussi été recrutés à même le bassin des personnes aidées par l'organisme Action Autonomie. Les répondants de l'extérieur de la région de Montréal ont été approchés grâce à la collaboration obtenue de plusieurs organismes de défense de droits de la Rive-Sud et de la Rive-Nord de Montréal ainsi que des groupes communautaires avec lesquels ils sont en contact.

Profil des répondants

Dix répondants ont été interviewés relativement à leur expérience d'internement involontaire. Parmi ceux-ci, on compte neuf femmes et un homme. Ils sont âgés entre 28 et 72 ans. Plusieurs d'entre eux n'en étaient pas à leur première expérience d'internement involontaire¹. Sur les dix sujets interviewés, cinq en étaient à leur première expérience d'internement involontaire, trois, à leur deuxième alors que deux personnes en avaient vécue trois et plus. Il est à noter toutefois que bien des répondants nous ont révélé avoir vécu plusieurs expériences d'internement qu'ils n'ont pas contesté étant donné qu'ils ne savaient pas, à cette période de leur vie, qu'ils disposaient du droit de s'opposer à une telle mesure d'internement. Ainsi, si l'on incluait l'ensemble des expériences d'internement qui étaient non pas seulement involontaires, au sens juridique, mais bien aussi non désirés², alors le nombre de répondants qui en seraient à plus de trois expériences auraient été plus important. Selon les témoignages recueillis, au moins deux des dix sujets interviewés ont mis des années avant de disposer de l'information sur le droit de contestation que la Loi réserve aux personnes qui font l'objet d'un internement civil involontaire.

¹ Nous entendons ici par «internement involontaire» toute expérience faisant référence à l'une des trois gardes involontaires qu'autorise la Loi sous certaines conditions, soient la garde préventive, la garde provisoire ou la garde régulière (ou garde en établissement).

² Nous entendons ici par «internement non désiré» toute expérience d'internement qui n'a pas été contesté au tribunal faute d'information à cet effet mais qui a néanmoins été vécu comme étant contre le gré de la personne.

Tableau 1.1
Le nombre d'internements involontaires vécus par chacun des répondants

	Nombre de répondants
1^{ère} expérience d'internement involontaire	5
2^e expérience d'internement involontaire	2
3^e expérience et plus d'internement involontaire	3

Parmi les sujets interviewés, quatre provenaient de l'extérieur de la région de Montréal alors que six résidaient à Montréal. Sur les six personnes de la région de Montréal, trois avaient déjà reçu de l'aide de leur organisme régional de défense de droits en santé mentale. Enfin, trois des répondants qui provenaient de l'extérieur de Montréal n'étaient pas en lien avec un organisme de défense de droits alors qu'une seule l'était au moment de l'entretien individuel.

Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont eu lieu à des endroits différents. Six entretiens ont été réalisés dans les locaux de l'organisme Action Autonomie. Un local qui assurait la confidentialité aux participants était chaque fois réservé à cette fin. Deux des entretiens ont eu lieu au domicile de la personne interviewée. Et enfin, deux autres ont eu lieu directement à l'hôpital où le répondant faisait l'objet d'une garde en établissement. Chacun des entretiens durait entre 1 heure et demie et 2 heures. L'entretien était de type semi-dirigé. Le canevas d'entretien qui a été utilisé lors de chacune des entrevues se trouve en Annexe I. L'entretien portait sur la plus récente expérience d'internement involontaire vécue par chacun des répondants. Pour certains, l'expérience avait eu lieu quelques mois avant l'entrevue. Pour deux des répondants, l'expérience d'internement involontaire était vécue au temps présent, c'est-à-dire qu'ils étaient sous garde au moment où ils ont été interviewés. Enfin, pour quelques-uns d'entre eux, plus d'une année s'était écoulée entre

le moment de l'entrevue et le moment de leur dernière expérience d'internement involontaire. La confidentialité des participants était assurée à chaque fois ainsi que les règles éthiques d'usage quant au traitement et à la conservation du contenu des entretiens. Chacun d'entre eux avait la possibilité, s'il le souhaitait, d'être accompagné par la personne de son choix pour la durée de l'entretien individuel. Toutefois, aucune n'en a fait la demande.

Enregistrements de comparution au tribunal

Avec l'autorisation du tribunal des professions de Montréal et des juges concernés, nous avons obtenu l'enregistrement audio de sept cas de comparution en cour dont l'objet était une requête pour garde en établissement. Chacun de ces cas opposait les avis des psychiatres aux arguments des personnes pour lesquelles une demande de garde en établissement était adressée au tribunal. Les enregistrements d'audition de cour ont été utilisés pour analyser l'argumentaire engagé de part et d'autre, ainsi que celui du juge, autour de la question de la dangerosité lors de la présentation des requêtes devant le juge.

En collaboration avec le service de la greffe du tribunal des professions de la Cour municipale de Montréal, nous avons procédé à la sélection de sept dossiers judiciaires selon qu'ils présentaient les caractéristiques suivantes :

- L'audition devait se dérouler en français.
- Il devait s'agir d'une requête pour une garde en établissement.
- La durée de l'audience devait être de 10 minutes et plus. Il nous paraissait important d'établir une durée minimale de façon à ce que les échanges verbaux entre la partie demanderesse, la partie intimée et le juge offrent une certaine substance sur la question de la *dangerosité* de l'état mental qu'était censée présenter la partie intimée.
- Les sept dossiers devaient ensemble compter l'intervention d'au moins quatre juges différents. Ce critère de sélection des enregistrements de causes entendues au tribunal visait à refléter dans la mesure du possible la diversité des pratiques des juges en matière d'application de l'article 30 de la Loi P-38.001.

Groupe d'entretien

Une entrevue de groupe qui comptait huit participants a été réalisée.

Les participants

Parmi les participants, on comptait la présence de deux travailleuses sociales (l'une appartenant à l'équipe Urgence Psychosociale-Justice (UPS-J), d'un intervenant d'un centre de crise, d'une travailleuse communautaire dans le domaine de l'hébergement en santé mentale, d'un policier spécialisé dans le domaine de l'intervention en matière de santé mentale, d'une psychiatre et d'une représentante du Bureau des greffes de la santé mentale – Palais de justice de Montréal. Les participants au groupe d'entretien ont été choisis selon l'unique critère de leur implication directe à titre de professionnel dans l'application de la Loi P-38.001. Selon leur niveau d'expertise et le domaine de leur pratique, chacun des intervenants disposait d'une expérience concrète de la mise en application de certaines des dispositions prévues par la Loi P-38.001. Il est à noter qu'ils pratiquaient tous à Montréal.

Fonctionnement et durée du groupe d'entretien

Le groupe d'entretien était structuré autour d'une question large qui a été posée aux participants au tout début de l'exercice. L'objectif premier était de mener un groupe d'entretien sans trop de contraintes plutôt que de manière directive afin de faciliter la libre réflexion de chacun des intervenants sur l'un ou l'autre des aspects de la mise en application de la Loi P-38.001. Le groupe d'entretien a eu lieu à l'Université du Québec à Montréal dans un local réservé à cette fin et a duré environ 2 heures.

Plan d'analyse et de rédaction

L'analyse des données est divisée en deux parties. La première partie concerne l'analyse des propos tenus par les participants au groupe d'entretien et consiste en une entrée en matière aux différents problèmes et enjeux posés par la Loi P-38.001, notamment dans les champs professionnels des intervenants. La deuxième correspond à la confrontation

des différentes dispositions de la Loi P-38.001 aux expériences concrètes de personnes ayant été l'objet de l'application de cette législation, selon les entretiens réalisés et les argumentaires produits lors des comparutions.

Première partie : expériences et perceptions des intervenants

Nous avons sélectionné différents thèmes qui ont été abordés par les intervenants lors de l'étape du groupe d'entretien. Cette sélection s'est effectuée en fonction des critères suivants : 1) pertinence par rapport à la Loi P-38.001 ; 2) importance accordée par les intervenants (préoccupation partagée et donc significative).

Deuxième partie : la Loi P-38.001 en application : points de vue des personnes qui en ont fait l'expérience

Pour cette deuxième portion de l'analyse, nous avons, dans un premier temps, procédé à la sélection de différentes dispositions de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Cette sélection s'est faite en fonction du matériau dont nous disposions. En effet, la nature des données recueillies lors des entretiens et de l'écoute des enregistrements de comparution au tribunal ne nous a pas permis de nous attarder à l'analyse de l'ensemble des dispositions que compte la Loi P-38.001. Le fait que nous n'ayons pas eu accès aux rapports des évaluations psychiatriques, aux rapports de police ainsi qu'aux ordonnances pour évaluation psychiatrique est à l'origine de la plupart des limitations que nous avons rencontrées. De plus, il est évident que les entrevues menées avec les personnes qui ont été l'objet de l'application de la Loi ne pouvaient pas aborder l'ensemble des dispositions prévues par la Loi. Cela était souvent liée au fait que la dernière expérience de garde involontaire au sujet de laquelle chacun des répondants étaient interrogés avait eu lieu dans la plupart des cas plusieurs mois avant le jour de l'entretien. Pour cette raison, certains détails échappaient à plusieurs d'entre eux. La sélection des dispositions qui ont fait l'objet de l'analyse a donc été réalisée en fonction de la nature des données que nous avons été en mesure de recueillir. Parmi les dispositions que nos données permettaient de traiter, nous avons fait le choix de retenir celles qui étaient plus susceptibles de porter des

conséquences significatives sur les trajectoires des personnes en situation d'internement involontaire. Bien souvent, ces dispositions étaient celles qui spontanément étaient le plus longuement abordées par les répondants.

Limites de la recherche et de sa méthodologie

Le petit nombre d'individus interviewés ainsi que la réalisation d'un seul groupe d'entretien, compte tenu des moyens financiers très limités dont nous disposions, commande la plus grande prudence quant à la portée des conclusions de cette recherche, forcément non exhaustive.

CHAPITRE 1

Perceptions et expériences des intervenants

On s'en doute, l'adoption par le législateur de la Loi P-38.001 a engendré un certain nombre de changements dans la pratique des intervenants touchés par sa mise en application. Les termes de la Loi ont été modifiés tout comme les catégories de professionnels concernées par sa mise en pratique. Cette première partie de l'analyse vise à documenter la réception dont fait l'objet la nouvelle *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* par l'analyse des témoignages d'un certain nombre d'intervenants impliqués directement ou indirectement dans le processus de son application. Il s'agira de décrire leurs principales préoccupations, les enjeux soulevés par la nouvelle législation et les éventuels points de friction. Pour ce faire, nous avons eu recours à la méthode du groupe d'entretien. Un total de sept intervenants provenant de disciplines et milieux diversifiées ont été convoqués. Parmi eux, on comptait la présence de :

- 1) Une membre de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux qui a travaillé à l'implantation de l'article 8 de la Loi au sein de l'UPS-J (urgence psychosociale-justice)
- 2) Une travailleuse sociale du CLSC des Faubourgs et intervenante de crise au sein de l'UPS

- 3) Une psychiatre d'un hôpital de Montréal
- 4) Un policier du Service de police de la ville de Montréal, impliqué dans le dossier concernant les interventions en matière de santé mentale
- 5) Une travailleuse communautaire de la Fédération des organismes sans but lucratif (OSBL) d'habitation de Montréal
- 6) Une représentante du Bureau des greffes de la santé mentale du Palais de justice de Montréal
- 7) Un intervenant d'un centre crise.

Chacun des participants était invité à s'exprimer sur les points forts et les points faibles de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* du point de vue de sa pratique et de son expérience à titre de professionnel. Cet exercice nous apparaît être une bonne entrée en matière à l'univers de la Loi P-38.001 ainsi qu'au vaste champ des pratiques qui y sont associées.

Les principales préoccupations et perceptions des intervenants qui ont participé au groupe d'entretien ont été regroupées par thème. La sélection des thèmes a été effectuée en fonction de 1) leur pertinence par rapport à l'objet de la recherche, c'est-à-dire l'application de la Loi P-38.001 et 2) leur récurrence dans les échanges. Étant donné que le mandat professionnel de la majorité des participants exige de leur part qu'ils se positionnent par rapport à l'article 8 de la Loi, il ne faut pas s'étonner qu'une partie considérable de l'analyse traite précisément des interventions liées au dispositif qui permet qu'une personne soit conduite à l'hôpital contre son gré sans autorisation préalable du tribunal.

En bref, ce chapitre portera successivement sur les difficultés reliées à la mise en application de l'article 8, les difficultés d'intervention liées au concept *flou* de «dangerosité mentale», la dispensation de signifier et d'interroger lors de requêtes pour évaluation psychiatrique, les faiblesses de la Loi en rapport avec les différents types de mise sous garde et la crainte d'assister avec la Loi P-38.001 à une augmentation du

nombre de requêtes pour garde en établissement pour des problèmes autres que psychiatriques.

1.1 Difficultés liées à la mise en application de l'article 8

1.1.1 Collaboration entre policiers et intervenants de crise : la Loi laisse place à des situations de conflit et de mésinterprétation qui inquiètent

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi P-38.001, le mandat d'intervention des policiers a été quelque peu transformé. Avant 1998, année de la mise en application de la Loi P-38.001, les policiers étaient appelés à travailler avec comme principal guide pour gérer les arrestations, la *Common Law*. En pratique, même si la procédure n'était pas prévue sous l'ancienne législation (1972), soit la *Loi sur la protection du malade mental* (P-41), les policiers procédaient aussi à l'occasion au transport d'un individu interpellé vers l'urgence de l'hôpital, lorsque la situation évaluée concluait au besoin de protection dudit «malade mental» dont la dangerosité, rappelons-le, concerne le plus souvent sa propre personne. Avec la Loi P-38.001, cette procédure a d'ailleurs été formalisée.

Plus précisément, la Loi P-38.001 s'attend du policier qu'il oriente ses interventions selon des principes différents de ceux de l'habituelle *Commun Law*. Face à un individu qui, par exemple, crie dans la rue et qui semble présenter un état mental altéré, les policiers doivent à présent chercher à identifier *des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui* pour pouvoir intervenir en vertu de la Loi P-38.001. Lorsqu'il y a effectivement nécessité d'intervenir, les policiers n'ont plus comme seule alternative le transport de l'individu concerné dans un centre de détention. La Loi de 1998 leur accorde désormais le pouvoir de décider, suite à une «estimation» d'un état mental présentant un danger pour la personne ou pour autrui, et autant que possible de concert avec un intervenant de crise, de la nécessité d'un transport vers l'hôpital sans ordonnance préalable du juge.

En résumé, avec la nouvelle Loi, les policiers se sont vus attribuer un nouveau mandat. Dorénavant, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* leur demande : 1) d'intervenir en vertu de cette loi

lorsqu'ils soupçonnent qu'un individu est dans un état mental présentant une dangerosité grave et immédiate ; 2) de travailler en collaboration avec un nouvel acteur, l'intervenant de crise, notamment en ce qui concerne l'estimation de la dangerosité liée à l'état mental; 3) de transporter la personne à l'hôpital dans un cas d'évaluation positive d'une situation où l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et ce, sans autorisation du tribunal.

Ce nouveau mandat n'est pas sans conséquence. Lors du groupe d'entretien, à plusieurs reprises les intervenants ont soulevé des préoccupations en lien avec ces nouvelles procédures légales entourant la mise en application de l'article 8 de la Loi.

Une des intervenantes a déploré le fait que les policiers ne sollicitent que trop peu souvent l'expertise d'un intervenant de crise lorsqu'ils procèdent à l'application de cet article. De plus, lorsqu'ils font appel à une telle expertise, bien souvent ils donnent priorité à leur décision plutôt qu'à celle exprimée par l'intervenant de crise. Elle mentionne que des efforts importants ont été consacrés à la mise en place d'équipes formées d'intervenants de crise et que malgré cela, les policiers continuent à appliquer la Loi comme ils ont toujours eu l'habitude de le faire, c'est-à-dire en décidant seul, sans prendre en compte l'expertise du nouvel acteur.

Extraits des propos de l'intervenante 1, travailleuse sociale :

Le bilan qu'on en faisait nous, il y a à peu près un an de ça. Le bilan qu'on en faisait c'était qu'on considérait qu'il y avait peu de changements compte tenu que les policiers continuaient d'interpréter, de donner priorité à leur pouvoir d'intervention en fonction de *la Common Law* et non pas en fonction de la loi P-38. Donc les policiers intervenaient de la même façon qu'ils intervenaient avant et en ayant peu recours aux équipes d'intervention qu'on a mises en place. Dans une grande proportion, ils se servaient encore de leur jugement pour amener la personne à l'hôpital contre son gré (...). (p. 2)

Une deuxième intervenante a dressé un constat similaire. Elle est *travailleuse sociale et intervenante de crise* et déplore que l'article 8, tel que rédigé dans sa forme actuelle, laisse place à un certain flou juridique susceptible d'être interprété de différentes façons par les acteurs. Elle attire l'attention sur le fait que dans cet article, il est stipulé que le policier se doit de transporter une personne à l'hôpital sur *demande d'un intervenant de crise* qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et

immédiat. Plus loin, il est mentionné que le policier peut lui-même décider de la nécessité d'un transport vers l'hôpital « (...) lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. »³ Ainsi, la Loi prévoit la possibilité pour un policier d'intervenir seul dans une telle situation. Toutefois, il ne doit procéder ainsi que s'il est impossible pour lui de faire appel à un intervenant de crise.

Comme l'explique cette seconde intervenante, le législateur a fait le choix de cette formulation de façon à laisser aux policiers le pouvoir de décider seulement en situation d'extrême urgence. Lorsqu'il fait face à une situation de passage à l'acte éminent, par exemple, l'article 8 prévoit que le policier puisse en toute légalité procéder à un transport vers l'hôpital sans avoir préalablement obtenu l'approbation d'un intervenant de crise. Or, ce que note l'intervenante, c'est que, comme elle, plusieurs intervenants s'inquiètent du fait que peut-être certains policiers, face à des situations qui n'expriment pas une extrême urgence, prennent seuls la décision d'un transport vers l'hôpital sans solliciter l'expertise d'un intervenant de crise. De même, elle déplore que dans certains cas, les policiers fassent passer leur pouvoir décisionnel avant celui conféré aux intervenants de crise. C'est pour ces raisons qu'elle insiste pour dire que la Loi présente certains flous qui, dans la pratique, occasionnent des situations conflictuelles entre les policiers et les intervenants de crise.

Extrait des propos de l'intervenante 2, travailleuse sociale et intervenante de crise :

Travailleuse sociale et intervenante de crise

Il faudrait aussi se pencher, comme il y a eu la désignation des intervenants et qu'on trouvait que ça laisse quand même une porte. La loi est formulée en tant que «le policier peut à la demande de l'intervenant amener». Mais «peut» ça veut pas dire «doit». Et on voulait pas écrire «doit» parce que dans certaines situations les policiers doivent amener les gens. Quand quelqu'un est en phase active de suicide, il ne peut pas dire : «attendons 20 minutes les intervenants vont arriver». Les policiers doivent procéder au transport. Sauf que «peut» ouvre la porte à «je peux décider quand... donc je ne suis pas obligé de les appeler». Comme si les policiers n'ont pas l'obligation de nous appeler. Alors nous on dit que c'est possible qu'il y ait des policiers qui amènent des gens contre leur gré à

³ Se référer au prochain chapitre pour le texte complet de l'article 8.

l'hôpital qui ne sont peut-être pas en danger grave et immédiat. Donc c'est tout un aspect qu'il faut voir et nous on est préoccupé par ça. Ça fait des années qu'on est préoccupé. (...) Est-ce que c'est aux policiers à avoir le dernier mot? Oui parfois ils reconnaissent notre expertise. Mais parfois aussi les policiers veulent transporter, nous on s'oppose. Donc ça laisse sur le terrain parfois des flous qui viennent d'un flou juridique. On essaie de s'entendre pour ne pas se chicaner mais...

Psychiatre

Est-ce que tu as déjà été témoin de situations d'abus?

Travailleuse sociale et intervenante de crise

D'après moi on n'est pas là quand il y a des policiers qui vont amener des gens. Ils ne nous appellent pas. Ils peuvent décider eux-mêmes d'amener des gens contre leur gré. Nous on a déjà été en présence de situations où si on n'avait pas été là, je pense qu'il y aurait peut-être eu un transport contre le gré de la personne qui ne nécessitait pas un transport. Mais nous à force de discussions avec les policiers, on en a déjà évité des transports à l'hôpital puis on a obtenu leur collaboration, puis on est allé au Transit et on a favorisé d'autres alternatives à ça.

Ce constat d'une sous-utilisation de l'expertise des intervenants de crise est partagé et expliqué par l'intervenant 4, lui-même policier. D'une part, il regrette qu'encore trop peu de policiers connaissent suffisamment les dispositions de la Loi P-38.001 et que la plupart d'entre eux soient encore trop ancrés dans les pratiques reliées à l'application de la *Commun Law*. D'autre part, il avoue qu'il trouve important que l'expertise des intervenants de crise soit à chaque fois utilisée par les policiers qui ont à appliquer l'article 8 de la Loi. Pour l'heure, il suppose que cette sous-utilisation peut s'expliquer par plusieurs raisons. D'abord, plusieurs policiers se plaignent du délai considérable que nécessite l'intervention d'un intervenant de crise comparativement à la moyenne de temps que les policiers consacrent généralement aux appels auxquels ils répondent. Faire appel à un intervenant de crise représente pour eux une démarche supplémentaire qui réclame un temps d'intervention plus long et dont le caractère d'utilité peut leur échapper notamment lorsque l'application d'une telle intervention les mène, en dernière ligne, au même résultat, soit au transport vers l'hôpital. En effet, il explique que les policiers doivent changer toute cette mentalité qui consiste à ne voir dans la pratique des intervenants de crise qu'un simple résultat. Pour lui, il faut que les policiers s'empressent de reconnaître que la démarche de ces intervenants est *qualitativement* différente de la leur et, ne serait-ce que pour cette raison, ils se doivent d'y faire appel à chaque fois. Autrement dit, même s'ils ont à investir un temps plus considérable dans une intervention

qui mène de toute façon à un transport vers l'hôpital, par exemple, la nature spécifique de leur démarche motive à elle seule l'importance de sa sollicitation. Ce constat est partagé par l'intervenante 2 (travailleuse sociale et intervenante de crise) qui insiste sur l'importance de créer un lien avec la personne avant de la transporter à l'hôpital de façon à augmenter les chances d'obtenir son consentement. Cette démarche permet, selon elle, d'éviter autant que possible que la personne soit brusquement amenée contre son gré, sans possibilité de discussion : une situation qu'elle dit susceptible d'être mal vécue par la personne concernée.

Extrait des propos échangés entre l'intervenant 4, le policier, et l'intervenante 2, la travailleuse sociale et intervenante de crise :

Policier

Le problème qu'on avait c'est que les policiers ont toujours appliqué. Ça ça me surprend pas quand vous me dites que parfois quand vous appelez les policiers, ils ne sont même pas au courant de la Loi 38. Ça ne me surprend pas du tout. Les policiers ont toujours appliqué la Loi, la *Commun Law*, c'est-à-dire que si la vie de quelqu'un est en danger, on l'amène et on prend pas de chance parce que ce n'est pas à nous d'évaluer. On n'est pas formé pour évaluer alors on va appliquer la Loi du *Commun Law* et on va l'amener à l'hôpital. Avec l'introduction de la Loi P-38 qui nous dit qu'on doit faire ce qu'on a toujours fait, sauf qu'on va vous donner des outils en plus pour mieux évaluer le danger. Mais le danger pour le policier c'est pas clair. Le danger pour moi, quelqu'un qui dit qu'il va se suicider et qui dit qu'il est tanné et qu'il n'est plus capable. Et je pense que l'UPS-J, entre autres, n'est pas assez utilisé. Effectivement, on devrait l'utiliser plus dans tous les cas. Je pense que l'un des problèmes que les policiers ont présentement c'est de dire : les résultats à la fin. Dans la mentalité policière, c'est «il faut régler les problèmes vite». On rentre dans une situation, on a 20 minutes pour éclairer la situation puis après on va aller au prochain appel. Il y a toujours quelque chose de plus urgent qui va rentrer un moment donné. Et puis effectivement quand on appelle UPS-J, c'est une question de prendre le temps pour parler et là ça devient une question de temps pour qu'eux puissent faire leur évaluation et décider si oui ou non on applique la Loi. Et parfois les policiers se sentent obligés d'appliquer la Loi et d'amener la personne à l'hôpital. Et dans la mentalité policière c'est de dire : «regarde, on a pris une heure et demie pour appeler un intervenant, et là on arrive au même résultat que si j'avais pris la décision moi-même». Et c'est toute cette mentalité qu'il faut changer parce qu'effectivement l'intervention de l'UPS-J est complètement différente. Et parfois le résultat est pareil. Et les policiers ont de la misère un peu à interpréter ça et à dire : «Oui on a eu le même résultat mais la démarche a été différente. (p. 5)

Travailleuse sociale et intervenante de crise

Et nous on prend le temps parce qu'on veut s'assurer qu'on amènera pas quelqu'un contre son gré....

C'est pas qu'on veut prendre du temps. Oui des fois on prend une heure, des fois on prend une demi-heure, c'est parce qu'on veut s'assurer qu'est-ce qui en est et tenter d'obtenir la collaboration et de mettre l'emphase là-dessus. On essaie d'être créatif pour obtenir sa collaboration parce qu'on sait qu'en arrivant à l'hôpital, ça va être plus facile

aussi quand on arrive avec quelqu'un de collaborant. Quelqu'un qui n'est pas collaborant en partant, mettons que ça part mal un peu. Ça peut changer mais bon. Je les comprends les policiers. Quand on arrive à la même conclusion, bien là je comprends qu'ils puissent se dire qu'ils vont le faire quant à ça. Mais nous on dit qu'on attendait d'avoir le lien puis on a expliqué à la personne ce qui en est. On ne la pogne pas puis on ne l'amène pas comme ça. C'est troublant, ça on reconnaît ça.

1.1.2 Les raisons de croire en la présence d'une dangerosité mentale grave et immédiate : divergences de perceptions entre médecins généralistes et intervenants

D'après l'expérience de certains intervenants de crise, lorsqu'une personne est transportée à l'hôpital en vue d'une mise sous garde préventive à la suite d'une décision prise par un policier ou un intervenant de crise, trop souvent celle-ci se voit ensuite libérée par le médecin généraliste qui est habituellement le premier professionnel de la santé en charge d'évaluer la personne qui a fait l'objet d'un transport. Les intervenants déplorent cet état de fait en alléguant que lorsqu'ils mettent à exécution la décision d'un transport, la très grande majorité du temps, cette démarche est l'aboutissement d'une longue discussion entre eux et la personne concernée qui consent à collaborer. Autrement dit, la décision d'un transport de leur part est chaque fois motivée par une «évaluation» concluante qui les pousse, avec l'assentiment de la personne concernée, à choisir la voie d'un traitement psychiatrique «classique» plutôt que le recours à des ressources alternatives. Ces dernières sont la voie privilégiée chaque fois que la situation de «crise» le permet. Ainsi, lorsqu'ils concluent en la nécessité d'un transport à l'hôpital, c'est-à-dire quand ils disposent de raisons sérieuses de croire qu'ils font face à un état mental associé à une dangerosité grave et immédiate, ils déplorent que trop nombreux sont les cas où l'évaluation du médecin généraliste conduit à ne pas garder la personne transportée.

Extrait des propos de l'intervenante 2, travailleuse sociale et intervenante de crise, de l'intervenante 3, la psychiatre et de l'intervenant 7 qui travaille dans un centre de crise :

Travailleuse sociale et intervenante de crise

Juste une petite parenthèse, on avait demandé aussi c'est que avec la loi 38, c'est le médecin, c'est le généraliste qui décide si la personne va être référée en psychiatrie. Alors qu'avec une requête pour une évaluation psychiatrique, c'est le psychiatre. Alors quelqu'un qui va être certain qu'une personne va être vue par un psychiatre, il va faire une requête pour évaluation psychiatrique. Alors que si on amène la personne volontairement dans le cas où elle représente un danger, bien le médecin peut déjà décider et dire : «Non, non. Tout va bien. Ok allez-y.

Psychiatre

Est-ce que ça vous arrive souvent?

Travailleuse sociale et intervenante de crise

Ça arrive trop souvent.

Intervenant dans un centre de crise

Ça arrive beaucoup.

Travailleuse sociale et intervenante de crise

Et ça c'est pas drôle. Quand on amène quelqu'un contre son gré, je vous l'ai dit, on n'aime pas ça. Et qu'un généraliste une demi-heure plus tard donne son congé, je trouve ça épouvantable. (p. 23-24)

L'une des intervenantes participantes va jusqu'à avouer que cette situation de non-concordance entre l'évaluation dressée par les intervenants de crise et/ou les policiers et celle effectuée par le médecin généraliste la trouble depuis longtemps. À plusieurs reprises, elle a eu l'occasion d'entendre des policiers exprimer leur désarroi en lien avec l'expérience de cas similaires. Plus précisément, ces derniers lui auraient révélé à maintes reprises être parvenus à convaincre, suite à une longue discussion, une personne aux fortes pensées suicidaires de se laisser transporter à l'hôpital. Et les policiers de s'apercevoir que la personne qu'ils avaient conduite à l'hôpital avait immédiatement reçu son congé puisque dans les jours suivants, ils avaient dû se rendre à son domicile pour constater qu'elle était finalement passée à l'acte.

Extrait des propos de l'intervenante 2, travailleuse sociale :

Moi ça m'a toujours troublée, j'emploie le mot «troublée» et ici je l'emploie à bon escient, il y a des policiers qui me révélaient, parce qu'il y avait un comité de santé mentale mis sur pied par le (inaudible) pour l'ensemble des problèmes, des difficultés que les policiers rencontraient en regard à la santé mentale, et ce qui était souvent souvent révélé lors de ces comités-là par des policiers qui étaient capables de documenter, qu'ils avaient amené quelqu'un, avec qui ils avaient parlementer, par exemple quelqu'un qui était suicidaire, qui était menaçant, qui avait parlementé parfois deux ou trois heures avec pour le convaincre de l'amener à l'hôpital puis qu'une heure après on lui avait donné son congé. Et que le lendemain ils allaient le décrocher. Pas une fois, pas deux fois... (nom du policier présent) peut le dire, c'est plusieurs plusieurs fois. C'est évident que les médecins ne le savent pas. (p. 25)

L'intervenant 4 (le policier) admet que l'évaluation dressée par les médecins généralistes sur la personne transportée par les policiers, après que ceux-ci se soient assurés de la

présence de motifs attestant que cette personne présentait état mental dangereux, s'inscrit souvent en faux avec leur propre perception d'une situation d'urgence. Il déplore le manque de formation donnée aux généralistes sur qui repose pourtant le mandat d'appliquer l'article 8 de la Loi.

Extrait des propos de l'intervenant 4, le policier :

Je dirais qu'on a moins de misère avec les psychiatres qu'avec les généralistes. Parce que les psychiatres savent je pense. C'est vraiment la première étape à l'Urgence. C'est auprès des généralistes qu'il y aurait une formation à donner. Ce serait une première porte d'entrée. (p. 14)

Certains des intervenants avouent avoir trouvé le moyen d'éviter qu'une personne qu'ils jugent aux prises avec un état mental «dangereux» soit évaluée par un médecin généraliste. Pour cela, il leur suffit de privilégier, lorsque la situation le permet, la formulation au tribunal d'une requête pour évaluation psychiatrique ce qui leur permet ainsi de contourner l'intervention policière et sa conclusion possible. Cette procédure a l'avantage pour eux d'assurer que la personne qu'ils considèrent en situation de dangerosité mentale soit évaluée, si le juge l'accorde, par un psychiatre et non pas seulement par un médecin généraliste. Il semble que le psychiatre soit reconnu dans le milieu de l'intervention psychosociale comme étant plus en mesure que le médecin généraliste d'évaluer correctement l'état de dangerosité mentale d'une personne et ainsi pouvoir éviter que des situations dramatiques, comme des suicides, puissent avoir lieu. Cette situation s'explique possiblement par le fait que, comme le relève l'intervenante 3 (la psychiatre), les médecins généralistes n'ont jamais ou très peu reçu de formation sur le dispositif légal de la mise sous garde préventive et sur l'évaluation spécifique qu'une telle pratique nécessite. Elle mentionne qu'il serait sans doute préférable que les psychiatres puissent être impliqués dans les procédures qui mènent à la mise sous garde préventive d'une personne étant donné la dangerosité vers laquelle peut rapidement évoluer l'état mental de certaines personnes et, ce, sans la présence de signes avant-coureurs apparents que l'on comprend pouvoir échapper plus facilement aux médecins généralistes qu'aux psychiatres traitants.

Extrait des propos de l'intervenante 3, psychiatre :

Ça aurait peut-être été intéressant pour nous d'avoir un feedback là-dessus parce que je peux dire que même pour les gardes préventives, il n'y a eu aucune formation pour les généralistes. C'est plus les généralistes qui vont mettre les patients en garde préventive. Nous on va demander une garde provisoire et la garde en établissement. Mais pour les gardes préventives, c'est les généralistes.

Je ne dis pas que les gens ont eu tort quand ils ont mis les patients en garde préventive. On a plus tendance à mettre les patients dehors qu'à les garder. Donc au moment où ils les mettent, j'ai rarement vu qu'il n'y avait pas de justification quand j'ai revu le patient le lendemain, pour ceux que j'ai revu. Mais d'un autre côté, je suis convaincue que les généralistes ne sont pas suffisamment formés et ils ne réalisent pas l'importance du geste posé. Et des fois des choses comme ça je ne suis pas au courant et qu'au niveau des mécanismes de communication, quand vous avez ce genre de problème, je trouve qu'on devrait être avisé pour qu'on regarde si c'est justifié ou non. On a quand même beaucoup de patients qui prennent de l'alcool, des drogues puis quand le «peak» d'action de l'alcool ou de la drogue est passée, c'est un peu difficile de le garder. Même un tableau dramatique peut changer... Donc c'est un peu délicat. (p. 24-25)

1.1.3 Les raisons de croire en la présence d'une dangerosité mentale grave et immédiate : divergences de perceptions entre psychiatres et policiers

Selon l'expérience de la psychiatre, il semble qu'à l'occasion les spécialistes comme elles ont suffisamment de raisons de croire que l'un de leurs patients présente une dangerosité mentale qui nécessite qu'il fasse l'objet d'une mise sous garde préventive. Dans une telle situation, le psychiatre appelle les policiers pour leur demander d'aller chercher le patient à son domicile et de le transporter à l'hôpital en vue d'une mise sous garde préventive. Or, bien que cette procédure puisse paraître simple à première vue, nos données montrent que la procédure légale qui permet la mise en application de la garde préventive pose différents problèmes aux policiers comme aux psychiatres.

En effet, comme l'a mentionné l'intervenante 3 (psychiatre), le médecin qui dispose de certaines informations sur l'état mental d'un patient peut demander aux policiers de procéder au transport de ce dernier en vue d'une mise sous garde préventive. Seulement, selon la Loi, si le psychiatre n'a pas obtenu au préalable une ordonnance du tribunal qui autorise et confirme la nécessité pour le policier du transport de cette personne vers l'hôpital, le policier ne peut pas s'en remettre entièrement à l'avis du médecin pour procéder au transport. Comme cela a été indiqué précédemment, dans le cas d'une intervention découlant de l'article 8 de la Loi P-38.001, le juge n'a pas à intervenir. Le

policier dispose du pouvoir de décider seul, en utilisant lorsque la situation le permet l'expertise d'un intervenant de crise, de la nécessité d'un transport vers l'hôpital. Toutefois, pour user de ce nouveau pouvoir, la Loi lui prescrit d'avoir des *motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente une dangerosité grave et immédiate*. Ainsi, même quand la demande provient du psychiatre traitant de la personne concernée par la demande d'un transport, d'après la Loi, le policier se doit tout de même de s'assurer qu'il dispose lui-même desdits motifs. Cette double «évaluation-estimation» de la dangerosité mentale effectuée par des professionnels aux expertises bien différentes est à l'origine d'irritants importants, de l'avis des intervenants 3 (psychiatre) et 4 (policier).

L'évaluation à distance des médecins qui connaissent le patient et qui ont certaines informations les portant à penser que l'état mental du patient nécessite une mise sous garde préventive ne concorde pas toujours avec l'*évaluation* dressée par le policier. Une fois au domicile de la personne, les policiers constatent, à l'occasion, que la personne ne présente aucun signe pouvant attester que son état mental présente une dangerosité grave et immédiate. L'intervenante 3 (psychiatre) insiste pour dire que la dangerosité mentale d'une personne peut parfois ne pas être apparente pour un policier, ce qui ne veut pas dire pour autant qu'elle n'est pas réelle. Le problème, comme le mentionne l'intervenant 4 (policier), est que, dans toutes les situations,, la Loi demande au policier d'avoir des motifs sérieux de croire en la présence d'une dangerosité grave et immédiate avant de transporter une personne à l'hôpital, et ce, même dans les cas de demandes émises par un médecin. Bref, la mise en application de la procédure légale qui permet l'intervention policière semble être difficile à gérer par les policiers qui n'ont pas l'expertise requise pour *évaluer* la présence d'une dangerosité mentale et qui, en même temps, sont mandatés pour repérer des signes les menant à croire en la présence d'un état mental associé à une dangerosité grave et immédiate. Ils sont en ce sens pris entre les obligations exprimées par leur mandat légal et les demandes particulières des médecins qui se basent souvent sur une toute autre grille de lecture pour évaluer l'état mental de leur patient et pour ainsi croire en la nécessité d'amener une personne à l'hôpital, sans son consentement.

Voici un extrait des propos échangés entre l'intervenante 3, la psychiatre, et l'intervenant 4, le policier :

Psychiatre

(...) Certains policiers essaient parfois de nous convaincre, malgré notre expertise et malgré que nous connaissions le patient (inaudible), ils ne voulaient pas amener le patient à l'hôpital parce que le patient avait l'air bien parce que la personne n'était pas à même d'évaluer la situation.

(...)

On les appelait pour qu'ils nous amènent le patient et eux ils refusaient parce qu'ils le trouvaient très bien. (...)

Mais quand on a des informations qui laissent croire que le patient a des antécédents de violence et qu'il s'est montré menaçant ou violent, peut-être pas au moment où le policier est là mais qu'on voit qu'il est en réaction et que ça nous inquiète par rapport à la sécurité du public. Je ne peux pas dire que ça arrive fréquemment. Mais ça m'est arrivé deux à trois fois où ça été des négociations de longues haleines. Je parle de cas d'exception, il ne faut pas généraliser. (p. 3-4)

Policier

Il y a aussi dans les cas que vous avez mentionnés tout à l'heure. La Loi dit que les seules personnes qui sont désignées pour évaluer la dangerosité et même le gros bon sens dit : «Si le médecin ne connaît pas son patient, mais qui va le connaître?». Sauf que la Loi dit que les personnes qui ont été désignées, ce sont les personnes de UPS-J et certaines personnes qui ont été désignées dans les maisons de crise. Là les médecins appellent les policiers. Et là les policiers se sont faits avisés de ne pas amener la personne à l'hôpital, de ne pas la priver de ses libertés, qu'elle a des droits. Alors là le médecin appelle et constate sur les lieux que le gars regarde la télé et qu'il n'a pas l'air dangereux. Et là le médecin lui dit qu'il connaît son patient puis que dans le passé il a déjà été calme et devenu subitement violent. Et là ce sont les policiers qui sont pris avec ça. Et c'est à ce moment que les policiers disent au médecin : «Bien regarde, on en voit pas.». Parce que nous on ne fait pas d'évaluation. On cherche les motifs de croire que la personne est un danger. Et dans ces cas-là bien on leur dit qu'on leur enlèvera pas ses libertés. J'ai pas de motifs. Le médecin répète que dans le passé... Mais dans le passé ça ne veut pas dire que ça va arriver là. Puis s'il y a quelque chose, il y a toujours l'évaluation psychiatrique que vous pouvez demander à la cour. Et là on est pris avec ça. On est dans un milieu où on fait à la fois trop et à la fois pas assez. On demande beaucoup aux policiers qui n'ont pas de formation, pas de connaissance et de prendre ce genre de décisions. Et ça crée des frustrations d'un bord et de l'autre. (...) On se dit que quand la personne sera en crise, bien à ce moment-là on l'amènera. (p. 5-6)

Psychiatre

C'est pas tellement que ça crée des frustrations. C'est que c'était long et qu'à chaque fois ils ont fini par l'amener. Je trouvais que c'était difficile. Le processus était long et pénible. Je suis sûre qu'on aurait pu faire quelque chose d'un peu plus facile. (p. 5-6)

À l'évidence, les procédures entourant la mise en application de l'article 8 de la Loi préoccupent les intervenants qui ont le mandat de son application. Leurs expériences montrent que différents problèmes subsistent en ce qui concerne les modalités

d'intervention. Ils semblent s'entendre sur l'utilité démontrée de l'expertise des intervenants de crise de même que sur le caractère imprécis de la Loi sur la priorité du pouvoir décisionnel entre intervenants de crise et policiers. De façon générale, il ressort de leurs échanges que les policiers comme les médecins généralistes semblent avoir été insuffisamment formés pour appliquer le nouveau mandat que leur a attribué la législation de 1998. Pour les policiers, le fait de ne plus avoir seulement à appliquer la Loi mais bien aussi d'avoir à «estimer une situation qui révèle que l'état mental d'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui» semble poser des problèmes pratiques qui, plus de 6 ans après l'entrée en vigueur de la Loi, demeurent non résolus.

1.2 Difficultés d'intervention reliées au concept *flou* de «dangerosité de l'état mental»

1.2.1 Les difficultés d'interprétation du concept juridique de «dangerosité mentale» dans la pratique des intervenants

Plusieurs des intervenants s'entendent autour d'un même constat : la dangerosité de l'état mental est un concept flou qui laisse place à des divergences d'interprétation. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre, la Loi P-38.001 parle à la fois d'une dangerosité mentale assez générale, non définie, et à la fois d'une dangerosité qu'elle qualifie de *grave* et d'*immédiate*. C'est cette dernière dangerosité de l'état mental que le dispositif de l'article 8 a pour objectif de gérer. L'autre type de dangerosité, celle plus générale, la Loi a prévu de la gérer par les dispositifs des requêtes adressées au tribunal, soit pour fin de garde en établissement, soit pour fin d'évaluation psychiatrique (garde provisoire). Bien que ce concept puisse paraître clair et opérationnel lorsque considéré dans un contexte juridique, les intervenants chargés de sa mise en application au plan judiciaire et clinique avouent ne pas s'entendre entre eux sur une même définition du concept de «dangerosité de l'état mental».

L'intervenant 4, le policier, exprime clairement cet état de fait lorsqu'il avance :

C'est le problème qu'on a. Je vais parler pour les policiers. Effectivement, le problème qu'on a c'est qu'on ne sait pas c'est quoi le danger. C'est relatif. Le danger pour l'UPS-J c'est peut-être pas le même danger que pour les policiers et c'est pas le même danger pour les médecins et c'est pas le même danger pour la famille. Et là on demande aux policiers d'intervenir dans des situations qu'ils ne connaissent pas. Ils disent que ce n'est

pas leur job, qu'ils ne connaissent rien là-dedans, qu'ils ne sont pas travailleuse sociale ou psychologue (...)

Si la personne a fait des gestes comme des tentatives, c'est plus facile pour nous, ça c'est clair. Mais dans des situations où c'est pas clair, comme le cas d'une personne qui a écrit ou qui a dit à quelqu'un qu'elle allait se suicider, là on est en train de dire aux policiers : «Dans certains cas oui, dans certains cas non. (p. 5)

Ce qui apparaît le plus problématique, de l'avis de nombreux intervenants, est le fait que le législateur ait fait le choix de structurer l'essentiel de la nouvelle législation autour de la question de l'absence ou de la présence de «dangerosité de l'état mental» sans pour autant juger nécessaire de définir le concept. L'absence de définition claire du concept de «dangerosité mentale» représente donc une dimension négative de la Loi qu'ont tenu à souligner plusieurs des intervenants. À titre d'exemple, l'intervenant 4 (le policier) déplore le fait que d'un côté, la législation de 1998 ait conféré de nouvelles responsabilités et un pouvoir d'intervention considérable aux policiers et que, de l'autre côté, elle n'ait pas prévu leur transmettre une information claire sur les étapes exactes que sous-entend leur nouveau mandat.

Extrait des propos de l'intervenant 4, le policier :

Au début, quand cette loi a été faite, les policiers n'ont jamais été consultés. Ils ont soudainement donné beaucoup de pouvoir aux policiers sans leur dire ce qu'ils devaient faire.

(...) En pensant qu'on allait le faire en se disant qu'il n'y aurait pas de problème. Sauf que regardez là, en 2008 on sera dix ans plus tard, puis regarde on est encore pris avec des problèmes d'interprétation. (p.8)

L'intervenante 1 (membre de l'Agence) abonde dans le même sens que l'intervenant 4 (le policier). Elle déplore que les concepts juridiques comme «dangerosité mentale», «grave» et «immédiat» n'aient pas été traduits en concepts cliniques avant l'entrée en vigueur de la Loi P-38.001. Ce travail de traduction et d'opérationnalisation des concepts juridiques, pourtant essentiel à la possibilité d'une mise en application de la nouvelle Loi par les intervenants mandatés, a dû être fait régionalement, réalité qu'elle déplore vivement. Cette situation génère deux problèmes majeurs à son avis. Premièrement, cela fait en sorte qu'au Québec les pratiques entourant la mise en application de la Loi P-38.001 ne peuvent aspirer à être homogènes d'une région à l'autre. Deuxièmement, l'absence de

guide pratique et interprétatif de la Loi fait en sorte que les intervenants peuvent interpréter de différentes façons une même procédure légale.

Extrait des propos de l'intervenante 1, travailleuse sociale :

Dans l'ordre de l'application, parmi les grosses difficultés qu'on a rencontrées ici à l'agence parce qu'on a reçu le mandat d'appliquer la nouvelle loi, l'article 8. On a pas eu de guide de directive avec ça. On a eu strictement rien. On a eu aucun budget puis aucune directive. C'était «arrangez-vous avec le bicycle puis la pompe!». Y a eu un travail de collaboration qui s'est fait avec le milieu et qui était fort intéressant et une des grandes difficultés je dirais qu'on a eue, c'était la toile de fond tout le long des travaux : comment traduire des concepts juridiques en concepts cliniques. Et le concept de danger, qui est un concept légal pour les policiers, qui devient un concept clinique pour un psychiatre puis que la traduction entre les deux se fait très très difficilement. Et vous prenez le mot «grave», c'est la même chose. Le mot «immédiat», c'est la même chose. Alors il a fallu faire un travail laborieux parce qu'on en est arrivé avec des guides dans la région de Montréal. On a établi des normes dans la région de Montréal puis on a des guides qui traduisent le plus adéquatement possible, en tout cas on le pense, ces concepts là qui sont des concepts juridiques en concepts cliniques. Et ça le législateur n'est pas conscient de ça : des difficultés que ça amène. Alors il devrait y avoir minimalement, quand une loi comme ça puis qu'ils t'introduisent des concepts, des gens qui... En tout cas, moi je pense que ce n'était pas à nous (l'Agence) de le faire. Nous autres dans la région de Montréal, à défaut d'avoir quoi que ce soit pour nous guider, on a décidé de faire le guide. Je crois qu'on est la seule région ou à peu près la seule région qui a fait une affaire comme ça. Le ministère ne devrait jamais descendre les mandats comme ça dans des régions pour l'application tant et aussi longtemps qu'on n'a pas fait la traduction de ces concepts là : de les faire passer du juridique au clinique. Pour être certain que tout le monde s'entend sur la même chose. À défaut de quoi on interprète chacun à sa façon puis je pense que... (p. 12)

L'intervenante 1 (membre de l'Agence) donne des exemples de problèmes d'interprétation qu'elle a décelés chez de nombreux policiers dans les premiers temps de mise en application de la Loi P-38.001. Elle explique que les policiers avaient de la difficulté à accorder leurs interventions au concept de «dangerosité mentale grave et immédiate». Sans une compréhension fine de ce concept et de ce à quoi il fait référence dans la pratique, l'article 8 de la Loi peut laisser croire que le policier peut intervenir quand la personne a besoin d'aide. Et c'est là qu'aux yeux de l'intervenante 1 les policiers commettaient une importante erreur d'interprétation.

Extrait des propos de l'intervenante 1, (membre de l'Agence) :

Il y a un impact aussi au niveau de la notion de danger. On a choisi cette notion-là plutôt par exemple que «jugement», un problème de jugement d'inaptitude par le jugement,

comme la curatelle par exemple qui elle est basée sur une inaptitude qui est causée par un jugement altéré. Par contre, dans cette Loi-là ce n'est pas la notion qu'on a privilégiée. On a privilégié la notion de «danger grave et immédiat». Et je dirais que c'est difficile à faire comprendre. Je ne sais pas combien de fois j'ai eu cette discussion-là avec des policiers qui ont de la difficulté à comprendre qu'on a pas de moyens d'appliquer ou de protéger quelqu'un qui a un jugement altéré parce que ça revient à l'exemple qu'on avait tantôt. L'itinérant qui a huit manteaux d'hiver sur le dos à 30 degrés, qui a des poux partout puis qui mange pas mais qui est bien cool sur son coin de rue. On ne peut pas prendre cette Loi-là puis s'en servir, l'appliquer pour lui venir en aide. Il a le jugement altéré mais il ne représente aucun danger. Et ça les policiers au début avaient beaucoup de difficultés à comprendre cette notion-là. Parce que pour eux autres c'était venir à quelqu'un qui visiblement avait besoin d'aide (...) (p. 34-35)

1.2.2 Quel dispositif légal s'applique quand il y a présence d'une dangerosité mentale «permanente» ?

L'expérience de l'intervenante 3 (psychiatre) permet d'interroger certaines des limites qu'impose la Loi P-38.001, structurée autour du concept de «dangerosité mentale», en matière d'intervention médicale. Dans sa pratique clinique, ce concept peut poser certains problèmes notamment quand elle fait face à un patient aux prises avec d'importants problèmes de toxicomanie susceptibles de le faire basculer à n'importe quel moment dans un état de dangerosité mentale. Face à ce genre de situation, qu'elle nomme de «dangerosité permanente», elle s'interroge sur la manière dont un médecin peut utiliser adéquatement son pouvoir légal d'intervention, par le biais de requêtes pour garde en établissement par exemple, sans pour autant tomber dans une logique de répression sociale. Elle tient à souligner que de plus en plus de personnes se retrouvent aux prises avec des problèmes d'altérations du jugement, reliés à des problèmes de toxicomanie, et que pour ceux-là très peu de ressources existent. Autrement dit, ne faut-il pas se demander si ces cas ne témoignent pas d'une des limites de l'utilisation du concept de «dangerosité mentale» au plan légal en matière de protection de la société et de ses membres contre les problèmes reliés à la santé mentale ? En somme, l'intervenante 3 (psychiatre) arrive à montrer que les problèmes de consommation de drogue et d'alcool génèrent des situations de dangerosité mentale pour la personne elle-même et pour les autres et que cette situation problématique assez récente dans l'histoire des pratiques en psychiatrie ne trouve peut-être pas sa meilleure solution dans la Loi P-38.001.

Extrait des propos de l'intervenante 3, la psychiatre :

Parce que moi je sais nous on est dans une région où il y a le taux de suicide le plus élevé à Montréal. Le rapport du coroner, ça nous avait énormément aidés. Il y en avait eu trois dans la période des Fêtes. Trois personnes assez isolées. Moi je sais que j'avais analysé les trois dossiers et il n'y avait pas de raison de garder les patients à l'hôpital contre son gré parce qu'il ne faut pas oublier que les patients nous disent : «Je ne veux pas rester.». Et nous, jusqu'à quel point est-ce qu'on peut être coercitif? D'un côté, on est pris avec un discours disant que le patient est autonome et a droit à ses choix. Et de l'autre côté, on est pris avec les risques médico-légaux. Puis il y a les risques immédiats. Mais il y a des patients qui ont des conduites à risque toute leur vie. Donc on sait qu'avec le mode de vie qu'ils ont, c'est quelqu'un qui va être toute sa vie, enfin toute sa vie, toute cette période-là avec les conduites à risque et des modes de vie chaotiques. Alors moi, est-ce que je peux garder quelqu'un en détention préventive qui me dit maintenant qu'il n'est plus suicidaire. Et ça m'arrive souvent. Il y a des gens qui nous disent : «Vous savez, j'ai menti aux policiers et à ma famille en disant que je suis suicidaire comme ça ils n'ont pas à m'en vouloir si j'ai pris de la drogue, ils sont contre ça. Je connais mes droits, laissez-moi partir.». Alors à un moment donné, il y a la maladie mentale, on est allé chercher l'information, une fois qu'on a fait toutes ces démarches et que le patient veut partir puis qu'effectivement il y a un risque de dangerosité, mais que ce risque est là en permanence, jusqu'à quel point moi je peux être coercitive? Et ça me pose un problème majeur je vais vous dire. Et d'ailleurs il y a deux ou trois gardes en établissement que j'ai demandées en mettant bien cette problématique. C'est que j'ai des gens qui ont des conduites à risque : le problème de la drogue, je pense que c'est un problème majeur. D'ailleurs les trois qu'on avait eus, c'était des gens qui avaient des problèmes de consommation. Donc les gens peuvent sortir et re-consommer et... Ça me pose un problème majeur parce que, et c'est pas la pression des familles, c'est qu'on a des jeunes ou même des personnes plus âgées, que lorsqu'ils consomment ont des idées de suicide. Et le problème majeur en est un de consommation et on a des gens qui lorsqu'ils consomment, passent aux actes : ils deviennent dangereux pour eux-mêmes et pour autrui aussi. Puis on les garde 24 h parce que tant qu'ils sont désorganisés, je n'ai pas de problème, je peux les garder soit en garde préventive, soit dans des gardes en établissement. Mais ces personnes-là, dès qu'ils sortent, ils ne sont pas capables de ne pas répondre à la sollicitation du milieu parce que leur état de santé mentale, je ne dirais pas leur état de santé mentale, mais plutôt leur jugement est altéré par la soif ou par le besoin de consommer qui fait qu'ils vont réclamer de partir à un moment où ils sont (inaudible) clair, ils sont capables d'interagir. Mais on sait qu'en les relâchant, ils vont se remettre automatiquement dans des situations à risque. C'est qu'en même temps, je sais qu'il y en avait deux pour lesquels j'avais bien expliqué au juge qu'au fond ça me prenait du temps pour permettre à ces gens-là de se protéger contre eux-mêmes et de les envoyer dans un centre de désintoxication. Je me suis assurée de tout marquer comme il le faut parce que je me suis dit que quelqu'un pourrait très bien se retourner contre moi et en même temps je vois quelqu'un qui est aliéné mentalement par son besoin de consommer au point de mettre sa vie en danger. Le «48 heures» est passé et je vais le sortir. Je suis sûre qu'il y en a qui se sont suicidés. Mais est-ce que je suis un agent de répression sociale? C'est un rôle qui est difficile. Et des ressources, il n'y en a pas tant que ça. On demande d'avoir des gens en toxico. Pour moi c'est majeur. À la table des urgentistes, j'aurais besoin de plus qu'une infirmière. J'aurais besoin d'un agent en toxico. C'est un problème majeur. Je n'ai personne pour accompagner ces gens-là. On se sert de vous, mais quand même j'ai personne pour accompagner ces gens-là jusqu'au centre. Parce qu'on les motive. Lorsqu'ils arrivent à l'hôpital, on va utiliser cette période de crise pour les amener. On les appelle et là ils nous disent qu'il y a trois semaines

d'attente. Alors entre-temps, ils retournent dans leur milieu et la motivation diminue et se remettent dans des situations à risque. Alors je pense que pour éviter que l'on soit juste des agents de répression sociale, dans un contexte qui est véritablement problématique, il y a aussi une responsabilité collective de fournir les équipements humains nécessaires. C'est quand même beaucoup sur nos épaules. Il y a beaucoup de docteurs et de femmes docteurs qui se suicident. Il y a un taux élevé. On a à assumer une responsabilité médico-légale, on est confronté à beaucoup de détresse humaine et on n'a pas beaucoup de ressources. Alors je pense qu'à quelque part, il y a aussi cette problématique-là. Il y a la responsabilité sur le plan judiciaire. Il y a aussi la responsabilité sur le plan humain. Puis il y a celle clinique.

1.3 La dispensation de signifier et d'interroger lors de requêtes pour évaluation psychiatrique : pratique abusive ou motivée ?

Comme on aura l'occasion de l'expliquer au cours du prochain chapitre, la Loi prévoit que, sauf en cas d'exception, la personne pour qui est adressée une requête pour évaluation psychiatrique au tribunal se doit d'être signifiée et interrogée par le juge. À ce propos, l'intervenante 5 attire l'attention sur le fait que la majorité des requêtes pour évaluation psychiatrique qu'a dû demander l'organisme communautaire pour lequel elle travaille avait obtenu du tribunal la dispense de signification et d'interrogation. Elle déplore que cette pratique de dispensation de la signification et de l'interrogation en rapport avec la requête pour évaluation psychiatrique ne soit pas mieux connue par la population et qu'elle ne soit pas non plus davantage appliquée par le tribunal. Elle s'est penchée sur plusieurs cas de personnes qui n'avaient été ni signifiées ni interrogées par rapport à la requête pour évaluation psychiatrique alors demandée à leur intention. Dans plusieurs de ces cas, la requête avait été accordée telle quelle par le tribunal et n'avait ensuite débouchée sur aucune prolongation de garde. Plus concrètement, après l'évaluation psychiatrique, la personne qui faisait l'objet de la requête avait vu sa garde provisoire être immédiatement levée étant donné l'absence de dangerosité que présentait son état mental. Ce constat amène l'intervenante 5 à questionner la valeur et le sérieux des motifs qui poussent la partie demanderesse comme les juges à appliquer la dispense de signification et d'interrogation dans les requêtes pour évaluation psychiatrique.

Extrait des propos de l'intervenante 5, travailleuse communautaire dans le domaine de l'hébergement en santé mentale :

Travailleuse communautaire

Nous autres au niveau de l'habitation, ils ne marcheront pas avec la garde préventive parce qu'ils trouvaient justement que c'était trop flou. Mais ça fait pas tout à fait un an que je suis arrivée... Mais ce qu'ils vont se servir plus c'est de la requête. Ils vont aller se chercher une requête pour faire un examen. Ce que je trouve particulier c'est que la personne peut être appelée au tribunal et dans les requêtes il ne le mentionne jamais. Ça c'est disons pour moi un aspect de la loi que je trouve qui n'est pas appliqué, qui n'est pas connu. Je veux dire de signifier à la personne qu'elle peut comparaître. Quand ils font leur requête... La plupart dispense de signifier.

Représentante du tribunal

Mais ils ont des raisons de le faire.

Travailleuse communautaire

Je ne suis pas sûre qu'ils savent pourquoi ils le demandent. Mais je veux dire que c'est pas quelque chose qui est très connue la pratique de la dispense. Et je pense qu'on devrait dire que ça pourrait servir de signifier.

(...)

Bien avant de venir ici, j'ai fouillé dans les cas antérieurs et je ne suis pas sûre que... Il y a explications des intervenants. Je ne mets pas en doute qu'ils ont donné une explication. (...) Moi ce que je veux dire c'est que ça n'a pas été expliqué tant que ça l'importance de signifier ou à quoi ça servirait. Dans la pratique, moi ce que j'ai vu dans ce que j'ai regardé, y a jamais personne qui s'est posé la question. Puis j'ai appelé du monde là. Je leur ai demandé s'ils s'étaient posé la question à savoir s'ils avaient pu signifier. Ils répondaient qu'ils avaient eu trop peur. Mais pourquoi? D'après moi, je pense qu'ils auraient peut-être dû signifier quand même. Dans ce que j'ai vu moi au niveau de l'habitation. Je ne veux pas en faire une généralisation.

(...)

Les personnes que j'ai rencontrées qui ont demandé des requêtes, je suis allée les rencontrer, je leur ai demandé. Automatiquement ils vont s'en aller dans la dispense, ce sont elles-mêmes qui me l'ont dit parce qu'ils n'ont pas de support. Et je vous dirais que dans au moins trois cas que j'entends, l'ordonnance a été faite. Elle est allée faire son évaluation psychiatrique et après elle est sortie. Donc il n'y avait peut-être pas tant de dangerosité que ça. Et si la personne avait été signifiée, peut-être que le juge ne l'aurait même pas ordonnée. Et c'est ça que je veux dire. J'ai parlé aux gens qui ont fait la requête, je ne veux pas remettre en doute vos compétences, mais ce que je veux dire, puis je ne pense pas que c'est vos compétences partout. Je pense que c'est aussi les intervenants qui ont aussi des stratégies. Ils sont mal pris parce qu'ils n'ont pas d'autres services. Moi je ne veux même pas mettre le blâme sur les intervenants parce que s'ils n'ont pas d'autres services, ça se peut qu'ils aient peur s'il n'y a pas personne pour t'aider. C'est ça. Il y a une réalité qui est là et elle est constatée.

Ce constat n'est toutefois pas partagé par l'intervenante 6 (représentante du tribunal) dont le mandat professionnel fait qu'elle est bien placée pour connaître les raisons qui sont présentées au juge pour motiver la demande d'une dispense de signification et

d'interrogation. Selon son expérience, les cas de demande de ce type de dispense sont chaque fois motivés par des raisons sérieuses soumises à la décision du juge. Lorsque ces raisons paraissent insuffisantes ou douteuses aux yeux du juge, toujours selon l'expérience de l'intervenante 6, ce dernier refusera la demande de dispense.

Extrait des propos de l'intervenante 6, la représentante du tribunal :

Bien moi je peux vous dire, c'est moi qui est là, et moi j'explique pourquoi on demande une dispense. De toutes façons, la personne qui demande une telle requête au juge, elle est obligée d'expliquer aux juges les raisons qui l'amènent à demander une dispense. Parce que je veux dire si je remets ce document à la personne qui est malade et évidemment on ne veut pas aller au centre hospitalier. Alors voilà on remet ce document-là disant par exemple que j'ai peur qu'elle se sauve, j'ai peur qu'elle mette ses projets à exécution, j'ai peur de ci, j'ai peur de ça. (...) Mais dans les cas d'évaluation psychiatrique, c'est certain que pour la personne qui ne veut pas aller au centre hospitalier, on leur donne à ce moment-là 48 heures de jeu et là bien la personne avait le temps de mettre ses projets à exécution. Parce que si tu ne veux pas y aller au centre hospitalier, si tu reçois... Mais dans le doute, les juges vont obliger je ne sais pas une femme qui vient pour son ex mari parce qu'elle a déjà été dans un centre hospitalier puis c'est à lui maintenant d'aller faire un tour, bien dans le doute le juge va dire : «Écoutez ma petite madame, (inaudible)». Mais il y a toujours une explication devant le juge sur la dispense de signifier. Et je le sais, je suis à la cour depuis 33 ans et quand ce n'est pas moi c'est ma collègue. (p. 8)

L'intervenante 6 (représentante du tribunal) ajoute aussi que le Palais de Justice de Montréal ne possède pas les infrastructures adéquates, à son avis, pour accueillir les personnes que le juge demanderait à interroger avant de décider d'ordonner ou non l'évaluation psychiatrique qui lui est adressée. Face à une personne qui réagirait par exemple violemment à la décision du juge d'accueillir la requête pour évaluation psychiatrique, l'intervenante 6 mentionne que le tribunal n'est pas convenablement organisé pour répondre à ce genre de situations. De plus lorsque le juge décrète, après avoir interrogé la personne, qu'elle doit être transportée à l'hôpital pour passer une évaluation psychiatrique, celle-ci est conduite près des cellules qui logent temporairement les criminels au Palais de justice et demeure sous la surveillance de nombreux agents jusqu'au moment où les policiers viennent la chercher. Selon l'intervenante 6, cette situation n'est pas souhaitable et, par conséquent, il est sans doute moins désagréable pour les personnes de se faire interpeller par les policiers à partir de leur domicile afin d'éviter à avoir à passer l'étape de l'interrogation au Palais de justice.

Extrait des propos de l'intervenante 6, représentante du tribunal :

Parce que moi ce que j'ai vu, d'une dame entre autres qui avait été hospitalisée il y a quelques années. Et j'en ai vu une autre dernièrement. Et les deux personnes ont été surprises quand le juge a dit : «Bien écoutez ma petite madame, vous allez allée au centre hospitalier.». Puis c'est pas drôle non plus. Surtout que nous autres on est pas organisé. C'est pas l'hôtel le Palais de justice. Alors ces personnes-là se sont dirigées vers la salle de cour qui est neuve et la personne a arraché la tapisserie tellement elle était... Elle a voulu sauter sur le juge, mais bon. Bon écoutez c'est pas l'idéal. Mais je pense qu'entre rester chez soi et voir les policiers arriver, ils ont eu de la formation, ils n'arrivent pas comme des sauvages chez la personne pour lui dire qu'ils l'amènent au centre hospitalier. Entre ça, c'est désagréable j'en suis certaine, puis entre le fait qu'on ait sept agents spéciaux qui se soient mis à côté de cette personne-là. Et ils sont descendus en bas aux cellules pour attendre. Et ils sont avec les criminels et tout ça. On n'en a pas de place pour les garder au Palais de justice. Alors ces personnes-là sont descendues aux cellules puis elles attendent sur un petit siège l'auto-patrouille?... (p.9)

Ainsi, l'expérience des intervenantes 5 et 6 semble quelque peu différente. Est-ce que les cas de dispense de signification et d'interrogation sont chaque fois motivés par des motifs suffisamment sérieux? Ou est-ce qu'ils ne sont pas plutôt le résultat d'un manque de ressources qui fait en sorte que les personnes qui procèdent à ce type de requête à l'intention d'un tiers préfèrent la dispense? Plus précisément, l'absence de support et d'aide combinée à la crainte de la réaction de la personne visée par la requête ne font-ils pas en sorte d'influencer les personnes qui adressent une requête pour évaluation psychiatrique en faveur de la dispense de signification et d'interrogation? Nos données ne nous permettent pas d'éclaircir ces interrogations. Cependant, pour ce qui est de la question des infrastructures non adéquates, constat apporté par l'intervenante 6, il nous apparaît évident que le tribunal ne dispose pas d'un endroit adéquat pour recevoir les personnes convoquées pour une interrogation en rapport avec une requête pour évaluation psychiatrique.

1.4 Faiblesses de la Loi en rapport avec les différents types de mise sous garde

1.4.1 La levée d'une garde préventive : le patient à la merci du psychiatre

L'intervenante 3 (la psychiatre) fait remarquer que, dans sa pratique, elle n'a à remplir aucun document pour officialiser la levée d'une mise sous garde préventive. En effet, la Loi n'a prévu aucun dispositif de contrôle pour assurer le respect des temps maximum de mise sous garde préventive par les médecins. Nulle part il n'est prévu dans la Loi que le médecin doit signaler par écrit ou par voie orale à son patient que la garde préventive est

terminée, c'est-à-dire après un maximum de 72 heures de garde involontaire à l'hôpital. L'intervenante 3 se questionne sur la façon par laquelle une personne placée en garde préventive peut être informée du délai maximum dont dispose son médecin pour la retenir sans une autorisation du tribunal.

Extrait des propos de l'intervenante 3, la psychiatre :

(...) Lorsqu'on met quelqu'un en garde préventive, est-ce qu'elle se lève automatiquement. J'ai jamais vu dans le dossier : Garde préventive levée. On va le marquer, mais il n'y a pas de document officiel. (p. 15)

AUTRE EXTRAIT

Mais est-ce que ça se fait ailleurs pour la garde préventive? Est-ce qu'ils sont avisés de la levée de la garde préventive? (p. 17)

L'intervenante 1 (membre de l'Agence) apporte une réponse à l'interrogation de l'intervenante 3 (la psychiatre) en confirmant que la Loi n'a effectivement prévu aucune modalité légale pour assurer que la personne qui fait l'objet d'une garde préventive soit informée du dispositif qui permet qu'elle soit gardée contre son gré ainsi que de la durée légale de ce type de garde non autorisée par un juge. C'est en ce sens qu'à l'avis de cette dernière, les personnes qui se retrouvent en situation de garde préventive sont en quelque sorte «à la merci du psychiatre» puisqu'il est le seul qui a le devoir d'aviser la personne lorsqu'elle est mise sous garde. En revanche, la Loi ne précise pas si le médecin a le devoir d'expliquer à la personne ce qu'implique cette mise sous garde «préventive» non plus à quel moment elle est levée.

Extrait des propos de l'intervenante 1, travailleuse sociale :

Ça ne passe pas par le tribunal. C'est ce qui fait qu'ils sont à la merci du psychiatre du début à la fin. De l'introduire et du congé. Par rapport à la modalité, il y a rien qui est précisé. Mais effectivement, si on veut être clair, on doit aviser la personne, la Loi le dit qu'on doit aviser la personne qu'elle est mise sous garde préventive. On peut penser que la même obligation s'applique lorsqu'elle est levée. (p. 17)

On peut penser que cette importante lacune légale en matière de levée de la garde préventive peut comporter le désavantage de laisser trop de personnes dans l'ombre du dispositif de privation des droits et de libertés dont ils sont l'objet. Sans information

précise, il semble difficile d'imaginer qu'une personne en situation de «garde préventive» sache que la Loi fixe une limite de 72 heures à ce type de garde contrainte. Pour l'intervenante 3 (psychiatre), il est envisageable de penser que cet oubli de la Loi puisse conduire à des situations d'abus de la part des médecins.

Extrait des propos de l'intervenante 3, la psychiatre :

Parce que éventuellement, si quelqu'un voulait abuser et qu'il voudrait garder le patient encore un petit 24 heures parce qu'il ne le sait pas trop...Non je caricature là... (p. 17)

Bref, ces quelques interrogations sur le vide juridique entourant les modalités de mise en application de la garde préventive lève le voile sur la possibilité d'un manque d'information pour la personne gardée et éventuellement sur la possibilité de pratiques abusives de la part des médecins qui ne respecteraient pas le délai maximum de 72 heures prévu par la Loi. Les données recueillies lors du groupe d'entretien ne permettent pas de vérifier une telle hypothèse. Toutefois, et nous le verrons au cours du chapitre qui suit, il est clair que les entretiens individuels qui ont été menés auprès des personnes ayant fait l'objet d'une telle garde ont bien démontré qu'effectivement la plupart des répondants disposaient d'une information largement déficiente sur les types de garde involontaire dont ils ont été successivement l'objet. Ce dernier constat ajouté à celui formulé par les intervenantes 1 et 3 nous porte à conclure que le vide juridique sur les modalités entourant la garde préventive comporte possiblement plusieurs conséquences pratiques et symboliques non souhaitables qui mériteraient d'être davantage documentées.

1.4.2 Le droit de contestation devant le tribunal réservé à la personne qui s'oppose à une requête pour garde en établissement : mécanisme paradoxal?

La Loi P-38.001 réserve aux psychiatres la possibilité d'adresser une requête pour garde en établissement au tribunal quand il juge que l'état de santé mentale de leur patient présente une dangerosité mentale pour eux ou pour autrui. Souvent, cette requête est demandée au tribunal une fois que le médecin a épuisé le dispositif de la garde préventive et/ou celui de la garde provisoire. Face à une telle requête, la Loi prévoit pour la personne visée par cette requête le droit à une contestation. Si la personne désire s'opposer à la requête pour garde en établissement, elle doit se présenter au tribunal, avec ou sans

avocat, pour venir démontrer que les évaluations des psychiatres concluant à une dangerosité mentale ne représentent pas la réalité de sa situation. Bien que cette procédure de contestation soit prévue par la Loi, l'expérience de l'intervenante 3 (psychiatre) lui a montré que ce n'est pas toutes les personnes qui s'opposent à la garde en établissement qui profitent effectivement de ce droit. Elle remarque dans sa pratique que certaines personnes pour qui elle demande une requête pour garde en établissement, même si elles refusent d'être gardées, ne choisiront pas pour autant de contester devant le tribunal. Dans bien des cas, elles opposeront un refus au psychiatre mais ne se présenteront pas en cour. Pour l'intervenante 3, il s'agit là d'un problème important auquel ne répond pas la Loi P-38.001. À son sens, il n'est pas «logique» que les personnes qui s'opposent à leur mise sous garde ne soient pas systématiquement entendues par le tribunal, bref, que les mécanismes légaux n'arrivent pas à rejoindre l'ensemble des personnes qui s'opposent à une mise sous garde.

Extrait des propos de l'intervenante 3, la psychiatre :

Je suis quand même toujours interpellée parce qu'on met nos patients en garde en établissement, moi je les informe toujours de leurs droits, je leur fournis un dépliant, je les avise également qu'ils peuvent avoir quelqu'un qui peut les aider dans les procédures, s'il le souhaite ils peuvent avoir une travailleuse sociale. Mais, à mon avis, quand un patient est gardé contre son gré, qu'il vous dit clairement qu'il ne veut pas rester, c'est comme s'il y avait deux poids deux mesures : il y a ceux qui vont procéder et il y a ceux qui ne vont pas procéder. Et ceux qui ne procèdent pas, est-ce que c'est parce qu'ils sont trop malades pour ne pas procéder? Dans les deux cas, ce sont des gens qui ne veulent pas rester à l'hôpital. Si on arrive à les mettre en garde en établissement, c'est parce qu'ils ne veulent pas rester. Il y en a qui peut-être vont faire des démarches, peut-être les gens qui sont le moins malades pour faire les démarches. Les autres ne vont pas le faire. C'est quand même pas logique que ce soit pas quelque chose de systématique. Pour moi j'arrive pas à le comprendre. Ça reste pour moi quelque chose de très flou parce que le patient a exprimé clairement qu'il ne voulait pas rester. Tout le monde devrait pouvoir le contester sans avoir à faire ces démarches-là. Alors ça alourdit certainement. C'est vrai qu'en termes de processus, je sais que c'est de plus en plus lourd, mais ce n'est pas logique. (p. 18)

Précisons ici que la Loi prévoit un deuxième recours de contestation pour la personne à l'endroit de qui le psychiatre a obtenu du tribunal une ordonnance de garde en établissement. Après que le juge ait accordé la requête pour garde en établissement, si la personne visée n'est toujours pas satisfaite du jugement rendu, elle peut faire appel au Tribunal administratif du Québec (TAQ) qui, à nouveau, pourra entendre sa défense.

Toutefois, l'expérience de l'intervenante 3 (psychiatre) la porte à croire que le fonctionnement de ce second mécanisme ne semble pas non plus tout à fait adapté aux besoins des personnes qu'elle rencontre dans sa pratique. À son sens, le TAQ devrait se déplacer dès la première contestation de garde et non plus attendre, comme il le fait maintenant, que la personne s'oppose une deuxième fois à la garde demandée à son intention avant de l'entendre sur les lieux de l'hôpital. Elle laisse entendre que si ce nouveau mécanisme était appliqué, c'est-à-dire si le tribunal se déplaçait à l'hôpital dès la première démarche de contestation, cette procédure encouragerait un plus grand nombre de personnes opposées à leur mise sous garde à porter leur défense devant le tribunal. Cette modification apportée aux mécanismes légaux de défense irait dans le sens de l'une de ses principales revendications : adopter un mécanisme légal qui permettrait aux personnes qui s'opposent à leur mise sous garde d'être entendues d'office. De plus, toujours selon l'intervenante 3, le fait qu'un tiers, ici le juge, se rende à l'hôpital pour évaluer la situation de la personne concernée par la demande de garde comporterait l'avantage de faciliter le travail des psychiatres en leur évitant d'avoir chaque fois à se déplacer au Palais de justice.

Extrait des propos de l'intervenante 1, la travailleuse sociale et 3, la psychiatre :

C'est là que je ne comprends pas. Parce que je me dis à partir du moment où un patient est mis en garde en établissement, c'est qu'il conteste son hospitalisation. Donc normalement, dès la première contestation, ce qui serait plus logique, ce serait que le tribunal se déplace plutôt que d'avoir deux procédures. Parce que si je mets quelqu'un en cure fermée, c'est que déjà le patient conteste. Donc il y a déjà une procédure de contestation qui m'amène à l'amener. Donc c'est pas logique que le tribunal ne vienne pas dès la mise en cure fermée. Et même pour nous, ce serait à mon avis beaucoup plus facile parce qu'il y aurait comme un tiers qui vient de l'extérieur, qui regarde et qui évalue plutôt qu'on ait à faire ces démarches et de l'accompagner en... (p. 18-19)

AUTRE EXTRAIT

Il devrait y avoir des mécanismes en place puisqu'on judiciarise pour qu'il soit entendu d'office. (p. 39)

De l'avis de l'intervenante 6 (représentante du tribunal), l'application d'un tel mécanisme, soit le déplacement du tribunal vers l'hôpital dès la première contestation de

requête pour garde en établissement, nécessiterait des ressources qui lui paraissent trop considérables pour que le projet soit réalisable.

Extrait des propos de l'intervenante 6, représentante du tribunal :

Sauf que écoutez, avant qu'ils aient les ressources nécessaires au TAQ, parce que ça ne va pas en diminuant, et ce n'est pas parce qu'on en met plus en cure fermée. C'est parce qu'on a une population qui est plus grande au Québec. (p. 20)

Indépendamment de la question des ressources et du caractère réaliste ou non réaliste de la proposition de l'intervenante 3 (psychiatre), une préoccupation demeure : comment faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes puissent faire entendre les motifs pour lesquels ils s'opposent à ce qu'on les mette sous garde? Est-ce parce qu'ils sont trop «malades», comme le note l'intervenante 3 (psychiatre) ? Est-ce le fait d'avoir à se rendre au Palais de Justice qui décourage en impressionnant négativement la personne visée par la requête ? Est-ce par manque d'information sur le processus légal qui permet une telle contestation ? L'interrogation demeure entière. Toutefois, si l'on se rapporte aux propos partagés par l'intervenante 3 (psychiatre), cette préoccupation est réelle et ne semble pas trouver de solution concrète dans les modalités actuelles d'application de la Loi P-38.001.

1.5 La Loi P-38.001 et la crainte d'une augmentation du nombre de requêtes pour garde en établissement et de ses conséquences

On a eu l'occasion de le mentionner au début de ce rapport, la Loi adoptée en 1998 qu'on nomma alors *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui* avait pour objectif de remplacer la loi adoptée quelque 25 ans plus tôt, en 1972, soit la *Loi sur la protection du malade mental*. Les termes de la Loi de 1998 traduisent un changement important par rapport à la formulation choisie en 1972. Au plan symbolique du moins, la nouvelle Loi cherche à gérer les conduites non plus des «malades mentaux» mais bien de toutes personnes qui présentent un «état mental dangereux» pour elle-même ou les autres. Est-ce que les changements prévus se reflètent dans la pratique des intervenants? Est-ce qu'effectivement la population visée

par la Loi P-38.001 de 1998 a changé par rapport à celle sur qui s'appliquait autrefois la *Loi sur la protection du malade mental (P-41)*?

Plusieurs intervenants ont tenu à s'exprimer à ce sujet. Il semble que, pour plusieurs d'entre eux, le fait que la nouvelle Loi ne s'adresse plus à la même population ait engendré des transformations importantes dans leur pratique ainsi que de nouvelles préoccupations pour l'avenir.

Pour l'intervenant 4 (policier), il est clair que le fait que la Loi de 1998 demande dorénavant aux policiers d'intervenir auprès des gens qui ont un état mental «dangereux» en ne les conduisant non plus au centre de détention, comme ils avaient l'habitude de le faire, mais bien à l'hôpital a modifié grandement leurs pratiques. Son expérience lui fait dire que, présentement, les policiers transportent beaucoup moins de personnes au centre de détention alors qu'ils utilisent énormément plus les hôpitaux quand ils ont à intervenir auprès de personnes qui présentent un état mental altéré. Et cette situation, à son avis, déplaît au personnel hospitalier désormais aux prises avec des cas dont il n'avait auparavant pas à se préoccuper.

Extrait des propos de l'intervenant 4, le policier :

Je vais vous donner un exemple concret au niveau des policiers. Quelqu'un qui était intoxiqué qui marchait au milieu de la rue et qui criait, il y a un temps où on l'aurait arrêté pour avoir troublé la paix puis on l'aurait amené dans un centre de détention. Puis là aujourd'hui son état mental est perturbé, on l'enlève de la détention puis on l'amène à l'hôpital. Et là au niveau de la détention, ça l'a diminué. Mais au niveau des hôpitaux, bien là les policiers les amènent à tour de bras puis là les hôpitaux vont dire : «Bien là, regarde, qu'est-ce que vous faites avec ça ici. Amène-moi pas ça ici. (p. 33-34)

Le fait que les personnes qui, par exemple, troublent la paix publique en mettant en danger autrui ne soient plus conduites en centre de détention mais dans un hôpital pose différents ordres de problèmes qui dépassent l'horizon des simples complications organisationnelles et matérielles des centres hospitaliers. Pour l'intervenante 3 (psychiatre), lorsqu'on procède trop rapidement au transport vers l'hôpital de gens qui présentent un état mental altéré, sans considération des gestes commis, cette nouvelle procédure est susceptible d'ouvrir la porte à un effet pervers : la déresponsabilisation. Elle déplore entre autres que les personnes qui réagissent mal à la consommation de

drogue et qui mettent par exemple autrui en danger reçoivent en quelque sorte «l'absolution» lorsqu'on les transporte à l'hôpital plutôt qu'en centre de détention. Elle se dit d'accord pour que la société fournisse un traitement à ces personnes, mais elle pense qu'il est tout aussi important que la société trouve les moyens de responsabiliser ces personnes, mandat auquel ne répondrait pas pour l'instant le dispositif légal de la garde contrainte en psychiatrie.

Extrait des propos de l'intervenante 3, la psychiatre :

Nous on trouve à quelque part qu'un exemple comme ça ça peut amener aussi une déresponsabilisation parce qu'en quelque part quand tu troubles la paix pour avoir trop consommé, t'as troublé la paix. Là maintenant on t'amène à l'hôpital c'est un peu comme si on te donnait l'absolution. Il y a des conduites qui, c'est pas le fait se consommer, tout le monde consomme. Mais quand ta consommation t'amène à avoir un jugement altéré au point que tu peux devenir dangereux pour quelqu'un d'autre, c'est aussi que t'as la responsabilité de prendre les moyens pour que ça ne se reproduise pas. Régulièrement on a les mêmes patients qui nous arrivent et qui ont des conduites qu'on pourrait qualifier, j'aime pas ça parce que c'est un peu moralisateur, mais d'irresponsable par rapport à autrui. Et on est pris avec sans beaucoup de moyens. Ça serait peut-être bien qu'il y ait une possibilité qu'ils se fassent traiter pour leur état mental mais aussi qu'il se fasse responsabiliser par rapport à leurs conduites civiles. (p. 34)

AUTRE EXTRAIT

J'ai eu des cas de trafic de stupéfiants non criminellement responsables. Je les ai gardés d'ailleurs. Je me dis : «Ça se peut-tu! ». Non criminellement responsable pour cause de maladie mentale alors que le gars est capable de faire du trafic de stupéfiants puis c'est ça le cas... (p. 38)

Cette impression, avec la Loi de 1998, d'un glissement vers une possible *déresponsabilisation* des personnes qui ont eu certains types de conduites dangereuses pour autrui en situation d'état mental altéré est aussi partagée par l'intervenante 5 (travailleuse communautaire dans le domaine de l'hébergement en santé mentale). Celle-ci s'inquiète du fait que de plus en plus de cas de violence conjugale semblent être traités en termes de problèmes psychiatriques plutôt que comme des délits, des cas d'infraction à la Loi. Plus généralement, son expérience lui a fourni assez de signes pour qu'elle s'inquiète du phénomène montant d'une *médicalisation des problèmes judiciaires*.

Extrait des propos de l'intervenante 5, la travailleuse communautaire du domaine de l'hébergement en santé mentale :

Oui mais moi j'ai le goût d'ajouter quelque chose comme femme pas comme (inaudible). Moi là l'état mental altéré qui présente un danger, moi je me pose toujours la question que le mari qui est violent et qui est en état mental altéré, est-ce qu'on va le judiciairiser ou pas. Moi c'est à ça que j'ai pensé la première fois que j'ai vu ça. Je me suis dit qu'il y avait un certain danger de glissement de ne plus judiciairiser certains gestes que je trouve inacceptable et qui n'ont rien à voir avec la maladie mentale mais plus avec le contrôle. Moi c'est les violents conjugaux. Et ça se pose comme question parce qu'il y a de plus en plus de discours qui s'amènent vers ça et ça me questionne beaucoup. Parce qu'il y a de plus en plus de discours. Je travaillais dans un organisme jeunesse pendant 10 ans où on a commencé à dire que quand ils répondent à la violence par la violence, que c'est pas de la riposte mais que c'est aussi de la violence et c'est ça que les jeunes filles ont intériorisé. Et que je trouve des jeunes filles dans des milieux pour hommes violents qui font des thérapies pour les filles et pour les gars. Quand je vois ça... Il y a même des filles qui disaient à la police : «Mon chum me battait parce qu'il avait un état mental altéré.». Moi je trouve ça dangereux là présentement et je le soulève comme facteur. (p. 36)

AUTRE EXTRAIT

Ça là-dessus j'embarque beaucoup parce que le milieu, je trouve le milieu de l'habitation où je travaille présentement, l'état mental permet justement de dire : «On va l'amener plus au niveau de la psychiatrie.». Et pour moi il y a comme une partie qui devrait pas appartenir au niveau de la psychiatrie mais qui appartient beaucoup plus à la partie civile qu'à la partie d'un centre hospitalier. Et ça ça l'a changé beaucoup. Ça l'a changé pour les administrateurs des OSBL d'habitation où il ne le regarde plus comme un résident. Ça aussi ça l'a un gros impact parce que là on parle beaucoup de la psychiatisation des problèmes sociaux. Mais ça fait aussi ça pour les administrateurs d'OSBL d'habitation. Quand il regarde l'état mental, il ne voit plus la personne comme un résident qui trouble la paix et qui fait que la quiétude de la bâtisse n'est plus assurée. Ils vont le voir comme un malade. Au niveau de l'habitation, ça l'a changé beaucoup. Ça fait un glissement qui me laisserait croire qu'au niveau du contrôle, ça toujours été vue de même de toute façon la psychiatrie, n'en déplaie, comme un contrôle social. Et je trouve que par rapport au milieu où je travaille maintenant, ça l'a augmenté : la vision du contrôle social de la psychiatrie. C'est peut-être contradictoire parce que le mot danger ça aurait dû l'amoinrir. Je vous dis que c'est pas ça que ça fait. Ça l'a pas amoindri ça l'a augmenté. (p. 34)

L'intervenant 4 (policier) et l'intervenante 6 (représentante du tribunal) ont tenu à préciser que leur expérience les portait à penser que les délits, comme la violence conjugale, continuaient d'être traités par le domaine judiciaire. Selon eux, la Loi P-38.001 n'aurait pas eu pour effet de «déjudiciariser» les délits majeurs. Elle fait plutôt en sorte que les gens qui commettent ces infractions graves en présence d'un état mental

altéré reçoivent une sanction judiciaire à laquelle de plus en plus on ajoute un traitement de type psychiatrique dans les cas qui le nécessitent.

Extrait des propos des intervenants 4, le policier, et de l'intervenant 6, la représentante du tribunal :

Policier

Je peux vous dire comme policier qu'on va voir de plus en plus les deux où est-ce qu'on va voir oui la judiciarisation puis oui on va avoir l'avenue pour le faire traiter. On est en train de le voir présentement. Les policiers, on judiciarise mais ça veut pas dire qu'on ne va pas leur donner les soins nécessaires aussi. On s'en va vers ça de plus en plus. On est en train de voir ça de plus en plus. J'ai des cas où on dit aux policiers : «Non. Tu portes des accusations et par après à ce moment on demandera à la cour ou on amènera cette personne dans les hôpitaux.»

(...)

Représentante du tribunal

Mais nous autres ce qu'on leur dit, parce qu'en principe les gens passent par les CLSC. Mais il y a des citoyens qui m'appellent directement. Et quand une femme va me dire : «Mon mari me bat mais vous comprenez ce pauvre petit c'est un malade mental.». Je vais lui dire : «Madame, s'il vous bat, vous allez commencer par porter plainte.»

Policier

Je pense qu'il faut dire que la loi au niveau des crimes majeurs, violence conjugale, je pense que rien a changé. Les policiers, on va toujours aller au niveau judiciaire. C'est sûr que c'est des affaires... (p. 37)

La crainte d'assister à la montée du phénomène d'une médicalisation des problèmes judiciaires est couplée à une autre préoccupation d'importance, le vieillissement de la population. Pour plusieurs intervenants, le fait que la Loi permette la mise sous garde contrainte d'une personne aux prises avec un état mental dangereux qui n'a pas pour autant à présenter un diagnostic en santé mentale ouvre la porte à la possibilité de nouveaux types d'internement civil involontaire. Tout particulièrement, plusieurs des intervenants s'inquiètent d'une possible augmentation du nombre de requêtes pour garde en établissement que pourrait éventuellement provoqué le vieillissement de la population québécoise. C'est que désormais, comme le fait remarquer l'intervenante 6 (représentante du tribunal), les problèmes liés à l'Alzheimer, mais aussi ceux reliés à la désorganisation et à l'isolement peuvent faire l'objet d'une application de la Loi P-38.001. D'où la nécessité pour les intervenants de miser sur le développement de ressources alternatives susceptibles d'aider la population vieillissante en lui apportant des services plus adéquats que ceux provenant d'une garde contrainte en psychiatrie. Sans ces services alternatifs,

on pourrait assister à une augmentation substantielle des cas de requêtes pour garde en établissement pour cause de «dangerosité mentale» en lien avec certains des problèmes occasionnés par le vieillissement.

Extrait des propos de l'intervenante 6, la représentante du tribunal, de l'intervenante 3, la psychiatre, de l'intervenante 2, la travailleuse sociale et intervenante de crise ainsi que de l'intervenante 1, la travailleuse sociale :

Représentante du tribunal

On a toute la population vieillissante, t'as les gens qui souffrent d'Alzheimer. Il y a 15 ans, dire que quelqu'un qui souffrait d'Alzheimer c'est pas une personne qui a un problème qui est régit par la Loi sur la protection du malade mental. Quelqu'un qui souffre d'Alzheimer puis qui se perd puis qui se retrouve pas, moi je pense qu'elle a un problème de santé mentale.

Psychiatre

Mais c'est sûr mais on les met en cure fermée aussi quand les gens sont pas capables...

Représentante du tribunal

Quand mon ex collègue était là, quelqu'un qui souffrait d'Alzheimer, les centres hospitaliers avaient fait une requête, c'est un problème gériatrique mais on n'a pas rien en gériatrie pour...

Travailleuse sociale

Mais là c'est plus vrai, c'est l'état mental...

Psychiatrie

Bien là on va aussi comme hôpital, je ne sais pas si ça va changer les choses dans notre façon de pratiquer ou pas. (inaudible) Mais supposer trouver des alternatives ou développer des ententes avec les partenaires si on n'a pas ce qu'il faut...

Travailleuse sociale et intervenante de crise

Par rapport au manque de ressources, ce qu'on va pouvoir voir et qui sera intéressant comme je disais c'est qu'avec les équipes de santé mentale, il y a plein de gens qui sont isolés, des personnes âgées, qui sont dans des conditions épouvantables et qui en ont pas de ressources parce qu'elles sont chez elles dans un état d'insalubrité épouvantable parce qu'elles sont chez elles. Donc je me dis : «Bon bien qu'est-ce qu'on va faire avec les équipes de santé mentale qui vont être créées, avec l'avènement des CSSS.». La pyramide de la population s'en va comme ça. (p. 39-40)

Ainsi, la Loi P-38.001 permet que l'on puisse désormais procéder à l'internement civil involontaire d'une personne âgée qui présente un état mental altéré sans diagnostic en santé mentale. Cette possibilité préoccupe certains des intervenants. Pour l'intervenante 1 (membre de l'Agence), cette préoccupation va plus loin. Elle constate que la nouvelle législation permet que l'on mette sous garde les personnes aux prises avec des problèmes

de toxicomanie qui, par ailleurs, ne présentent aucun diagnostic en santé mentale. À son avis, le fait qu'il ne soit plus nécessaire d'avoir à faire la preuve de la présence d'une «maladie mentale» pour que la Loi s'applique fait en sorte d'élargir la population ciblée par la législation.

Extrait des propos de l'intervenante 1, travailleuse sociale :

L'état mental, moi, je me rappelle qu'on a eu une réaction parce que la maladie mentale on est capable de la définir de façon assez rigoureuse. Mais l'état mental c'est autre chose. Un état mental perturbé, bien effectivement on rentre tous les cas de toxicomanie, les cas de troubles cognitifs et ce n'était pas considéré comme de la maladie mentale. Ça va au-delà. On a donc élargi le champ d'application. Et en élargissant le champ d'application, est-ce qu'on n'augmentera pas le nombre parce que là on peut l'appliquer à d'autres problématiques que la maladie mentale maintenant. Il reste qu'on a insisté beaucoup beaucoup sur le fait que l'un des problèmes majeurs que les personnes qui consommaient beaucoup, bien effectivement, ça peut s'appliquer à quelqu'un qui a consommé beaucoup ou qui est dans un état d'ébriété avancé et dont l'état mental est perturbé puis qui représente un danger. Donc là ici on ne parle pas du tout de maladie mentale. Donc on a élargi... (p. 33)

En somme, les données recueillies ne nous permettent pas de savoir si effectivement l'augmentation du nombre de requêtes pour garde en établissement qu'on observe depuis 1998⁴ est liée ou non aux nouveaux termes dans lesquelles a été formulée la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente une dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui*. Depuis l'entrée en vigueur de la Loi, combien de personnes sans diagnostic en santé mentale ont fait l'objet de garde en établissement contrainte? Ont-elles fait l'objet d'une telle garde faute de ressources alternatives en gériatrie ou en toxicomanie, par exemple? Par ailleurs, sur cette question du possible phénomène d'élargissement du champ d'application de la nouvelle Loi, les intervenants semblent s'entendre sur un même point : l'importance d'assurer que la Loi P-38.001 ne serve pas à gérer ni des problèmes sociaux, ni des délits judiciaires graves, ni les problèmes de santé reliés au vieillissement. Pour cela, semblent-ils indiquer, il importe que la société consacre les ressources humaines et matérielles nécessaires aux services alternatifs et complémentaires à la psychiatrie de façon à ce que ces services puissent répondre adéquatement aux types de besoins et de détresses situés hors du champ psychiatrique.

⁴ *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 elle-même ou pour autrui, Collectif de défense de droits Action Autonomie, Montréal, 2006.

CHAPITRE 2

La Loi P-38.001 en application : points de vue des personnes qui en ont fait l'expérience

Après avoir dressé un portrait général des préoccupations des différents intervenants touchés par la mise en application de la Loi P-38.001, attardons nous maintenant au discours de ceux et celles sur qui elle s'est appliquée. L'analyse sera organisée de manière à confronter systématiquement la lettre de la loi aux pratiques telles qu'elles ont été vécues par les personnes ayant fait l'expérience d'un internement involontaire. Pour chacune des dispositions de la Loi P-38.001, il sera question de s'interroger sur leur mode concret d'opérationnalisation. Nous chercherons donc à comprendre le type de correspondance qui existe entre la forme juridique de la Loi et la forme qu'elle prend lors de sa mise en application par les différents intervenants qui y sont mandatés.

Cette seconde partie de l'analyse sera alimentée par deux types de sources de données différentes : le discours des dix répondants interviewés et les enregistrements sonores de sept cas de comparution en cour. Ces enregistrements sonores sont le résultat d'autant de démarches individuelles visant la contestation d'une requête pour garde en établissement adressée à la Cour municipale de Montréal par des psychiatres.

2.1 L'intervention policière

Article 8 :

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

1- à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

2-à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil du Québec (Lois du Québec, 1991, chapitre 64), lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. »

C.f. L.R.Q., chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Chapitre II. La Garde. Section I.

Parmi les dix répondants interviewés, seulement deux ont révélé avoir été interpellés par les policiers à leur domicile sans aucune autorisation du tribunal. En se référant à l'expérience et aux perceptions de ces deux répondantes sur cette étape particulière de l'application de la Loi P-38.001, nous cherchons à documenter les circonstances qui ont précédé le transport vers l'hôpital de celles-ci par les policiers et les ambulanciers⁵. L'étude de ces circonstances nous servira à mettre en évidence : 1) les motifs qui ont possiblement amené les policiers à juger que leur état mental ce jour-là présentait un *danger grave et immédiat*, tel qu'indiqué dans le texte de loi; 2) la modalité de collaboration entre l'agent de la paix et l'intervenant d'aide en situation de crise lors de la décision du transport vers l'hôpital d'une personne contre son gré. Ces deux dimensions de la Loi jouent un rôle déterminant dans la succession d'événements que les personnes interpellées par la Loi auront à vivre.

Dans le cas de la répondante 1, le jour de son interpellation et de son transport à l'hôpital, elle vivait une situation d'exaltation liée à une longue période de jeûne au cours de la période de Pâques. Avant l'arrivée des policiers, elle avait fait le chant du coq de sa

⁵ Il est ici intéressant de préciser que même si la loi reste muette quant au rôle que sont sujets à jouer les ambulanciers dans l'application de l'article 8, ces derniers sont intervenus dans le transport vers l'hôpital des deux répondantes.

fenêtre vers 5 h du matin. Elle explique les circonstances qui ont précédé l'intervention policière de la façon suivante :

Extrait de l'entretien avec la répondante 1 :

Dans le temps de Pâques, étant croyante, j'ai prié et jeûné. Donc j'avais pris moins de nourriture qu'à l'habitude et j'étais dans un état de pensée accéléré déjà de nature. Et le jeûne contribuait à amplifier et à accélérer mes pensées. J'ai été prendre une marche dans la nuit du 24 avril pour purifier mes pensées. Je suis passée à proximité de deux personnes qui fumaient de la marijuana. C'est qu'ils ont décelé du THC dans mon urine le lendemain matin et moi qui n'a pas consommé depuis, ça va faire cinq ans le 14 mai. Donc j'ai été influencée par la fumée secondaire de drogue surtout que j'étais déjà dans un état... Et le lendemain matin, sur ma rue où j'habitais, y allait y avoir un tournage de film à 8 h et ça l'a éveillé la comédienne, la cantatrice et la petite tannante en moi et j'ai fait le chant du coq à ma fenêtre en disant : «C'est le matin! C'est le matin!». Et là j'ai lâché un cri vital qui a peut-être fait un couac dans un rayon de peut-être 200 habitants. Alors j'ai fait un peu d'opérette à 5 h du matin. Selon les lois municipales, j'aurais dû attendre une demi-heure avant de chanter ainsi. Et les ambulanciers m'ont accompagnée à l'hôpital et les policiers ont quand même mentionné qu'ils me trouvaient pétillante. Donc je ne pense pas que j'étais dangereuse. (p.1)

Dans le cas de la répondante 3, tout a commencé un jour où, suite à un conflit avec le concierge de son immeuble, le superviseur de la police accompagné par plusieurs autres policiers a pris la décision de la transporter à l'hôpital. Cette décision du policier n'avait pas été prise de concert avec un intervenant de crise comme le prévoit la loi. De plus, après une courte évaluation de l'état de santé de la répondante, l'ambulancier avait expliqué aux policiers qu'il ne voyait aucun motif qui justifierait qu'il la conduise à l'hôpital. Malgré tout, le superviseur de la police a décidé qu'il fallait la conduire à l'hôpital.

Extrait de l'entretien avec la répondante 3 :

J'étais dans le sous-sol du building parce que j'ai un problème de lumière dans mon appartement. J'étais dans la boîte de *brakers* en bas. Et dans la boîte, c'est pas nouveau à moi, j'ai eu une maison à (nom d'une ville) et c'est nous qui changions le *braker* quand on en avait besoin. Il faut juste flipper le *braker*. Le concierge du building, auparavant, avec le président du condo, se sont mis ensemble pour dire que je suis une personne malade et que je ne devrais pas toucher à l'électricité dans la boîte. Mais c'est moi qui a un problème dans mon appartement et c'est pas facile de trouver le concierge. Alors moi je suis allée pour flipper le *braker* pour voir si ça marche. Le concierge, d'une façon ou une autre, a su que j'étais dans la boîte de *brakers* et il est passé par la porte et il m'a poussée. Et j'avais le tournevis dans ma main, et je lui ai dit : «Si tu me touches, je vais

me défendre.». Il a commencé à mettre sa main sur ma gorge et à ce moment-là, je suis sortie par la porte, c'était le 30 décembre 2005. J'ai couru vers la porte de l'extérieur et j'ai commencé à crier parce que je savais que mon mari et ma fille habitaient juste à côté et allaient entendre. Le concierge a commencé à courir après moi et il était sur son cellulaire. Un peu après, j'étais devant la porte de ma fille, j'ai crié fort fort fort parce que je voulais qu'elle m'entende. Là moi je paniquais. Je la voyais par la fenêtre et le concierge lui parlait. Je ne sais pas trop ce qu'il lui disait mais il a dit que j'étais dans le *braker* en bas. Et ma fille a dit au concierge : *Back-off. Back-off!*. Pas trop longtemps après, j'ai aperçu deux personnes qui venaient dans mon couloir, qui s'approchaient de ma porte. C'était deux polices femmes. Je ne sais pas c'est qui qui a appelé. Le concierge était sur son cellulaire mais aussi je criais fort. Alors je ne sais pas qui a appelé la police. Alors ils sont venus. (p. 4)

(...)

Ils m'ont demandé ce qui s'est passé. Je leur ai dit exactement ce que je viens de vous dire. Quand ils ont eu fini, le policier et l'officier sont venus. Mais à l'extérieur de ma porte, il y avait encore un paquet de policiers qui étaient encore là pendant qu'on parlait. Alors le technicien m'a posé des questions pertinentes. Quand il a eu fini, il a répété au policier ce que je venais de lui dire. Et il a dit : «Tout est correct. Je ne vois pas aucune raison pour la transporter à l'hôpital.». Lui il a fait les questions à moi en anglais mais il a dit ses conclusions en français aux policiers. Mais les policiers parlent aussi très bien l'anglais. Mais peut-être que le technicien pensait que je ne comprenais pas le français. Mais moi j'ai tout compris. L'officier que je connaissais a dit qu'elle allait appeler son superviseur pour savoir ce qu'il en pense et c'est lui qui prendra la décision finale. Elle se tourne vers moi et m'a dit qu'il fallait attendre quelques minutes pour que le superviseur arrive. On a attendu une quinzaine de minutes et le superviseur est arrivé. Il est entré dans la maison.

(...)

Il a commencé à me poser les mêmes questions : «Qu'est-ce qui s'est passé?». Avec la politesse que j'ai eu, sur le stress, j'ai commencé encore à lui dire tout ce qui s'est passé dans la boîte en bas. Dès que j'ai commencé, immédiatement il m'arrête et il me dit : «Madame on va croire le concierge et on va vous amener à l'hôpital pour une évaluation.» (p. 5)

2.1.1 Collaboration entre l'agent de la paix et un intervenant de crise

Comme le montrent les extraits des entretiens menés avec les répondantes 1 et 3, le mode d'intervention des agents de la paix diffère d'une expérience à l'autre. Dans le premier cas, avant de décider du transport vers l'hôpital, les policiers ont pris le temps d'appeler une intervenante qui connaissait la répondante. Même s'il n'est pas mentionné clairement dans l'entretien qu'il s'agissait d'une intervenante de crise, et dans la loi cette catégorie professionnelle n'est pas non plus définie, plusieurs indices portent à penser que, dans le cas de la répondante 1, la décision du transport a été prise conformément à ce qui est prévu par la Loi, c'est-à-dire au terme d'une collaboration entre l'agent de la paix et l'intervenant de crise. La situation s'est déroulée bien différemment pour la répondante 3.

Alors qu'elle affirme avoir demandé qu'on appelle un policier qu'elle avait rencontré dans le passé lors d'une réunion sur la défense des droits, les policiers présents semblent avoir ignoré sa demande et ne semblent pas non plus avoir contacté un intervenant de crise. Ainsi, dans un cas sur deux, la procédure prévue par la Loi quant à la nécessité de faire appel à l'expertise d'un intervenant de crise ne semble pas avoir été respectée, du moins dans son esprit. L'ambiguïté concernant la lettre de la loi laisse assez de latitude pour agir de la sorte en ce sens que le policier «peut» précéder au transport à l'hôpital si aucun intervenant n'est disponible et s'il a des motifs sérieux concernant la présence d'un danger mental grave et immédiat.

2.1.2 La dangerosité grave et immédiate

En ce qui concerne la question de la dangerosité *grave* et *immédiate*, pourtant déterminante dans la décision d'un transport vers l'hôpital dans l'objectif d'une mise sous garde préventive sans ordonnance du tribunal, plusieurs indices portent à penser que cette notion ne semble pas renvoyer à la même définition d'un intervenant à l'autre. En attestent les points de vue divergents du policier et de l'ambulancier tels que rapportés selon le témoignage de la répondante 3. Alors que l'ambulancier ne voyait aucun motif valable pouvant justifier le transport à l'hôpital pour fins d'évaluation psychiatrique, le superviseur de police préfère quant à lui user de son pouvoir légal pour prendre la décision finale même si elle s'inscrivait en faux avec l'opinion exprimée par l'ambulancier. Bien que l'article 8 réserve au policier le droit de faire reposer sur son unique responsabilité la décision quant au transport vers l'hôpital, cette même disposition légale précise également que le policier se doit en tout temps de tenter d'entrer en contact avec un intervenant de crise.

Dans le cas de la répondante 3, sans doute que l'expertise d'un tel intervenant aurait aidé à statuer sur l'état mental que cette dernière présentait ce jour-là. En agissant seul et en ne se rapportant à l'expertise d'aucun autre intervenant, le policier n'a fait que considérer sa propre lecture de la dangerosité. La Loi exige du policier prenant seul la décision d'un transport vers l'hôpital, notamment quand un intervenant de crise n'est pas disponible,

qu'il ait des *motifs sérieux* de croire que l'état mental de la personne interpellée présente un danger *grave* et *immédiat*.

De plus, lorsqu'on examine conjointement les circonstances qui, selon les deux répondantes, ont motivé leur transport involontaire vers l'hôpital, plusieurs éléments nous portent à penser que leurs comportements relevaient plus du domaine du «dérangeant» et de l'«exaltation» que de celui de la «dangerosité *grave* et *immédiate*». La répondante 1 a avoué avoir fait le chant du coq à 5 h du matin et s'être montrée pétillante et exaltée avec les policiers alors que la répondante 3 a témoigné avoir crié très fort dans le rue, dans un état proche de celui de l'hystérie à la suite d'un conflit avec son concierge. Ces comportements s'éloignent de toute évidence des normes de conduite sociale attendues quelle que soit l'heure du jour. Plus généralement, ce que leur expérience donne à voir c'est à quel point la ligne de démarcation entre des comportements qu'on pourrait décrire comme «dérangeants» et «fortement exaltés» et des comportements qui sont le reflet d'un état mental qui présente une «dangerosité *grave* et *immédiate*» reste difficile à tracer. À partir de quand le dérangeant et l'exaltation passent-ils de la catégorie des comportements «plus éloignées des normes de conduite sociale» à la catégorie des comportements «manifestement dangereux pour soi ou pour autrui». C'est ce type de questionnement que nous semblent poser en priorité les expériences relatées par les deux répondantes et qui pourrait aller dans le sens d'une utilisation abusive de la Loi P-38.

2.2 Le transport d'une personne vers l'hôpital par un agent de la paix

Article 14

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

c.f. L.R.Q., chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Chapitre III, Section I.

Parmi les dix répondants rencontrés, sept ont été amenés à l'hôpital par un agent de la paix ou un ambulancier : un suite à une décision prise entre les policiers et un intervenant

de crise, un suite à une décision prise par le superviseur de police et cinq suite à une demande d'évaluation psychiatrique ordonnée par le tribunal (garde provisoire). Les trois autres répondantes se trouvaient déjà à l'hôpital quand le processus de garde a débuté. Elles ont été mises sous garde préventive selon ce que prévoit l'article 7 de la Loi⁶. Nous ne tiendrons donc pas compte de ces trois entretiens dans la portion d'analyse consacrée à l'application de l'article 14.

2.2.1 Information du *motif* du transport, du *lieu* où est amenée la personne et de son droit de *communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat*

Les témoignages révèlent d'importantes lacunes au niveau de l'information mise à la disposition de la personne interpellée par les policiers lors des procédures qui mènent à son transport vers l'hôpital ainsi qu'à sa mise sous garde (préventive ou provisoire).

D'abord, l'ensemble des répondants expriment avoir été informés par les policiers du fait que ceux-ci devaient les conduire à l'hôpital. Parmi ceux qui ont souvenir de l'échange qu'ils ont eu avec les policiers, seulement deux répondants sur six disent que les policiers qui sont intervenus leur ont précisé que l'objectif de ce transport vers l'hôpital était de les soumettre à une évaluation psychiatrique par un médecin. Ainsi, dans quatre cas sur six, les policiers et/ou les ambulanciers qui sont intervenus n'ont pas révélé à la personne interpellée le motif pour lequel ils se devaient de les conduire à l'hôpital. Toujours parmi les répondants qui se souviennent assez clairement de l'échange qu'ils ont eu avec les policiers au moment de leur interpellation, aucun d'entre eux dit avoir reçu l'information selon laquelle il disposait du droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.

⁶ L'article 7 prévoit qu'un médecin puisse mettre sous garde préventive sans ordonnance du juge une personne s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat (voir annexe I).

Tableau 2.1

Les informations légales que doivent transmettre les policiers à la personne interpellée en vertu de l'article 14 selon les répondants.

	Le policier l'a informé qu'il, elle devait subir une évaluation psychiatrique.	Le policier l'a informé qu'ils devaient le conduire à l'hôpital.	Le policier l'a informé du droit qu'il avait de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.
Répondant 1	Non	Oui	Pas mentionné*
Répondant 3	Oui	Oui	Non
Répondant 4	Non	Oui	Non
Répondant 5	Pas mentionné*	Oui	Non
Répondant 6	Non	Oui	Non
Répondant 8	Ne s'applique pas**	Ne s'applique pas**	Ne s'applique pas**
Répondant 9	Oui	Oui	Pas de souvenir
Répondant 10	Non	Oui	Non
Répondant 11	Ne s'applique pas**	Ne s'applique pas**	Ne s'applique pas**
Répondant 12	Ne s'applique pas**	Ne s'applique pas**	Ne s'applique pas**

* Le témoignage n'aborde pas cette question de façon précise.

** Les policiers n'ont pas eu à intervenir dans l'étape du transport vers l'hôpital.

Extraits des entretiens :

Répondante 3 :

Elle savait que les policiers la transportaient à l'hôpital pour une évaluation. Cependant, aucun policier ne l'a informée de ses droits. Même que c'est elle qui a dû rappeler à l'un des policiers qu'elle avait des droits et que s'il voulait continuer à s'entretenir avec elle, elle exigeait d'appeler son avocat.

Extrait de l'entretien avec la répondante 3 :

R : « On a attendu une quinzaine de minutes et le superviseur est arrivé. Il est entré dans la maison.

(...)

Il a commencé à me poser les mêmes questions : «Qu'est-ce qui s'est passé?». Avec la politesse que j'ai eu, sur le stress, j'ai commencé encore à lui dire tout ce qui s'est passé dans la boîte en bas. Dès que j'ai commencé, immédiatement il m'arrête et il me dit : «Madame on va croire le concierge et on va vous amener à l'hôpital pour une évaluation.» (p.5)

AUTRE EXTRAIT

R : « À l'intérieur de l'ambulance, ce qui était encore plus étonnant, c'est ce qui a été dit par un policier qui s'est assis avec moi en arrière. (...) Sa question à moi, pendant que j'étais sur le *stretcher* en allant vers l'hôpital (nom de l'hôpital), il commencé à me dire en anglais, mais il avait un accent français : «Comment se fait-il que vous restez dans la ville Mont-Royal? N'est-ce pas riche dans la ville Mont-Royal? (...) J'ai dit : «*I want my lawyer to be present if you want me to continue.*». Lui il m'a répondu: «*You better shut up now.*». Après ça, il n'a jamais dit un autre mot dans les dix minutes qui ont suivi avant que nous arrivions à l'hôpital. »

I : Donc là il a compris que vous connaissiez vos droits...

R : «Absolument.» (p. 6)

Répondante 4 :

Les policiers lui ont indiqué qu'ils la transportaient à l'hôpital sans toutefois lui révéler le motif de ce transport et le droit de communiquer avec ses proches et un avocat.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

Puis j'ai demandé aux policiers s'ils ont les papiers pour m'emmener comme ça. (...) Il a dit : «Madame, on a un papier d'ordonnance de la Cour.». Moi j'ai dit : «C'est quoi ça une ordonnance de la Cour ?». Il dit : «C'est un papier qui dit qu'on vous emmène à l'hôpital». J'ai dit : «Mais je ne suis pas malade, pourquoi vous m'emmenez comme ça ?». «Madame, on a une ordonnance de la Cour, c'est notre devoir de vous emmener». (p. 2)

AUTRE EXTRAIT

I : Est-ce que les policiers, pendant le moment qu'ils étaient à votre maison puis qu'ils vous disaient qu'ils voulaient vous emmener, est-ce qu'ils vous ont dit que vous aviez le droit de communiquer avec un avocat à ce moment-là?

R : «Non. Absolument rien.»

I : Ni que vous aviez le droit de communiquer avec un de vos proches ?

R : «Rien, rien, rien.»

I : Est-ce qu'ils vous ont informé du lieu où ils vous emmenaient ou est-ce qu'ils vous ont juste dit à l'hôpital?.

R : «Non. C'est moi qui leur ai demandé : Où vous m'emmenez comme ça?. Et c'est là qu'ils m'ont dit qu'ils m'emmenaient à (nom de l'hôpital). Je ne me rappelle plus s'ils m'ont dit qu'ils m'emmenaient en psychiatrie.»

I : Est-ce qu'ils vous ont informé qu'ils vous emmenaient à l'hôpital pour faire une évaluation psychiatrique ?

R : «Euhh...sur le moment même, je ne pense pas.» (p. 4)

Répondante 5 :

Elle savait qu'ils venaient la chercher pour l'amener à l'hôpital. Elle était habituée au processus. Cependant, les policiers ne l'ont pas informée du droit qu'elle avait de communiquer avec un proche ou un avocat. Même qu'elle affirme n'avoir jamais été informée de ses droits par les policiers et ce après plus de dix expériences d'évaluation psychiatrique ordonnées par la cour.

Extrait de l'entretien avec la répondante 5 :

I : Mais est-ce qu'ils vous ont dit à ce moment-là que vous pouviez communiquer avec un proche ou appeler un avocat?

R : «Non, pas du tout.» (p. 3-4)

Répondante 6 :

Les policiers l'ont informée du fait qu'ils se devaient de la transporter jusqu'à l'hôpital psychiatrique conformément à une demande de la cour. Cependant, ils n'ont jamais mentionné qu'il s'agissait d'une ordonnance pour fin d'évaluation psychiatrique ni des droits qu'elle avait. Elle explique qu'elle a elle-même pris l'initiative de demander aux policiers, une fois rendue à l'hôpital, quels étaient ses droits. À cette question, les policiers lui ont répondu en haussant les épaules.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6 :

R : «Ben c'est ça. Ils sont arrivés chez nous en me disant qu'ils avaient un mandat, je me souviens plus exactement comment ils me l'ont dit. Ils m'ont dit qu'ils avaient un mandat de la cour pour m'emmener à l'hôpital psychiatrique. C'est le policier qui m'a dit que je devrais m'emmener du linge. Mais moi je ne comprenais pas. Je me disais je ne suis pas malade, ils ne peuvent pas me garder. Puis je ne voulais pas aller avec la police. Puis là la police m'a dit : «Si tu viens pas avec nous autres, moi j'ai pas le choix, il faut que j'appelle les ambulanciers. Puis eux autres ils ont pas le choix, ils vont t'amener sur une civière pis ils vont t'attacher.». Fait que j'ai dit : «Ok. Je vais y aller avec vous autres.» Fait que là j'ai embarqué avec eux autres. Ils m'ont pas mis les menottes ou quoi que ce soit. Je suis juste embarquée dans le char de police. Puis eux autres ils m'ont amenée jusqu'à l'hôpital. Ils m'ont laissée dans la salle d'Urgence. Là j'ai carrément regardé la police puis je lui ai demandé : «Moi c'est quoi mes droits?». Puis la police m'a regardé puis y ont fait (fait le geste de hausser les épaules) parce que finalement ...»

(p. 3-4)

AUTRE EXTRAIT

R : «Les policiers ont été ben *smats* avec moi mais ça ils me l'ont pas dit mon droit de communiquer avec un avocat.» (p. 6)

Répondant 9 :

Les deux policières qui sont venues le chercher à son domicile lui ont indiqué tout de suite où elles se devaient de le conduire et le motif de ce transport vers l'hôpital. Toutefois, le répondant ne se souvient plus si elles l'ont mis au courant du droit qu'il avait de tout de suite communiquer avec un proche ou un avocat.

Extrait de l'entretien avec le répondant 9 :

I : Mais est-ce qu'elles vous ont expliqué?...

R : «Oui. Elles m'ont tout expliqué. Elles étaient superbes.»

I : Donc vous saviez que c'était pour une évaluation psychiatrique?

R : «Oui.»

(...)

I : Est-ce qu'ils vous ont informé de votre droit de communiquer avec l'un de vos proches ou votre avocat quand ils vous ont interpellé?

R : «Je ne m'en souviens pas parce que même s'il me l'avait souligné, bien j'avais pas d'avocat puis les proches, bien c'était ceux qui m'ont fait interner...»

I : Est-ce qu'ils vous ont informé du lieu où ils vous amenaient?

R : «Oui, à l'hôpital (nom de l'hôpital). C'était clair.» (p. 1-2)

Répondante 10 :

Les policiers lui ont dit qu'ils devaient la transporter à l'hôpital sans toutefois lui mentionner que c'était suite à une ordonnance d'évaluation psychiatrique accordée par la cour. Bien qu'elle leur ait demandé à plusieurs reprises, les policiers ne l'ont jamais laissée lire le document d'ordonnance de cour qui permettait le transport vers l'hôpital. Ils ne l'ont pas non plus informée du droit qu'elle avait de communiquer avec ses proches et avec un avocat.

Extrait de l'entretien avec la répondante 10 :

I : Est-ce que les policiers vous ont informée du droit que vous aviez à communiquer avec vos proches ou avec un avocat au moment où ils vous ont interpellée?

R : «Pas du tout. C'est des nouvelles pour moi...»

I : Est-ce qu'ils vous ont informée du lieu où ils vous amenaient?

R : «Premièrement, ils m'ont montré une feuille de la cour. C'est moi qui avais demandé de lire la feuille et le policier voulait pas me donner la feuille pour que je la lise. La femme était un peu bête avec moi. Je lui demandais pour lire la feuille et elle a juste fait comme montrer de loin. Et j'ai pas eu la chance de lire au complet la feuille avant de rentrer dans l'ambulance. Je n'ai jamais pu lire cette feuille.»

I : Puis est-ce que vous saviez qu'ils vous amenaient à l'hôpital?

R : «Oui.»

I : Est-ce qu'ils vous ont dit que l'objet de la visite à l'hôpital c'était une évaluation psychiatrique?

R : «Non.»

I : Ils vous ont tout simplement dit qu'ils vous amenaient à l'hôpital...

R : «Oui.» (p. 3)

2.2.2 Interprétation et analyse

Les entretiens réalisés nous portent à penser que la procédure légale qui traite de l'information que les policiers se doivent de divulguer à une personne au moment de son transport vers un établissement à la suite d'une ordonnance de la cour demeure une étape de l'application de la Loi largement négligée par les agents de la paix. Est-ce que ce manquement à l'application de l'article 14 est dû à une méconnaissance de la Loi de la part des policiers ou est-ce que leur négligence est faite en toute connaissance de cause? Nos données ne nous permettent pas de répondre à cette interrogation. Pourtant, plusieurs des propos recueillis nous portent à penser que cette étape s'est avérée déterminante pour les personnes interviewées. En ne les informant pas au tout début du processus qui, dans tous les cas qui nous occupent, aboutira à une requête pour garde au tribunal, l'agir des policiers contribue à alimenter une confusion qui ne parviendra à être éclaircie bien souvent qu'après plusieurs jours d'hospitalisation involontaire. Leur silence sur les droits et les procédures légales qui permettent le transport à l'hôpital d'une personne contre son gré crée un climat d'incompréhension qui a affecté profondément plusieurs des répondants interviewés. Les propos de la répondante 4 expriment bien le type de conséquences qu'est susceptible d'avoir une expérience d'internement involontaire sur un individu à qui jamais personne n'a expliqué clairement la démarche juridique qui permet une telle privation soudaine et radicale des droits et des libertés.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

I : Si on avait à reconstruire, à revivre cette expérience-là, est-ce que vous pensez que les policiers avaient raison de venir chez vous ce jour-là ? Si oui, qu'est-ce qu'ils auraient dû faire ?

R : «Ils auraient dû me donner plus d'explications, plus de raisons. Ils ne m'ont donné aucune raison, je comprends rien de ce qui s'est passé.» (p. 11)

AUTRE EXTRAIT

I : Est-ce que vous trouvez aujourd'hui que cette expérience d'internement involontaire a eu un impact sur votre vie privée, sur votre vie à vous ? Est-ce qu'il y a des effets ?

R : «Certain parce que maintenant ça me fait peur les affaires d'hôpital et tout ça. Je n'ai pas confiance. Puis quand je suis passée devant, j'ai eu peur. Puis même un moment donné j'ai eu peur des voitures de policiers.» (p. 13)

En somme, une information complète dès le départ sur le motif du transport, sur le lieu où est transportée la personne ainsi que sur les droits qu'elle conserve et qui resteront jusqu'à la fin inaliénables est certes prévue par la Loi mais elle ne semble toujours pas dicter les pratiques des intervenants impliqués dans cette étape de l'application de la Loi. De plus, nos données nous amènent à conclure que ces manquements à l'application de l'article 14 par les policiers confirmés par la grande majorité des répondants entraînent des conséquences significatives sur la façon selon laquelle ces derniers pourront par la suite s'expliquer leur situation d'internement involontaire et comprendre les possibilités de contestation que leur réserve la Loi.

2.3 Délimitation de la responsabilité du policier face à la personne transportée à l'hôpital

Article 14

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

Durée

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

C.f. L.R.Q., chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Chapitre III, Section I.

L'article 14 de la Loi sur *la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* allègue que le policier est celui qui «demeure responsable de la personne» transportée à l'hôpital «jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement». Dans la pratique, lorsqu'on se tourne vers les situations vécues par les répondants, la diversité des expériences relatives au sujet de ce transfert de la responsabilité entre policiers et établissement hospitalier laisse penser que la Loi n'est possiblement pas suffisamment claire sur ce point précis de son application. Les pratiques diffèrent d'un cas à l'autre alors que la Loi ne mentionne qu'une seule procédure possible.

Pour représenter le plus adéquatement possible les différents cas de figures rencontrés au cours de l'analyse des entretiens, nous avons séparé les extraits de témoignages selon deux catégories de répondants : 1) les personnes qui sont arrivées à l'hôpital sans ordonnance de la cour; 2) les personnes qui sont arrivées à l'hôpital sous une ordonnance de la cour pour fin d'évaluation psychiatrique.

2.3.1 Les personnes qui sont arrivées à l'hôpital sans ordonnance d'évaluation psychiatrique

Selon les témoignages recueillis, deux personnes sont arrivées à l'hôpital suite à l'application de l'article 8 (sans ordonnance de la cour). Dans les deux cas, elles étaient accompagnées par les ambulanciers au moment de leur arrivée à l'hôpital, et non pas par un agent de la paix tel que le prévoit pourtant la Loi. Ce sont les techniciens ambulanciers qui à la suite des deux transports sont restés auprès des répondantes jusqu'à ce qu'elles soient prises en charge par un membre du personnel soignant de l'hôpital.

Extrait de l'entretien avec la répondante 1:

J'ai fait un tour d'ambulance. J'ai posé des questions sur les trousse d'urgence qui étaient dans des coffres ouverts et on m'a gentiment répondu. Je n'étais pas attachée dans l'ambulance. C'est quand je suis arrivée à l'urgence. J'ai attendu pour qu'on vienne prendre mes signes vitaux. Et là il y a un petit monsieur qui est venu et là ils m'ont tous attachée sur le lit. (p. 3)

Extrait de l'entretien avec la répondante 3 :

J'étais à l'hôpital. (...) J'étais couchée sur le *stretcher*. Et le technicien attendait pour voir l'infirmière pour donner son rapport. Je ne sais pas ce qui s'est passé. Il a fait passer à l'infirmière comme si c'était un cas qui avait déjà été ici. C'est comme s'ils me voyaient encore. C'est comme ça que j'ai compris ça. Et l'infirmière, je voulais lui expliquer mon cas à elle. Mais elle n'était pas très intéressée. Moi j'étais déjà rendue là donc c'est comme si j'étais déjà prise dans le système. Il faut que je vois le médecin. (p. 7)

2.3.2 Les personnes qui sont arrivées à l'hôpital sous l'ordonnance d'une évaluation psychiatrique

En ce qui concerne les personnes qui sont arrivées à l'hôpital à la suite d'une ordonnance de la cour pour évaluation psychiatrique (garde provisoire), pour la majorité d'entre elles, il a été difficile de saisir à quel moment elles ont été pleinement prises en charge par l'établissement hospitalier. Bien que l'ensemble des répondants nous aient révélé avoir été conduits à l'hôpital par des policiers, dans la majorité des cas, ils ne nous donnaient pas d'information claire sur le processus de transfert de responsabilité qui s'est opéré entre les policiers et l'établissement hospitalier. Néanmoins, le témoignage de deux des répondantes nous a permis de constater que les pratiques semblent diverger d'un hôpital à l'autre sur ce point.

Après être arrivée à l'hôpital accompagnée par les policiers, l'une des répondantes explique que les policiers sont allés chercher un gardien de sécurité. Ils auraient demandé au gardien de la surveiller. Ainsi, jusqu'à l'arrivée du médecin, de même que jusqu'au lendemain matin, moment où elle a pu rencontrer le premier psychiatre, la répondante a été surveillée par le gardien de sécurité de l'hôpital à qui les policiers avaient demandé de rester tout près de la répondante. Le gardien de sécurité l'empêchait de se déplacer sur l'étage. On peut ici se demander dans quelle mesure le gardien de sécurité est effectivement le représentant de l'établissement hospitalier qui est mandaté par la Loi pour aider à la prise en charge de la personne amenée par les policiers alors que celle-ci n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation psychiatrique et que donc elle ne présente possiblement aucune dangerosité. Cette garde sous «haute surveillance» que lui a réservé l'hôpital au moment de son arrivée, sous l'initiative des policiers, a fortement déplu à la répondante qui exprime s'être sentie traitée comme si elle était une criminelle.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

Les policiers sont partis. Tout de suite ils sont allés chercher un gardien de sécurité. Ils m'ont dit de suivre le gardien de sécurité. Ils m'ont amenée avec lui dans une salle, avec quatre murs en face-à-face avec lui. «On attend que le médecin vienne vous examiner», il m'a dit. (p. 5)

(...)

Puis là un moment donné dans le corridor j'ai vu mon conjoint qui passait pas loin. Il s'en venait en direction vers moi. Je l'ai vu, il m'a très bien vu. C'était pas loin. (...) Je l'ai vu, c'était bien lui puis après il tourne le dos. Je l'ai appelé par son nom. (...) Puis après, je pensais qu'il ne m'entendait pas alors j'ai dit (au gardien) : «J'ai vu mon mari, je l'ai appelé.». Et là le gardien m'a dit : «Il vous a sûrement entendu, il vous a vu mais c'est juste qu'il ne veut pas venir c'est tout.» J'ai dit : «Il s'en va, il faudrait que j'aille le voir.». Le gardien dit : «Non, vous devez rester ici, vous ne pouvez pas y aller.». Déjà, il me prenait comme si j'ai commis un meurtre, comme si je suis une meurtrière, me suivre partout comme ça. C'est effrayant. Toute la nuit il est resté proche de moi. (p. 6)

La répondante 6 a pour sa part été reconduite par les policiers à l'hôpital psychiatrique. Contrairement à la situation vécue par la répondante 4, une fois à l'hôpital, les policiers n'ont pas demandé à un gardien de sécurité de la surveiller jusqu'au moment où un médecin puisse la rencontrer. Elle a donc attendu seule entre 3 et 4 heures dans la salle d'attente de l'urgence avant de voir un médecin.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6 :

Puis eux autres leur job c'était de m'amener jusqu'à l'hôpital puis après ça ils sont repartis. Mais moi j'avais jamais jamais été dans un hôpital psychiatrique. (...) Donc la police ils m'ont laissée dans la salle d'Urgence puis j'ai attendu au moins un bon 3-4 heures toute seule dans la salle d'urgence. (p. 4)

2.4 Rôle et prise en charge par le centre hospitalier

Article 15

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

c.f. L.R.Q., chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Chapitre III, Section I.

D'après les entretiens réalisés, aucun des répondants que nous avons rencontrés ne semble avoir été mis sous garde dans un contexte de crise majeure. Tous les répondants ont révélé avoir été en mesure de discuter soit avec les policiers soit avec les ambulanciers avant leur arrivée à l'hôpital. Ainsi, cela nous fait conclure qu'ils étaient fort probablement tous disposés à recevoir l'information que se devait de leur donner l'hôpital dès le début de leur mise sous garde conformément à l'article 15. Pour l'ensemble des cas, nous cherchions à déterminer si, dans les premières heures de leur mise sous garde, les répondants avaient été informés par voie écrite ou orale du motif de cette garde ainsi que du droit qu'ils avaient de communiquer immédiatement avec un avocat, conformément à ce qui est prévu par l'article 15.

Les différents témoignages affichent de grandes dissemblances sur le point de l'information divulguée par le personnel soignant à la personne qui est gardée contre son gré à l'hôpital. Dans le cas des personnes qui faisaient l'objet d'une ordonnance pour évaluation psychiatrique, quatre répondants sur sept ont révélé avoir été informés par le personnel soignant du motif de la garde dès leur arrivée à l'hôpital. Parmi les autres répondants, trois étaient déjà à l'hôpital lors de leur mise sous garde (répondants 8, 11 et 12). Pour ces trois répondantes, les informations qu'elles ont reçues étaient chaque fois incomplètes et, surtout, elles n'étaient pas données conformément à ce que prévoit la Loi. Rappelons également que deux répondantes ont été amenées par la police sans ordonnance de cour. L'une d'entre elle n'a mentionné aucune information sur ce sujet au cours de l'entretien (répondante 1) alors que la seconde ne se souvient plus si le personnel de l'hôpital l'a informée du motif de sa mise sous garde (répondante 3).

Tableau 2.2
Information du motif de la mise sous garde par le personnel
dès l'arrivée à l'hôpital selon les répondants

	Le personnel de l'hôpital l'a informé du motif de la garde (préventive ou provisoire, selon le cas).
Répondant 1	Pas mentionné
Répondant 3	Pas de souvenir
Répondant 4	Oui
Répondant 5	Non
Répondant 6	Oui
Répondant 8*	Non
Répondant 9	Oui
Répondant 10	Oui
Répondant 11*	Pas mentionné
Répondant 12*	Non
Total	4 : Oui 3 : Non 2 : P.M. 1 : P.S.

* Cette répondante était déjà hospitalisée quand le processus de mise sous garde a débuté.

2.4.1 Informer la personne du motif de la garde

Les entretiens révèlent que, parmi ceux qui se rappellent de cette étape précise de leur mise sous garde, plus de la moitié des répondants ont été informés de certains des motifs qui faisaient en sorte qu'ils se retrouvaient sous garde. Parmi ceux à qui rien n'avait été dit, certaines personnes ont dû attendre de recevoir la convocation en cour par l'huissier avant de comprendre ce qu'on leur reprochait, c'est-à-dire les motifs qui avaient fait en sorte qu'ils avaient fait successivement l'objet d'une garde forcée, d'évaluations psychiatriques et d'une requête pour garde régulière en établissement.

Parmi ceux qui ont obtenu l'information sur le motif de leur mise sous garde au courant de la première journée de leur internement involontaire, on remarque que cette information est essentiellement constituée de quelques-uns des motifs qui avaient été évoqués par leurs proches dans la demande d'ordonnance pour évaluation psychiatrique adressée et accordée par le tribunal.

Or, on s'aperçoit que la loi n'est pas très précise sur le point du motif de la garde. Est-ce que d'informer une personne du motif de la garde qui arrive à l'hôpital après une ordonnance de la cour signifie qu'il faut lui dire précisément qu'elle fait l'objet d'une

ordonnance qui demande à ce qu'elle soit évaluée? Ou est-ce que d'informer une personne du motif de la garde veut plutôt dire l'informer du motif qui conduit le médecin à la mettre sous garde? C'est-à-dire un motif qui se traduirait en termes de symptômes, de comportements et d'incapacités et qui, ensemble, attesteraient de la dangerosité potentielle de son état mental.

Sur cette question, nous sommes portés à penser que l'information sur le motif de la garde la plus intéressante et la plus claire pour une personne qui est au début d'une procédure de garde, selon les témoignages recueillis, est celle qui fait mention des raisons qui ont motivé leurs proches à faire une demande au tribunal. Cette information comporte le bénéfice de faire rapidement comprendre certains des faits qui ont rendu possible sa situation non désirée de mise sous garde. Bref, elle apporte de la transparence au processus légal qui s'est organisé autour d'elle bien souvent à son insu puisque, comme nous le verrons, aucun des répondants n'avaient été ni signifié par un proche ni interrogé par un juge précédemment à sa mise sous garde.

Voici quelques extraits d'entretiens qui illustrent le type d'information que les répondants ont reçu sur le motif de leur mise sous garde :

La répondante 4 :

Lorsqu'elle a rencontré le médecin à son arrivée à l'hôpital, il lui a expliqué pourquoi il y avait une ordonnance de la cour, c'est-à-dire ce qu'avait évoqué son mari au tribunal pour que la garde ait lieu. Il lui a ensuite dit qu'il ne pouvait pas l'évaluer étant donné qu'il était un médecin généraliste et donc qu'elle devait attendre au lendemain pour rencontrer le psychiatre. Le lendemain, elle a rencontré la psychiatre qui lui a dit qu'elle n'avait pas le temps de l'évaluer en raison de quoi elle se devait de la garder sous observation jusqu'au lendemain. Il lui a donc fallu passer une autre nuit à l'hôpital avant de pouvoir être formellement évaluée.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

I : Ensuite donc le médecin est arrivé ?

R : «Oui, il est arrivé avec le papier. Il m'a demandé : «Savez-vous pourquoi vous êtes ici ?». J'ai dit : «Non, je ne sais pas pourquoi je suis ici. Je ne comprends rien. Deux

policiers m'ont amenée ici. J'ai fait toutes mes affaires habituelles puis j'arrive là puis je ne comprends rien.». J'ai dit : «Vous, vous m'expliquez pourquoi?». Il m'a dit que c'était parce qu'ils avaient une ordonnance de la cour qui les obligeait à m'amener ici. Puis il m'a dit que sur le papier, mon ex m'a accusée que je parlais à mon fils que son père était un connard puis de menaces de mort.

(...)

Il m'a dit que c'était à cause de l'ordonnance de la Cour et qu'il n'est qu'un médecin généraliste et m'a dit qu'il ne pouvait pas me laisser partir. Il m'a dit que ça prend un psychiatre, c'est son domaine, pour m'évaluer. Il m'a dit qu'il était obligé de me garder jusqu'à demain. Il a dit qu'il n'a pas le devoir de m'évaluer parce que ce n'est pas un psychiatre. Il dit : «Demain, l'autre médecin psychiatre va vous évaluer. »(...)

I : Puis à quelle heure le lendemain vous avez vu le psychiatre pour la première fois ?

R : C'était vers 10 h am, elle est venue me voir.

I : Comment ça s'est passé ?

R : Elle est venue me voir et m'a demandé si je savais pourquoi j'étais ici. Je lui ai dit : «Vous vous savez pourquoi je suis ici et moi je ne sais pas.» (...) Elle a lu la même chose. Là je lui ai demandé si je pouvais partir. Elle m'a dit qu'elle était obligée de me garder encore à l'hôpital. Elle m'a dit qu'elle était pressée et qu'elle n'avait pas le temps d'évaluer plus que ça. Elle va être obligée de me garder sous observation. (...) Elle va être obligée de me garder, c'est ça qu'elle m'a dit, parce qu'elle est en urgence.

I : Est-ce qu'elle vous a expliqué autre chose ou est-ce qu'elle vous a seulement lu les raisons sur le papier ? Est-ce qu'elle vous a questionnée ? Est-ce qu'elle vous a demandé ce qui c'était passé ?

R : «Rien. Absolument rien.»

I : Ça l'a duré quelques minutes ?

R : Oui, quelques minutes, c'est tout. J'ai voulu continuer à raconter comment c'était la tension et tout puis ça finit là.» (p. 5-6)

La répondante 5 :

Elle a dû attendre de recevoir les documents légaux livrés par l'huissier pour savoir qui avait enclenché les démarches nécessaires à son transport vers l'hôpital, soit cinq ou six jours après son arrivée.

Extrait de l'entretien avec la répondante 5 :

I : Est-ce que vous vous souvenez à quel moment on vous a informée des raisons pour lesquelles on vous a amenée à l'hôpital?

(...)

R : «Je l'ai su à l'hôpital par le papier. Le nom de mon père était écrit dessus.»

I : Le papier qui vous disait que vous alliez en cour?

R : «Oui.» (p. 8)

La répondante 6 :

Elle a dû attendre de voir un médecin, c'est-à-dire trois ou quatre heures après son arrivée à l'hôpital pour comprendre ce qui faisait en sorte qu'on avait pu la transporter contre son gré à l'hôpital. Ce manque d'information à son arrivée l'a affectée profondément.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6 :

Quand je suis arrivée, je me sentais dans un autre monde. Je me sentais petite, toute petite, toute petite. Puis comme je dis, on m'a laissée là attendre carrément toute seule dans la salle d'attente. Fait que j'ai aucune explication. Fait que oui je me sentais complètement perdue. C'était complètement fou. (...) Fait que quand j'ai rentré dans le bureau du psychiatre, la première chose que j'ai dit c'est que je voulais faire un appel en conférence avec mes parents. Fait que c'est là qu'il m'a montré la déclaration que mes parents ont faite. (p. 6)

La répondante 8 :

Après avoir volontairement consenti à rester pendant les 15 premiers jours à l'hôpital, à la suite d'un conflit avec une infirmière, la répondante a manifesté son intention de refuser le traitement et de quitter l'hôpital. Lorsque le personnel a été mis au courant des intentions de la répondante, il a entamé une procédure de mise sous garde. Seulement, la personne n'a jamais été mise au courant ni des procédures enclenchées ni du motif qui avait motivé de telles procédures. Elle ne savait pas qu'après avoir exprimé son intention de refuser le traitement, le personnel avait pris la décision d'entamer les procédures (mise sous garde et examens) en vue d'une requête à la cour pour une garde en établissement. Le personnel lui a montré le document attestant du début de sa garde en établissement et plus tard il lui a montré un second papier promulguant la levée de cette garde.

Extrait de l'entretien avec la répondante 8 :

Je n'ai jamais reçu de papiers par rapport à ça. Un moment donné j'ai reçu un papier officialisant que j'étais sous garde et un autre qui disait que c'était fini. (p. 5)

Le répondant 9 :

Dès son arrivée à l'hôpital, on l'a informé que l'ordonnance avait été demandée par ses parents; les motifs lui ont été révélés lors de sa rencontre avec le psychiatre qui a eu lieu quelques heures après son arrivée à l'hôpital.

Extrait de l'entretien avec le répondant 9 :

I : Est-ce que vous êtes arrivé au centre hospitalier, est-ce qu'on vous a mis au courant de ce qui se passait?

R : «Oui j'étais au courant. C'était ma mère, mes parents, qui l'avaient demandé. (...)

I : Est-ce que vous saviez les motifs que vos parents avaient invoqués?

R : Ça c'est quand j'ai vu le psychiatre.

(...)

I : Est-ce que c'était dès la première évaluation?

R : Oui. (p. 3)

Répondante 10 :

Dès son arrivée à l'hôpital, elle a demandé qu'on lui explique les raisons de son retour à l'hôpital alors que trois jours auparavant le juge avait rejeté une première demande de garde en établissement. Elle comprenait que c'était pour passer une évaluation psychiatrique mais elle demandait à connaître les motifs de la nouvelle demande. Les infirmières lui ont seulement répondu que c'était son mari qui s'inquiétait pour elle.

Extrait de l'entretien avec la répondante 10 :

Bien j'ai demandé aux infirmières pour voir les raisons pour lesquelles j'étais hospitalisée. Et là ils m'ont dit que c'était parce que mon mari s'inquiétait de moi. Et là ils m'ont demandé la question : «Pourquoi moi je pense que ma famille s'inquiétait de moi?». J'ai dit : «Écoutez, c'est vous qui me rentrez à l'hôpital, c'est vous qui devez avoir des raisons.». Alors c'est comme ça que la conversation s'est passée. J'ai posé des questions, je n'ai pas eu de réponses spécifiques et ils devenaient irritables et arrogantes quand je posais des questions auxquelles elles ne pouvaient pas répondre. Finalement, ils m'ont laissée dans une chambre en isolation (...). (p. 5)

AUTRE EXTRAIT

I : Donc il y a personne qui vous a informée du motif de la garde, des raisons qui ont fait que vous étiez ici. Vous les avez connues lorsque vous étiez en cour si je comprends bien.

R : «Oui. Les autres ils ont vraiment dit très peu. Ils ont dit que c'était mon mari qui pensait que j'étais une dangerosité. Mais la première fois que j'ai vraiment été au courant de tout ce que mon mari a dit par rapport à moi, c'est quand je suis allée en cour.» (p. 7)

La répondante 12 :

Jamais la répondante 12 n'a été informée du motif officiel de sa mise sous garde. Alors qu'elle s'était entendue avec son médecin pour rester à l'hôpital afin de se sevrer des

médicaments qu'elle prenait, elle a appris au cours de son hospitalisation qu'elle était sous garde parce que les médecins avaient diagnostiqué un état de psychose.

Extrait de l'entretien avec la répondante 12 :

Puis le médecin la seule question qu'elle m'a posée c'était qu'est-ce que tu viens faire ici. Alors j'ai dit que j'aimerais ça sevrer mon lithium. Elle a marqué sevrage au lithium mais j'ai su plus tard que dans les dossiers ça été marqué psychose. Alors que je voulais arrêter ma médication, me sevrer mais à l'hôpital. Alors j'ai été mise sous garde et pis psychose je l'ai vu sur les papiers de présence des préposés qui se promènent aux deux heures pour voir si tout le monde est là. C'est là que j'ai vu le diagnostic psychose pis là j'ai fait «wo». (p. 1-2)

2.4.2 Interprétation et analyse complémentaires

Une observation supplémentaire mérite d'être ici faite au sujet de l'information que le personnel de l'hôpital se doit de transmettre sur le motif qui fait qu'une personne se retrouve en situation de garde (préventive ou provisoire) involontaire. Les entretiens analysés révèlent que dans très peu de cas le personnel soignant (psychiatre traitant ou infirmières) a continué d'informer la personne mise sous garde des motifs qui mèneront par la suite à formuler une requête au tribunal pour une garde prolongée en établissement. Bien entendu, la Loi n'exige pas clairement de l'établissement hospitalier qu'il fournisse à la personne concernée ce type d'information tout au long de son hospitalisation forcée. Pourtant, cette information sur l'évolution du dossier médico-légal d'une personne impliquée dans un enchaînement de procédures aboutissant à des types de garde différente semble sous plusieurs points tout à fait cruciale. Sans cette information, la personne sur qui sont appliquées successivement les différentes dispositions légales qui permettent la prolongation de sa garde semble ne pouvoir que très difficilement avoir l'heure juste sur ses possibilités de défense et sur ses droits une fois le processus de garde enclenché. Sur ce point, les entretiens montrent par exemple que les sujets interviewés ne savent que très rarement de quel type de garde ils ont été l'objet au cours de leur dernière hospitalisation involontaire. Dans un contexte semblable de profonde méconnaissance de la situation médico-légale dans laquelle elle est plongée involontairement, il est difficile d'envisager que la personne concernée puisse comprendre de façon précise ce que ces droits lui permettent de faire en termes de contestation judiciaire à chaque étape de

l'évolution de son dossier légal. Une information claire sur l'évolution de la situation médico-légale d'une personne nous apparaît un aspect légal important qui n'est peut-être pas suffisamment abordé par la Loi telle que formulée dans sa version la plus récente.

2.4.3 Le droit de communiquer avec un avocat

Les entretiens nous indiquent que très peu de répondants ont reçu l'information concernant leur droit de communiquer avec un avocat dès le début de leur mise sous garde. Parmi les sujets qui ont mentionné clairement cette information au cours de l'entretien, seulement deux répondants sur neuf avouent avoir été informés dès leur mise sous garde du droit de communiquer immédiatement avec leur avocat. Il est également intéressant de noter qu'aucun d'entre eux n'a été informé par voie orale par un membre du personnel soignant de leur droit de communiquer avec un avocat. Dans les deux cas, les répondants ont obtenu cette information par l'intermédiaire d'un dépliant qu'on leur a remis à leur arrivée à l'hôpital. Les autres répondants n'ont soit jamais été informés de ce droit par le personnel de l'hôpital soit ils ont reçu cette information mais seulement plusieurs jours après le début de leur mise sous garde.

Tableau 2.3
L'information du droit de communiquer immédiatement avec un avocat
dès leur mise sous garde par le personnel de l'hôpital selon les répondants.

	Le personnel de l'hôpital l'a informé par la voie d'un dépliant* du droit qu'il avait de communiquer avec un avocat.	Le personnel de l'hôpital l'a informé oralement du droit qu'il avait de communiquer avec un avocat.
Répondant 1	Pas mentionné	Pas mentionné
Répondant 3	Non	Non
Répondant 4	Oui	Non
Répondant 5	Non	Non
Répondant 6	Non	Non
Répondant 8**	Non	Non
Répondant 9	Oui	Non
Répondant 10	Non	Non
Répondant 11**	Non	Non
Répondant 12	Non	Non
Total	2 : Oui 7 : Non 1 : P.M.	0 : Oui 9 : Non 1 : P.M.

2.4.3.1 Répondants qui ont été informés de leur droit de communiquer avec un avocat dès le début de leur mise sous garde par un membre du personnel de l'hôpital

Deux des répondants ont révélé avoir reçu dès leur arrivée à l'hôpital un dépliant d'information sur leur organisme de défense régional de droits en santé mentale et de l'aide que cet organisme offre aux personnes qui cherchent les moyens de leur défense ou qui souhaitent faire appel à un avocat. Le premier de ces répondants nous a expliqué qu'il avait l'impression que cette brochure était donnée à toutes les personnes qui étaient conduites au département de psychiatrie de l'hôpital où il se trouvait.

Extrait de l'entretien avec le répondant 10 :

I : Comment vous avez connu le groupe de défense des droits?

R : «Ça c'est les intervenants à l'urgence qui m'ont donné les papiers tout de suite.»

I : En rentrant?

R : «Oui.»

I : Est-ce que c'était avant ou après que vous ayez refusé?

R : «Avant.» (p. 4)

Pour sa part, la répondante 4 a aussi reçu un dépliant d'information à son arrivée à l'hôpital. Elle explique avoir été étonnée d'apprendre que l'une des infirmières qui la traitait ne comprenait pas comment elle avait fait pour se trouver un avocat, assurer sa défense en cour et obtenir la levée de sa garde.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

R : «L'infirmière le lendemain m'a demandé... qu'est-ce qu'elle a dit donc. Elle m'a demandé qui m'a présenté un avocat, ou quelque chose comme ça. Je lui ai dit que c'était leur papier. Le papier que vous m'avez donné sur la défense des droits de la personne. (...)»

I : Elle demandait comment vous aviez pu vous défendre ?

R : «Elle ne savait pas comment ça se fait qu'il ne pouvait pas me garder, elle ne comprenait pas. Moi j'ai dit : «C'est votre papier.» » (p. 10)

2.4.3.2 Répondants qui ont été informés de leur droit de communiquer avec un avocat au cours de leur garde par le personnel de l'hôpital ou par un acteur extérieur

Deux des répondantes ont été mises au courant du droit qu'elles avaient d'appeler un avocat plusieurs jours après le début de leur mise sous garde. Les répondantes 10 et 11 ont reçu cette information d'une infirmière alors que la répondante 12 l'a obtenue lors d'une visite à l'hôpital d'un intervenant qui travaille dans un organisme de défense de droits.

La répondante 11 explique que c'est à la suite de multiples échanges avec des infirmières qu'à un moment donné l'une d'entre elles s'est décidée à lui parler de la possibilité qu'elle avait de contester la mise sous garde en faisant appel à un avocat et en appelant son organisme régional de défense de droits.

Extrait de l'entretien avec la répondante 11 :

Là il y a une infirmière qui est venue me dire : vous savez vous avez des droits. Probablement que c'est moi qui a dit je ne comprends pas, les droits de la personne, les prisonniers, les bandits ont des droits puis là me voilà ici puis je me trouve pas folle là, puis je pourrais m'en aller chez nous tout de suite puis qu'ils ne s'inquiètent pas, je ne foncerai pas dans un mur puis je prendrai pas des pilules. C'est là qu'elle m'a donné un numéro de téléphone puis là on est rendu le jeudi ou le vendredi plutôt. (p. 2)

AUTRE EXTRAIT

R : «Alors moi, quand les infirmières m'ont dit : «Vous savez, vous avez le droit de vous défendre, vous pouvez aller en cour, vous avez 2 % de chance de succès...»

I : Ils ne vous l'ont pas dit en arrivant non plus?

R : «Non, à force de rencontrer les infirmières, il y en a une qui s'est décidée à ... Les infirmières nous suivent, elles nous font parler. Probablement que en me parlant elles se sont aperçues que je n'étais pas folle, folle comme un balai. Elles ont dit là il y a une solution, si vous ne voulez pas être retenue pendant trente jours... Elles m'ont passé un papier avec un numéro de téléphone. Appelez ce monsieur-là, il va vous aider.» (p. 8)

La répondante 10 explique avoir reçu le dépliant de l'organisme de défense de droits quelques jours après son arrivée; sans doute, explique-t-elle, parce que le personnel soignant était au courant des démarches qu'elle avait déjà entreprises pour assurer sa défense devant le tribunal.

Extrait de l'entretien avec la répondante 10 :

I : (...) est-ce qu'on vous a donné un document sur la défense de vos droits?

R : «Non. Je ne l'ai pas reçu dès que je suis arrivée à l'hôpital. Je l'ai reçu quelques jours, deux jours, avant que je passe en cour. Mais j'ai été au moins quatre jours sur l'étage avant que je reçoive le document. Moi j'étais au courant de ces documents parce que je l'avais la première fois. Alors je le savais qu'il y avait des documents comme ça. Mais aussi je pense que la plupart des patients ici ne sont pas au courant de ces brochures-là parce qu'ils ne fournissent pas ces brochures-là. Ils le font juste lorsqu'ils savent que quelqu'un a appelé le tribunal ou voulait passer cour... » (p. 8-9)

La répondante 12 n'a, pour sa part, jamais été informée, par le personne soignant, du droit qu'elle avait de communiquer avec un avocat pour assurer sa défense. Elle a reçu le dépliant de l'organisme de défense de droit directement des mains de l'un des intervenants qui travaille dans cet organisme au cours de son expérience d'internement. Elle ne se souvient plus précisément du jour où elle l'a reçu mais elle semble indiquer que ce n'était pas au début du séjour.

Extrait de l'entretien avec la répondante 12 :

I : (Nom du conseiller en droits), qui t'a remis un dépliant, il est arrivé quand dans l'histoire?

R : «J'en sais rien, j'ai eu le dépliant et je l'ai gardé, j'hésitais, et avec ma peur des avocats... Lui il vient une fois par deux semaines, pas nécessairement au début des démarches. (...) Lui il vient une fois par deux semaines, la requête peut avoir été faite. Ça serait le fun s'il pouvait venir plus souvent. S'il pouvait faire plus que donner des pamphlets.» (p. 4)

2.4.3.3 Répondants qui n'ont jamais été informés de leur droit de communiquer avec un avocat au cours de leur garde

La majorité des répondants rencontrés ont révélé n'avoir jamais été informés du droit qu'ils avaient de pouvoir communiquer avec un avocat tout au long de leur situation de garde involontaire.

Répondante 3 :

La répondante 3 connaissait ses droits pour les avoir déjà fait valoir lors d'une expérience d'internement forcé antérieure. Toutefois, elle explique que le personnel soignant ne l'a informée à aucun moment du droit qu'elle avait de communiquer immédiatement avec un

avocat durant tout le temps qu'elle s'est trouvée contrainte de rester hospitalisée en psychiatrie.

Extrait de l'entretien 3 :

I : Est-ce que le personnel hospitalier vous a informée du motif de la garde?

R : «Non. Du tout. Moi je savais mais, sur le coup, ils ne m'ont pas dit.»

(...)

I : Est-ce qu'il y a quelqu'un à l'hôpital qui vous a informée du droit que vous aviez à faire affaire avec un avocat?

R : « Non! (rires) Moi je le savais mais eux ils ne me l'ont pas dit. Absolument pas. »
(p.17)

Répondante 5 :

Cette répondante a été hospitalisée plus d'une dizaine de fois avant la dernière expérience d'internement qu'elle a vécue. Ce n'est qu'à l'occasion de sa plus récente expérience d'internement qu'elle a pris la décision de contester sa garde devant le tribunal. À propos des autres expériences d'internement qu'elle a vécues, elle explique n'avoir jamais consenti à être hospitalisée. Et puisque lors de ses internements précédents personne ne lui avait donné l'information sur son droit de refuser la garde et la prise de médicaments, elle a pensé pendant plus de 20 ans qu'elle n'avait d'autre choix que celui de collaborer entièrement à son hospitalisation même si elle y était opposée. C'est grâce à l'organisme régional de défense de droits en santé mentale qu'elle a pu être informée de ses droits et de ses possibilités de défense. Sa méconnaissance fait que, au cours de l'entretien, elle associait le fait qu'elle ait dû se présenter en cour la dernière fois à cause, pense-t-elle, du refus qu'elle a pour la première fois exprimé de prendre ses médicaments. Or, si la loi avait été bien respectée lors de ses hospitalisations contraintes précédentes, à chaque fois le personnel aurait été dans l'obligation légale de l'amener en cour, qu'elle prenne ou non ses médicaments. Elle a toujours refusé d'être à l'hôpital et cela constitue un fait suffisant pour entamer le processus judiciaire par le personnel hospitalier. De toute évidence, comme en témoignent les extraits de l'entretien cités plus bas, la répondante ne bénéficie pas encore aujourd'hui d'une information complète sur ses droits et sur ses possibilités de contestation de garde.

Extrait de l'entretien 5 :

I : Donc les autres fois, on vous amenait à chaque fois contre votre gré mais une fois rendue là-bas, vous collaboriez?

R : «Oui.»

I : Ok. Donc vous ne leur disiez pas : «Je veux m'en aller, je veux m'en aller.»

R : «Je voulais m'en aller. Mais j'avais pas le choix de rester. J'ai toujours voulu m'en aller. J'ai jamais voulu rester.»

I : Est-ce qu'ils vous amenaient devant le juge ces fois-là?

R : «Non, les autres fois, ils ne m'ont jamais emmenée devant le juge. Là c'est parce que je ne voulais pas prendre de médication qu'ils m'ont amenée devant le juge.» (p. 4)

Répondante 6 :

Aucun membre du personnel de l'hôpital n'a jamais renseigné la répondante 6 du droit qu'elle avait de communiquer avec un avocat. On ne lui a jamais dit qu'il était possible de s'opposer légalement aux demandes de garde et que des organismes de défense de droits existaient pour l'aider. Il a fallu qu'elle aille jusqu'à contacter *Human Right Watch* pour s'informer des recours possibles.

Extrait de l'entretien 6 :

I : Là vous aviez appelé le groupe de défense des droits parce que en parlant avec vos proches...

R : «Non pour leur parler, j'ai parlé à *Human Watch*. J'ai appelé à des organismes communautaires. Puis c'est finalement le bureau des plaintes de Montréal qui m'a donné le numéro du groupe de défense des droits.

R : C'est comme ça que vous avez su qu'il y avait des gens qui pouvaient vous aider?...

I : «Oui. Parce que, avant ça, j'en avais aucune idée.» (p. 17)

Répondante 9 :

Elle n'a jamais su que des procédures de demande de garde provisoire et de garde en établissement étaient en cours. Par conséquent, on en déduit qu'aucun membre du personnel soignant ne l'a informée du droit qu'elle avait de s'opposer à leurs requêtes en contactant un avocat.

Extrait de l'entretien 9 :

R : «Je n'ai jamais reçu de papiers par rapport à ça. Un moment donné j'ai reçu un papier officialisant que j'étais sous garde et un autre qui disait que c'était fini.» (p. 5)

AUTRE EXTRAIT

I : Est-ce que vous avez été en cour?

R : «J'ai eu aucun processus de cour. C'est eux qui ont fait toutes les démarches.» (p. 6)

En somme, les entretiens réalisés montrent que, dans la grande majorité des cas, l'information divulguée à la personne mise sous garde sur le motif et sur son droit de communiquer avec un avocat est largement incomplète et non conforme à ce qui est prévue par la Loi. De toute évidence, ces lacunes influencent négativement la façon dont est vécue la garde contrainte (frustration, colère, impression de complot, incompréhension) et font en sorte de réduire les possibilités de contestation de garde avec l'aide d'un avocat de la personne qui souhaiterait le faire, mais qui ne sait pas que le recours existe. D'autant plus que le délai est court entre le moment où une personne est avisée par l'huissier qu'une requête est adressée au tribunal pour une garde en établissement et le jour du procès. Une information complète en début de processus de mise sous garde permet aux personnes concernées de comprendre, dès le départ, leurs droits et ainsi de mieux se préparer à l'éventualité d'une contestation devant le tribunal. Bref, nos données réaffirment l'utilité et la pertinence de l'article 15 et, en même temps, signalent le décalage important existant entre sa forme juridique et les pratiques des intervenants qui ont comme mandat sa mise en application.

2.5 Les motifs de dangerosité et la décision de la mise sous garde préventive et provisoire

Article 27

S'il a **des motifs sérieux** de croire qu'une personne représente un **danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement** dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

c.f. L.Q., 1991, c.64., Code civil du Québec, Livre premier, Des personnes, Titre deuxième, De certains droits de la personnalité, Chapitre premier, Section II.

Étant donné que notre recherche ne comprenait pas l'examen des copies d'ordonnance pour évaluation psychiatrique ni le détail de la première évaluation psychiatrique dont

avaient été l'objet les personnes interviewées lors de leur mise sous garde, notre analyse s'appuie seulement sur les dires et les perceptions des sujets pour étudier le type de dangerosité qu'ils représentaient ce jour-là. Il s'agira donc ici non pas de juger de la dangerosité que chacun des répondants représentait au moment de leur mise sous garde. L'objectif est davantage de tenter de comprendre la nature des comportements, incapacités ou symptômes évoqués par les proches qui ont contribué à convaincre le tribunal de la nécessité d'une ordonnance pour évaluation psychiatrique : la mise en évidence des ressemblances et des dissemblances qu'il est possible de tracer entre les situations vécues par chacun des répondants au plan des motifs retenus par leurs proches et/ou les divers intervenants pour justifier la nécessité de leur mise sous garde préventive ou provisoire.

Pour ce faire, nous avons relevé dans chacun des entretiens ce qui semblait constituer les motifs pour lesquels chacun d'entre eux avaient été soit provisoirement gardés soit mis sous garde préventive. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que la Loi prévoit que pour qu'une personne soit mise en garde préventive, c'est-à-dire, à la suite de la décision d'un policier ou d'un médecin sans l'autorisation du tribunal, cette dernière doit représenter un danger qualifié de grave et immédiat. En contrepartie, pour qu'une personne soit gardée provisoirement à la suite d'une ordonnance du tribunal pour fin d'évaluation, la Loi précise qu'elle doit représenter un danger pour elle-même ou pour autrui. La qualification du danger comme grave et immédiat n'est plus évoquée lorsqu'il est question de garde provisoire. .

Dans notre analyse, nous avons séparé ces deux types de danger. Dans un premier temps, nous traitons des motifs qui ont amené des personnes à être transportées à l'hôpital en vertu d'une mise sous garde provisoire pour fin d'évaluation psychiatrique à la suite d'une ordonnance judiciaire. Dans un deuxième temps, nous traitons des raisons justifiant que des personnes soient placées en garde préventive après décision d'un médecin, pour cause d'un état mental présentant un danger grave et immédiat. De façon générale, nous nous alimenterons des raisons évoquées à la fois par les proches, les policiers et à la fois par les médecins pour effectuer cette partie de l'analyse.

2.5.1 Motifs sérieux retenus par le juge de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental

Lorsqu'on se penche attentivement sur les motifs qui, selon les perceptions et les souvenirs des sujets interviewés, ont convaincu le juge d'émettre une ordonnance pour évaluation psychiatrique, la première observation que l'on peut faire est de noter leur grande diversité. Bien que notre échantillon ne compte que cinq cas d'évaluation psychiatrique sous ordonnance de la cour, il est néanmoins possible d'observer que les motifs diffèrent significativement d'un cas à l'autre. Chaque ordonnance d'internement provisoire pour fin d'évaluation psychiatrique semble avoir été accordée par le juge en raison d'un ensemble de motifs évoqués par les proches et souvent appuyés par des exemples de la vie courante. Ces motifs divers forment entre eux un argumentaire, une preuve légale, dont l'objectif est de montrer que l'état mental de la personne concernée présente une dangerosité pour elle-même ou pour les autres.

Ces motifs sont, pour la plupart, la verbalisation d'inquiétudes multiples vécues par l'entourage immédiat de la personne concernée. Pour l'ensemble des sujets rencontrés, la demande d'évaluation auprès du tribunal provenait de la famille immédiate, parent ou conjoint. Les formes prises par leurs inquiétudes sont multiples. Pour tenter de dresser un portrait des types de motifs évoqués, nous avons jugé opportun de tenter de les regrouper sous des catégories qui n'ont évidemment pas la prétention d'être exhaustives. Cette catégorisation est le résultat d'un exercice de synthèse qui donne une vision d'ensemble de la diversité des motifs évoqués par les proches qui, chaque fois, sont parvenus à convaincre le juge de la nécessité d'une ordonnance d'internement provisoire pour fin d'évaluation psychiatrique.

Voici les catégories de formes d'inquiétudes qui servent à appuyer une demande d'ordonnance du tribunal pour l'évaluation psychiatrique d'un proche :

- 1) changements de comportements et d'attitudes dans les dernières années (répondante 10);
- 2) habitudes de vie perçues comme anormales ou nocives (répondantes 6 et 10);
- 3) problèmes de consommation de drogue (répondante 6);

- 4) décisions perçues comme irréfléchies impliquant des gestes interprétés comme des coups d'éclat ou comme irresponsables (répondants 5, 9 et 10);
- 5) difficultés d'organisation (répondante 6);
- 6) cessation volontaire de la prise de médicaments (répondants 5 et 9);
- 7) surmenage (répondant 9);
- 8) perte de contact avec la réalité (répondante 10);
- 9) propos violent ou menace verbale (répondantes 4 et 6).

Voici pour chacun des témoignages les motifs évoqués par les proches pour présenter une demande d'ordonnance pour évaluation psychiatrique au tribunal. Les extraits de témoignage ont été séparés en fonction de la partie demanderesse : le conjoint ou le parent.

2.5.1.1 Motifs évoqués par le conjoint qui a fait la demande d'ordonnance

Répondante 4 :

Les motifs invoqués par son mari faisaient référence aux comportements et attitude de surprotection qu'elle avait à l'égard de son fils ainsi qu'aux propos agressifs et menaçants qu'elle avait adressés à son mari lors de disputes conjugales. Son mari a aussi fait mention de problèmes liés à une mésentente que la répondante avait eue deux ans auparavant au moment où elle avait consulté une psychologue au CLSC en rapport avec les conflits conjugaux qu'elle avait avec son conjoint au sujet de l'éducation de leur enfant.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

R : «Il (son mari) est allé chercher ce papier-là (ordonnance de cour) en m'accusant pour m'emmener à l'hôpital.

(...)

Il m'accusait d'être surprotectrice pour mon fils. Il m'accusait par rapport aux disputes. En gros, il m'accusait que je le traite de connard, ces affaires-là. Que je le menace de mort. Mais toutes ces menaces, c'était dans les disputes. Quand je suis très fâchée je lui dit : «Mort, tu es mort pour moi.». C'est dans ce sens-là, quand je suis fâchée dans les disputes conjugales. Je le dis, mais j'ai jamais l'intention. Mais lui, il l'a fait avec l'intention. » (p. 3)

AUTRE EXTRAIT

R : «Puis aussi, il s'est servi... C'est long à vous expliquer depuis le début. Il s'est servi du dossier du CLSC. Il y a deux ans de cette histoire-là. Ce dossier-là, il l'a amené à l'hôpital aussi pour qu'ils voient tout ça.

(...)

Il y a deux ans, on était tout le temps en disputes. Tout le temps en disputes dans toute la vie de toute façon. Puis c'était des disputes concernant mon fils et tout et tout. Puis on est allé voir le CLSC (...)

I : Ok. Mais il s'en est servi ?

R : «Oui, il s'en est servi pour faire la preuve devant le juge. C'est ça il y a une lettre du CLSC là-dedans. Il y a la psychologue du CLSC, c'était pas bien. Je connais mon fils depuis sa naissance. J'en ai toujours pris soin. Mon fils un moment donné, la psychologue a dit qu'il était en retard avec les mots et tout ça. Mais moi j'ai dit que ce n'était pas vrai. Je connais mon fils. Au contraire, il est en avance. Elle m'a dit qu'il faudrait qu'elle envoie une éducatrice à la maison pour voir si l'éducatrice pouvait trouver quelque chose. Mais l'éducatrice a rien trouvé. Au contraire, il va très bien. Et elle la psychologue elle ne le sait pas. (...) Puis il s'est servi du mauvais dossier contre moi. Vous comprenez. Il s'est servi d'une partie du diagnostic du CLSC contre moi. C'est un plan tout monté.» (p. 3)

Répondante 10 :

Sa famille et son conjoint s'inquiétaient depuis quelques temps de son comportement qui à leurs yeux avait changé au cours des deux dernières années et demie ainsi qu'à certaines de ses habitudes. Aussi, ils s'inquiétaient par rapport à un accident de voiture qu'elle avait eu environ un mois plus tôt.

Extrait de l'entretien avec la répondante 10 :

R : «Parce que j'ai eu un accident d'auto en Ontario dans le mois de juillet 2006. Et puis ça l'inquiétait un peu. C'est plus ou moins à cause de l'accident d'auto et aussi ma famille a parlé avec mon mari. Elle lui a dit qu'elle était inquiète de mon comportement depuis les derniers deux ans, deux ans et demi. Ils ont dit que j'ai eu un changement de comportements, que j'étais différente d'avant. Et c'est pourquoi mon mari et ma famille ont pensé que je devais avoir une évaluation psychiatrique.

I : Est-ce que vous vous rappelez ce que votre conjoint ou votre famille vous reprochaient? Qu'est-ce qu'ils trouvaient qui avait changé?

R : Ils ont utilisé des exemples. Ils ont dit que j'étais plus ou moins irritable, défensive, que je me lave les mains peut-être trop souvent, que je pensais que j'étais un messie. Aussi ils ont dit que j'ai eu l'accident d'auto. Puis à cause que je n'ai jamais eu d'accident d'auto dans ma vie et que c'était la première fois. Aussi ils ont dit que j'ai considéré mon chien comme un bébé. Aussi ils ont dit que je voulais aller à San Diego en voiture parce que j'avais du travail à faire. C'est plus ou moins ces raisons-là qu'ils ont décidé que j'avais besoin d'avoir une évaluation. Ce sont ces raisons-là qu'ils m'ont données.» (p. 1-2)

2.5.1.2 Motifs évoqués par le parent qui a fait la demande

Répondante 5 :

La répondante explique qu'elle prenait le même médicament depuis 20 ans. Suite à des effets secondaires qui avaient eu d'importantes conséquences sur sa santé physique, son médecin avait pris la décision de lui prescrire une nouvelle médication qui l'a contrainte à vivre tout un ensemble d'effets secondaires fortement désagréables. Suite à cela, la répondante a décidé de se sevrer et donc d'arrêter progressivement tous les nouveaux médicaments qu'on lui avait prescrits. Face à cette décision et à certains comportements jugés peu appropriés, ses parents se sont sentis inquiets au point où son père a décidé de faire la demande d'une ordonnance pour une évaluation psychiatrique.

Extrait de l'entretien avec la répondante 5 :

J'ai été une secousse là mon gars était en prison. Mon gars était en-dedans. J'avais pas donné de signe de vie à mon gars depuis un bout , fait que je me suis dit que j'allais aller le voir en prison. Il était à Québec. En tout cas, j'ai fait des niaiseries. On fait des niaiseries même sur les pilules parce que des fois ça marche pas. En tout cas, j'ai fait des affaires, ça je le sais. (p. 3)

AUTRE EXTRAIT

Ben là c'est parce que dans le fond mes parents ils étaient tout perdus parce que là je ne voulais plus prendre mes médicaments. Avant je prenais tous mes médicaments. Là ils se sentaient tout déboussolés. Ils se demandaient ce qui arrivait avec moi parce que je ne prenais plus rien. Fait que là dans le fond ils ont eu peur. Je pense que c'est ça. Puis dans le fond c'est comme, en étant là [à l'hôpital], j'étais plus en sécurité probablement. (p. 8)

Répondante 6 :

Ses parents ont fait une demande d'ordonnance pour une évaluation psychiatrique qu'ils ont justifiée en alléguant principalement qu'elle avait adressé une menace de mort à son neveu deux mois auparavant et qu'elle les accusait de comploter avec les Hells Angels. Aussi, ils ont dit au juge que l'appartement dans lequel elle vivait était invivable. Ses parents ont également évoqué le fait que son niveau de langage (*speech*) en français avait soi-disant diminué.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6:

Mes parents ont aussi dit que j'avais fait une menace de mort pour tuer mon neveu. Moi c'est quelque chose que je ne me souviens pas d'avoir fait. L'hôpital psychiatrique, je leur ai toujours dit que si j'ai fait une menace de mort, c'est à cause que j'étais gelée *tite*, puis je ne me souviens pas de l'avoir fait. Je dis toujours que je ne me souviens pas d'avoir fait ça. Mais toujours est le fait qu'avec cette information-là, eux autres sont allés voir un juge, puis ça c'était deux mois plus tôt. (p. 2)

AUTRE EXTRAIT

Dans la requête que eux ont écrit, c'était écrit que je croyais que toute ma famille était dans les Hells Angels pis que j'avais fait des menaces pour tuer mon neveu. Fait que ça c'est les raisons qu'eux ont donné aux juges pour me faire enfermer. (p. 2)

AUTRE EXTRAIT

Aussi, dans l'accusation de mes parents, ils disaient que je n'étais pas responsable. Que je n'étais pas capable de prendre soin de moi-même. C'est à cause que je venais tout juste de déménager dans un appartement. Avant j'habitais en chambre puis avant ça j'habitais avec mon ex fait que j'avais pas encore de frigidaire ni de poêle. Puis quand ils sont venus dans mon appartement, y avait toujours pas de frigidaire pis de poêle. Ça faisait juste neuf jours que j'habitais. Pis ça c'était aussi une chose qui était mise dans mon rapport que mon appartement était invivable. Là je vis toujours dans cet appartement-là aujourd'hui. Mais quand qui sont venus avec leur mandat de la cour, ça faisait que neuf jours que j'étais là. (p. 10)

AUTRE EXTRAIT

Ils disaient que mon *speech* diminuait. Mais ça pas rapport. Moi je suis partie du Québec j'avais 17 ans. Je viens de l'Abitibi. Fait que je parle en bûcheron en Québécois. J'ai un secondaire V en français pis j'ai une université en anglais. Fait que je parle mieux professionnellement en anglais qu'en français. En français je parle comme un bûcheron. Tsé ça pas rapport que mon *speech* se détériore, j'ai tout le temps parlé de même. (p. 10)

Répondante 9 :

Le répondant avoue qu'il était dans une période de surmenage et qu'il a posé des gestes d'éclat aux yeux de ses proches sans les consulter, ce qui, pense-t-il, leur a déplu en plus de les avoir inquiétés.

Extrait de l'entretien avec le répondant 9 :

Bien j'étais un petit peu surmené, ça c'est clair. J'ai posé quelques gestes d'éclat ou en fait qui semblaient être des gestes d'éclat pour lesquels je n'ai pas impliqué ma famille et eux auraient aimé être impliqués mais moi j'ai dit non. Puis ça leur a pas plu. Ça par-dessus le fait que j'étais surmené bien ils ont décidé de demander un ordre de cour parce que, et ça c'est vrai, je ne voulais pas me faire traiter. Parce que je me suis déjà fait traiter

par le passé, j'ai fait des thérapies par dessus thérapies. Et j'ai vu un psychiatre il y a deux ans pendant six mois et ça m'a strictement rien donné. Alors je ne voyais pas la nécessité d'y avoir recours. Eux ils voyaient cette nécessité alors ils ont procédé à la demande pour une évaluation, pas pour traitement mais pour évaluation. Alors maintenant je suis sous garde pour traitement. (p. 1-2)

2.5.2 Répondants qui ont fait l'objet d'une garde préventive suite à la décision d'un médecin

Trois répondantes étaient déjà à l'hôpital lors de leur mise sous garde. Deux autres répondantes ont été amenées à l'hôpital après une décision du policier ou de l'intervenant de crise⁷. Parmi les répondantes qui étaient déjà dans un centre hospitalier lors de leur mise sous garde, l'une d'entre elles s'était rendue à l'hôpital pour un premier rendez-vous avec un psychiatre qu'elle avait elle-même pris soin de demander (répondante 11). Une autre faisait déjà l'objet d'une hospitalisation volontaire depuis 15 jours avant d'avoir manifesté son intention de faire un refus de traitement (répondante 8). Quant à la troisième, elle avait accepté qu'on la transporte à l'hôpital pour une évaluation mais ne consentait pas à être mise sous garde (répondante 12). Dans le cas de ces trois témoignages, il est assez difficile de mettre en évidence les motifs qui ont fait en sorte que le médecin a décidé de les mettre sous garde. D'une part parce que les répondantes n'ont jamais eu accès à leur dossier médical complet et donc ne connaissent pas le détail des raisons qui ont motivé la décision de leur médecin. D'autre part parce que bien souvent les répondants ne se souviennent pas avec précision des conversations qu'ils ont eues avec leur médecin au sujet de l'état de leur santé mentale. Bien que probablement incomplets, nous pensons tout de même intéressant de citer les motifs qui ont été mentionnés lors des entretiens dans deux des trois cas nous intéressant.

Répondante 11 :

Après le décès de son mari, elle a commencé à voir un psychologue à qui elle a confié certaines idées suicidaires qu'elle avait depuis que ses enfants ne venaient plus la visiter. À sa demande, la psychologue a pris pour elle un rendez-vous avec un médecin qui, après l'avoir examiné, a procédé à une garde préventive. Tout de suite après avoir rencontré le

⁷ Les cas de personnes qui ont fait l'objet d'une garde à la suite de la décision d'un policier ont été traités au point Article 8 de ce chapitre.

médecin, la répondante a été mise sous surveillance : des agents de sécurité la suivaient dans l'hôpital. Elle pense que sa psychologue avait indiqué au médecin qui allait la rencontrer qu'elle avait des raisons sérieuses de penser qu'elle allait se suicider.

Extrait de l'entretien avec la répondante 11:

R : «La première des choses moi j'ai demandé après un deuil, mon mari est décédé le 2 mars et j'ai commencé à faire une thérapie avec une dame, une psychologue à (nom d'une ville), puis le point où je me suis retrouvée dans des difficultés c'est les enfants ont arrêté de venir me voir à la maison, mes enfant et mes petits enfants, j'ai douze petits enfants, alors avant toutes les fins de semaines ils étaient ici puis même les journées chaudes tu les voyais arriver. Puis là ils ont décidé que non. Ils ne venaient plus voir la grand-mère.

Alors, dans le cadre de la thérapie j'ai dit à la thérapeute, ça se peut pas, tu te trouves en deuil puis tes enfants viennent plus te voir. Moi j'ai dit il n'y a plus grand-chose à faire, pourquoi qu'on ne se suicide pas. Et de là elle a appelé à l'hôpital, elle a appelé un docteur et ils m'ont donné un rendez-vous tout de suite le mercredi puis cela se passe un lundi. Moi j'avais déjà demandé pour le voir ce docteur-là...

C'est comme cela qu'en arrivant on m'a questionné, puis la question a été : «Est-ce que vous avez un plan pour vous suicider?». Ça fait que moi j'ai répondu : «C'est facile on a juste à rentrer dans un mur de ciment ou prendre des médicaments». Mais dans ma tête tout me faisait peur. Première des choses de rentrer dans un mur de ciment puis d'être légume le restant de mes jours puis les médicaments moi j'ai pas de formation encore là tu peux prendre des médicaments tant que tu en veux, tu vas rester en vie pareil mais capotée. Alors mon intention ça été plutôt, comment dire, dont, pas une menace mais (...inaudible...) puis je l'ai dit puis je me suis fait enfermée tout de suite en arrivant, il m'a posé deux ou trois questions puis il s'est mis à écrire puis je me suis ramassée avec une agente de sécurité de l'hôpital dernière moi pas question de discuter.

(...)

Moi ce que j'ai dit j'ai jamais eu l'intention de le faire. (p. 1-2)

AUTRE EXTRAIT

I : Au début, ils vous ont empêchée de sortir tout de suite la première journée?

R : «Oui, c'était le mercredi. Tout de suite en entrant, moi je suis certaine que la psychologue lui a écrit moi «elle à va se tuer». C'était quasiment tout arrangé d'avance, je me suis ramassée comme ça avec les gardiens en arrière de moi, je ne pouvais pas bouger (...))» (p. 4)

Répondante 12 :

La répondante venait de faire une mise en demeure à son ex-mari. Elle était chez elle avec son conjoint, sa travailleuse sociale et son frère. L'aboutissement de la procédure de mise en demeure lui avait fait vivre un choc émotionnel qui a inquiété la travailleuse sociale et ses proches au point que, sur place, ils ont appelé l'ambulance. Une fois arrivée

à l'hôpital, elle s'est dit qu'un séjour à l'hôpital pouvait peut-être être une bonne occasion pour arrêter sa médication, de faire un sevrage tout en étant surveillée. Elle a expliqué son intention au médecin qu'elle a vu à son arrivée et celui-ci lui a donné son accord. Plus tard, en consultant son dossier au cours de son hospitalisation, elle a appris qu'elle était hospitalisée en raison d'un état de psychose et non comme elle le pensait en raison d'un processus de sevrage. Elle n'a jamais dit à son médecin sa volonté de refuser qu'on la garde. Pourtant, la requête pour garde en établissement a été demandée devant le juge.

Extrait de l'entretien avec la répondante 12 :

J'étais ici et je venais de faire une mise en demeure à mon ex-conjoint parce qu'il me faisait comme un espèce de harcèlement psychologique depuis dix ans. Là c'était comme le résultat, j'avais le papier en main, il l'avait reçu, pis c'était comme un soulagement mais en même temps ça a été comme un deuil. Parce que veux veux pas même si je suis plus avec lui depuis une dizaine d'années, c'est le père de mon enfant pareil. Ça a fait comme un choc. La travailleuse sociale était ici, il y avait mon frère et mon conjoint pis là y ont décidé d'appeler l'ambulance. (p. 1)

AUTRE EXTRAIT

J'étais dans une pièce toute seule et puis c'est là que je me suis mise à penser que quand le diagnostic avait été émis pour moi de la maladie affective bipolaire j'étais avec mon ex-conjoint. Il ne m'aimait plus à l'époque, ça a sorti au moment de la séparation. Je me suis dit que peut-être que le diagnostic a été mal posé pis je vais essayer de sevrer mon lithium à l'hôpital. Pis vu que la fin de la saga avec la mise en demeure... je suis pharmacienne alors je me suis dis que pourquoi pas être sevrée à l'hôpital pis voir ce que ça donne. Puis le médecin la seule question qu'elle m'a posée c'était qu'est-ce que tu viens faire ici alors j'ai dit que j'aimerais ça sevrer mon lithium. Elle a marqué sevrage au lithium mais j'ai su plus tard que dans les dossiers ca a été marqué psychose. Alors que je voulais arrêter ma médication, me sevrer mais à l'hôpital. (...) J'ai dit que je voulais me sevrer de mon lithium et elle m'a dit : pas de problème on vous prépare une chambre. (p. 1-2)

AUTRE EXTRAIT

(Dans l'ambulance)

Je n'étais même pas capable de lire la feuille de mise en demeure tellement ça me faisait un choc émotionnel. Dans le fond moi je pense que j'étais plus en pseudo manie ou juste avant. (p. 2)

Par ailleurs, des deux répondantes qui ont été transportées à l'hôpital sous l'ordre des policiers (sans ordonnance de la cour), l'une d'entre elles (répondante 3) a fait mention des motifs qui avaient incité selon elle le médecin à la maintenir sous garde. Ces éléments

viennent ainsi s'ajouter aux motifs qui avaient motivés les policiers pour la conduire à l'hôpital et qui ont été relevés à la section de l'analyse consacrée à l'article 8 de la Loi.

En effet, la répondante 3 explique qu'au moment où elle est arrivée à l'hôpital, elle a demandé au premier médecin rencontré de lui faire part des motifs de sa mise sous garde préventive. Il lui a répondu que c'était à cause du comportement hystérique qu'elle avait eu et parce qu'elle ne prenait plus ses médicaments. Or, explique-t-elle, elle ne prenait plus ses médicaments depuis plus d'un an déjà. Qui plus est, cette décision d'arrêt de la prise des médicaments avait été appuyée par le dernier juge devant lequel elle avait dû se présenter pour se défendre contre une autre requête pour garde en établissement qui, un an auparavant, avait été demandée à son intention. Le juge avait alors décrété qu'elle pouvait ou non prendre ses médicaments et que cette décision relevait de sa seule volonté. Malgré cela, un an après ce jugement du tribunal, le motif de la non-prise des médicaments est évoqué par le médecin pour motiver sa mise sous garde préventive. La Loi est pourtant claire à cet effet : si le juge n'ordonne pas la prise de médicaments, la personne a le droit de refuser de prendre les médicaments recommandés par son médecin.⁸

Extrait de l'entretien avec la répondante 3 :

Finallement le médecin s'est présenté et il a commencé à me questionner sur ce qui s'est passé. J'ai dit : «C'est quoi qu'ils vous disent qui s'est passé?». Ils essayent de jouer à la psychologie sur moi et moi je fais la même chose sur lui. Alors il était un peu étonné de la façon que j'essaye de le questionner. Finallement il m'a dit : «On n'est pas là pour me questionner. C'est moi le médecin!». Alors j'ai dit : «J'aimerais savoir qu'est-ce qu'ils vous disent, pourquoi ils m'ont amenée ici? Parce que peut-être que la raison pour laquelle je suis ici, ce n'est pas la même qu'ils vous disent pourquoi je suis ici.». À ce moment-là il m'a dit : «Vous ne prenez pas votre médicament.». Mais ce n'est pas ça qui s'est passé! Ce n'est pas ça du tout du tout! (p. 8)

AUTRE EXTRAIT

À ce moment-là, il a essayé de me dire que c'est parce que j'étais hystérique, vous ne prenez plus votre médicament. (...) Mais j'étais complètement calme. (p. 9)

AUTRE EXTRAIT

⁸ Se référer à l'article 3 de l'annexe du texte législatif intitulé *Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde*.

En 2005, j'ai été à la cour au moins trois fois (lors de l'hospitalisation précédente) jusqu'à temps qu'un juge m'ait entendu et qu'il dise : «Cette personne-là n'a pas besoin d'être à l'hôpital. Je ne vois aucune raison pour laquelle elle est là. Pour moi elle n'est pas une personne malade.». Et il n'a prescrit aucun médicament. Il n'a signé aucune ordonnance de médicament ni suivi par un médecin. (...) Mais finalement ils ont trouvé le moyen de m'amener à l'hôpital encore une fois et de me mettre en prison sous le prétexte que je ne prenais pas mon médicament. Mais pourtant le premier juge ne m'avait jamais demandé de prendre mes médicaments : j'étais libre. (p. 10)

2.6 Rapports, garde et dangerosité.

Pour qu'une garde en établissement régulière puisse être accordée par un tribunal, l'article 30 de la Loi exige des médecins qu'ils soumettent au tribunal deux rapports d'examen psychiatrique concluant à la nécessité de la garde demandée. L'expertise des médecins occupe une place déterminante dans le jugement que rendra le juge qui a pour mandat de décider de l'accord ou du rejet de la requête pour garde en établissement qui lui est adressée. Toutefois, même si les deux rapports d'examen concluent à la nécessité de la garde, ce qui est généralement le cas, la Loi exige du juge qu'il ait lui-même des motifs sérieux de croire en la dangerosité de l'état mental de la personne visée par la demande de garde pour décider de répondre positivement à la requête. Selon ce qui est prévu par la Loi, l'absence de ces motifs sérieux doit suffire au tribunal pour ordonner le rejet de la garde et ce, quelque soit la preuve présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

L'article 30 représente une étape tout à fait centrale de l'application de la Loi P-38.001 et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, c'est à travers la mise en application de l'article 30 que la privation la plus lourde des droits et des libertés d'une personne prévue par la loi P-38.001 peut être autorisée. C'est d'ailleurs parce que cette disposition renferme la possibilité d'une *sanction* légale et symbolique forte qu'elle a constitué l'un des sujets les plus sensibles parmi ceux qui ont été abordés au cours des entretiens réalisés. L'expérience de la mise en application de l'article 30, exprimée dans les entretiens comme dans les enregistrements d'audition de cour, se couplait presque à chaque fois d'un profond bouleversement émotionnel dans lequel s'entremêlaient sentiment de colère, de tristesse, sensation d'injustice et d'impuissance. L'objectif que poursuit cette partie de

l'analyse nous a contraint à ne pas tenir compte de l'expression de ces différents ressentis et ce, même s'ils contenaient bien souvent des données précieuses qui pourront sans doute servir dans le cadre d'une autre recherche.

L'objectif ici est de documenter les pratiques des intervenants mandatés d'appliquer l'article 30. Étant donné la nature de notre matériau, nous avons choisi de centrer notre analyse sur les pratiques des juges entourant la décision d'accueil ou de rejet des requêtes pour garde en établissement. Or très rapidement, on s'est aperçu que la tâche d'analyser les pratiques des juges sur la question de la dangerosité mentale était loin de constituer un exercice simple. Le principal obstacle rencontré a été le constat du vide juridique qui existait sur la question de la dangerosité mentale. En effet, la Loi P-38.001 ne prévoit nulle part une définition légale du concept de dangerosité mentale. Bien que la Loi s'adresse aux *personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, le législateur n'a pas statué sur ce qui caractérisait un état mental qui présente un danger. Dans un tel contexte, comment procéder à l'analyse de la mise en application d'une notion qui reste non définie par la Loi?

Pour contourner cet obstacle, nous avons choisi d'étudier les éléments de preuve qui ont été le plus souvent repris par les juges pour rendre un jugement sur la dangerosité de l'état mental de la partie intimée (personne visée par la requête pour garde en établissement). Ces éléments de preuve pouvaient être relevés par les juges tant au moment de l'ordonnance de leur verdict soit au cours de l'interrogatoire auquel était la plupart du temps soumise la partie intimée. À notre avis, ces éléments de preuve forment entre eux l'esquisse d'une forme non officielle de définition de la notion de dangerosité mentale qui sert actuellement à orienter les pratiques des juges dans l'exercice de leur mandat.

La principale interrogation qui a guidé cette section de l'analyse est la suivante : *Quels sont les éléments de preuve auxquels ont le plus souvent recours les juges pour établir la dangerosité que représente l'état mental de la personne visée par une requête pour garde en établissement?*

Pour y répondre, nous avons fait ressortir les points de ressemblance qui unissent les expériences de comparution en cour étudiées (entretiens et enregistrements sonores).

Le cadre d'analyse que nous proposons ne compte donc pas expliciter les arguments qui, dans chacun des cas, ont été apportés par la partie demanderesse (médecins et avocats de l'hôpital) pour prouver la dangerosité mentale que présentait la personne visée par la requête (partie intimée). L'idée est plutôt de s'attarder aux principaux *types* d'éléments de preuve qui semblent plus que d'autres *influencer* les pratiques des juges qui ont pour mandat la mise en application l'article 30. Cet exercice permettra de mieux saisir les principaux éléments de preuve sur lesquels les juges font reposer leur verdict quand ils ont à juger de la dangerosité mentale d'une personne.

2.6.1 Éléments de preuve d'un état mental présentant une dangerosité ayant conduit à l'accueil de la requête

Seulement cinq des sept comparutions en cour que compte notre échantillon ont abouti à une ordonnance pour garde en établissement; les deux autres ont été rejetées. En ce qui concerne les entretiens, huit entretiens parmi les dix permettaient que l'on s'y attarde. Parmi ces huit entretiens, deux d'entre eux relataient l'expérience d'une comparution en cour qui s'est terminée par l'ordonnance d'une garde partielle en raison de l'insuffisance de la preuve⁹. Par ailleurs, si nous avons exclu deux des entretiens c'est parce qu'ils n'abordaient que peu ou pas du tout ce point spécifique de l'application de la Loi P-38.001. Il s'agit en fait des cas des deux répondantes qui ne se sont pas présentées au tribunal soit par manque d'information, soit par choix personnel.

L'étude des entretiens et des enregistrements de comparutions au tribunal tend à montrer que certains *types* d'éléments de preuve semblent être considérés plus que d'autres par les juges pour mener à bien leur mandat légal exigeant d'eux qu'ils se prononcent sur la dangerosité mentale représentée par la partie intimée. Nous avons répertorié trois *types* d'éléments de preuve: 1) la prise inadéquate des médicaments, 2) la présence de

⁹ Nous faisons ici référence aux cas de requêtes pour lesquelles le juge a conclu à une insuffisance de la preuve. Dans ces cas, le juge a accordé une garde intérimaire de quelques jours afin que la partie demanderesse puisse solidifier la preuve de la dangerosité mentale. Si au bout du délai aucune preuve supplémentaire n'est présentée au juge, la loi exige la levée immédiate de la garde.

symptômes ou d'irrégularités comportementales chez la partie intimée, 3) les antécédents ou pensées suicidaires.

2.6.1.1 La question de la prise inadéquate des médicaments

La majorité des enregistrements de comparution au tribunal que nous avons analysés abordait la question de la prise inadéquate des médicaments prescrits à un moment ou à un autre de la séance au tribunal. Dans certains cas, le juge était celui qui prenait l'initiative d'adresser une question sur ce sujet à la partie intimée alors qu'à d'autres occasions c'était plutôt la partie demanderesse (avocat de l'hôpital). Ainsi, la partie intimée était presque toujours interrogée sur l'opinion qu'elle se faisait quant à la nécessité pour elle de prendre des médicaments et de respecter les directives de la prescription faite par son médecin. Parmi les répondants qui avaient avoué devant le juge ne pas se soumettre à la prise des médicaments ou au respect des doses prescrites, aucun d'entre eux n'a vu la requête de garde qui les concernait être rejetée. À plusieurs occasions, les juges ont même incité les répondants à prendre les médicaments conformément à la demande de leur médecin au moment de rendre leur jugement. Ils soulignaient alors, à la partie intimée, que si elle acceptait de prendre adéquatement les médicaments prescrits, alors elle aurait plus de chance de voir sa garde écourtée sur décision du médecin.

L'enregistrement numéro 6 illustre bien l'importance accordée à la question de la prise des médicaments. Au début du procès, le juge aborde la question avec la partie intimée. Et à la fin, dans l'énonciation de son jugement, il marque encore une fois l'importance pour la partie intimée de prendre correctement ses médicaments s'il souhaite sortir de l'hôpital plus tôt qu'à la date maximale autorisée par l'accueil de la requête.

Extrait de la comparution au tribunal 5 :

Juge

Bon alors vous qu'est-ce que vous avez à dire. Vous avez lu les rapports médicaux. Bon je comprends en gros que vous ne voulez pas rester à l'hôpital pour qu'on puisse vous traiter et vous aider à prendre vos médicaments et tout ça...

Intimée

Moi les médicaments je les prends depuis 1998. Je prends du lithium. Mais pour prendre du lithium je n'ai pas besoin d'être dans un hôpital. Ma femme et moi on gère ça. Quand

moi je l'oublie, ma femme me donne mon médicament. Moi je suis prêt à le prendre si j'en ai besoin. Mais j'ai parlé avec mon psychiatre et elle m'a fait comprendre logiquement comment on prenait certains médicaments puis comment on les prendrait pas. Et là j'ai compris avec elle que vraiment le médicament je ne le prends pas bien. Pourquoi je dois être à l'hôpital pour prendre des médicaments que je ne prends pas et que je n'ai pas de besoin?

(...)

Juge

Est-ce que vous les prenez là vos médicaments?

Intimée

Avant je les prenais.

Juge

Mais là depuis que vous êtes à l'hôpital?

Intimée

Oui je l'ai pris dernièrement.

Juge

De façon régulière ou...?

Intimé

Oui. Oui.

Juge

Vous n'avez pas l'air bien convaincu que c'est bon pour vous? (p. 2-3)

AUTRE EXTRAIT

Juge

Alors si ça va bien, si vous prenez les médicaments et que vous suivez les prescriptions et que votre situation s'améliore, il y a aucun doute qu'ils vont vous permettre de sortir de l'hôpital. Mais pour l'instant, je vais accorder la requête pour la période qui est recommandée et vous pourrez sortir avant si tout se passe bien. (p. 7)

Les enregistrements sonores des comparutions 2 et 3 font aussi état de cette même importance prise par le respect de la prise des médicaments en bonne et due forme dans la possibilité éventuelle pour la partie intimée de voir sa garde levée, c'est-à-dire écourtée. Au moment où ils rendent leur jugement, les deux juges font clairement comprendre à la partie intimée que, si elle souhaite quitter rapidement l'hôpital, elle doit se soumettre à la prise des médicaments prescrits par leur médecin; chose à laquelle dans les deux cas elle ne s'était pas engagée jusque-là.

Extrait de la comparution au tribunal 2 :

Juge

Si vous prenez vos médicaments, vous pouvez être stabilisé et vivre à l'extérieur comme vous l'avez vécu pendant plusieurs années. C'est à vous de vous prendre en main et de vous faire aider. Si ça va avant 30 jours, vous pourrez réintégrer la société et réintégrer votre appartement. Mais si ça va pas après 30 jours, l'hôpital pourra toujours faire une autre requête pour revenir devant la cour. C'est la décision de la cour. (...)
(p. 8-9)

Extrait de la comparution au tribunal 3 :

Juge

Alors écoutez Monsieur, ce que je fais là, c'est que je signe l'ordonnance telle qu'ils le demandent, 21 jours. Cependant, ça dépend de vous si la durée de ça est écourtée. Ça veut dire que si vous collaborez avec le milieu hospitalier, si vous suivez la médication... Est-ce que vous m'écoutez?

Intimé

Oui je vous écoute Monsieur. La médication...

Juge

Mais tout ça là, si vous avez un dialogue avec eux, tout ça peut être abrégé, comprenez-vous? (p. 10)

Pour sa part, le répondant 9 prétend que la crainte d'un non-respect de sa part de la prise adéquate des médicaments est l'élément principal qui a fait pencher le juge en faveur de la requête pour garde en établissement qui le visait.

Extrait de l'entretien avec le répondant 9 :

I : Est-ce que vous vous souvenez des mots que le juge a utilisés pour justifier l'ordonnance de la requête?

R : «Elle comprenait que j'étais bien intelligent et bien attachant puis elle comprenait les inquiétudes et que c'était pas facile de prendre une décision mais que là elle ne prenait pas de chance.

I : Les inquiétudes, vous en souvenez-vous ce qu'on mentionnait?

R : Les inquiétudes, c'est plus de nature que s'ils me lâchent lousse, ils ont peur que je ne prenne pas mes médicaments.

I : Est-ce que ça été dit ça ou vous le sentiez?

I : Je crois bien que ça été dit.

I : Dans le fond vous vous lui disiez que vous alliez les prendre même si vous étiez à la maison sauf qu'elle n'était pas convaincue...

R : Non elle n'était pas convaincue. Elle m'a dit qu'elle n'avait pas confiance en moi. La dangerosité bien c'est à peu près ça... Il n'y a pas eu des grandes questions ou de débats sur la dangerosité.» (p. 11)

En résumé, plusieurs enregistrements de comparutions au tribunal et des entretiens parviennent clairement à montrer à quel point la question de la prise adéquate des médicaments est un élément de preuve déterminant qui contribue très souvent à orienter la décision du juge. En d'autres termes, notre analyse des pratiques des juges tend à démontrer qu'une prise inadéquate de la médication prescrite par la personne visée par la requête pour garde en établissement représente pour ces derniers un indice fort de la présence d'une dangerosité mentale. Comme l'ont montré certains extraits

d'enregistrements de comparutions au tribunal, cet élément de preuve est parfois combiné à d'autres qui ensemble attestent de différentes façons, aux yeux du juge, de la présence d'une possible dangerosité mentale. Or à d'autres occasions, il semble que l'unique raison de refuser de prendre des médicaments ait convaincu le juge d'accueillir la requête.

L'expérience au tribunal relatée par la répondante 5 illustre clairement ce cas de figure. Devant le juge, elle a expliqué qu'elle était en sevrage depuis plusieurs semaines et que c'était une décision qu'elle avait dû prendre en raison des complications majeures que lui avait fait vivre les médicaments qu'on lui donnait depuis qu'elle avait été contrainte d'arrêter le lithium. Elle explique que le juge a respecté son choix d'arrêter les médicaments mais qu'il a tout de même décidé d'accueillir la requête. Il a ordonné qu'elle soit gardée pour une durée maximale de trois semaines au lieu des trois mois initialement demandés par la partie demanderesse. Il a motivé sa décision en avouant à la répondante qu'il serait mieux pour elle de poursuivre son sevrage dans un endroit surveillé comme l'hôpital.

Extrait de l'entretien avec la répondante 5 :

I : Est-ce que vous vous souvenez de quoi il a été question devant le juge? (...) Qu'est-ce qui faisait qu'on vous trouvait dangereuse?

R : «J'ai dit au juge que je ne voulais plus prendre de médicaments. Je voulais faire *checker* mon physique mais je ne voulais plus prendre de médicaments. C'est tout. Puis lui, il n'a pas été si bête que ça. Ça été correct. C'est juste que moi je pensais qu'il me laisserait libre plus vite. Mais j'ai été hospitalisée pendant trois semaines. Même ils voulaient me garder pendant trois mois encore à l'hôpital. Parce que pour moi, il me semble que je lui ai parlé comme il faut au juge. Je ne voyais pas la raison pourquoi qu'il me gardait encore (...) en établissement fermé. »

I : Est-ce que le juge vous a lui-même mentionné qu'il voulait que vous preniez vos médicaments? Est-ce qu'il vous a dit que vous aviez le droit de les refuser?

R : «Il ne m'a pas ostinée. C'est comme s'il respectait ce que je disais mais qu'il fallait que je sois sous surveillance. Pis moi j'étais d'accord que je sois sous surveillance. Mais je pensais pas être si longtemps. Trois semaines c'est pas si pire...mais ça paraît ben long quand tu es là. Parce que j'étais dans le sevrage en même temps pis j'avais de la misère avec le physique aussi. C'est *tough*. T'as de la misère à dormir pis toute. T'as de la misère à aller à la selle...c'est pas un cadeau. Pas d'exercice. Moi je suis habituée de faire beaucoup d'exercice.» (p. 4-5)

Ce dernier cas pose certaines questions d'importance. Effectivement, il semble montrer que le seul fait de vouloir arrêter ses médicaments, même en l'absence d'autres motifs

sérieux de croire en la présence d'un état mental dangereux, suffit à faire pencher le juge en faveur de l'accueil d'une requête pour garde en établissement. Ce type de décision de la part du juge semble être basé sur l'inquiétude d'une possible dangerosité mentale éventuelle plus que sur la preuve présente d'une telle dangerosité. Or, est-ce que ce type de décision plus préventif que curatif est conforme au mandat que réserve aux juges l'article 30 de la Loi? La réalité des pratiques, tout comme la littérature judiciaire, semblent répondre par l'affirmative à cette question (Blais, 2002).

L'expérience au tribunal de la répondante 1 fait état de circonstances similaires à celles relatées dans l'entretien 6. Comme la répondante 6, la répondante 1 ne prenait aucun médicament au moment de sa comparution au tribunal. Elle avait arrêté de prendre «ses» médicaments plus d'un an avant sa mise sous garde préventive. Dans l'entretien, elle explique avoir réussi à montrer au juge qu'elle ne représentait pas de dangerosité apparente. Elle avait un discours cohérent et défendait adroitement ses droits, a-t-elle soutenu. Seulement, face au manque de preuve, le juge a préféré accorder un délai supplémentaire à l'hôpital pour solidifier sa preuve plutôt que de rejeter immédiatement la requête pour garde en établissement.

Extrait de l'entretien avec la répondante 1 :

I : Le juge posait quoi comme question? Vous a-t-il parlé de vos médicaments?

R : «On m'a pas parlé de médicaments. Il m'a demandé ce qui m'avait amenée à aller à l'hôpital. Je lui ai expliqué que j'avais fait le petit chant du coq matinal. Et ensuite de ça, il m'a demandé : «Vous considérez-vous dangereuse pour vous-mêmes, vous considérez-vous comme suicidaire?». J'ai jamais eu l'intention de... Sinon, les questions de base habituelles. J'ai bien répondu et il n'a pas semblé avoir de doutes à l'égard de mes réponses. Il y a peut-être juste une fois où j'ai répondu un peu plus poétique ou lyrique, mais c'est mon côté artiste.» (p. 9-10)

AUTRE EXTRAIT

I : Qu'est-ce que vous pensez de façon générale des raisons qu'ils ont évoquées pour essayer de vous maintenir à l'hôpital pendant 30 jours?

R : «Ils n'avaient pas d'arguments assez forts. Moi j'étais maître de moi-même, maître de mes émotions. Je me tenais droite, j'avais mon verre d'eau. Je n'ai pas eu l'air folle pantoute. J'avais une bonne crédibilité. Ce qui est idiot c'est qu'ils ne m'aient pas relâchée la journée même alors qu'il faisait un temps magnifique et qu'il a fait super beau après. (...) Quand je suis sortie de cour, j'ai considéré que c'était une victoire à 72 % parce qu'on me gardait cinq jours et non pas 30. Donc je faisais, c'est une victoire à 5/6,

youpi. Parce qu'ils auraient pu dire que j'étais complètement délirante et me garder 30 jours. Mais de calculer les coûts pour la société, d'être passée en cour, d'être restée cinq jours de plus puis même surtout s'ils m'avaient gardée 30 jours en tout. Je trouve que c'est ça le délire incohérent.» (p. 9)

Ainsi, en l'absence de preuve suffisante, le juge a préféré accorder un délai supplémentaire au maintien de la garde plutôt que d'ordonner le recouvrement de l'ensemble des droits et la liberté de la personne concernée par la requête. Est-ce que c'est le fait qu'elle ne prenait plus ses médicaments depuis plus d'un an qui a joué en la défaveur de la partie intimée? Si l'on se fie au discours de la répondante, aucun autre motif apparent aurait pu convaincre le juge de ne pas rejeter la requête. Bref, encore dans ce cas-ci, il semble que le refus de la prise des médicaments ait influencé le juge dans sa décision d'ordonner une garde partielle plutôt que le rejet ferme de la requête qui lui avait été présentée. Cette situation permet de confirmer le constat suivant : la non-observance de la prescription des médicaments telle qu'établie par le médecin traitant constitue un élément de preuve fondamental qui permet au juge d'accorder la demande de garde pour cause de dangerosité mentale.

2.6.1.2 La question de la présence de symptômes ou d'irrégularités comportementales

Dans la plupart des cas de comparutions en cour qui ont été analysées par l'intermédiaire des enregistrements sonores, une forte insistance était apportée sur la question des comportements hors normes ou inhabituels ainsi que sur les symptômes qui avaient été notés dans les rapports d'évaluation psychiatrique. L'avocat en charge de représenter la partie demanderesse consacrait l'essentiel de son temps de parole à faire la preuve devant le juge que la partie intimée présentait toujours les comportements ou les symptômes mentionnés dans les rapports d'évaluation. Lorsque ceux-ci arrivaient effectivement à être démontrés, très souvent le juge les a utilisés pour justifier la décision de l'accueil de la requête pour garde en établissement. En effet, lorsque le contexte s'y prêtait, dans la formulation de leur jugement en faveur de l'accueil de la requête, les juges prenaient la peine de mentionner qu'ils avaient eu l'occasion de confirmer certaines des conclusions des rapports d'évaluation psychiatrique dans le témoignage de la partie intimée. Ces éléments de preuve, expliquaient-ils la plupart du temps, les conduisaient à penser que la

personne présentait une certaine dangerosité pour elle-même ou pour autrui et donc à croire en la nécessité de la garde demandée.

L'enregistrement de la comparution au tribunal 3 illustre bien l'importance prise par la présence de ces symptômes ou de ces comportements hors norme, irréguliers dans la formulation d'un jugement sur la nécessité d'une garde pour cause de dangerosité mentale. Au moment où le juge émet son jugement en faveur de la requête qui lui a été adressée, la partie intimée demande au juge les raisons qui le poussent à émettre un tel jugement. La partie intimée a l'air surprise puisqu'elle vient de s'entretenir longuement et calmement avec le juge et semble penser que la discussion s'est suffisamment bien déroulée pour qu'elle puisse s'attendre à une décision en sa faveur. Pourtant, le juge lui fait comprendre que lorsqu'elle s'est mise à chanter sans que celui-ci lui ait demandé de se livrer à une telle prestation, ce comportement lui a prouvé d'une certaine façon qu'elle était quelque peu en décalage avec la réalité.

Extrait de la comparution au tribunal 3 :

Juge

«J'ai actuellement deux recommandations là. Ok? Qui me demandent d'émettre une ordonnance pour un maximum, un maximum de 21 jours. Ça, ça veut dire que si au bout de 5 jours, 6 jours ou 7 jours ils s'aperçoivent qu'effectivement vous êtes tout bien correct, ils vous laissent aller. Cependant, il faut que vous fassiez ce que vous faites avec moi. Il faut que vous acceptiez le dialogue avec eux autres.»

Intimé

«Mais je le fais.»

Juge

«Bien oui mais un moment donné...»

Intimé

«Ça fait deux jours que je le fais.»

Juge

«Bon. Bien si ça fait deux jours que vous le faites et que vous continuez comme ça, au bout de 4 ou 5 jours peut-être ils vont dire qu'ils n'ont plus besoin de vous garder parce que vous allez être correct. C'est ça votre choix à vous.»

Intimé

«Mais vous, vous ne pouvez pas dire que je suis correct? Vous l'avez pas vu?»

Juge

«C'est-à-dire que je l'ai vu puis je l'ai pas vu. Quand vous me dites : «Je suis chanteur et je suis bon chanteur, m'a vous le montrer.». Je suis là encore... c'est difficile pour moi d'évaluer, même si j'en entends tous les jours à la télévision, les spectacles, d'évaluer ça. Mais que vous vous sentiez obligé de faire une démonstration immédiate à un homme qui est totalement profane puis qui ne peut pas effectivement jaugé de la réalité de ça, ça démontre que vous avez une perception de la réalité qui n'est plus exactement ce qu'elle devrait être. Et c'est dans cette mesure là que peut-être effectivement le milieu hospitalier pour une petite durée de temps peut vous aider. Comprenez-vous?» (p. 9)

Les exemples des comparutions 5 et 6 viennent également confirmer le même constat sur l'importance prise par la présence de symptômes ou de comportements irréguliers dans l'orientation prise par le verdict d'un juge. Dans ces deux cas, le juge tient à préciser que la décision qu'il prend d'accueillir la requête est appuyée par un ou des signes qu'il a pu lui-même constater certifiant de la présence de problèmes de santé mentale chez la partie intimée.

Extrait de la comparution au tribunal 5 :

Juge

«Alors j'ai pris connaissance des rapports médicaux. Je pense qu'à n'en pas douter vous avez certains problèmes qui sont décrits dans ces rapports et ces rapports indiquent de façon précise que vous pouvez être dangereux pour vous-même et pour les autres. Pour vous-même peut-être pas mais surtout pour les autres. Vous avez un petit bébé d'un mois, un petit garçon et une épouse. Et je pense que dans les circonstances, le tribunal va accorder la requête (...).» (p. 7)

Extrait de la comparution au tribunal 6 :

Juge

«Je n'ai pas besoin de vous entendre Maître (nom de l'avocat) parce que je suis prêt à rendre jugement. J'ai évidemment pris connaissance des rapports des docteurs. Et semble-t-il que le Docteur (nom de la personne) soit un docteur qui n'a pas rencontré juste une petite fois Monsieur (nom de la personne). C'est un docteur qui le connaît depuis plusieurs mois. Et je dois retenir cela en preuve cette opinion-là de ce spécialiste-là qui prétend que Monsieur (nom de la personne), qui fait des efforts pour se soigner, il y a des épisodes, des périodes où ça va beaucoup mieux. Mais si le docteur prétend aujourd'hui que ça ne va pas bien et que Monsieur (nom de la personne) a besoin de soins, il faut écouter ça, il faut retenir ça. Et puis il y a une autre chose aussi. Je sens chez Monsieur (nom de la personne) un malaise sinon une assez grande tristesse et je pense que ça m'informe moi en tout cas sur la santé de Monsieur (nom de la personne). Tout ce que je pourrais souhaiter pour Monsieur (nom de la personne), qui est tout jeune, qui a 19 ans, c'est que sa santé soit meilleure dans l'avenir. Monsieur (nom de la personne) a des projets très intéressants pour l'avenir. Il veut revoir sa mère et reprendre contact avec le reste de sa famille. C'est des projets extraordinaires. Mais je pense qu'actuellement il faut qu'il se consacre à sa santé s'il veut passer à autre chose.» (p. 15)

Bien entendu, dans ce genre de cause, il semble aller de soi que le juge cherche à établir si la personne visée par la requête montre ou non des symptômes ou des irrégularités comportementales susceptibles de confirmer qu'elle éprouve certains

problèmes de santé mentale. En revanche, on remarque que très peu d'insistance est apportée par le juge sur la nécessité d'établir un lien clair entre ces comportements ou symptômes *reprochés* et la présence d'une dangerosité associée à un état mental. Comme on l'a souligné, dans la très forte majorité des cas, l'essentiel de l'interrogation et de la présentation de la preuve portait sur la démonstration par la partie demanderesse des différents comportements bizarres, symptômes et des paroles dites compilés dans les évaluations psychiatriques concluant à la nécessité d'une garde. Or il est apparu que, dans l'ensemble des cas étudiés, le juge n'insistait qu'à de rares occasions sur la nécessité pour la partie demanderesse de prouver le lien qui existait entre la preuve de ces comportements et de ces symptômes et l'existence du prétendu danger représenté par cet état mental décrit dans les évaluations psychiatriques. Comme s'il était clair que certains de ces symptômes et de ces comportements bizarres attestaient hors de tout doute de la présence d'une certaine forme de dangerosité mentale. À aucune occasion le juge n'a demandé à la partie demanderesse de lui exposer les liens clairs qu'elle établissait entre les éléments de preuve apportés et la présence d'une dangerosité mentale. Lorsque la partie demanderesse arrivait à faire la preuve que la partie intimée présentait des symptômes clairs attestant de la présence d'une maladie mentale *mal* contrôlée, dans la totalité des cas étudiés qui faisaient état d'une telle situation, le juge accordait la requête selon ses conclusions.

Ce constat est d'autant plus interpellant que, malgré un mythe tenace parfois entretenu par la presse auprès de l'opinion publique, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne sont pas des individus plus dangereux que les personnes qui n'en souffrent pas. De nombreuses recherches ont montré que les liens entre maladie mentale et dangerosité mentale ne sont pas fondés. Très souvent, les personnes diagnostiquées schizophrènes sont dépeintes à tort comme des personnes imprévisibles, agressives et dangereuses. En France, par exemple, on compte moins de meurtres et de délits violents parmi la population schizophrène que parmi le reste de la population (Tobin, 1998).

En outre, le document produit par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal et intitulé *Formation sur*

*l'estimation de la dangerosité*¹⁰ présente plusieurs statistiques montrant que la corrélation entre dangerosité et maladie mentale reste, à ce jour, encore très faiblement établie. À ce propos, l'Agence précise que de «manière générale, le diagnostic d'un trouble de santé mentale n'est pas associé à la violence (...) et que la question demeure nébuleuse car les problèmes méthodologiques sont complexes pour établir clairement la corrélation.» (2005, p. 6).

L'Agence dresse par la suite une courte liste des principales conclusions de recherche qui l'ont amenée à dresser le constat du caractère non fondé du lien de causalité entre maladie mentale et dangerosité mentale. En voici quelques-unes :

Le fait d'avoir un diagnostic d'un trouble sévère et persistant (par exemple la schizophrénie) ne constitue pas une indication d'un plus grand risque de violence;
(...)

Le portrait global demeure celui-ci : une minorité de ces personnes (qui ont un diagnostic d'un trouble de santé mentale) commettent des actes violents tels des homicides et des voies de fait graves alors que la très grande majorité des homicides et autres crimes graves sont commis par des personnes n'ayant aucun problème de santé mentale.

Ainsi, alors que les résultats de recherche semblent indiquer que le risque de dangerosité que représente une personne à qui l'on a diagnostiqué un trouble de santé mentale est très faible, ces données ne semblent pas pour autant influencer les pratiques des juges dans les contextes de requêtes de garde en établissement.

2.6.1.3 La présence d'antécédents suicidaires ou de pensée suicidaires

L'analyse des comparutions au tribunal dans les entretiens comme dans les enregistrements sonores a permis de montrer que la question des pensées suicidaires et des antécédents suicidaires représentait une information que la grande majorité des juges cherchait à obtenir de la part de la partie intimée au moment de son interrogatoire. Parmi les répondants qui avaient un souvenir assez précis de leur comparution en cour, plusieurs ont révélé s'être fait poser une question sur les possibles pensées suicidaires qu'ils pouvaient ou avaient pu avoir. L'ensemble des répondants qui ont eu à s'exprimer sur ce

¹⁰ www.santemontreal.qc.ca

sujet a affirmé avoir répondu par la négative en insistant sur le fait qu'ils aimaient trop la vie pour mettre à exécution leur propre décès.

En ce qui concerne les comparutions au tribunal analysées par l'intermédiaire d'enregistrements sonores, plusieurs d'entre elles montrent de façon explicite l'intérêt du juge à déterminer si la partie intimée présente ou non des pensées ou des antécédents suicidaires. La plupart des personnes à qui s'adressaient les requêtes pour garde en établissement n'avaient jamais eu ni de gestes ni de pensées suicidaires. À deux occasions, la partie intimée a confirmé avoir certains antécédents suicidaires. Dans le premier cas, la partie intimée était un homme qui a avoué avoir tenté de se suicider au moins à une occasion dans la passé; la version du psychiatre comptait, elle, six tentatives de suicide. En ce qui concerne le second cas, la partie intimée était un jeune homme qui a témoigné avoir eu des pensées suicidaires moins de trois jours avant sa comparution en cour. Dans ces deux cas, le juge a accueilli la requête pour garde en établissement selon les conclusions des médecins.

2.6.2 Conclusion

L'analyse des différentes expériences de comparution en cour relatées tant dans les entretiens que dans les enregistrements sonores tend à montrer que la dangerosité mentale sur laquelle le juge doit chaque fois porter son jugement renvoie à un univers difficile à cerner. À quoi renvoie cette univers selon les données de cette recherche? Nous avons répertorié trois critères empiriques qui permettent à un juge de statuer qu'on peut être en présence d'un cas d'état mental présentant un danger pour la personne ou pour autrui, à savoir : 1) la prise inadéquate des médicaments, 2) la présence de symptômes ou d'irrégularités comportementales, 3) les antécédents ou les pensées suicidaires.

Ces trois types d'éléments de preuve nous apparaissent comme étant ceux sur lesquels le juge a apporté le plus d'insistance tant au moment de l'interrogation de la partie intimée qu'au moment de rendre son jugement. Comme on l'a vu, l'expérience des répondants montre qu'une grande variété de motifs peut être soulevé pour attester de la présence d'une dangerosité mentale et ce, sans que personne n'ait à argumenter longuement sur la question même de la dangerosité. Il apparaît de fait que l'essentiel de la preuve, comme

dans le cas des enregistrements de comparution en cour, semble davantage reposer sur la présence de comportements hors normes ou irréguliers et de certains symptômes. En d'autres termes, les pratiques des juges, en matière de mise en application de l'article 30, semblent davantage consacrées à faire la preuve de la présence d'une maladie mentale mal contrôlée qu'à faire la preuve de la dangerosité représentée par l'état mental de la partie intimée. Même chose pour la question de la prise des médicaments. Chaque fois que le juge faisait face au cas d'une personne qui, pour une raison ou une autre, refusait de prendre les médicaments prescrits par son médecin, ce dernier a décidé soit d'accueillir la garde, soit d'ordonner une garde intérimaire. Jamais le juge n'a consenti à rejeter la requête pour garde en établissement lorsque la partie intimée s'opposait à la prise de ses médicaments. Comme dans le cas de la présence d'un symptôme ou d'un comportement hors norme, le refus opposé à la prise de médicaments représentait à chaque fois un élément de preuve dont les juges tenaient compte lorsqu'il formulait un jugement en faveur d'une garde en établissement.

Mais est-ce que la notion de dangerosité est celle qui est la plus appropriée pour parler des risques auxquels ces personnes s'exposent ou auxquels exposent les autres en ne se soumettant pas à un traitement? La non-observance en bonne et due forme d'une prescription médicamenteuse constitue en soi un indicateur de dangerosité? En somme, pour toutes ces raisons, nous serions portés à conclure que la notion de dangerosité ne semble pas la plus adéquate pour traduire l'univers empirique de symptômes, de comportements et d'attitudes sur lequel la décision du juge s'appuie pour ordonner la garde en établissement. Cela alors que l'essence même de la Loi P.-38.001 repose sur la notion de dangerosité, permettant que de façon exceptionnelle, on puisse priver de liberté une personne dont l'état mental présente un danger.

2.7 Le droit de refus des médicaments

Article 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.

C.f. Annexe de la loi P-38.001, Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde.

La question de la prise des médicaments et du droit de les refuser semble avoir posé différents problèmes à une majorité de répondants. Alors que la loi prévoit que la personne soumise à une garde puisse *catégoriquement* refuser tous les traitements médicamenteux et non médicamenteux qu'on lui propose, dans le cas où le juge ne l'a pas ordonné et en autant que celle-ci accepte de se livrer à l'ensemble des examens psychiatriques, les témoignages recueillis font état d'une expérience quelque peu en décalage avec ce qui est prévu dans l'article 3.

En regard à la question de la prise des médicaments, cinq cas de figures se sont dégagés des propos recueillis : 1) la personne consentait à prendre les médicaments puisqu'elle avait l'impression que le fait de refuser nuirait à ses chances de sortir rapidement de l'hôpital; 2) la personne a, tout au long de sa garde, refusé de prendre les médicaments et déplore avoir eu à vivre certaines situations difficiles avec le personnel soignant à la suite de l'expression de son refus; 3) la personne a pu refuser sans désagrément la médication prescrite; 4) la personne a consenti volontairement à prendre les médicaments prescrits; 5) la personne avoue que la loi ne reflète pas du tout son expérience personnelle en milieu psychiatrique.

2.7.1 Consentement motivé par l'impression qu'un refus nuirait aux possibilités de la levée de sa garde

Certains des répondants ont senti que le fait de refuser les médicaments allait nuire à leurs démarches de contestation de garde ou encore à la possibilité que leur garde soit levée (ou encore écourtée) sur décision du médecin. Pour ces raisons, ils admettent avoir

accepté de se soumettre à la prise des médicaments tout au long de leur hospitalisation involontaire (entrevues 10, 12).

Lorsque la répondante 10 est arrivée à l'hôpital, elle a consenti à prendre les médicaments qu'on lui a tout de suite donné parce qu'elle pensait que le fait de ne pas les refuser l'aiderait sans doute à sortir de l'hôpital plus rapidement. Elle se souvenait que la première fois où elle était venue à l'hôpital, le refus qu'elle avait alors opposé à la prise de médicaments avait rendu plus difficiles les relations avec le personnel infirmier.

Extrait de l'entretien avec la répondante 10:

R : «Depuis que je suis rentrée en urgence, la deuxième fois [qu'elle a été mise sous garde pour évaluation psychiatrique sous ordonnance du juge], ils m'ont donné des médicaments tout de suite. (...)»

I : Alors que la première fois vous n'en aviez pas eu?...

R : «Bien j'ai refusé. Et puis finalement j'ai pris une fois juste parce que les infirmières étaient devenues un peu bêtes avec moi et j'avais peur un peu de ne pas être capable de sortir alors j'ai pris les médicaments une fois. Et après j'ai passé en cour et le juge a fait son jugement...»

I : Donc vous en avez pas repris après...

R : «Le juge a dit que c'était à ma volonté. La deuxième fois quand la police est venue et que je suis rentrée à l'hôpital, ça m'a surpris qu'ils voulaient me donner les médicaments tout de suite. Puis j'ai pris les médicaments parce que je pensais que c'était plus ou moins mieux pour moi et ma situation pour être capable de sortir.»

De son côté, la répondante 12 s'est rendue compte au cours de son hospitalisation que sa décision de pratiquer son sevrage à son arrivée à l'hôpital avait été *interprétée-diagnostiquée* par son médecin comme un état de psychose. C'est en consultant les notes de l'infirmière qu'elle a appris cette information en cours d'hospitalisation. Par la suite, elle a décidé de se soumettre à la prise de médicaments pour ainsi pouvoir quitter l'hôpital plus rapidement. De plus, elle admet s'être sentie plus respectée lors de sa dernière garde en établissement que lors de la garde qui avait précédé la plus récente. Elle dit avoir pu cette fois-ci refuser les médicaments sans pour autant se voir forcer d'aller en chambre d'isolement ni de prendre les médicaments par injection : pratiques dont elle avait été l'objet dans le passé¹¹.

¹¹ Il est à noter que la répondante ne précise pas si au moment de la garde qui a précédé la plus récente celle qu'elle a vécu le juge avait ordonné ou non qu'elle prenne ses médicaments. Si le juge avait effectivement fait une ordonnance en ce sens, elle se devait de prendre ses médicaments et donc le personnel infirmier

Extrait de l'entretien avec la répondante 12 :

R : «J'ai refusé le médicament antipsychotique qu'ils voulaient me donner. J'ai refusé. Là ça a été mieux car en janvier quand je le refusais je me retrouvais en isolation. Pas drôle. C'était par injection. J'ai même eu des bleus et j'ai porté plainte. Ils ont dit qu'ils allaient améliorer ça alors j'ai pas été plus loin. Mais je pense que ça m'a aidée parce que cette fois malgré que je refusais ma médication je n'étais pas mis en isolation. (...) ils me la proposaient, je refusais.» (p. 5)

AUTRE EXTRAIT

R : «Cette fois-ci il y a eu un grand pas : ils ont respecté mon choix de refuser ma médication. Peut-être qu'ils ont eu peur que je porte encore plainte. Je ne le sais pas.» (p. 7)

2.7.2 Le refus des médicaments et le vécu de situations difficiles avec le personnel soignant

Tout au long de leur hospitalisation involontaire, cinq des répondantes ont tenu à refuser les médicaments qu'on continuait de leur offrir. Plusieurs d'entre elles ont déploré avoir dû s'exposer à différentes formes de remarques qui visaient soit à les inciter à prendre les médicaments, soit à les faire sentir irresponsables ou encore à leur faire sentir que leur refus allait les conduire à différents types de conséquences négatives.

La répondante 4 explique qu'elle a dû faire face à plusieurs commentaires à connotation morale quant à son refus de prendre la médication prescrite. À aucun moment l'infirmière ne lui a clairement signifié qu'il relevait de son plein droit que de refuser les médicaments. Ainsi, la répondante refusait sans trop savoir si elle était en droit de le faire. Ce manque d'information quant à ses droits lui a fait vivre du stress et de l'insécurité.

Extrait de l'entretien avec la répondante 4 :

J'étais assise dans le salon et je regardais la télé. L'infirmière est arrivée avec une petite boîte de pilules. Elle m'a dit : «Madame, vous avez une pilule à prendre.» J'ai dit : «C'est quoi ça ?» Elle a dit : «Le médecin vous a prescrit un médicament.» Je lui ai demandé c'était quoi cette pilule-là. Elle m'a dit que c'était un anti-dépressif. Je lui ai dit que je refuse. Je lui ai dit que je ne suis pas dépressive et que je ne prenais pas de pilules. Elle m'a dit : «En tout cas, la travailleuse sociale vous trouvait dépressive aujourd'hui.» Je lui

avait le droit de faire en sorte qu'elle les prenne. Alors que si le juge n'avait rien ordonné, il est clair que les pratiques du personnel infirmier contrevenaient à la Loi.

ai dit que je n'étais pas dépressive et lui ai demandé si j'avais le droit de refuser de prendre les pilules. Elle ne m'a pas répondu. Je lui ai encore demandé. Elle ne m'a pas répondu. Alors j'ai dit : «Je ne prends pas cette pilule». Elle m'a dit : «Pourquoi vous ne prenez pas?». J'ai dit : «Parce que j'en ai pas besoin.». (...) Ensuite, elle est revenue et m'a dit : «Vous refusez toujours de prendre vos médicaments?» J'ai dit : «Oui. Je ne suis pas dépressive, je ne veux pas prendre.». Elle a dit : «Ok. Je vais le marquer dans le dossier. En tout cas, c'est pour voir l'effet que ça fait la pilule.». C'est épouvantable. Ah oui, quand la psychiatre a dit qu'elle voulait me prescrire les pilules, le matin je quittais l'hôpital. C'était la veille, la garde était soulevée. C'est là qu'elle a commencé à parler de pilule. Mon visage a changé de couleur. Je commençais à trembler. J'ai eu peur mon Dieu. J'essayais de me contrôler. Je pesais mes deux pieds très très serrés par terre. Je commençais à trembler mais mes émotions...tellement j'ai eu peur. Puis j'ai appelé l'avocat à ce moment-là et j'ai aussi appelé la (nom d'une personne du centre régional de défense des droits) tout ça. J'ai dit : «Sortez-moi vite de là, ils commencent à me prescrire des pilules. Vite, vite. (p. 10)

L'une des répondantes continuait de se faire proposer une médication et explique qu'à chaque fois le personnel insistait à deux reprises pour qu'elle les prenne.

Extrait de l'entretien avec la répondante 1 :

R : «On m'a donné le (nom du médicament) au début, et à chaque fois qu'on me proposait, comme le grateur au dépanneur, j'ai refusé, j'ai refusé. Et à chaque fois on insistait au moins deux fois pour que je les prenne. (...) Je n'ai jamais recédé à aucun médicament.» (p. 4-5)

Lors de son dernier séjour à l'hôpital, la répondante 5 a refusé pour la première fois en plus de dix situations d'internement involontaire de prendre tous les médicaments que lui prescrivait sa psychiatre. Avec les infirmières, elle avoue avoir réussi à faire tourner la situation un peu à la rigolade suite à quoi elles ont fini par respecter son choix. Elle mentionne tout de même s'être sentie achalée par le personnel infirmier sur la question de la prise des médicaments. Elle continuait cependant d'avoir d'importants problèmes avec la psychiatre qui continuait malgré tout à lui prescrire des médicaments. Avant cette expérience d'internement, soit après plus de dix hospitalisations, elle n'avait jamais reçu l'information à l'effet qu'elle était en droit de refuser de prendre les médicaments qu'elle ne souhaitait pas prendre. Sa désinformation était telle qu'elle va jusqu'à affirmer que c'est un élément nouveau de la législation.

Extrait de l'entretien avec la répondante 5 :

R : «En fin de compte j'ai été hospitalisée et je n'ai pris aucun médicament psychiatrique. J'ai pris juste des médicaments pour mon physique. Je me faisais *checker* pour mon physique en même temps, ma pression pis toute. Puis là ils m'achalaient tout le temps pour prendre mes médicaments. Mais non, je leur disais que je ne les prendrais pas.» (p. 3)

AUTRE EXTRAIT

I : Est-ce que des fois ils insistaient...

R : «Oui. Des fois ils insistaient pis je leur disais : «Non. Non. Non.». (rires) (...) ça tournait en riant. Avec les infirmières, je n'avais pas de problèmes. Juste avec la psychiatre.

I : Puis elle continuait de vous prescrire et vous vous continuiez de refuser...

R : Oui.» (p. 12)

AUTRE EXTRAIT

R : «Non, les autres fois, ils ne m'ont jamais emmenée devant le juge. Là c'est parce que je ne voulais pas prendre de médication qu'ils m'ont amenée devant le juge.»

Pour sa part, la répondante 6 est convaincue que sa persistance à refuser de prendre les médicaments a considérablement nui aux conditions dans lesquelles elle a vécu son hospitalisation involontaire. Elle avoue avoir toujours pu refuser de prendre les médicaments qu'on lui prescrivait. Elle a fait la découverte de ce droit par hasard, c'est-à-dire que la première fois qu'elle s'est opposée à la prise de médicament, elle s'est rendue compte que les infirmières respectaient son choix. Elle a donc continué de refuser les médicaments jusqu'à la fin de son hospitalisation contrainte. Plus tard au cours de son hospitalisation, la question de la prise des médicaments est devenue l'une des conditions de la possibilité de la levée de sa garde. La défense de son droit portait des conséquences négatives à sa situation de garde. Son refus de prendre des médicaments était perçu par sa psychiatre comme un geste irresponsable. Cette dernière l'a même avertie que si elle continuait de refuser, une requête serait adressée à la cour et elle devrait alors prendre les médicaments par intraveineuse sous l'ordonnance du juge pour une période de deux ans. Or après être restée plus d'un mois et demi à l'hôpital contre son gré, le médecin de la répondante a finalement décidé de lever la garde et ce, sans qu'aucune ordonnance pour prise de médicaments n'ait été adressée à la cour.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6 :

R : «En tout cas, j'ai toujours refusé de prendre tous ces médicaments-là parce que je savais que j'avais un droit de ne pas prendre des médicaments.

I : Où aviez-vous su ça?

R : Je ne pense pas que j'avais su ça. Je pense que je ne le savais pas pis je l'ai essayé pis ça marché pis je me suis dit : «All right! C'est mon droit. Yes, je l'ai celui-là!». » (p. 7)

AUTRE EXTRAIT

R : «Pis après ça j'ai toujours tenu tête à ne jamais prendre de médicaments. Parce qu'après ça, c'était devenue la condition pour que je sorte. Il fallait que je prenne des médicaments pour pouvoir sortir. Tsé c'était rendu complètement fou.» (p. 8)

AUTRE EXTRAIT

R : «Mon père a une compagnie pharmaceutique à Las Vegas. Chez nous, on prend juste des produits naturels. Ça me dérange pas, si vous trouvez que je suis dépressive, je peux peut-être essayer vos médicaments si vous voulez que je sorte. Mais moi je ne prends pas rien de chimique. J'ai dit que pour moi c'est un droit : t'as le droit de vivre comme tu veux et de choisir tes médicaments. Moi je veux juste choisir des médicaments naturels. Fait que ça c'était aussi mis dans le dossier comme une chose qui était irresponsable de moi que je ne comprends pas parce que c'est un droit qu'on a. Après ça elle me dit : «Le lithium, c'est naturel. Tu peux prendre du lithium!». Le monde était vraiment obsédé à me faire prendre des médicaments.» (p. 14)

AUTRE EXTRAIT

R : «Toujours avec cette psychiatre-là, je refusais de prendre des médicaments. Elle, elle me disait : «Ah oui, tu refuses de prendre des médicaments, on fait une requête en cour pour te faire prendre des médicaments.». Fait que là eux autres, ce qu'ils voulaient faire, pour une période de deux ans, c'était ça la requête de cour, pendant deux ans, on voulait me traiter par intraveineuse, pendant deux ans de temps contre mon gré à me donner des médicaments antipsychotiques.» (p.15)

2.7.3 La personne a pu refuser sans désagrément la médication prescrite

La répondante 3 explique qu'elle a pu refuser les traitements médicamenteux qu'on lui offrait tout en continuant d'être traitée avec respect par le personnel soignant.

Extrait de l'entretien avec la répondante 3 :

I : Est-ce qu'ils vous ont offert un traitement?

R : «Moi je refuse.»

I : Est-ce qu'ils insistaient?

R : «Il n'a pas insisté parce qu'il savait que ça passait pas avec moi.» (p.12)

2.7.4 Consentement volontaire de la personne à prendre les médicaments prescrits

Le répondant 9 a expliqué qu'il a consenti lui-même à prendre les médicaments dès le deuxième jour de sa garde. Il s'opposait à la garde mais pas au traitement médicamenteux que le médecin lui proposait de prendre.

Extrait de l'entretien avec le répondant 9 :

Au tout début. Au début j'étais mélangé. J'ai dit que je refusais le traitement, mais finalement je me suis rendu compte que c'était peut-être mieux de ne pas refuser le traitement et de juste refuser l'hospitalisation. Et effectivement, j'ai probablement besoin d'un traitement mais je n'ai pas besoin d'hospitalisation et ça, c'est mon avis très personnel. Puis je pense que ça va aussi avec le courant moderne qui vise à offrir le plus de services en externe. (p.1)

2.7.5 Le droit de refus prévu par la loi ne reflète pas les pratiques de soins en psychiatrie

Lorsqu'on mentionne à la répondante 8 que le fait de refuser la prise de médicaments, à condition que le juge n'ait pas fait d'ordonnance en ce sens, constitue un droit pour la personne hospitalisée, elle répond que la loi ne reflète pas du tout la réalité qu'elle a connue lors de ses différentes hospitalisations dans plusieurs départements de psychiatrie. Elle a toujours dû se soumettre à la prise de médicament pour deux raisons précises : 1) si elle les refusait, l'infirmière le lui donnait sous forme liquide et exigeait que le médicament soit pris devant elle; 2) un refus de médicament complet lui aurait fait perdre son psychiatre comme médecin traitant en externe, ce qui lui aurait fait aussi probablement perdre le soutien financier qu'elle reçoit du gouvernement. La répondante n'a jamais fait l'objet d'une ordonnance du tribunal à l'effet qu'elle se devait de prendre des médicaments.

Extrait de l'entretien avec la répondante 8 :

R : «Bien avant cette hospitalisation-là, j'avais un médecin soignant de (nom de l'hôpital) qui a été transféré. Et à ce traitement-là, j'avais dit que je voulais poursuivre nos rencontres médicales et tout ça mais de faire cesser la médication. Et il m'avait carrément dit : «On cesse les médicaments, bien on cesse les rencontres.». Puis lui, il m'a dit qu'il ne pouvait pas me référer à d'autres psychiatres.» (p. 7)
(...)

R : «C'est aussi perdre mon soutien financier. Je ne peux pas me retrouver à 500 \$ par mois, je ne serai même pas capable de payer mon loyer, mon électricité, tout ça. Et j'ai perdu confiance dans ma vie pour le côté professionnel.» (p. 8)

AUTRE EXTRAIT

I : Puis quand vous étiez à l'hôpital puis que vous me disiez que vous perdiez vos facultés, vous régressiez, puis là on vous donnait beaucoup de médicaments, est-ce que vous savez que vous pouviez dire : «Non, là j'en ai assez.»

R : «Mais tu ne peux pas faire ça. C'est pas vrai. C'est théorique ça. Puis j'ai vu Gouin...

I : Donc vous osiez pas parce que vous saviez que ça ne marcherait pas?

R : Non ça marche pas. J'ai déjà voulu et ça ne marche pas. Ils te le donnent en liquide. Quand tu ne veux pas le prendre en capsule... Moi j'ai déjà refusé l'Aldol puis ils te le donnaient en liquide et ils te demandent de l'avaler devant l'infirmière. Alors ça marche pas. C'est que pour eux il n'y a pas d'autre alternative. Il faut que tu prennes des médicaments. Eux autres c'est sûr que t'es comme un diabète. Souvent les psychiatres donnent cet exemple-là : un diabète prend son insuline, toi t'es bipolaire, il faut que tu prennes ton lithium. C'est conséquent, c'est comme ça (...) » (p. 7-8)

En résumé, les entretiens réalisés montrent encore une fois qu'il existe un certain décalage entre un droit prévu par la Loi P-38.001 et les pratiques observées dans les établissements hospitaliers. Les situations vécues témoignent avec pertinence de l'importance que revêt la question de la prise des médicaments dans une situation de garde involontaire. La prise des médicaments est parfois perçue par les répondants comme étant susceptible d'augmenter les chances pour eux de voir leur garde être levée alors qu'à d'autres occasions elle représente la condition première de la possibilité de la levée de la garde pour certains intervenants. Comme on l'a vu, son refus peut mener à plusieurs situations désagréables avec le personnel soignant. Notre objectif ici n'est pas de se positionner quant à l'utilité ou à l'inutilité de la prise des médicaments prescrits par le psychiatre. Nous constatons en revanche que le droit de refus de prendre un médicament ne semble pas respecté, ou encore, s'en prévaloir entraîne des conséquences négatives pour la personne prise en charge dans un établissement.

2.8 Demande de transfert dans un autre centre hospitalier

Article 11

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

C.f. L.R.Q., chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Chapitre II, Section II.

L'article 11 de la loi précise que la personne mise sous garde dans un établissement contre son gré a le droit de demander à être transférée dans un autre établissement. Par contre, dans sa version actuelle, l'article 11 de la Loi ne précise pas de façon détaillée la nature du ou des motifs justifiant qu'une demande de transfert soit ou non entendue et traitée par un médecin.

Deux des entretiens que nous avons réalisés ont abordé la question de la demande d'un transfert entre centres hospitaliers. Les deux répondantes avaient jugé bon d'adresser une demande de transfert au personnel soignant de l'hôpital où elles étaient gardées contre leur gré. La répondante 6 a demandé à être transférée dans un hôpital anglophone puisqu'elle se sentait plus à l'aise de parler en anglais même si le français restait sa langue maternelle. Elle avait vécu la majeure partie de sa vie d'adulte aux États-Unis et préférait être traitée dans un établissement anglophone. De plus, elle ne se sentait pas à l'aise dans l'hôpital où elle était. Elle avait l'impression que tous les problèmes qu'elle avait avec le personnel, notamment au sujet de la prise des médicaments et de sa garde forcée, avaient possiblement à voir avec son ex-conjoint qui connaissait bien le quartier où se trouvait l'hôpital de même que les gens qui y vivaient. Elle pensait que le fait de se retrouver dans un environnement anglophone allait lui permettre de montrer que son niveau de langage n'avait pas diminué : argument que ses parents avaient soulevé au moment de la demande d'évaluation psychiatrique présentée au tribunal. Pour toutes ces

raisons, elle voulait profiter de son droit de transfert. Le personnel de l'hôpital n'a pas donné suite à sa demande.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6 :

R : «Mais avant même qu'ils me transfèrent aux soins intensifs, le 4^e jour quand j'ai reçu la requête, moi je leur ai demandé, à cause que j'avais peur des Hells, mon ex à cause qu'il habitait à (nom de quartier à Montréal), tout (nom de quartier à Montréal) lui appartenait. Moi j'arrive à Hyppolite Lafontaine, en plein sur la rue (nom d'une rue) tsé... Fait que là le 4^e jour, moi je suis bilingue, je suis française et anglaise, quand je suis arrivée à l'hôpital, je sentais que ça l'avait un rapport avec ça. Fait que moi j'ai été «pognée» sur un trip anglophone. Je leur ai dit : «Vous allez me transférer dans un hôpital anglophone! Moi je ne veux pas rester ici, ils vont me tuer». Pas qu'ils allaient me tuer, mais je ne voulais pas rester à l'hôpital. Ça c'était le 4^e jour. Il était genre 2 h du matin. (...)

J'étais plus en confiance. Écoute, on m'avait amenée dans un hôpital psychiatrique. On est en train de me dire que j'étais malade mentale puis on voulait me forcer à prendre des médicaments. Moi je trouvais qu'il y avait quelque chose d'énormément louche. Je ne voyais pas c'était quoi l'obsession à vouloir me faire prendre des médicaments. Pour de vrai, je ne comprenais pas. Fait que oui je trouvais qu'il y avait quelque chose de louche et non. Avec toute la situation, je m'étais fait battre, lui m'avait dit tout ça. Fait que oui tout ça était dans ma tête pis non je ne me sentais vraiment pas en sécurité à l'hôpital. C'est juste ça que j'ai été dire à l'infirmière... (...). Fait que là j'ai dit : «Écoutez, c'est un droit légal que j'ai. Je vis dans une ville anglophone, je veux être transférée dans un hôpital anglophone.». Puis aussi c'est parce que c'était aussi dans le commentaire de mes parents dans la requête. Ils disaient que mon *speech* diminuait. Mais ça pas rapport. Moi je suis partie du Québec j'avais 17 ans. Je viens de l'Abitibi. (...) Fait que je parle mieux professionnellement en anglais qu'en français. En français je parle comme un bûcheron. (...) Fait que moi je me suis dit : «Ok. On va y aller de l'autre bord, je veux aller dans un établissement anglophone.».

AUTRE EXTRAIT

R : «Toujours est le fait qu'il était 2 h du matin, je suis allée au poste d'infirmière. J'ai dit : «Écoute, moi je dors pas. Je veux me faire transférer dans un établissement anglophone maintenant.». Là je me souviens plus vraiment ce qu'elle a dit mais dans les notes des infirmières, y a cinq minutes qui se sont écoulées. Moi pendant cinq minutes je leur ai dit : «Écoute, moi je veux aller dans un établissement anglophone maintenant. Maintenant, maintenant.». Eux autres ont appelé les gardes de sécurité. Là ils m'ont amenée. Ils m'ont mise en salle d'isolement. (...) Ils m'ont laissée là environ deux heures.» (p. 9-10)

La répondante 10 avait adressé une demande similaire à son médecin. Elle était pour sa part bilingue et gardée dans un établissement francophone mais considérait qu'il était préférable pour elle d'être traitée dans un établissement anglophone. Elle avait justifié sa demande en précisant que l'anglais demeurerait sa langue maternelle et que l'effet

amortissant de la médication la rendait parfois moins à même de s'exprimer correctement en français avec les membres du personnel soignant. Le personnel de l'hôpital lui a répondu que c'était impossible et lui a alors fourni différentes raisons pour justifier son refus : la zone où elle habite (code postal), le manque de ressources dans les hôpitaux demandés.

Extrait de l'entretien avec la répondante 10 :

R : «J'ai demandé des transferts à l'autre hôpital. Je parle français sauf que des fois quand je suis un peu étourdie à cause des médicaments je deviens plus fluide en anglais, c'est naturel c'est ma langue maternelle. Et des fois quand je ne me sens pas capable de parler avec les infirmières comme je voudrais, ça peut arriver des incidents où vraiment on s'est mal compris. C'est pourquoi j'ai demandé d'aller dans un hôpital bilingue où je peux parler les deux langues parce que j'ai eu des commentaires des infirmières du genre : «Parle-moi donc en français je ne parle pas anglais!». Ça ne me dérange pas de parler en français pas du tout, mais quand on prend soin de notre santé mentale, quand on se sent triste ou étourdie à cause des médicaments, parfois la langue maternelle sort en premier même si on ne voulait pas. Puis des fois les infirmières sont bêtes à cause de ça.»

I : **Est-ce que ça vous a été refusé le transfert?**

R : «Bien j'ai demandé un transfert au (nom de l'hôpital) puis au (nom de l'hôpital). Ils m'ont dit que c'était impossible parce qu'ils n'avaient pas de place. Puis aussi ils ont dit que c'est à cause des zones... je ne pourrais pas être transférée parce que...»

I : **À cause de votre code postal.**

R : «Ils m'ont donné toutes sortes de raisons depuis que je suis arrivée alors... Je leur ai dit de me donner une adresse à NDG s'il le faut! (rire)» (p. 13-14)

Ces extraits d'entretiens nous amènent à nous interroger sur les raisons qui servent à justifier le refus d'une demande de transfert dans un contexte légal qui certifie pourtant l'accès de ce droit pour toutes personnes en situation de garde. Comme mentionné dans l'extrait précédent, la répondante 10 qui avait demandé à être transférée s'est fait répondre que les hôpitaux anglophones convoités n'avaient pas de place pour la recevoir et qu'en plus son adresse postale ne concordait pas avec la région desservie par les établissements demandés. Or, la Loi sur la Santé et les Services sociaux confirme pourtant le droit de chaque citoyen et citoyenne à pouvoir choisir le centre hospitalier dans lequel il ou elle souhaite recevoir des soins indépendamment de son adresse postale. Quant à l'argument du manque de places disponibles dans les hôpitaux anglophones dans lesquels elle a demandé à être transférée, force est de constater qu'il ne peut être que très difficile pour la personne qui demande un tel transfert de s'assurer de la véracité de ce type de justifications bien que tout à fait légales au sens de la Loi. Comment une

personne qui fait face à une telle justification pour refuser son droit au transfert peut-elle faire pour s'assurer que ce n'est pas plutôt les démarches administratives additionnelles que nécessite un tel transfert qui poussent le personnel soignant à utiliser l'argument de l'absence de lits disponibles pour contourner le respect de son droit? Ce dernier point nous apparaît constituer une importante limite de la Loi actuelle.

De son côté, la répondante 6 n'a jamais su ce qui avait fait que sa demande avait été laissée sans réponse. Peut-être le médecin avait-il noté à son dossier le motif du refus, tel que le prévoit l'article 11. Aucune des informations dont nous disposons ne permet cependant de vérifier cette possibilité. Malgré tout, il nous semble quelque peu problématique que la répondante n'ait jamais pu connaître les raisons qui ont justifié que son droit n'ait pas été respecté.

Ainsi, ces deux expériences nous amènent à penser qu'il existe possiblement un décalage non négligeable entre le droit au transfert au sens juridique, tel que stipulé dans l'article 11 de la Loi, et les pratiques qui ont cours dans le milieu hospitalier. Plusieurs éléments montrent, en regard aux deux cas qui nous occupent, que le personnel hospitalier peut refuser à une personne sous garde le respect du droit de transfert que lui garantit pourtant la Loi P-38.0001. Comme pour tous les autres droits défendus par les différentes législations, le droit au transfert ne devrait pouvoir être contesté qu'à de rares occasions en fonction de motifs fondés qui devraient être portés à la connaissance de la personne qui en fait la demande. À défaut de quoi le droit du transfert risque d'être traité non plus comme un droit mais plutôt comme un privilège dont seul le personnel médical connaîtrait les raisons qui permettent à une personne d'en bénéficier.

2.9 L'ordonnance du tribunal pour évaluation ou garde et devoir de signification et d'interrogation

Article 779

La demande ne peut être présentée au tribunal ou au juge à moins d'avoir été signifiée à la personne qui refuse l'évaluation ou la garde au moins deux jours avant sa présentation.

Cette demande est aussi signifiée à une personne raisonnable de sa famille ou, le cas échéant, au titulaire de l'autorité parentale, au tuteur, curateur, mandataire ou à la personne qui en a la garde ou qui démontre un intérêt particulier à son égard ; à défaut, la demande est signifiée au curateur public.

Exceptionnellement, le juge peut dispenser le requérant de signifier la demande à la personne concernée s'il considère que cela serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui, ou s'il y a urgence.

C.f. L.R.Q., chapitre 25, Code de procédure civile, Section II.

Article 780

Le tribunal ou le juge est tenu d'interroger la personne concernée par la demande, à moins qu'elle ne soit introuvable ou en fuite ou qu'il ne soit manifestement **inutile d'exiger son témoignage en raison de son état de santé ; cette règle reçoit aussi exception lorsque, s'agissant d'une demande pour faire subir une évaluation psychiatrique, il est démontré qu'il y a urgence ou qu'il pourrait être nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui d'exiger le témoignage.**

La personne peut toujours être interrogée par un juge du district où elle se trouve, même si la demande est introduite dans un autre district. Cet interrogatoire est pris par écrit et communiqué sans délai au tribunal saisi.

C.f. L.R.Q., chapitre 25, Code de procédure civile, Section II.

Les articles 779 et 780 de la loi P-38.001 prévoient que lorsqu'une demande d'ordonnance pour l'évaluation psychiatrique d'une personne est adressée au juge, ce dernier doit, sauf en présence de cas exceptionnels, s'assurer que la personne concernée par cette demande soit signifiée du fait de cette demande. La Loi précise également que le juge peut décider de dispenser le requérant de la signification de la demande à la personne concernée s'il considère que «cela serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui, ou s'il y a urgence». La Loi stipule aussi que le tribunal ou le juge doit interroger la personne concernée par la demande à moins qu'il soit manifestement inutile d'exiger son témoignage en raison soit de son état de santé, soit de

l'urgence de la situation, soit parce qu'il pourrait être «nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui d'exiger le témoignage».

Alors que la Loi prévoit que les dispenses d'interrogation et de signification ne doivent être utilisées par le tribunal uniquement dans des cas exceptionnels, sous certaines conditions précises, nos données indiquent que l'utilisation de cette exception est intervenue dans l'ensemble des situations vécues par les sujets pour qui les proches avaient demandé une ordonnance pour évaluation psychiatrique. En effet, parmi les cinq répondants interviewés qui avaient fait l'objet d'une ordonnance pour fin d'évaluation psychiatrique, aucun d'entre eux n'avaient été ni signifié deux jours avant la date de l'ordonnance ni interrogé par le juge.

Tableau 2.4
La procédure de signification et d'interrogation en rapport avec une demande d'ordonnance d'évaluation psychiatrique selon les répondants.

	La personne a été signifiée qu'une demande d'ordonnance était en voie d'être présentée au tribunal.	La personne a été interrogée par le tribunal ou le juge.
Répondant 4	Non	Non
Répondant 5	Non	Non
Répondant 6	Non	Non
Répondant 9	Non	Non
Répondant 10	Non	Non
TOTAL	0 : Oui 5 : Non	0 : Oui 5 : Non

Malheureusement, la nature de nos données et de nos sources ne nous fournissent aucune information sur les raisons qui ont motivé les juges et le tribunal à enclencher la procédure d'exception : aucun des répondants n'a été signifié ou interrogé en rapport avec la demande d'ordonnance pour évaluation psychiatrique qui les visait. Toutefois, l'importance d'aborder la question de la signification et de l'interrogation s'est manifestée à plus d'une occasion au moment de l'analyse du discours des répondants. Sans même que la question de la signification et de l'interrogation ait été soulevée directement, deux répondants ont affirmé déplorer vivement le fait de n'avoir jamais eu

l'occasion de faire valoir leur vision des événements et des comportements qu'on leur reprochait avant que la Loi s'applique contre eux.

La répondante 4

Du point de vue de la répondante 4, la demande d'évaluation psychiatrique comme toutes les autres procédures de mise sous garde dont elle a été l'objet n'avait pas lieu d'être. Elle laisse comprendre que si le juge avait pris la peine de la rencontrer, elle aurait au moins bénéficié de l'avantage de pouvoir lui présenter sa version des événements, ceux-là mêmes qu'avait évoqués son mari pour adresser une demande d'évaluation psychiatrique à son intention.

Extrait de l'entretien 4 :

I : Lorsque vous repensez à toute cette expérience-là, est-ce que vous pensez que c'était justifié ? Est-ce que ça avait sa raison d'être ? Est-ce que vous auriez dû vivre cela ?

R : « Ah absolument pas ! Rien du tout. Ce n'est pas juste du tout. C'est aucune justice. Je ne comprends même pas comment ça existe ce genre d'ordonnance je ne sais pas quoi. De quel droit il prenne ce papier juste parce que c'est signé par le juge avec des mots qui sont marqués. Et qu'ils emmènent avec ça les personnes dedans. »

I : Si on avait à reconstruire, à revivre cette expérience-là, est-ce que vous pensez que les policiers avaient raison de venir chez vous ce jour-là ? Si non, qu'est-ce qu'ils auraient dû faire ?

R : « Ils auraient dû me donner plus d'explications, plus de raisons. Ils ne m'ont donné aucune raison, je comprends rien de ce qui s'est passé. »

I : Donc d'interroger votre point de vue...

R : « Oui. Je ne suis pas informée du tout. » (p. 12)

Le répondant 9

Le juge n'a pas cru bon ni de rencontrer ni de signifier le répondant du fait qu'une demande d'évaluation psychiatrique avait été adressée à son intention au tribunal. Alors que le répondant ne sait pas qu'il s'agit effectivement de deux procédures distinctes prévues par la Loi, il mentionne qu'il aurait fortement souhaité être à la fois signifié et à la fois interrogé par le juge afin que ce dernier prenne en considération son point de vue avant d'ordonner une évaluation psychiatrique contre son consentement. Le fait que son point de vue ait été ignoré le dépasse complètement et que cette situation lui a fait vivre

beaucoup de colère notamment parce qu'il s'agissait selon lui d'un manque de respect pour la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Extrait de l'entretien avec le répondant 9 :

R : «Moi je vais vous dire, ce que j'aurais souhaité. Bon mes parents vont faire la demande au bureau du Protecteur du malade ou je ne sais plus comment il l'appelle aujourd'hui. Moi, ils m'appellent, ils me font part de leurs doléances et inquiétudes et de leurs angoisses existentielles. Et ensuite le juge aurait pu m'appeler, je serais allé moi, je ne suis pas fou. Surtout qu'en plus j'ai surtout tendance à respecter les lois et l'autorité. C'est assez rare que je transgresse les lois. Ça m'est déjà arrivé mais les fois que ça m'est arrivé ça m'a coûté assez cher que je le fais de moins en moins. Alors je serais allé. Et s'il avait ordonné une évaluation psychiatrique en externe, j'aurais accepté tout de suite. J'aurais senti l'épée de Démoclès d'une hospitalisation fait que je serais allé. C'est ça que j'aurais souhaité. J'aurais au moins souhaité être entendu par les juges avant la première requête. Et ça ça me dépasse complètement que ma version des faits n'ait pas été entendue.»

I : Dès le début...

R : «Dès les débuts. Ça dépasse mon entendement que ma version des faits que j'ai offert à ce qui m'avait été reproché. J'ai donné une explication pour chaque élément à ma conjointe ou à mes parents. Et là c'est drôle ça avait l'air moins pire. Ça aurait dû être fait par le juge : «Monsieur, on vous reproche ceci, on nous demande cela, qu'est-ce que vous en dites?». Y aurait pu avoir un genre de médiation comme il y a quand les couples se séparent. C'est ça qui aurait été souhaitable : d'avoir un mécanisme semblable à celui-là.» (p. 10)

AUTRE EXTRAIT

«Mais la pire affaire, c'est qu'on ne m'ait pas entendu au début parce que je n'étais pas si hors de la réalité que ça. J'aurais vraiment aimé mieux qu'on me rencontre dès le début. J'aurais eu beaucoup moins de colère. Ne serait-ce que ça, ça aurait été un avantage extrêmement positif. En plus de démontrer un peu de respect pour la personne qui est aux prises avec des problèmes de santé mentale.» (p. 13)

Devant de tels résultants, il semble d'abord nécessaire de s'interroger sur les motifs qui ont dans tous les cas convaincu le juge de ne pas rencontrer la personne avant d'ordonner un internement provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique. Rappelons que la Loi prévoit que le juge puisse décider de ne pas interroger la personne concernée par l'ordonnance si *elle est introuvable ou en fuite ou qu'il ne soit manifestement inutile d'exiger son témoignage en raison de son état de santé (...) ou s'il est démontré qu'il y a urgence ou qu'il pourrait être nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui d'exiger le témoignage*. Or comme on a eu l'occasion de l'exposer

précédemment, les motifs soulevés par les proches pour faire la preuve d'une telle dangerosité étaient diversifiés et étaient loin de faire état de façon claire de la présence d'un danger évident ni d'une *urgence*. Malgré tout, il semble que les motifs aient été suffisants pour que le juge accorde à chaque fois la dispense de la signification et de l'interrogation. Pourtant, lors d'une demande d'ordonnance pour évaluation psychiatrique, faut-il le mentionner, il s'agit à chaque fois de la parole d'un tiers qui raconte par définition sa version des événements. Or pour une majorité de répondants, le fait de n'avoir pas pu présenter leur version des événements devant le juge et que l'ordonnance d'évaluation psychiatrique s'applique à leur insu semble avoir été difficile à accepter. Cette rencontre avec le juge représente, pour eux, une étape significative du processus de l'application de la Loi à laquelle ils auraient vivement souhaité pouvoir participer. Ainsi, nos données permettent à la fois de confirmer l'intérêt et la pertinence des articles 779 et 780 et à fois de s'inquiéter des pratiques judiciaires qui semblent peut-être trop enclines à trancher en faveur de la dispensation de signifier et d'interroger.

2.10 Responsabilité du Centre hospitalier et transmission de documents

Article 16

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

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

C.f. L.R.Q., chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Chapitre II, Section II.

L'article 16 de la Loi P-38.001 prévoit qu'après chaque décision du juge ainsi qu'après chaque rapport d'examen prévu par l'article 10 de la Loi, l'établissement où une personne est mise sous garde se doit de lui remettre un document d'information conforme à l'annexe jointe au texte de Loi. Ce document renseigne la personne sur plusieurs aspects

légaux de sa situation de garde involontaire. Par exemple, elle peut y trouver des renseignements sur son droit d'en appeler de la décision de garde prononcée par le juge, sur son droit de refuser les traitements, sur les conditions de la levée de sa garde, etc.

Lors des entrevues, aucune question n'a été directement adressée aux répondants sur l'article 16 de la Loi P-38.001. Certains répondants ont mentionné avoir reçu différents types de document lors de leur internement involontaire. Mais, à aucun moment, ils n'avaient à préciser s'il s'agissait ou non de l'Annexe prévu par l'article 16 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Or même si cette pratique légale n'a pas été abordée directement dans les entrevues, les données permettent que l'on s'y attarde. En fait, ce que l'analyse des entretiens nous permet d'observer c'est à quel point les personnes qui ont été impliquées dans l'une ou l'autre des étapes d'application de la Loi P-38.001 ne semblent que très peu informées des procédures légales dont elles ont pourtant été l'objet. Plusieurs des personnes interviewées ne savaient pas quels types de garde avaient permis qu'on les interne contre leur gré en psychiatrie¹². Il s'agit là certainement pour nous d'un premier indice attestant du manque d'information dont dispose la personne sous garde sur sa situation médico-légale. De plus, lorsqu'on se penche sur le type d'informations dont disposent les personnes interviewées sur les différents aspects de leur expérience d'internement involontaire, on observe qu'elles comprennent difficilement les procédures légales qui se sont appliquées contre leur gré. En s'attardant à leur discours, on comprend que la majorité des répondants ont été mis au fait des procédures légales qu'impliquaient leur refus de traitement au fur et à mesure qu'ils avançaient dans le processus juridique prévu par la Loi. En d'autres mots, les personnes interrogées sur leur expérience d'internement semblent n'avoir été renseignées sur leurs droits ainsi que sur les démarches légales à traverser que lorsqu'elles se retrouvaient confrontées à l'une ou l'autre des étapes précises de leur processus légal de contestation. En somme, l'information dont les personnes sous garde doivent disposer pour assurer leur défense semble, dans plusieurs des cas, avoir été donnée à la pièce sans que le contexte légal ou

¹² Se rapporter au point 2.4 intitulé Rôle et prise en charge par le centre hospitalier.

leurs droits spécifiques leur aient été communiqués au début des démarches, au moment où elles se sont pour la première fois opposées à la garde.

La Loi prévoit qu'un document soit remis à la personne lorsqu'une décision de juge est prise et lorsqu'un rapport d'examen est effectué parmi ceux prévus par la Loi. Or, après avoir procédé à l'analyse de plus de dix entretiens avec des répondants qui parfois cumulait une certaine expérience d'usagers dans le domaine des services psychiatriques, il nous apparaît y avoir un manque général au plan de la qualité de l'information que détiennent les personnes qui se retrouvent en contact forcé avec la Loi P-38.001. À différentes occasions, les propos tenus par les répondants reflétaient une méconnaissance des procédures légales de la Loi qui pourtant permettaient à leur grand désarroi qu'ils soient internés contre leur gré.

Voici plusieurs extraits d'entretiens qui nous conduisent à formuler ces différentes observations sur le manque apparent d'information dont disposent les personnes pourtant directement impliquées dans les procédures légales prévues par la Loi P-38.001 :

Répondante 5 :

Après avoir fait l'objet d'hospitalisations involontaires (plus d'une dizaine de fois), la répondante 5 avoue ne pas encore comprendre aujourd'hui comment ça fonctionne. Alors qu'elle se retrouvait à l'hôpital très souvent à la suite d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique demandée par l'un ou l'autre de ses parents, mise à part lors de sa dernière expérience, jamais aucun huissier ne l'a informée qu'une requête de garde en établissement était adressée à son intention au tribunal. Bref, après plus de dix hospitalisations involontaires, elle admet qu'elle n'arrive toujours pas à s'expliquer pourquoi d'une part elle peut refuser d'être à l'hôpital et que d'autre part l'hôpital puisse malgré tout la garder contre son gré. Ce n'est que lors de sa dernière hospitalisation qu'elle savait qu'elle pouvait contester la garde. Elle a obtenu l'information sur ses droits non pas grâce aux établissements hospitaliers qu'elle a eu l'occasion de fréquenter mais bien plutôt via l'organisme régional de défense de droits en santé mentale. Elle déplore aussi vivement s'être sentie seule et épiée par le personnel hospitalier après avoir fait part de sa décision d'enclencher des démarches en vue de sa défense. De plus, on comprend

dans son discours qu'elle n'a jamais été informée par le personnel de l'hôpital de la possibilité de porter la décision du tribunal en appel au Tribunal d'administration de la l'hôpital (TAQ) et qu'elle a pu mettre la main sur cette information par l'intermédiaire de l'organisme de défense de droits.

Extrait de l'entretien avec la répondante 5 :

I : Puis est-ce que vous vous souvenez d'avoir signé une feuille disant que vous refusiez ou vous acceptiez le traitement?

«Non. Il me semble qu'ils m'ont gardée quand même. C'est ça que je comprends pas. Moi je n'ai jamais compris comment ça fonctionne...» (p. 6)

AUTRE EXTRAIT

[L'intervieweuse lui explique comment fonctionne la loi, les différentes étapes juridiques qui précèdent la demande de garde en établissement.]

R : «Moi c'est toutes des secousses que je n'ai jamais connues dans ma vie.»

I : Vous voulez dire que ce sont des informations que vous n'avez jamais eues...

R : «Oui. Même que j'ai demandé à ma psychiatre, la psychiatre qui me suivait, de voir mon dossier, savoir si j'avais le droit de voir mon dossier. Elle n'a jamais voulu. C'est comme des affaires de loi qu'on dit que les lois changent. Moi je ne trouve pas que ça l'a changé ben ben, personnellement.»

I : En tout cas, vous n'avez pas été mise au courant...

R : «Non. Moi j'ai jamais été au courant de ces affaires-là... Moi c'est juste parce que j'ai connu Droits et Recours pis qu'eux autres ils disaient qu'ils étaient là. Mais c'est, à part ça, je ne connais rien. Ils ne m'ont jamais rien montré.» (p. 6)

AUTRE EXTRAIT

R : «C'est ça, ils font tout vite. Nous autres on ne le sait pas d'avance. On le sait à la dernière minute. Eux autres, ils ont leurs procédures pis nous autres on ne connaît pas ces procédures-là. Pis c'est comme si t'es le point central. Ils te *checkent* toute. Là tu te sens *checkée* là mais tu sais pas trop ce qui arrive. C'est dégueulasse vivre ça tsé.» (p. 7)

AUTRE EXTRAIT

I : (...) au moment où le juge vous a dit qu'il vous donnait trois semaines en cure fermée, comment vous avez su que vous pouviez contester ça?

(...)

R : «Ben aussitôt, je le savais que Droits et Recours pouvait m'aider fait que c'est à eux autres que je demandais toujours ce que je pouvais faire et ce qui allait arriver. Puis c'est là qu'ils sont venus puis j'ai écrit une lettre avec eux autres. Ça c'était pour préparer, pour aller devant le tribunal de l'administration de l'hôpital.» (p. 16)

Cet entretien nous paraissait intéressant étant donné qu'il provient d'une personne qui a vécu à de multiples reprises des situations d'ordonnance pour évaluation psychiatrique.

Or, comme elle l'explique, il a fallu qu'elle arrive à sa dixième expérience d'internement involontaire avant qu'elle dispose de l'information sur son droit de contester la requête pour garde en établissement adressée par deux médecins au tribunal. Jamais auparavant les médecins n'avaient adressé une demande de garde en établissement au tribunal et cela malgré qu'elle mentionne leur avoir chaque fois exprimé son désaccord quant à l'hospitalisation dont elle faisait l'objet. Bref, son discours montre clairement que plusieurs informations d'importance sont manquantes dans l'idée qu'elle se fait des multiples situations médico-légales dans lesquelles elle a été plongée dans les dernières années.

Répondante 6 :

Au moment où elle a reçu les papiers de cour du huissier l'informant qu'une requête allait être présentée à la cour pour une garde en établissement, aucun membre du personnel de l'hôpital ne lui a expliqué de quoi il s'agissait et du droit qu'elle avait de communiquer avec un avocat. Elle n'a pas non plus reçu de brochure faisant état des services offerts par son organisme régional de défense de droits. Bref, elle ne disposait d'aucune information susceptible de l'aider à comprendre ce qui venait de s'enclencher au plan légal à son intention. La répondante révèle qu'elle a commencé à fabuler tellement elle ne comprenait pas ce qui se passait. Alors qu'elle pensait qu'elle allait toujours sortir le lendemain, que la garde allait être levée d'une journée à l'autre, les conditions d'internement se durcissaient. Personne du personnel ne l'a mise au courant de l'évolution de la situation. Aux soins intensifs, on lui répétait qu'il fallait qu'elle prenne des médicaments sans pour autant lui révéler le diagnostic fait par son médecin. Ce n'est que trois semaines après son arrivée qu'on l'a informée de son diagnostic. Enfin, c'est le comité d'usagers de l'hôpital et non le personnel soignant ni le document Annexe de la Loi qui l'a informé du droit qu'elle avait d'en appeler de la décision du juge en s'adressant au TAQ.

Extrait de l'entretien avec la répondante 6 :

R : «J'étais encore à la salle d'Urgence. Ça faisait quatre jours que j'étais à la salle d'Urgence pis là j'ai reçu les papiers du huissier. Je me souviens les papiers du huissier

c'était à peu près 7-8 pages. C'est un gros document quand même. C'est le huissier qui faut qu'il te donne personnellement. Mais moi je suis supposée souffrir de problèmes mentaux. Pis il n'y a personne qui s'assoit avec toi pour lire les papiers. Personne te les explique ces papiers-là. Même pas une infirmière qui vient te voir pour te les expliquer. (...) Tu reçois les papiers de la cour ok. Tsé, je sais pas pour vrai, mais personne m'a dit que j'avais droit à un avocat.»

I : Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous a donné une brochure par rapport à vos droits?

R : «Non.»

I : Vous aviez juste la requête?

R : «Juste la requête. Puis personne s'est assis avec moi pour regarder ça. Personne m'a expliqué c'était quoi ça. C'était juste une requête qui me disait qu'il fallait que je me présente en cour dans deux jours.» (p. 8-9)

AUTRE EXTRAIT

R : «Toujours est le fait que tout le monde qui rentre aux soins intensifs passent par la salle d'isolement. C'est la première salle qu'ils te donnent. C'est ta chambre. Fait que moi j'ai passé deux semaines dans la salle d'isolement. Ils t'amènent là aux soins intensifs. Encore une fois, personne t'explique pourquoi tu es là. Moi quand on m'a amenée là, là c'était rendu que je fabulais. On m'avait attachée le jour avant. Là c'était rendu que j'en avais des théories de complot. Puis là je fabulais et je perdais la tête. Ben c'est que personne t'explique ta situation. Moi je pensais toujours qu'on allait toujours me sortir le lendemain.» (p. 11)

AUTRE EXTRAIT

«Le TAQ, pour de vrai, je pense que c'est parce que je faisais plein de plaintes pis je pense que je l'ai su par le comité d'usagers. C'est eux qui m'ont dit que je pouvais faire appel au TAQ.» (p. 16)

Répondante 8 :

La répondante 8 affirme que personne ne l'a mise au courant du fait qu'une requête pour garde en établissement à son intention allait être présentée à la cour. Elle n'a reçu aucune convocation par l'intermédiaire d'un huissier. Elle a été informée de sa mise sous garde par la voie d'un document qu'est venu lui montrer le personnel infirmier stipulant qu'elle faisait l'objet d'une garde de 21 jours.

Extrait de l'entretien avec la répondante 8 :

R : «Ce que j'ai reçu c'était comme quoi j'étais sous garde pendant 21 jours et comme quoi ça avait été décidé. J'ai vraiment eu aucune convocation à la cour.» (p. 6)

Répondante 12 :

La répondante 12 explique qu'on lui a fait savoir qu'elle était convoquée en cour que le jour de sa comparution. L'infirmière est venue la voir et lui a offert de s'habiller pour aller en cour. C'est aussi de cette même façon qu'elle a été mise au courant qu'une requête était présentée au tribunal pour une garde en établissement à son intention lors de l'expérience d'internement involontaire qui a précédé la plus récente. Dans les deux cas, elle n'a eu aucune explication de la situation juridique dans laquelle elle était impliquée. L'information lui a été donnée à la pièce et semble complètement détachée de son contexte d'ensemble. Sans aucune mise en contexte ou discussion préalable sur les démarches précises qui ont été enclenchées, il s'avère probablement plus difficile pour une personne dans de telles circonstances de prendre en charge sa défense jusque devant le tribunal.

Extrait de l'entretien avec la répondante 12 :

R : «Un moment donné j'ai vu le papier, ils sont venus avec le papier de la cour. Là j'ai *cheaké*. Je me suis dit : «Ah non les avocats!». Pis je venais juste de vivre quelque chose. (...) ... la mise en demeure [à l'endroit de son mari]... je me sens vraiment libérée depuis. Mais j'étais fragile. Les avocats j'en avais comme vus assez!»

I : Tu t'y attendais pas à ce papier-là? Tu ne savais pas?

R : «Non j'ai été surprise je l'ai caché en dessous de mon lit, je le déchire-tu ou je le déchire pas... un moment donné je l'ai déchiré...»

I : Tu savais c'était quoi?

R : «Oui oui je savais j'étais déjà allée.»

I : Mais personne ne te l'a expliqué? Si t'étais pas déjà passée par là...

R : «Non il n'y a pas eu d'explications. C'est il y a trois ans. Après ils m'ont dit le matin même que je pouvais me préparer. Ça ils te le proposent de t'habiller.»

I : Mais est-ce qu'ils t'ont dit que tu pouvais faire affaire avec un avocat, contester ta garde?

R : «Pas du tout. Juste veux-tu t'habiller ce matin tu vas en cours. Alors moi j'ai dit : «Non.» Les juges ça m'a fait un blocage pour cette fois-là.» (p. 3-4)

Ces différents exemples de manque d'information sur la situation légale dans laquelle les répondantes ont été impliquées semblent avoir eu des effets indésirables sur la façon selon laquelle certaines d'entre elles arrivent depuis à s'expliquer cette situation de privation de droits et de liberté. Les entretiens réalisés avec deux des répondantes traduisent, à certaines occasions, un sentiment de grande insécurité par rapport au processus légal qui, dans le passé, a permis qu'on les interne contre leur gré. Comme si

elles percevaient que la Loi s'était appliquée contre elles de façon arbitraire et que depuis elles ne se sentent pas à l'abri d'une situation semblable qui ferait en sorte qu'elle se retrouve à nouveau en garde contrainte. Une autre répondante a, pour sa part, mentionné ne pas encore réussir à s'expliquer pourquoi elle avait pu être gardée même si elle s'y opposait fermement. Il est probable que le manque d'information sur leur situation médico-légale qui a caractérisé chacun de leur passage forcé en psychiatrie a à voir avec ce sentiment d'arbitraire et d'injustice qui continue de caractériser la représentation qu'elles se font de leur expérience d'internement.

À propos de sa dernière expérience d'internement involontaire, la répondante 5 affirme : «J'aurais resté moins longtemps. Ça j'ai trouvé ça ben dur. J'ai trouvé ça long. J'étais comme toute seule en dedans contre toute cette gang-là. Pas évident là. J'étais comme toute seule à me battre contre tout le monde.» (p.18) Une autre répondante a avoué ne pas encore comprendre ce qui avait permis à son mari qu'on l'interne pendant plus de dix jours contre son gré. Elle a admis ne pas encore se sentir en sécurité lorsqu'elle pense à l'hôpital et lorsqu'elle voit des policiers.

Extrait de l'entretien 4 :

Je ne comprends même pas comment ça existe ce genre d'ordonnance je ne sais pas quoi. De quel droit il prenne ce papier juste parce que c'est signé par le juge avec des mots qui sont marqués. Et qu'ils emmènent avec ça les personnes dedans. (...)
Maintenant ça me fait peur les affaires d'hôpital et tout ça. Je n'ai pas confiance. Puis quand je suis passée devant, j'ai eu peur. Puis même un moment donné j'ai eu peur des voitures de policiers. Puis j'ai peur aussi de mon ex. (p. 12-13)

Pour sa part, la répondante 6 avoue qu'elle craint encore qu'on vienne la chercher chez elle et qu'on lui fasse vivre à nouveau une expérience d'internement involontaire. Elle exprime des soupçons contre tous ceux qui l'entourent et vit désormais dans la peur.

Extrait de l'entretien 6 :

Avant, j'ai jamais eu peur d'être toute seule à la maison. J'ai toujours peur que quelqu'un vienne me chercher pour me remettre en-dedans. Dernièrement, ça allait plus super bien avec mon chum. Mais je ne voulais pas le laisser parce que c'est la seule personne que j'ai pour moi à Montréal. La seule personne qui est de mon côté. Je veux le garder près de moi pour que si jamais quelqu'un essaye de dire devant le juge que je suis folle, ben lui il va pouvoir dire que je ne le suis pas. Sinon, je n'ai plus de famille, plus de sœur plus de

frère. Je suis toute seule toute seule pis j'ai peur. Je n'ai plus confiance en personne. J'ai toujours des soupçons. (...)
C'est comme si pendant deux mois j'avais découvert le pire de ce que la société est capable de faire aux personnes. J'ai perdu confiance dans le système. (p. 21-22)

En somme, les données recueillies sur la question de l'information détenue par les répondants semblent indiquer de façon assez évidente que l'information dont disposent les sujets sur leur situation médico-légale est déficiente à plusieurs niveaux. Cette situation nous amène à nous questionner sur la pertinence du mode d'information qui est prévu par la Loi P-38.001. Rappelons à cet effet que l'article 16 prévoit que *lors de la mise sous garde d'une personne et après chaque rapport d'examen prévu à l'article 10, l'établissement doit remettre à cette personne un document conforme à l'annexe*. Or ce qu'il faut préciser, c'est que la mise sous garde dont il est ici question est la garde régulière autorisée en établissement, c'est-à-dire celle qui peut être accordée par un juge après le dépôt d'une requête pour garde en établissement. Ce qui signifie en définitive que la personne prise dans un processus de garde reçoit la majeure partie de l'information légale sur sa situation après que le processus légal ait déjà été joué. Entre le moment où la garde préventive ou provisoire débute et celui où la personne concernée reçoit le document Annexe, la Loi stipule que l'établissement où elle est gardée se doit seulement de l'informer de son droit de communiquer avec ses proches et un avocat. Nos données nous portent à penser qu'il serait peut-être plus profitable pour la personne impliquée dans un processus de mise sous garde de bénéficier de toute l'information médico-légale dont elle aura besoin au cours du processus dès son arrivée à l'hôpital ou encore dès le moment où elle signifie au personnel hospitalier son refus d'être gardée. Bref, le fait que l'essentiel de l'information légale prévue par la Loi arrive si tardivement dans le processus de mise sous garde nous semble représenter une limite de la Loi étant donné qu'il comporte comme désavantage de laisser trop longtemps dans l'ignorance la principale concernée par le processus médico-légal de mise sous garde.

Non seulement l'information légale arrive tard dans le processus de mise sous garde mais, en plus, nos données nous incitent à penser qu'elle ne semble pas rejoindre correctement ses destinataires. En effet, bien que tous les répondants aient fait l'objet d'une requête de garde en établissement accordée par le tribunal et que donc chacun

d'entre eux est sensé avoir reçu le document Annexe, dans la majorité des cas, un manque d'information significatif subsistait dans leur discours. Plusieurs manifestaient de la difficulté à s'expliquer l'ordre des mécanismes légaux qui avaient permis leur internement tout comme certains des droits dont ils n'avaient pu jouir jusqu'au jour de la levée de leur garde. Ce constat fait écho à ce qui a été précédemment signalé au sujet de la très faible proportion des répondants qui ont confirmé avoir reçu l'information sur leur droit de consulter un avocat dès leur mise sous garde préventive ou provisoire, tel que prévu dans l'article 15. Devant un tel état de fait, il apparaît important de s'interroger sur la pertinence des modes de transmission de l'information qui sont prévus par la Loi. Plutôt que de procéder uniquement par la voie de transmission de documents papiers, tel que pratiquer en centre hospitalier actuellement, est-ce que la Loi ne devrait pas exiger que les informations légales soient également divulguées oralement aux personnes qui sont concernées par un processus de mise sous garde? Dans tous les cas, il semble que l'information divulguée présentement dans les établissements hospitaliers aux personnes sous garde sur leur situation médico-légale soit insuffisante et qu'elle ne parvienne pas à rejoindre la majorité de ses destinataires.

Conclusion

Il existe forcément une distance entre les objectifs définis dans la lettre et dans l'esprit d'une loi et la manière concrète de les rencontrer, c'est-à-dire leur mise en application sur le terrain. Une fois le travail du législateur achevé, d'autres institutions, groupes socioprofessionnels et acteurs divers commencent à jouer un rôle d'arrimage entre les nouvelles dispositions légales et les cultures de l'intervention déjà enracinées sur le terrain. Et, on le sait, même si une loi est connue par l'ensemble des intervenants concernés, ce qui ne semble pas être le cas de la loi P38.001, les différentes cultures d'intervention en place ne sont pas faciles à transformer, sans parler des problèmes concrets de chevauchement des mandats, d'interprétations divergentes et de disputes concernant des enjeux juridictionnels et de pouvoir¹³.

Lorsque qu'une loi concerne directement le sort, voire la liberté des personnes que l'on présume aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères, et de surcroît lorsqu'il s'agit d'une loi d'exception, l'arrimage entre dispositif législatif et mise en application concrète devrait faire l'objet d'une attention toute particulière. Est-ce le cas en ce qui concerne la Loi P-38.001?

La société québécoise est une société de droit et les membres qui la composent sont des citoyens, c'est-à-dire des sujets de droit. Même s'ils traversent une période de crise psychosociale ou sont aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères, ou encore, sont dans un état de vulnérabilité sociale extrême, ils ne cessent d'être pour autant des sujets de droit. Pour cette raison, s'il est question d'intervenir auprès d'une personne parce que son état de santé (physique ou mental) et les comportements à risque qui peuvent en découler sont jugés susceptibles de produire des dommages graves à la personne ou à un tiers, il faut disposer soit de son consentement éclairé, soit de normes légales encadrant de telles situations exceptionnelles. Lorsqu'il est question de suspendre les droits de la personne interpellée, mesure qui devrait être exceptionnelle, cet encadrement juridique devrait être extrêmement précis ainsi que fort soucieux des

¹³ Par exemple les différentes interprétations de la loi P-38.001.

conséquences nuisibles qu'une telle intervention pourrait entraîner pour la personne visée. Est-ce le cas en ce qui concerne la Loi P-38.001?

Les résultats de cette recherche tendent à montrer que des lacunes importantes existent sur le plan de l'application effective de la loi, notamment en ce qui concerne le respect des droits des personnes interpellées. Tout en rappelant que la prudence est de mise compte tenu des limites déjà évoquées de nos données de recherche, plusieurs constats concernant les interventions en vertu de la loi et les personnes qui en sont l'objet peuvent être établis. Dans un premier temps, les témoignages de divers acteurs dont les pratiques sont directement ou indirectement concernées par l'arrivée de la Loi P-38 dans leur univers de pratique mettent en évidence un certain nombre de divergences quant à l'interprétation, la portée, les lacunes et les limites de la mise en pratique de plusieurs articles de la loi et ce, en fonction de leurs expériences et de leurs regards socioprofessionnels respectifs. Dans un deuxième temps, nos entrevues avec des personnes ayant été l'objet de la loi P-38.001 et l'analyse des transcriptions des comparutions devant le juge mettent en évidence des problèmes importants tout particulièrement en ce qui concerne le respect des droits des personnes décrits dans la loi. Voici les principaux éléments de conclusion :

Policiers et ISC

La nature de la collaboration, notamment le partage de responsabilités, entre les policiers et les intervenants d'un service d'aide en situation de crise (ISC) devrait être mieux balisée dans le cadre de la loi. Qui sont au juste les intervenants d'un service d'aide en situation de crise? Quelle doit être leur formation? Quels sont leurs pouvoirs et responsabilités par rapport à ceux des policiers? Les intervenants de crise soulignent la spécificité de leur rôle en montrant qu'il est possible d'éviter, dans certains cas, le transport à l'hôpital de la personne interpellée ou, du moins, d'obtenir son consentement après leur intervention. Cela prend néanmoins du temps, parfois, semble-t-il, plusieurs heures. Les interventions policières sont de nature plus expéditive et suivent habituellement la *Common Law*.

Les policiers considèrent que l'attente de l'arrivée d'un ISC pour estimer le danger sur le lieu de l'évènement, ainsi que l'attente à l'urgence de l'hôpital pour procéder à l'évaluation psychiatrique ne s'accorde pas avec la logique de l'action policière, car il s'agit de temps perdu où ils pourraient être disponibles pour d'autres interventions plus en accord avec leurs compétences et fonctions. Qui doit demeurer à côté de la personne à l'urgence en attendant que l'évaluation psychiatrique ait lieu? Selon la loi, le policier doit rester avec la personne mais, dans les faits, il semble que ce soient souvent les membres du personnel hospitalier qui prennent la relève (technicien ambulancier, infirmières, gardiens, etc.).

Il serait nécessaire d'intensifier la formation des patrouilleurs au sujet de la connaissance de la loi P-38.001, de mieux préciser l'identité socioprofessionnelle, les pouvoirs et les responsabilités des ISC, ainsi que de bien délimiter la nature distincte de l'intervention policière et de l'intervention psychosociale de crise (désamorcer la crise, référer à la ressource la plus adéquate, obtenir le consentement, etc.).

ISC et médecins généralistes aux urgences

Certains ISC se plaignent du fait que, parfois, ils réussissent à obtenir le consentement de la personne interpellée après une longue intervention, voire ils l'amènent contre son gré à l'urgence, tandis que le médecin généraliste de garde lui donne son congé, de l'avis des ISC, trop rapidement, une fois les signes apparents de la crise résorbés. Compte tenu du fait que la majorité des mises sous garde préventives sont ordonnées par des généralistes plutôt que par des psychiatres, ils semblent jouer un rôle central dans l'application de la loi. Toutefois, dans la loi P-38.001, le rôle et les responsabilités de ces acteurs fort importants semblent plutôt négligés.

Il serait nécessaire de sensibiliser les médecins généralistes, présents aux urgences, à l'application de la Loi P-38.001 ainsi qu'à l'évolution de la dynamique d'une situation de crise psychosociale afin de mieux arrimer les compétences des différents intervenants concernés dans l'intérêt de la personne interpellée.

Psychiatres et policiers

Le médecin psychiatre déplore parfois que la police sous-estime certains cas d'espèce dont la dangerosité semble fondée pour le clinicien (dynamique de dégradation de certaines problématiques multiples, toxicomanies, etc.) tout en n'étant pas apparente pour le policier. Ce dernier, tel que la loi le stipule, doit avoir des motifs sérieux de croire à la dangerosité de la personne interpellée pour appliquer la loi. Sans apercevoir de signes apparents de dangerosité, sur quoi le policier pourrait-il justifier son intervention? Le psychiatre a-t-il le pouvoir d'ordonner l'intervention policière en fonction d'une présomption de dangerosité découlant d'un jugement fondé sur ses connaissances spécifiques, sur la dégradation potentielle de certains tableaux cliniques?

Les problématiques multiples, tout particulièrement les problèmes de toxicomanie associés à d'autres problématiques, brouillent les frontières entre les problèmes de santé mentale, les problèmes sociaux et les problèmes pénaux. Court-on le risque de médicaliser certains problèmes dont la nature est judiciaire? Le psychiatre signale la possible déresponsabilisation de certains actes commis par certaines personnes (vente de drogue, troubler la paix, violence conjugale, etc.) par le recours automatique à l'hospitalisation, entraînant la suspension de toute sanction. Si l'une des raisons à l'origine de la loi P-38 était celle d'éviter la judiciarisation de certaines personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale commettant involontairement des transgressions à la loi, ne court-on pas le risque d'étendre le registre du mental de manière indue à des conduites autres devant être sanctionnées?

La notion de dangerosité mentale

Il semble y avoir un large consensus sur l'absence de définition de la notion de dangerosité mentale, ou encore de dangerosité grave et immédiate, dans le cadre de la loi. S'agit-il vraiment d'une situation de dangerosité mentale à laquelle les intervenants ont le plus souvent affaire? Ou, au contraire, s'agit-il d'une situation d'inaptitude, de désorganisation sociale ou d'altération passagère du jugement? Presque dix ans plus tard, la notion centrale justifiant l'application de la loi n'est pas clairement définie.

La définition trop large de la dangerosité mentale, ou l'absence de sa définition, laissée aux logiques particulières des différentes cultures de l'intervention, permet peut-être une utilisation élargie de cette loi, somme toute exceptionnelle il faut le rappeler, à des situations et à des catégories de personnes telles que les personnes âgées démunies, des personnes itinérantes, socialement isolées, très pauvres, etc. Mais par ailleurs, le projet de préciser une définition de la dangerosité ne risque-t-il pas de conduire à l'ouverture d'une boîte de Pandore, d'où jaillira une notion de dangerosité élastique, qui inclura la vision du danger de chaque culture d'intervention qui aura contribué au choix de cette définition?

Motifs invoqués par les proches pour présumer la dangerosité mentale

Ce sont souvent les membres de la famille et les proches (voisins, concierges, etc.) qui sont à l'origine d'une demande de mise sous garde. Les motifs invoqués pour présumer la présence d'un danger mental sont : 1) des changements soudains de comportements et d'attitudes; 2) des habitudes de vie perçues comme anormales ou nocives; 3) des problèmes de consommation de drogues; 4) des difficultés d'organisation; 5) l'interruption de la prise de médicaments; 6) la perte de contact avec la réalité; 7) les propos violents et les menaces verbales. À la lecture des motifs invoqués précédemment, on peut se demander si on n'associe pas de manière abusive deux univers : d'une part, les problèmes de santé mentale et les comportements hors norme et, d'autre part, les comportements dangereux.

Éléments de preuve de la dangerosité mentale

En ce qui concerne les décisions des juges, ce sont la prise inadéquate des médicaments, la présence de symptômes psychiatriques et les antécédents ou pensées suicidaires qui semblent constituer les éléments de preuve de la dangerosité mentale de la personne en comparution. En d'autres termes, les pratiques des juges, en matière de mise en application de l'article 30, semblent davantage consacrés à faire la preuve de la présence d'un problème de santé mentale mal contrôlé, qu'à faire la preuve de la dangerosité représentée par l'état mental de la partie intimée.

Dispense de signifier et d'interroger la personne interpellée

Au lieu de constituer une pratique exceptionnelle, telle que la loi le stipule de manière explicite, la dispensation de signifier et d'interroger la personne interpellée semble la pratique courante. Même si ce n'est pas la cause, le manque de locaux adéquats à la Cour du Québec pour interroger la personne interpellée ne contribue pas non plus à régler ce problème. Même si le juge peut avoir des justifications sérieuses d'agir, ainsi le caractère massif de la dispense d'interroger et de signifier attire forment l'attention. Aucun de nos interviewés n'a été signifié deux jours avant la date de l'ordonnance ni interrogé par le juge.

Pour une majorité de répondants, le fait de ne pas avoir pu présenter leur version des événements devant le juge et que l'ordonnance d'évaluation psychiatrique s'applique à leur insu semble avoir été difficile à accepter. Cette rencontre avec le juge représente pour eux une étape significative du processus de l'application de la loi à laquelle ils auraient vivement souhaité participer.

Opposition de la personne à la demande de sa mise sous garde

Il s'agit d'une situation plutôt paradoxale, en ce sens que la mise sous garde implique implicitement déjà un refus à se soumettre à une évaluation psychiatrique de son plein gré. Dans cette optique, ne devrait-on pas formaliser la contestation d'office? Selon certains intervenants, cette situation risque de créer deux catégories de personnes : d'une part, celles qui sont en mesure de contester car elles ne sont pas très handicapées par leurs problèmes de santé mentale et peuvent ainsi enclencher la démarche et, d'autre part, celles dont les problèmes sévères les empêchent de mener à bien une telle démarche de contestation.

Le signalement de la fin de la garde

Qui signale à la personne sous garde que la période de garde stipulée par la loi est expirée? Les personnes ne semblent pas être avisées de manière systématique de la levée de la garde qui pèse sur elles. Cette situation pourrait donner lieu à des abus en ce qui

concerne les dispositifs de prise en charge de la personne qui n'est pas informée du recouvrement de ses libertés suspendues, non *sine die* mais pour une période de temps précis. On devrait formaliser le mécanisme de communication de la levée de la garde à la personne dont les droits sont suspendus en fonction de l'application de la loi.

Information du motif et du lieu du transport

Il semble qu'en général les policiers informent bel et bien la personne interpellée du fait qu'ils la conduiront à l'hôpital. Toutefois, selon les mêmes témoignages, ils ne semblent pas l'informer d'autres droits inscrits dans la loi tels que les droits de communiquer avec ses proches ou bien avec un avocat. Quant au fait que la personne est amenée à l'hôpital dans le but de subir une évaluation psychiatrique, cette information est parfois transmise, parfois non, même si la loi mentionne clairement que cette information doit être transmise à la personne. Il ne s'agit pas seulement d'une question de non-observance de la loi, mais également des conséquences que ce manque d'information peut entraîner pour la personne interpellée : confusion, angoisse, incertitude, peur, frustration, impression de complot, colère, etc. La fragmentation, voire l'absence, des informations portant sur l'ensemble des droits et sur la logique des procédures légales qui permettent le transport involontaire à l'hôpital peut entraîner des conséquences négatives pour la personne qu'on présume vulnérable, fragile, déstabilisée, confuse, etc.

Information du motif de la mise sous garde à l'hôpital

Les entretiens analysés révèlent que, dans très peu de cas, le personnel soignant (psychiatre traitant ou infirmières) a continué d'informer la personne mise sous garde des motifs qui mèneront par la suite à formuler une requête au tribunal pour une garde prolongée en établissement. La Loi n'exige pas clairement de l'établissement hospitalier qu'il fournisse à la personne concernée ce type d'information tout au long de son hospitalisation forcée. Une information claire et continue sur l'évolution de la situation médico-légale de la personne devrait être offerte en tout temps et cela devrait être clairement explicité dans le texte de la loi.

Certains répondants ont mentionné avoir reçu différents types de documents lors de leur internement involontaire. Mais à aucun moment, ils n'ont mentionné l'Annexe prévu par l'article 16 de la loi dans cette situation. Il serait indispensable que la personne puisse bénéficier de toute l'information médico-légale prévue par la loi dès son arrivée à l'hôpital.

Droit de communiquer avec un avocat

Selon les personnes interviewées, jamais le personnel hospitalier n'a mentionné oralement le droit de communiquer avec un avocat et rarement, elles ont reçu un dépliant contenant cette information. Une information complète en début de processus de mise sous garde permettrait aux personnes concernées de mieux se préparer à l'éventualité d'une contestation devant le tribunal. Ou, du moins, d'atténuer des états d'esprit tels que frustration, colère, impression de complot, incompréhension de ce qui est en train d'arriver, etc. L'article 15 ne semble donc pas respecté.

Demande de transfert vers un autre hôpital

Même si seulement deux de nos entretiens abordent ce thème, ces deux expériences nous amènent à penser qu'il n'est pas facile de se prévaloir du droit au transfert d'un hôpital à un autre, tel que prévu par l'article 11 de la Loi.

Droit de refus de médicament

Dans tous les cas où la personne devant le juge refusait, pour une raison ou une autre, de prendre les médicaments prescrits par le médecin, ce dernier a décidé d'accueillir la demande de mise sous garde. La non observance en bonne et due forme d'une prescription médicamenteuse constitue en soi un indicateur de dangerosité justifiant la mise sous garde? La notion de dangerosité mentale est une notion appropriée pour évoquer les risques potentiels auxquels les personnes s'exposent, ou auxquels exposent les autres, en ne se soumettant pas à un traitement médicamenteux? Dans ce contexte d'association forte entre non observance de la prescription médicamenteuse et

dangerosité mentale, il semble fort difficile se prévaloir du droit du refus de la prise des médicaments. Il faut rappeler que la loi P-38 a exclu de manière explicite l'allusion à la cure fermée de l'ancienne loi afin de tenir compte du droit du refus au traitement psychiatrique.

Les entretiens réalisés témoignent également de l'importance que revêt la prise des médicaments lorsqu'on est déjà dans une situation de garde involontaire. La prise des médicaments est perçue par les répondants comme étant susceptible d'augmenter les chances de voir leur garde levée et comme étant à l'origine de situations désagréables avec le personnel soignant.

Enfin, cette recherche nous aura permis, à travers l'écoute et l'analyse des propos de personnes qui ont vécu la garde en établissement, et de d'autres qui comme intervenants utilisent ou appliquent cette loi, de faire le tour brièvement d'un certain nombre de difficultés, de contradictions découlant de l'application de la P-38.001.

Cette recherche nous aura permis aussi d'alimenter notre réflexion. Mettant en évidence que cette loi d'exception, qui fait entrave au droit à la liberté de la personne, est souvent bafouée, abusée dans son caractère même d'exception. Car s'il est vrai que la volonté du législateur, par la création de cette loi, était de protéger les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, nous ne pouvons que questionner la pertinence de tant d'enfermements involontaires de personnes en situation de détresse.

Nous avons pu remarquer que bien souvent, les personnes interrogées avaient subi plusieurs internements involontaires. Cette constatation permet sans doute d'avancer un doute sur l'efficacité d'un système où des personnes sont enfermées en milieu de soins psychiatriques, le plus souvent médicamentées, puis retournent dans la communauté, pour être à nouveau amenées, à nouveau retournées...

Sûrement, tous et chacun, famille, amis, intervenants de toutes provenances, auront voulu, à travers l'utilisation de la P-38.001, saisir le moyen offert pour régler une situation de crise, pour chercher de l'aide.

La *Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* ne pallie pas les besoins d'aide, ne prévient pas les situations de dangerosité associées à un état mental particulier.

Alors que nous savons que le nombre d'internements involontaires continue à être très élevé, et même, dans plusieurs régions du Québec, à augmenter, ne devons-nous pas interroger le fait que cette loi protège vraiment la personne? N'y a-t-il pas un détournement de la loi, si le support offert aux personnes par nos services de santé et services sociaux ne permet pas qu'on en arrive à moins de situations de crise?

Si on veut éviter que la *Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* ne soit qu'une loi de contrôle social, de contrôle de la violence, de la dangerosité, de la «dérangerosité», ne devons-nous pas nous interroger sur les raisons de tant de situations difficiles?

Nos questionnements demeurent nombreux.

Bibliographie

Action Autonomie. Des libertés bien fragiles, 2004.

A.G.G. I.D.-SMQ. *Commentaires ayant trait au Projet de Loi 39, Loi sur la Protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives*. Mémoire présenté à la Commission parlementaire des Affaires sociales, Montréal, 24 p., novembre 1996.

Beaulieu, A. Communities that foster diverse modes of existence versus societies based on control: a phenomenological approach to improving the deinstitutionalization process. *Emerging Perspective on anti-oppressive practice*. Wes Shera, Editor Toronto, 2003.

Becker, Howard S. *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*, New York, Free Press, 1963.

Blais, Y. *Être protégé malgré si*, Barreau du Québec-Service de la Formation continue, Cowansville, 2002.

CSMQ. *Avis concernant le Projet de Loi sur la Protection des personnes atteintes de maladie mentale*. 10 p., février 1997.

Dorvil, H. Réinsertion sociale et regards disciplinaires. *Problèmes Sociaux* Tome II - Études de cas et interventions sociales, PUQ, 2001.

Laberge, D. et al. *De la prise en charge pénale à l'intervention psychiatrique : modes de circulation et impacts de la nouvelle législation criminelle*. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 14, no 1, printemps 1995, p.103-122.

Laberge, D., Landreville, P. et Morin, D. Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psycho-sociale-justice, *Criminologie*, vol. 33, no 2, 2000, p.81-107.

Laberge, D., Morin, D. et Robert, M. La réforme du code criminel canadien en matière de troubles mentaux et son impact sur la détention des justiciables, *Criminologie*, XXVIII, 2, 1995, p.61-83.

Morin, P. et Michaud, C. Mesure de contrôle en milieu psychiatrique : 3 perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Revue Santé mentale au Québec*, 2003.

Otero, M., Landreville, P., Morin, D. et G.Thomas. *A la recherche de la dangerosité – mentale - Stratégies d'intervention et Profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi P.38.001 par l'USP-J*. Rapport de Recherche présenté à l'Agence de Développement des Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 217 p., 2005.

Otero, M. *Les règles de l'individualité contemporaine – Santé mentale et société*, PUL, 2003.

Tobin, C. *La schizophrénie*, Paris, Odile Jacob, 1998.

Formation sur l'estimation de la dangerosité, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, www.santemontreal.qc.ca. Consulté le 15 août 2006.

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 elle-même ou pour autrui, Collectif de défense de droits Action Autonomie, Montréal, 2006.

Article de Loi P-38.001

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_38_001/P38_001.html, consulté le 15 septembre 2006.

Annexe I

Canevas d'entrevue

Renseignements généraux

- 1) À quel centre hospitalier avez-vous vécu l'expérience d'internement involontaire dont nous allons parlé aujourd'hui ?
- 2) Étiez-vous sous régime de protection, sous curatelle privée ou publique?
- 3) À combien de reprises avez-vous fait l'objet d'un internement involontaire?
- 4) Lors de votre dernière expérience d'internement involontaire, combien de jours êtes-vous resté à l'hôpital contre votre gré?
- 5) De quel type de garde s'agissait-il? (provisoire, en établissement)

A) Conditions et évènements qui ont mené à l'internement involontaire

- 6) Quels sont les événements ou les circonstances qui vous ont amené à vivre un internement involontaire?

Si la personne ne faisait pas déjà l'objet d'une hospitalisation

- 7) Qui vous a amené à l'hôpital?
Policier, ambulancier, membres de la famille, autres (précisez)

En cas d'intervention policière (question 8 à 12)

- 8) Comment s'est déroulée l'intervention policière? (usage de la force?)
- 9) Les policiers vous ont-ils informé de votre droit de communiquer immédiatement avec vos proches et un avocat?
- 10) Les policiers vous ont-ils informé du lieu où vous étiez amené?
- 11) Les policiers vous ont-ils informé du fait que vous étiez amené dans un établissement hospitalier afin de subir une évaluation psychiatrique?
- 12) Un intervenant en situation de crise a-t-il eu la possibilité d'intervenir lors de ce processus? Si oui, décrivez ce qui s'est passé.

En cas d'intervention des ambulanciers (question 13)

- 13) Comment s'est déroulée l'intervention des ambulanciers? (usage de la force?)
- 14) Est-ce que la personne (policier, ambulancier, membre de la famille, autres) qui vous a conduit à l'hôpital vous a proposé d'aller ailleurs qu'à l'hôpital?
- 15) À quel moment avez-vous explicitement manifesté au personnel de l'hôpital que vous refusiez d'être hospitalisé et que vous vouliez quitter l'hôpital?

B) Internement involontaire et respect des droits

- 15) Pouvez-vous me décrire comment vous vous sentiez lors de votre admission au centre hospitalier?

- 16) Le personnel du centre hospitalier vous a-t-il informé du lieu où vous étiez gardé?
- 17) Le personnel du centre hospitalier vous a-t-il informé du motif de cette garde?
- 18) Le centre hospitalier vous a-t-il informé du droit que vous aviez de communiquer immédiatement avec un avocat?
- 19) Vous a-t-on informé que l'on vous faisait passer une évaluation psychiatrique quant à votre dangerosité?
- 20) Avez-vous eu connaissance qu'un ordre de la Cour a exigé que vous subissiez une évaluation psychiatrique par deux psychiatres?

Si oui,

- 21) Un huissier vous a-t-il remis en main propre la requête de garde provisoire présentée au tribunal?
- 22) Avez-vous été mis au courant qu'une requête de garde en établissement allait être demandée à la Cour?

Si oui,

- 23) Un huissier vous a-t-il remis en main propre la requête de garde en établissement présentée au tribunal?
- 24) Le centre hospitalier vous a-t-il remis un document d'information sur vos droits et vos recours? Si oui, à quel moment?
- 25) Avez-vous discuté avec une infirmière ou un médecin de votre droit de contester la requête d'internement involontaire?
- 26) Vous a-t-on informé que vous aviez le droit d'être représenté par un avocat dans vos démarches de contestation de la requête?
- 27) Vous a-t-on renseigné sur l'existence d'un groupe régional de défense des droits ou d'un comité d'usager?
- 28) Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où vous avez explicitement manifesté au personnel que vous vouliez quitter l'hôpital et le moment du jugement de garde provisoire autorisée?

Dans le cas où la personne a été l'objet d'une garde en établissement

- 29) Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où vous avez explicitement manifesté au personnel que vous vouliez quitter l'hôpital et l'obtention du jugement autorisant la garde en établissement?
- 30) Avez-vous passé deux examens psychiatriques par deux médecins différents?

C) Parution en cours et argumentation associée à la dangerosité

- 31) Vous êtes-vous présenté en Cour?

Si non,

- 32) Pour quelles raisons?

Si oui,

33) Étiez-vous représenté par un(e) avocat(e)?

Si non,

33) a) Pour quelles raisons?

Si oui,

33) b) considérez-vous avoir été bien représenté?

34) Étiez vous sous médication lors de l'audition?

Si oui,

35) Pensez-vous que le fait d'avoir été sous médication a eu des effets sur votre parution en cours?

36) Comment vous sentiez-vous lors de l'audition?

37) Est-ce que le juge vous a personnellement interrogé?

Dans le cas où le juge l'a interrogé (question 38)

38) Selon vous, comment le juge a perçu votre témoignage? (crédibilité)

39) Si vous étiez sous un régime de protection, le Curateur qui s'occupe de vous est-il intervenu lors de l'audience?

40) Le juge a-t-il ordonné la garde?

Si oui (question 41 et 42),

41) Quelles raisons le juge a-t-il invoquées pour justifier votre «dangerosité» pour vous-même et pour autrui?

42) Quelle a été la durée de l'ordonnance?

43) Le juge vous a-t-il recommandé de suivre le traitement proposé par votre médecin?

44) Le juge vous a-t-il informé que vous aviez le droit de refuser le traitement du médecin?

D) Mesures d'aide ou de soutien offerts ou utilisés pour éviter l'internement involontaire

45) Selon vous, lorsque vous repensez à votre expérience d'internement involontaire, pensez-vous qu'elle était justifiée, qu'elle avait sa raison d'être?

46) Des formes d'aide ou de soutien qui aurait pu vous éviter un internement involontaire vous ont-ils été suggéré avant et pendant votre séjour à l'hôpital?

47) Selon vous, qu'est ce qui aurait pu être fait pour éviter le recours à la garde en établissement?

Dans le cas où la personne a fait l'objet d'une garde en établissement autorisée (questions 48 à 56)

48) Saviez-vous que le Tribunal administratif du Québec (TAQ) avait le pouvoir de lever la garde?

Si oui,

49) Avez-vous contesté la garde devant le TAQ?

Si non,

50) Pour quelle raison ? (Passer au point E)

Si oui,

51) Y a-t-il eu audition?

Si oui,

51) a) Étiez-vous sous médication lors de votre comparution en cours?

51) b) Pensez-vous que cette médication a eu des effets sur votre comparution en cours?

S'il y a eu audition,

52) Lors de l'audition, étiez-vous représenté par un avocat?

Si non,

53) Pour quelles raisons vous n'étiez pas représenté par un avocat?

Si oui,

54) Considérez-vous avoir été bien représenté?

55) Le TAQ a-t-il levé la garde?

Si non,

56) Quelles ont été les raisons invoquées par le TAQ pour justifier de ne pas lever la garde?

E) Apport et conséquences de l'hospitalisation forcée dans la vie de la personne

57) Pouvez-vous me décrire comment vous vous sentiez lors de cette période d'hospitalisation involontaire.

58) Suite à cette expérience, avez-vous volontairement recouru aux services psychiatriques quand vous pensiez en avoir besoin?

59) Est-ce que cette hospitalisation involontaire a eu un impact sur votre vie privée ou professionnelle? Si oui, lesquels?

60) De façon générale, pensez-vous que la Loi devrait prévoir que l'on puisse, sous certaines conditions, interner un individu en psychiatrie?

MERCI