

AVIS CONCERNANT  
L'APPLICATION DE L'ARTICLE 8  
DE  
LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES  
DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER  
POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ)

Juin 2001



## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction.....                                                                                                            | 1  |
| L'article 8 de la Loi L.R.Q.c.P-38.001 .....                                                                                 | 1  |
| L'application de l'article 8.....                                                                                            | 2  |
| Un état de situation réalisé par le CSMQ .....                                                                               | 2  |
| Le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale .....                                                  | 3  |
| Le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale.....                                                     | 3  |
| Le Rapport d'enquête du coroner sur les causes et les circonstances<br>du décès de monsieur Brian Bédard .....               | 3  |
| Le Rapport de l'Association des groupes d'intervention en défense<br>des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) ..... | 4  |
| L'échéance de juin 2001.....                                                                                                 | 4  |
| État de situation.....                                                                                                       | 5  |
| Les services de crise.....                                                                                                   | 5  |
| Les modalités d'organisation et de fonctionnement intersectoriels.....                                                       | 5  |
| L'arrimage entre les services de crise et les services de police.....                                                        | 6  |
| Le manque de disponibilité des ressources financières et humaines.....                                                       | 7  |
| Le temps de mobilisation des policiers : un enjeu fondamental.....                                                           | 8  |
| Le déplacement des intervenants sur les lieux de la crise.....                                                               | 8  |
| L'intervention sur place.....                                                                                                | 9  |
| Le transport des personnes vers un établissement de santé.....                                                               | 9  |
| La prise en charge de la personne par un établissement de santé.....                                                         | 9  |
| La formation.....                                                                                                            | 10 |
| Recommandations.....                                                                                                         | 10 |
| 1) Concernant la mise en place de réseaux intégrés<br>de services d'intervention de crise.....                               | 10 |
| 2) Concernant le financement .....                                                                                           | 11 |
| 3) Concernant l'arrimage des services de santé aux services policiers.....                                                   | 12 |
| 4) Concernant la réforme des corps policiers.....                                                                            | 14 |
| 5) Concernant la formation .....                                                                                             | 14 |
| 6) Concernant un mécanisme de suivi de la Loi L.R.Q. c.P-38.001 .....                                                        | 15 |
| Références.....                                                                                                              | 16 |



**Avis concernant l'application de l'article 8  
de la  
*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente  
un danger pour elles-mêmes ou pour autrui***

**Introduction**

Devant l'importance, pour les personnes susceptibles d'être touchées par l'article 8, que les conditions d'application de celui-ci soient réellement présentes sur tout le territoire du Québec, le Comité de la santé mentale du Québec tient à exprimer au Ministre de la Santé et des Services sociaux son avis sur la mise en œuvre de cet article. Cet *Avis* se fonde principalement sur les conclusions de l'état de situation réalisé par le CSMQ (CSMQ, 2000) conclusions qui rejoignent sensiblement celles en provenance d'autres sources, telles que : une rencontre MSSS-Régies, en octobre 1999, sur le suivi de cette loi; un colloque provincial organisé par le Regroupement des Centres de crise de Montréal et qui eut lieu à Trois-Rivières, le 10 octobre 2000, sur le thème « L'intervention de crise dans le contexte de la loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui »; la rencontre nationale de l'AGIDD-SMQ, en novembre 2000 sur la garde en établissement; les travaux du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale et le Forum national sur la santé mentale de septembre 2000.

**L'article 8 de la Loi L.R.Q.c.P-38.001**

L'Assemblée nationale du Québec a adopté, le 18 décembre 1997, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi L.R.Q.c.P-38.001, aussi connue sous le nom de Loi C-75), en remplacement de la *Loi sur la protection du malade mental* (1972). La Loi L.R.Q.c.P-38.001 introduit plusieurs changements quant aux règles relatives à la garde en établissement pour raison de dangerosité et celles concernant l'évaluation psychiatrique justifiant une telle garde. L'une des modifications importantes se situe à la 8<sup>e</sup> clause. Cette clause permet à un agent de la paix d'amener une personne contre son gré, sans autorisation du tribunal, à un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Avant que cet acheminement n'ait lieu, l'article 8 prévoit qu'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise estime l'état mental de la personne. Cette intervention vise, suivant les orientations du ministère, à éviter l'internement non volontaire et à désamorcer la crise. Dans ce processus de déjudiciarisation, les policiers et les intervenants d'un service d'aide en situation de crise jouent un rôle important. L'article 8 énonce :

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 [CLSC ou centre hospitalier] :

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.

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

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation des services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

Dans son *Avis* au Ministre de la Santé et des Services sociaux sur le projet de loi 39, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ, 1997) avait porté une attention particulière à l'article 8. Dans cet *Avis*, le Comité se montrait favorable à cet article, tout en rappelant son caractère exceptionnel. Il insistait sur la nécessité d'une formation adéquate des agents de la paix, sur la concertation avec les intervenants du secteur de la santé mentale et sur l'importance de pouvoir compter sur l'assistance de services d'intervention en situation de crise.

## **L'application de l'article 8**

Depuis la promulgation de la Loi en décembre 1997 et son entrée en vigueur en juin 1998, différents documents ont fait référence aux difficultés inhérentes à son application, le plus souvent en lien avec l'article 8.

### **Un état de situation réalisé par le CSMQ**

Considérant l'importance que représente l'actualisation des conditions d'application contenues à l'article 8 pour les personnes susceptibles d'en faire l'objet, le Comité de la santé mentale du Québec mandatait, en juin 1999, M<sup>me</sup> Christiane Cardinal, Ph.D. pour procéder à une étude d'implantation de l'article 8. Cette démarche était motivée par le constat de délais et de difficultés dans l'application de la Loi. Mme Cardinal a remis son rapport au CSMQ en septembre 2000 (CSMQ, 2000).

Ce rapport se fonde sur une série d'entrevues avec les responsables du dossier dans les régions régionales, l'analyse des documents pertinents, la présence à des réunions de différents comités et la participation à deux colloques. Ces activités avaient pour objectif de dresser un état de situation de l'implantation de la loi au 30 septembre 1999 dans 16 régions du Québec.

### ***Le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale.***

En décembre 1998, le MSSS lançait son *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*. L'une des mesures de ce *Plan* vise à assurer aux personnes ayant des troubles mentaux graves huit services jugés essentiels. L'un des services requis concerne l'intervention en situation de crise, incluant l'application de la Loi C-75 (MSSS, 1998).

### **Le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale**

Le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale a reçu de la Ministre de la Santé et des Services sociaux, en novembre 1999, le mandat de soutenir le processus de changement relié au *Plan d'action*. Un de ses objectifs particuliers était de faire le point sur l'état d'avancement des travaux d'implantation du *Plan d'action* dans chaque région. En février 2001, le Groupe d'appui rendait compte des résultats de sa tournée provinciale quant à *l'État d'avancement du plan d'action de décembre 1998* (MSSS, 2001a) alors qu'un document connexe exposait les *Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000* (MSSS, 2001b).

L'intervention en situation de crise figure au nombre des cibles retenues. Le Groupe d'appui observe que «dans la majorité des régions, l'organisation actuelle des services d'intervention en situation de crise est précaire ou inexistante bien qu'elle constitue un préalable à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi C-75) et, plus particulièrement encore, de l'article 8 (MSSS, 2001a, p. 28) ». Au Forum national sur la santé mentale de septembre 2000, «plusieurs régions régionales ont souligné les difficultés qu'entraîne l'application de la Loi [...], et demandent des ressources financières pour y remédier » (MSSS, 2001b, p. 13) . Une des actions du plan de travail consiste à : « Assurer la mise en application de la Loi C-75 à l'intérieur d'un réseau intégré de services d'intervention en situation de crise, incluant l'arrimage aux services policiers stipulé à l'article 8 de cette Loi » (MSSS, 2001b, p.27) .

### ***Le Rapport d'enquête du coroner sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Brian Bédard***

Monsieur Brian Bédard est décédé le 27 avril 2000 des suites d'une intervention visant à le mettre sous contention à l'établissement de détention de Rivière-des-Prairies. Monsieur Bédard souffrait d'une schizophrénie paranoïde. Son état était stable et il était suivi sur

une base régulière. Au printemps 2000, il cesse sa médication et les signes de rechute se multiplient. Entre le 17 et le 21 avril, il est successivement acheminé par les policiers au service des urgences de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, transféré par ambulance à la Cité de la Santé de Laval, évalué avec recommandation pour une hospitalisation qu'il refuse, arrêté par les policiers suite à une infraction dans une résidence, conduit au poste 45 en attente de comparution, transféré à l'établissement de Rivière des Prairies où il est vu par un psychiatre. Le 21 avril, il est hospitalisé à l'hôpital Santa Cabrini suite à un arrêt cardio-respiratoire et maintenu artificiellement en vie jusqu'au 27 avril.

Dans son rapport d'enquête, la coroner Andrée Kronström identifie « trois niveaux d'intervention où la prise en charge n'a pas été efficace. La première est reliée à l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui L.R.Q.c.P-38.001* » (Bureau du Coroner, 2001, p. ii) .

En lien avec ce constat, Me Kronström recommande « au ministre de la Santé et des Services sociaux de concert avec les ministres de la Sécurité publique et de la Justice de voir à la mise en application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, et notamment en ce qui a trait à son article 8 (désignation de Centres de crise opérationnels 7 jours sur 7, 24 heures sur 24) » (ibid. p. iii) .

### **Le rapport de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)**

En mai 2001, l'AGIDD-SMQ publiait un rapport intitulé *Le vécu des personnes hospitalisées involontairement : un premier bilan national*. Ce rapport fait état d'une enquête auprès de 116 personnes ayant connu une ou plusieurs hospitalisations involontaires entre 1998 et 2001. Parmi les participants à l'enquête, « seulement 6% des répondants affirment qu'un intervenant en situation de crise a eu la possibilité d'intervenir lors du processus » (AGIDD-SMQ, p. 11). Suivant les auteurs de ce rapport, cette situation tient au fait que les services d'intervention en situation de crise sont « quasi inexistants dans des régions comme Montréal et la Montérégie » (ibid., p. 11) et que « dans d'autres régions, rien de concret n'a encore été mis en œuvre permettant l'actualisation de la Loi. De fait, aucun intervenant de crise ou de ressource n'a encore été désigné à cet effet et ce, en raison du financement nécessaire à l'actualisation de la Loi » (ibid., p. 29) .

### **L'échéance de juin 2001**

La Loi a été adoptée à l'Assemblée nationale le 18 décembre 1997 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1998. Dans un communiqué adressé aux directions des régies régionales le 26 mai 1998, le MSSS donnait trois ans aux régies pour mettre en place les services d'intervention de crise et développer des « protocoles d'entente entre les agents de la paix et les services de crise dans le but de faciliter l'application des nouvelles dispositions législatives les concernant ».



À partir des sources citées plus haut, il apparaît que cette échéance du 1<sup>er</sup> juin 2001 a été respectée à des degrés divers suivant les régions. Les conséquences des délais encourus dans l'application de l'article 8 peuvent s'avérer dramatiques, comme en témoigne le décès de monsieur Bédard. De façon plus générale, ces délais ont pour corollaire de rendre partiellement inopérantes certaines dispositions de la nouvelle Loi, puisqu'en l'absence d'un intervenant de services de crise, l'application de l'article 8 relève uniquement de la responsabilité de l'agent de la paix, lequel a plein pouvoir de prendre la décision d'amener ou non une personne contre son gré auprès d'un établissement désigné.

## **État de situation**

### **Les services de crise**

Les services d'intervention de crise constituent l'un des huit services de base identifiés dans le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998). Déjà, la *Politique de santé mentale* y faisait référence dans la gamme des services essentiels, au chapitre du traitement spécialisé (Gouvernement du Québec, 1989, p. 42). L'application de l'article 8 se fonde sur leur présence dans chaque région du Québec. Suivant l'enquête menée auprès des régies régionales, au moment où entre en vigueur la Loi C-75, l'organisation de services de crise demeure bien partielle : couverture territoriale incomplète ; non accessibilité 24/7 ; interventions axées principalement sur de l'écoute téléphonique ; ressources de suivi et d'hébergement-dépannage très limitées ou inexistantes.

Suivant les rapports du CSMQ (CSMQ, 2000) et du Groupe d'appui (MSSS, 2001a et 2001b) le développement, la consolidation ou le maintien des services de crise rencontrent de nombreuses contraintes d'ordre structurel, organisationnel, financier, géographique. Ce développement est très variable d'une région à l'autre et d'un territoire à l'autre à l'intérieur d'une même région. Partout, on déplore leur sous financement.

### **Les modalités d'organisation et de fonctionnement intersectoriels**

Les modes d'organisation, développés sur le terrain, entre le secteur de la santé et le secteur policier, pour l'application de l'article 8, reposent soit sur la coordination des services de crise à partir d'un CLSC, soit sur l'articulation entre un Centre d'intervention de crise (CIC) et les services policiers. Dans certains territoires, on répond à toutes les demandes en provenance des policiers, que celles-ci relèvent de l'article 8 ou non. Dans d'autres, le critère d'acceptation des requêtes policières est délimité plus étroitement, en relation avec la dangerosité. Suivant une troisième modalité, les CLSC vont répondre aux demandes reliées à des personnes connues ayant des dossiers actifs, et les autres seront référées au Centre de crise.

Deux outils pour gérer les situations relevant de l'article 8 ont été développés dans le modèle CIC/police, soit une grille d'évaluation de la dangerosité et une fiche de transmission d'informations afin d'assurer une continuité dans les interventions des services agissant auprès d'une même personne en situation de crise.

Dans les deux modèles d'arrimage, l'objectif visé est d'assurer la présence sur place d'un intervenant pour l'évaluation de la situation et l'intervention visant à la résolution de la crise, sans avoir recours à l'hospitalisation non volontaire. Dans les deux cas, le transport de la personne s'effectue le plus souvent par ambulance et les policiers accompagnent les services ambulanciers jusqu'aux urgences des centres hospitaliers désignés pour des gardes préventives. Seul le modèle CIC/police prévoit que l'intervenant accompagne la personne à l'hôpital, que celle-ci s'y rende contre sa volonté ou non. Dans ce modèle, l'accompagnateur peut poursuivre son intervention auprès de la personne concernée, si celle-ci accepte, qu'il y ait ou non une garde préventive. Dans de nombreux cas, l'un et l'autre modèles éprouvent de sérieuses difficultés de fonctionnement.

Une de ces difficultés tient à des interprétations différentes de l'article 8. Certains corps policiers (voir, par exemple, SPCUM, janvier 2001) interprètent l'article 8 comme un mandat de transporter la personne dans un établissement, avec ou sans la collaboration d'un service d'intervention en situation de crise. Une autre difficulté provient d'acceptions divergentes de certains termes. Des expressions telles que « sécuriser la personne » prennent des significations différentes, suivant les acteurs qui les utilisent. Enfin, les modes de fonctionnement des policiers sont peu ou pas connus des intervenants et de la personne visée par la mesure. Ces conditions sont peu favorables à un travail en commun, au partage des responsabilités, à la cohérence et à la complémentarité.

Les politiques de gestion de la Sûreté du Québec (cf. « Rubrique 693, Section 2.6, Transport d'une personne ») qui précisent le travail du policier dans les cas où la personne présente un danger pour elle ou pour autrui ne sont pas nécessairement adaptées à la situation ou favorables à l'exercice des droits. Actuellement l'intervention policière ne permet généralement pas à la personne de communiquer immédiatement avec son avocat ou la personne de son choix. Or il apparaît paradoxal qu'un policier informe la personne de son droit de communiquer immédiatement avec un avocat sans lui en permettre l'exercice. De même, l'utilisation des gyrophares, des menottes, ou l'intervention impliquant plusieurs patrouilleurs et plus d'un véhicule ne sont pas balisées et déterminées en fonction de leur nécessité.

### **L'arrimage entre les services de crise et les services de police**

L'arrimage entre le secteur policier et celui de la santé mentale, tant sur le plan des démarches de concertation que sur le plan de leur mise en pratique, s'avère donc difficile dans la majorité des régions. Un retard considérable a été pris dans la signature d'ententes avec les corps policiers en vertu de plusieurs circonstances défavorables : l'absence ou l'état embryonnaire des services de crise constatés plus haut ; l'accent mis par les régies sur d'autres priorités, dont le développement des services de crise eux-mêmes ; le nombre

insuffisant de ressources humaines affectées par les régies au secteur de la santé mentale, et même, dans certaines régions, l'absence de toute ressource pendant plusieurs mois.

Sur le terrain, les obstacles à l'application conjointe de l'article 8 par les intervenants de crise et les agents de la paix concernent principalement la disponibilité des ressources financières et humaines pour le secteur de la santé et le temps de mobilisation des agents de la paix pour le secteur de la sécurité publique.

#### Le manque de disponibilité des ressources financières et humaines

Dans le secteur de la santé mentale, l'insuffisance des ressources financières constitue un obstacle général à la mise en œuvre de la Loi. Les budgets prévus par les régies régionales, lorsqu'ils existent, sont insuffisants pour couvrir les frais supplémentaires qu'entraînent pour les services de crise la mise en place et le maintien des activités prévues aux termes de l'article 8 : hausse des demandes, intervention terrain 24/7, déplacements vers les lieux de la crise, formation, besoin accru de suivi de crise et d'hébergement de dépannage. Sans compter le fait que pour reconnaître les compétences et les conditions de travail spécifiques à l'intervention de crise, de même que pour recruter et maintenir en poste un personnel qualifié et assurer une stabilité des équipes, un ajustement salarial devrait être effectué pour une grande partie du personnel en place, de même qu'une majoration des incitatifs financiers pour les gardes.

En effet, l'intervention en situation de crise demande des compétences et des habiletés particulières et implique des contraintes quant aux conditions de travail (horaires, déplacements, disponibilités). Dans les régions à petite et moyenne concentration et à agglomérations dispersées dans divers points du territoire, les services de crise, généralement assurés par les CLSC, éprouvent des difficultés de recrutement et de stabilité du personnel. Il est difficile d'établir les listes de garde en soirée, de nuit et les fins de semaine, le personnel refusant de faire partie d'une équipe mobile d'intervention de crise. Quant aux CLSC qui réussissent à rassembler les effectifs de garde, ils font face à un roulement important de personnel..

Ce roulement du personnel et l'intérêt moindre des intervenants pour l'intervention de crise, le soir, la nuit et les fins de semaine, ont des incidences sur la qualité des interventions en général et sur celles menées conjointement avec les policiers. Ce sont les personnes les moins expérimentées, en début de carrière, qui se retrouvent sur les listes de garde et ont à traiter les situations les plus complexes et difficiles. Ces personnes ne sont pas intégrées aux équipes régulières et changent fréquemment, ce qui limite l'échange d'expertise et l'accumulation d'un savoir issu de la pratique. À cause de ce roulement du personnel, il est nécessaire de planifier continuellement des formations portant sur l'intervention de crise, l'estimation du danger grave et immédiat, l'appréciation des faits entourant une situation de crise. Il s'agit aussi de diffuser de façon récurrente de l'information sur les rôles et responsabilités des partenaires dans le cadre de l'application de la Loi L.R.Q.c.P-38.001, de même que sur la façon de procéder avec les policiers. Ce changement fréquent d'intervenants nuit d'ailleurs à l'établissement d'une collaboration

avec les autres partenaires, puisque ceux-ci doivent régulièrement composer avec de «nouvelles figures ».

Du côté des policiers, les réactions sont partagées. Certains expriment un fort mécontentement devant les responsabilités que leur confère la nouvelle Loi, alors que d'autres se montrent plutôt ouverts. Ces divergences se constatent d'une région à l'autre et entre les services de police desservant une même région.

### Le temps de mobilisation des policiers : un enjeu fondamental

Les services de police doivent garantir en tout temps une réponse rapide aux appels des citoyens et trouver une solution aux événements problèmes qui leur sont signalés. Le temps est une donnée fondamentale dans l'exercice du travail des policiers, en particulier celui des patrouilleurs. Des études sur des projets intersectoriels entre les secteurs de la police et de la santé ont signalé l'importance de considérer le temps d'intervention des policiers dans le traitement des situations impliquant des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Quatre procédures découlant des conditions d'application de l'article 8 mettent directement en cause le temps : la mise en contact et le temps de déplacement des intervenants terrain sur les lieux de la crise ; l'évaluation et l'intervention en situation de crise sur place ; l'acheminement de la personne à un établissement de santé désigné à l'article 6 de la Loi (CLSC ou centre hospitalier) ; et la prise en charge de la personne par un établissement de santé.

### Le déplacement des intervenants sur les lieux de la crise

Les policiers doivent, dans le cadre de l'article 8, contacter un intervenant des services d'intervention de crise pour évaluer la dangerosité que représente l'état mental de la personne et juger de la nécessité ou non de son aiguillage à un établissement de santé. Pour faciliter l'accès aux services de crise et assurer la rapidité de contact avec les intervenants, deux mesures ont été prévues : un numéro unique et exclusif pour les policiers et une ligne réservée. Idéalement, l'évaluation de la dangerosité par l'intervenant de crise se fait en présence de la personne, ce qui implique un temps de déplacement pour l'intervenant et d'attente pour la police. Ce temps est fonction du nombre d'intervenants disponibles, de la distance à parcourir, laquelle est elle-même tributaire du nombre de services de crise dans une région, de l'étendue du territoire, de la répartition et de la densité de la population sur ce territoire. Là où les services de crise sont peu nombreux, le personnel insuffisant dans les services d'intervention de crise et le territoire étendu, le temps de déplacement minimum des intervenants peut se situer entre 45 et 60 minutes (dans certains cas, 90 minutes et plus), alors que des études américaines ont démontré que 15 minutes et moins est la durée d'attente considérée par les policiers comme acceptable.

Cette incapacité du milieu de la santé à répondre rapidement aux situations de crise a au moins deux impacts sur la façon dont ces situations sont traitées : les policiers font des pressions pour que l'évaluation de la situation s'effectue au téléphone; au lieu de recourir aux services d'intervention de crise, ils appliquent leurs propres solutions dont l'une peut consister à résoudre le problème en procédant à l'arrestation de la personne.

#### L'intervention sur place

La présence de l'intervenant sur les lieux pour apprécier la situation vise à profiter de cette rencontre pour tenter de désamorcer la crise, proposer des alternatives en vue de sa résolution et obtenir le consentement de la personne si son état nécessite qu'elle reçoive des soins d'urgence. Il s'agit d'envisager l'hospitalisation comme une mesure de dernier recours, uniquement lorsque cela s'impose. La recherche d'alternatives à l'hospitalisation fait partie intégrante de la tâche de l'intervenant en situation de crise. Ce type d'approche demande en soi du temps et peut créer des tensions entre les acteurs, compte tenu que les conditions d'opération dans la pratique policière requièrent souvent que les problèmes se règlent rapidement.

#### Le transport des personnes vers un établissement de santé

Si une personne doit être amenée à un établissement de santé, suite à l'avis d'un intervenant en situation de crise, le policier devient l'agent responsable de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par cet établissement. Le temps requis pour conduire la personne à cet établissement dépend de l'étendue du territoire et du nombre d'établissements désignés. Plusieurs postes de police situés dans de petites municipalités ou dans les régions à population dispersée ont des effectifs restreints pour assumer leurs mandats. Par conséquent, si l'un des policiers en fonction doit prendre de deux à quatre heures pour transporter une personne et revenir à son point de départ, le service policier se trouve amputé de son personnel pour assumer ses autres responsabilités.

Par ailleurs, l'utilisation de services ambulanciers pour transporter les personnes à un établissement de santé est fréquente et engendre des coûts. Lorsque la personne transportée bénéficie de l'aide sociale, ces frais sont couverts par le programme de soutien minimum au revenu. Mais lorsque les personnes transportées ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale et qu'elles contestent le paiement de la facture en raison du fait qu'elles n'ont pas demandé ce service et qu'elles furent contraintes à monter dans ce véhicule, les services ambulanciers ne savent plus si la note doit être adressée à la police, aux services d'intervention de crise ou à la régie régionale.

#### La prise en charge de la personne par un établissement de santé

L'article 8 stipule qu'une personne amenée sous garde policière doit être prise en charge par l'établissement désigné dès son arrivée, le transfert devenant effectif au moment du tri. En pratique, il semble que ce soit davantage le critère du diagnostic du médecin qui tienne lieu de norme. Si bien que l'on a constaté des temps d'attente de deux à trois heures pour

les policiers amenant les personnes aux urgences des hôpitaux, avant que la décision du médecin ne leur soit transmise.

### **La formation**

La formation a constitué une activité centrale dans la mise en œuvre de la nouvelle Loi. Des formations sur les nouvelles dispositions de la Loi ont été organisées par les régies, des associations d'établissements, des regroupements de parents et d'utilisateurs. Les formations organisées par les régies régionales s'adressaient aux organismes du réseau de la santé et aux organismes communautaires. Dans la majorité des régions, elles touchaient aussi des acteurs hors secteur de la santé mentale dont ceux du secteur policier. La majorité des régies ont choisi de mobiliser les ressources humaines par territoire de MRC ou par sous région. Ce qui a eu l'avantage de faciliter les contacts et la concertation entre intervenants d'un même milieu. De plus, davantage de personnes ont pu participer aux rencontres de formation, les distances à parcourir et l'investissement en temps et en argent s'en trouvant réduits.

Deux limitations ont été constatées à propos de la formation. La première tient à ce que les sessions ont été offertes par différents formateurs, ce qui a donné lieu à une disparité quant aux connaissances acquises, chaque formateur présentant des interprétations différentes de la façon dont la Loi s'applique. De telle sorte que les interventions risquent d'être inconsistantes d'une sous région à l'autre, d'un service à l'autre, ou d'un groupe d'acteurs à l'autre, chacun se référant à l'interprétation fournie lors de la formation. La seconde limitation relève du fait que ce sont surtout les cadres et les gestionnaires du milieu de la santé mentale et les chefs des services de police qui ont participé aux sessions de formation. L'information n'a pas toujours été retransmise aux intervenants et patrouilleurs de première ligne.

L'expérience démontre enfin que deux types de formation s'avèrent nécessaires : l'une portant sur la Loi elle-même et l'autre sur l'intervention de crise. Ces formations doivent être reprises régulièrement, surtout dans les CLSC, étant donné le roulement important de personnel et la forte utilisation de la liste de rappel. Idéalement, des formations en intervention de crise devraient aussi être offertes au plus grand nombre possible de policiers.

### **Recommandations**

#### **1) Concernant la mise en place de réseaux intégrés de services d'intervention de crise**

Les services d'intervention en situation de crise, « à domicile ou sur les lieux d'une crise, permettant ainsi de désamorcer une situation », étaient déjà mentionnés dans la *Politique de santé mentale* (Gouvernement du Québec, 1989, p.42). Ils sont toujours considérés comme requis suivant le *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, 1998) et constituent une des cibles prioritaires adoptées au Forum sur la

santé mentale de septembre 2000 (MSSS, 2001b). Pourtant, il s'avère à nouveau nécessaire de rappeler l'urgence d'un soutien concret à leur implantation et leur consolidation, puisqu'ils constituent le fondement même de l'adoption de l'article 8. En effet, la possibilité de recourir à un intervenant de crise doit assurer aux personnes susceptibles de faire face à la mesure, la protection et le respect de leur intégrité et de leurs droits à des services de qualité et les moins contraignants possible. Les lacunes dans l'application de l'article 8 ont déjà entraîné des conséquences dramatiques et maintiennent le recours au système pénal, faute d'alternative. Or, le retard pris dans l'actualisation de l'article 8 tient principalement aux difficultés de mettre en place des réseaux intégrés de services d'intervention de crise.

**1.1 Il est recommandé** *que tous les efforts nécessaires soient consentis par le MSSS et les régies régionales pour compléter et consolider les services d'intervention de crise. Ces services devront être offerts de façon à assurer à la personne une intervention dans son milieu et en temps opportun, s'intégrer aux autres services existants et tenir compte des réalités régionales et sous-régionales.*

Par ailleurs, depuis dix ans, les services de crise et les lignes téléphoniques accessibles 24/7 se sont multipliés et diversifiés, sinon morcelés, en fonction de différentes problématiques (itinérance, santé mentale, suicide, violence conjugale et familiale, toxicomanie, urgences psychosociales). Les sources et les enveloppes de financement diffèrent suivant les types de crise, ce qui donne lieu à une fragmentation des services, à des dédoublements et à une complexité croissante quant à l'accès et au cheminement dans le réseau.

**1.2 Il est recommandé** *que chaque régie régionale procède à une analyse organisationnelle de l'ensemble des services d'intervention en situation de crise présents sur son territoire, du point de vue de leur intégration et de leur contribution à la mise en œuvre de l'article 8.*

## **2) Concernant le financement**

Plusieurs régions se trouvent dans une impasse pour ce qui est du sous financement des services de crise et des activités reliées à l'application de l'article 8, la question du financement des coûts liés à l'application de la Loi L.R.Q.c.P-38.001 n'ayant jamais fait l'objet d'une attention spécifique. Pourtant, l'injection de ressources financières s'avère fondamentale pour : 1) compléter le développement des services de crise et assurer la qualité de ces services ; 2) financer les activités reliées directement à l'application de l'article 8 ; 3) offrir à une main d'œuvre qualifiée des conditions salariales et de travail qui correspondent à son niveau d'expertise et au caractère particulier de ses conditions de travail, et cela, tant pour le personnel régulier des équipes de crise que pour celui qui assure les gardes de soir et de fin de semaine.

**2.1 Il est recommandé** que le MSSS procède à une étude économique sur l'intervention en situation de crise (incluant l'application de l'article 8), à l'intérieur de réseaux intégrés de services, et établisse des normes sur la base de cette étude.

**2.2 Il est recommandé** que le financement des conditions d'application de la Loi L.R.Q.c.P-38.001 fasse l'objet d'une mesure ministérielle spécifique.

**2.3 Il est recommandé** que chaque régie régionale clarifie sa stratégie d'allocation des fonds de différentes sources aux services d'intervention de crise, incluant les mesures mises en place pour l'application de l'article 8, dans une perspective d'intégration et d'efficacité.

### **3) Concernant l'arrimage des services de santé aux services policiers**

Le but premier de l'article 8 est de confirmer le caractère d'exception de la Loi L.R.Q.c.P-38.001. Il s'agit d'offrir à la personne en danger la disponibilité immédiate d'une aide sur place pouvant lui éviter une garde en établissement. Cette aide a pour but la résolution de la situation de crise et un abaissement de la dangerosité. Cette démarche se fait en collaboration avec les policiers, qui ont un rôle précieux à jouer pour faciliter le travail des intervenants de crise. Ils peuvent rassurer la personne, assurer sa protection, éloigner les curieux et les intrus, etc. Une fois l'endroit sécurisé, il appartient aux policiers et aux services de crise d'appliquer des modalités de travail en réseau. Pour ce faire, les intervenants des deux secteurs devraient pouvoir partager leurs responsabilités dans le respect des droits de la personne, en vertu de règles de conduite connues, reconnues et intégrées, ce qui n'est pas encore le cas.

**3.1 Il est recommandé** que le MSSS, en collaboration avec des responsables de la Sécurité publique, développe des règles d'intervention à l'intention des policiers et des intervenants en santé dans l'application de l'article 8, en conformité avec les articles 14 et suivants de la Loi et dans le respect de la dignité et de la réputation des personnes; il est recommandé que le MSSS prenne les dispositions nécessaires pour que ce code de conduite soit connu par l'ensemble des intervenants concernés.

L'article 8 repose sur un arrimage obligé aux termes de la Loi entre deux systèmes dont les missions et les cultures organisationnelles diffèrent. L'expression la plus critique de ces différences concerne le rapport au temps. Pour l'intervenant en santé mentale, l'intervention sur place vise à désamorcer la crise et à éviter une hospitalisation involontaire. Cette intervention réclame du temps pour écouter, concilier, rassurer, convaincre. Les policiers sont, eux, formés à intervenir rapidement, sur le mode de



l'urgence, de l'imprévu. Ils doivent être disponibles sur-le-champ, en tout temps. Chez les uns et les autres, la temporalité se vit de façon différente, presque antinomique. Il faut donc prévoir des modalités de fonctionnement pour limiter le temps d'intervention de la police dans les situations reliées à l'application de l'article 8. Pour réduire le temps de mobilisation des policiers à certaines étapes du processus,

### **3.2 il est recommandé que :**

- *pour réduire le temps entre l'appel d'un policier et l'arrivée d'un intervenant sur les lieux de la crise, les intervenants dans un service d'intervention de crise soient en nombre suffisant pour que l'un d'entre eux puisse se rendre rapidement disponible pour une intervention sur place ;*
- *pour réduire les temps de transport vers un établissement de santé, l'on considère l'étendue du territoire dans la prise de décision sur le nombre d'établissements désignés pour la garde préventive et provisoire aux termes de la Loi ; dans les régions les plus étendues, certains établissements pourraient avoir le statut de « relais » à partir desquels les services ambulanciers ou policiers pourraient conduire les personnes à l'établissement désigné ;*
- *pour réduire les temps d'attente au moment de la prise en charge par l'établissement désigné, les modalités prévues à l'article 8 soient strictement respectées et réaffirmées dans les ententes locales. Ces ententes devraient préciser de façon très détaillée les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs à chacune des étapes du processus, en tenant compte des circonstances locales. Des mécanismes de recours sont à prévoir pour les cas où les conditions figurant dans les ententes locales ne seraient pas respectées (voir recommandations 6.1 et 6.2 ci-dessous, sur le mécanisme de suivi de la Loi).*

En ce qui concerne les modalités d'organisation et de fonctionnement, des expériences dignes d'intérêt ont été identifiées en milieu urbain, semi-urbain et rural. Ces expériences constituent les premiers jalons d'une expertise en train de se constituer, laquelle pourrait être enrichie par le partage de ces savoirs d'expérience.

### **3.3 Il est recommandé qu'un cadre de référence quant aux modalités d'arrimage entre les secteurs de la santé et de la police soit préparé sur la base des expériences réussies, de même qu'un guide de bonnes pratiques. Le cadre de référence devrait offrir plus d'un modèle et prévoir des ajustements aux réalités locales.**

#### **4) Concernant la réforme des corps policiers**

Le Ministre de la Sécurité publique a déposé en mai 2001 un projet de loi créant une nouvelle carte policière au Québec. La loi, appelée *Loi concernant l'organisation des services policiers*, a été adoptée le 21 juin 2001. La réforme policière entrera en vigueur en juin 2002. Cette réforme vise à faire passer le nombre de corps policiers de 119 à une trentaine. Cette réduction se fera par la fusion de corps policiers municipaux ou par leur intégration à la Sûreté du Québec. À moyen terme, cette réforme devrait faciliter l'application de l'article 8, puisque les ententes locales auront à être négociées avec moins d'interlocuteurs. À court terme, les fusions et transferts consécutifs à la réforme pourraient cependant constituer un obstacle supplémentaire à la mise en œuvre de l'article 8.

**4.1 Il est recommandé** *que le MSSS suive de près la réforme policière en cours et intervienne auprès du Ministre de la Justice et de la Sûreté du Québec de façon à faciliter la transition sur la base d'une entente globale avec la Sûreté du Québec.*

**4.2 Il est recommandé.** *que le MSSS appuie les régies régionales dans leurs démarches avec les postes locaux de la Sûreté du Québec et les nouveaux corps de police fusionnés en vue de la reconduction ou l'élaboration des ententes locales.*

#### **5) Concernant la formation**

Les activités de formation doivent soutenir le développement des compétences touchant la Loi L.R.Q.c.P-38.001 et l'intervention de crise, favoriser une vision commune de l'application de la loi, encourager les actions concertées et pallier au roulement du personnel. Pour répondre à ces impératifs,

**5.1 il est recommandé** *que les activités de formation soient planifiées à partir des principes suivants :*

- *l'offre de sessions de formation distinctes concernant respectivement la Loi L.R.Q.c.P-38.001 et l'intervention de crise ;*
- *l'organisation des formations sur une base locale et pour l'ensemble des acteurs des différents secteurs, santé et policier, public et communautaire ;*
- *la mise à disposition de modules de formation et l'accès à un responsable régional ou provincial pour répondre aux demandes ponctuelles, éventuellement à partir d'un site WEB.*

Par ailleurs, plusieurs programmes de formation ont déjà été élaborés par différentes instances et sont utilisés dans le milieu. Pour uniformiser les contenus de ces formations,

**5.2 il est recommandé** *que le MSSS, en collaboration avec le Ministère de la Sécurité publique, élabore une formation conjointe pour les policiers-patrouilleurs, intervenants en situation de crise et autres acteurs appelés à intervenir dans des situations reliées à l'article 8 (conseillers en défense des droits, médecins, urgentologues).*

## **6) Concernant un mécanisme de suivi de la Loi L.R.Q. c.P-38.001**

Devant les difficultés actuelles de mise en application de la Loi L.R.Q.c.P-38.001 et compte tenu des enjeux liés à son application,

**6.1 Il est recommandé** *que le Comité de suivi de la Loi P-38.001 prévu par le MSSS comprenne nécessairement :*

- *des représentants des usagers ;*
- *des représentants des familles ;*
- *des ressources reconnues pour la protection et la défense des droits ;*
- *un spécialiste de la question, juriste ou formateur ;*
- *des membres issus des secteurs de la santé, de la justice et de la sécurité publique.*

*Ce comité devrait avoir pour rôle de :*

- *proposer des ajustements aux procédures habituelles à partir des situations ayant causé problème ou fait l'objet de litiges ;*
- *faire état du contenu des insatisfactions portées à leur attention concernant les ententes de fonctionnement intervenues entre différentes parties impliquées dans la mise en œuvre de la Loi ;*
- *rendre compte des plaintes des citoyens à cet égard ;*
- *proposer les correctifs appropriés.*

Ce comité devrait rendre compte annuellement au Ministre de l'état de l'application de la loi et du respect des droits des personnes.

**6.2 Il est recommandé** *que, pour les prochaines années, et nécessairement en décembre 2002, l'état d'application de la Loi P-38.001 fasse l'objet d'un rapport distinct du Protecteur des usagers au Ministre.*

**Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)  
Juin 2001**

## RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), (2000). *Le vécu des personnes hospitalisées involontairement : un premier bilan national*, rapport rédigé par Josée Chénard, avec la collaboration de Mario Bousquet, Manon Guillemette, Paul Morin, Carole Panneton et Chantal Provencher, Montréal, 33 p.
- BUREAU DU CORONER, (2001). *Rapport d'enquête de Me Andrée Kronström, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Brian Bédard survenu à Montréal, le 27 avril 2000*, Montréal, 74 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ), (1997). *Avis concernant le projet de loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale*, Québec, 10 p.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ), (2000). *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, par Christiane Cardinal., avec la collaboration de Céline Mercier, Québec, 105 p. + annexes.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1972). *Loi sur la protection du malade mental*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1989). *Politique de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec, 62 p..
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1996). *Projet de loi 39. Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, 46 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), (2001a). *Transformation des services de santé mentale . État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, 50 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), (2001b). *Accentuer la transformation des services de santé mentale . Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, 52 p.
- SERVICE DE POLICE DE LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL (2001). *L'intervention policière auprès d'une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui*, Montréal, Division des affaires juridiques, SPCUM.

## NOTE SUR LE COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) est un organisme conseil en santé mentale auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est rattaché, par son Secrétariat, à la Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère. Ses mandats généraux peuvent s'énoncer comme suit :

- conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les questions de santé mentale;
- contribuer, par ses études et ses avis, aux fonctions de planification et d'évaluation dont le Ministère a la responsabilité en santé mentale.

Depuis sa création en 1971, le Comité de la santé mentale du Québec a produit une cinquantaine de rapports, ouvrages ou avis sur diverses questions liées à la santé mentale. Il a également été largement impliqué dans l'émergence d'une *Politique de santé mentale* au Québec, ainsi que dans divers travaux visant la mise à jour et le développement de cette politique.

En lien avec les orientations ministérielles de transformation des services québécois de santé mentale, il a publié, en octobre 1997, un rapport intitulé « *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves* ». Plus récemment, il a publié, en novembre 99, un ouvrage intitulé « *Familles en transformation – Récits de pratique en santé mentale* » et, en janvier 2000, un livre intitulé « *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective* ».

En outre, au moment de la production du présent *Avis*, un ouvrage est sur le point de paraître, sous le titre *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, ouvrage résultant d'une collaboration franco-québécoise entre le CSMQ et la Direction générale de la santé en France. Seront rendus publics, aussi, au tout début de 2002, les résultats d'un projet sur la **concertation intersectorielle en santé mentale**.

Le CSMQ est engagé, de plus, dans des travaux relatifs aux nouveaux mandats qui lui ont été confiés par le Ministère dans le cadre du *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale* (MSSS, décembre 98) et il **collabore étroitement aux travaux du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale**. Ces mandats portent principalement sur **l'accès au logement et au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et sur le développement de critères de qualité pour les services dans la communauté**.

Le Comité de la santé mentale du Québec est actuellement composé des personnes suivantes, nommées par décret en août 95<sup>1</sup> :

Luc Blanchet, président du Comité, psychiatre, chef du Service enfance-famille du Centre hospitalier Jean-Talon de Montréal et médecin conseil au module d'écologie humaine et sociale de la Direction régionale de la santé publique de la Régie régionale de Montréal-centre;

Céline Mercier, vice-présidente du Comité, docteure en psychologie, directrice de l'Unité de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas de Verdun et professeure agrégée au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université McGill;

Jacques Alary, Ph.D. en service social, professeur au Département de service social de l'Université de Sherbrooke;

Françoise Beauregard, psychologue, présidente sortante de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale;

Henri Dorvil, travailleur social, Ph.D. en sociologie, professeur au Département de travail social de l'Université du Québec à Montréal et membre du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) de l'Université de Montréal;

Danielle McCann, travailleuse sociale et gestionnaire, chef de l'administration de programmes au CLSC Thérèse-de-Blainville;

André Villeneuve, psychiatre, chef du Département de psychiatrie à la Clinique Roy-Rousseau de Beauport ainsi que professeur titulaire au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Trois nouveaux collaborateurs se sont ajoutés au Comité à l'automne 1999. Ce sont :

Lisette Boivin, M. en service social, directrice générale du PAVOIS (organisme communautaire de développement de l'employabilité pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves);

Jean-Luc Parenteau, B. en service social, conseiller en planification-programmation (santé mentale) à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches;

---

<sup>1</sup> Bien que les fonctions de certains membres aient changé au cours des dernières années, nous nous en tenons ici à la description apparaissant dans le décret de 1995.

Jean-Luc Pinard, B. en travail social, coordonnateur de l'organisme communautaire RAIDDAT (Ressource d'aide et d'information en défense des droits de l'Abitibi-Témiscamingue).

Monsieur Léandre Bilodeau assume la fonction de Secrétaire du Comité. Madame Pierrette Roy complète le personnel du secrétariat.

Secrétariat du Comité, juin 2001