
CAHIER DE FORMATION

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

À L'ATTENTION DES

SERVICES D'AIDE EN SITUATION DE CRISE DÉSIGNÉS PAR
L'AGENCE DE DEVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

Québec 



© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005.

ISBN 2-89510-265-1

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2005

Ce document est disponible au centre de documentation de l'Agence : (514) 286-5604
à la section «Documentation» du site Internet de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

CONÇU PAR : GILLES MARSOLAIS, CONSULTANT EN COLLABORATION AVEC MARIO BILODEAU, INTERVENANT À L'URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE

RÉVISÉ ET APPROUVÉ PAR : BIBIANE DUTIL, CONSEILLÈRE À L'AGENCE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL

NOVEMBRE 2005

AVANT-PROPOS

Cette formation porte sur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001)* au regard des mandats des *Services d'aide en situation de crise (SASC) désignés*. Afin d'alléger le texte, nous emploierons le terme « *Loi P-38.001* » pour identifier la Loi de protection et le terme « *SASC désignés* » pour les services d'aide en situation de crise désignés.

Nous présenterons d'abord un aperçu des grandes lignes de la Loi en insistant sur le rôle et les responsabilités des acteurs dans la démarche conduisant à la garde préventive. Nous aborderons également le caractère exceptionnel de l'application de cette Loi. Par la suite, nous exposerons brièvement les principaux éléments du projet de loi n°180 qui traite de la confidentialité des renseignements en situation de dangerosité et nous préciserons la notion de danger liée à l'état mental. Finalement, nous décrirons l'organisation des services mis en place pour l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001 pour la région de Montréal. Soulignons que cette dernière partie de la formation est sujette à diverses modifications en fonction des ajustements liés à la réorganisation des services de santé et des services sociaux sur notre territoire (division des territoires en CSSS et responsabilité populationnelle).

Le contenu s'inspire des cadres de référence de la région du Bas St-Laurent et du Saguenay-Lac St-Jean, de *l'Urgence psychosociale-justice*, équipe qui est rattachée au *CSSS Jeanne-Mance* (que nous identifierons par *UPS-J* dans ce texte), de la Loi P-38.001 elle-même, du projet de loi n° 180 et de plusieurs textes écrits par des juristes et des spécialistes.

Ce document est tiré des transparents conçus pour la formation des *SASC désignés* et est présenté dans un format qui vise à favoriser leur utilisation comme un aide-mémoire.

La démarche d'implantation du processus de désignation des *SASC* de notre région est le fruit d'une collaboration de différents partenaires, dont, outre les deux concepteurs/formateurs, messieurs Daniel Cossette et Jacques Couture du Centre de crise le Transit, madame Daphnée Morin, chercheure à l'Université du Québec à Montréal, madame Louise Riopel de l'UPS-J et madame Bibiane Dutil, conseillère à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (L'Agence).

Nous exprimons notre gratitude à tous les collaborateurs et les remercions tous et toutes personnellement pour leur implication, leur dévouement et leur créativité qui ont rendu possible la mise en œuvre du mandat de désignation pour la région de Montréal.

Les formateurs

M. Gilles Marsolais possède une maîtrise en travail social et une vaste expérience clinique et de consultation en intervention de crise (actuellement intervenant au Centre de crise IRIS). Ses expériences d'enseignement sur la Loi P-38.001 et sur des sujets liés à l'intervention de crise sont nombreuses.

M. Mario Bilodeau possède un baccalauréat en nursing et une maîtrise en éducation aux adultes. Il est intervenant à l'UPS-J et est également formateur dans de nombreux domaines dont l'intervention auprès des personnes marginalisées. Il est présentement formateur auprès du Service de la police de Montréal sur la Loi P-38.001.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

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

1.	PRÉSENTATION	PAGE 5
1.1	ADOPTION	PAGE 5
1.2	LOI D'EXCEPTION	PAGE 5
1.3	PRINCIPES	PAGE 5
2.	PARTICULARITÉS	PAGE 6
2.1	TITRE	PAGE 6
2.2	TYPES DE GARDE	PAGE 6
2.3	ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE	PAGE 7
2.4	DANGEROUSITÉ	PAGE 8
3.	RÔLE ET RESPONSABILITÉS EN REGARD DE L'APPLICATION DE L'ARTICLE 8 DE LA LOI	PAGE 9
3.1	SASC DÉSIGNÉ	PAGE 10
3.2	POLICIER	PAGE 11
3.3	SERVICE AMBULANCIER	PAGE 12
3.4	PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER	PAGE 12

DEUXIÈME PARTIE

DANGER LIÉ À L'ÉTAT MENTAL ET CONFIDENTIALITÉ

1.	ÉTUDE DE LA JURISPRUDENCE	PAGE 15
2.	TABLEAU DE LA DANGEROUSITÉ REGROUPÉ PAR THÈMES	PAGE 17
3.	CONFIDENTIALITÉ	

TROISIÈME PARTIE

ORGANISATION DES SASC DÉSIGNÉS

1.	DEUX VOLETS DU MODÈLE RÉGIONAL	PAGE 20
2.	ACCOMPAGNEMENT	PAGE 20
3.	PRÉSENCE DE LA PERSONNE EN CRISE	PAGE 22
4.	FICHE DE LIAISON	PAGE 23
5.	URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE	PAGE 24

ANNEXE 1 : DROITS ET LES RECOURS DES PERSONNES MISES SOUS GARDE

ANNEXE 2 : DÉLAIS D'EXAMENS

ANNEXE 3 : COMMENTAIRES SUR LA LOI MODIFIANT DES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES AU SUJET DE LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

ANNEXE 4 : DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS DANS LES PARAMÈTRES GUIDANT L'AMBULANCIER DANS LE CHOIX DU CH

ANNEXE 5 : NOTES PORTANT SUR LA SECTORISATION

ANNEXE 6 : HISTORIQUE ET MANDAT SANTÉ MENTALE – JUSTICE DE L'UPS-JUSTICE

ANNEXE 7 : MODÈLE DE FICHE DE LIAISON

ANNEXE 8 : LEXIQUE

BIBLIOGRAPHIE

PREMIÈRE PARTIE

LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES
DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER
POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI
(Loi P-38.001)

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

1. PRÉSENTATION

1.1 ADOPTION

- ✓ Adoptée en 1997, en vigueur depuis le 1^{er} juin 1998;
- ✓ Remplace la Loi sur la protection du malade mental (LPMM) et complète les dispositions du Code civil du Québec (C.c.q.) en matière de garde et d'évaluation psychiatrique;
- ✓ Précise les règles juridiques de la garde involontaire des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui;
- ✓ Assure une meilleure protection de la personne ou d'autrui. Pour ce faire, elle porte atteinte aux droits fondamentaux, en permettant à certaines conditions de passer outre au consentement des personnes et de les priver temporairement de leur liberté.

1.2 LOI D'EXCEPTION

- ✓ S'applique comme une loi d'exception. Il faut cependant se rappeler que la personne demeure titulaire de tous ses autres droits;
- ✓ Constitue le seul fondement légal permettant de priver une personne de sa liberté;
- ✓ Implique que ces dispositions doivent être rigoureusement suivies;
- ✓ Ne s'applique que lorsque toutes les autres interventions ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes.

1.3 PRINCIPES

- ✓ Inviolabilité de la personne. Le respect de l'inviolabilité de la personne fait qu'on ne peut lui porter atteinte ou la contraindre à agir contre sa volonté d'où l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé de celle-ci :
 - o Pour la soumettre à une évaluation psychiatrique;
 - o Pour la garder au CH à la suite d'une évaluation psychiatrique.
- ✓ Dans tous les cas où la personne refuse de se rendre au CH pour y subir une évaluation psychiatrique ou pour y être gardée suite à une évaluation psychiatrique, seuls la Loi et le tribunal ont l'autorité nécessaire pour la contraindre.
- ✓ La dangerosité demeure le seul critère d'application de la Loi.

- ✓ Implique une protection accrue des droits et des recours de la personne mise sous garde. Le législateur a renforcé et clarifié les droits et les recours des personnes concernées au regard du :
 - o Droit à l'information qui est davantage détaillé;
 - o Droit à la communication avec les personnes de son choix qui ont été précisées;
 - o Droit de recours auprès du Tribunal administratif du Québec (T.A.Q.)

Voir l'annexe 1 pour plus d'informations sur les droits et les recours des personnes mises sous garde

2. PARTICULARITÉS

2.1 TITRE

- ✓ Fait référence à l'état mental d'une personne et à son caractère dangereux et non à une maladie mentale.
- ✓ Précise le champ d'application : le danger qu'une personne présente pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.
- ✓ Exemples d'état mental dangereux :
 - o Manifestation suicidaire;
 - o Geste ou menace (annonce d'intention) de blessure qui compromet la sécurité de la personne ou d'autrui;
 - o Absence d'autocritique face à un danger potentiel;
 - o Menace à l'intégrité;
 - o Automutilation;
 - o Escalade de comportements agressifs.

Nous reviendrons plus loin sur la notion de danger liée à un état mental.

2.2 TYPES DE GARDE

➤ GARDE PRÉVENTIVE

- ✓ Mesure exceptionnelle qui autorise un médecin (md) d'un CH à mettre une personne sous garde contre son gré, sans autorisation du tribunal et sans évaluation psychiatrique, s'il est d'avis que son état mental présente un **danger grave et immédiat** (pour soi/autrui);
- ✓ Durée maximale : 72 heures.

➤ **GARDE PROVISOIRE**

- ✓ Garde ordonnée par le tribunal pour soumettre une personne à une évaluation psychiatrique, afin de déterminer si son état mental présente un **danger** (pour soi/autrui);
- ✓ Durée maximale de **48 heures** à compter de l'ordonnance de garde provisoire (demandée par le CH), lorsque la personne se trouve déjà en garde préventive et qu'elle refuse de se soumettre à une évaluation psychiatrique;
- ✓ Durée maximale de **96 heures** à compter de la prise en charge de la personne par le CH, lorsque la personne y a été conduite suite à une ordonnance de garde provisoire demandée par un tiers¹ ou un md.

Voir l'annexe 2 pour les délais d'examen de manière détaillée

➤ **GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

- ✓ Appelée également la garde régulière, elle est la garde autorisée par le tribunal lorsque l'évaluation psychiatrique conclut en la nécessité de la garde;
- ✓ Durée de la garde fixée par le tribunal (souvent pour 21 jours).

2.3 ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

- ✓ Évaluation par le psychiatre (ou le md de manière exceptionnelle) qui se prononce sur l'état de dangerosité de la personne et sur la nécessité ou non de la garde en établissement;
- ✓ Condition d'application : refus d'une personne de se soumettre à une évaluation psychiatrique et présentation d'une demande de garde provisoire au Tribunal;
- ✓ Exigence de deux examens psychiatriques;
- ✓ Contenu de l'examen indiquant :
 - o Le nom du psychiatre qui a procédé à l'examen;
 - o La date de l'examen;
 - o Le diagnostic, même provisoire, de l'état mental;
 - o L'opinion sur la gravité de l'état mental et ses conséquences probables;
 - o Les motifs et les faits sur lesquels sont fondés l'opinion et le diagnostic ainsi que ceux fournis par les tiers (art. 3 de la Loi);
 - o L'ordonnance de la garde si la dangerosité de la personne est établie;
 - o L'aptitude de la personne à prendre soin d'elle-même ou à gérer ses biens. Si l'inaptitude est établie voir l'opportunité d'ouvrir un régime de protection, (C.c.q. art. 29).

¹ Conjoint, proche, parent ou une personne qui démontra un intérêt particulier.

2.4 DANGÉROSITÉ

La Loi ne définit pas la notion de dangerosité, mais elle établit deux niveaux de danger liés à l'état mental.

- ✓ Niveau de **danger pour la personne ou pour autrui ,que nous appellerons danger grave mais non immédiat**, qui peut conduire une personne à être mise sous garde provisoire;
 - o Demande de garde provisoire au tribunal, lorsque la personne est dans la communauté, peut être faite par un tiers ou un md s'ils ont des motifs sérieux de croire que l'état mental de cette personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui et qu'elle refuse d'être conduite au CH pour y subir une évaluation psychiatrique;
 - o Requête à la Cour du Québec. Elle doit être présentée par un tiers qui a une connaissance personnelle des faits et des comportements qui lui font croire que la personne présente un tel danger;
 - o Autorisation de garde provisoire émise par le tribunal lorsque la preuve présentée démontre qu'il y a des motifs de croire que l'état mental de la personne présente un danger pour soi ou autrui.

Lorsque la requête est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

- ✓ Niveau de **danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui;
 - o Second niveau de danger qui peut conduire une personne à être mise sous garde préventive (sans autorisation du tribunal);
 - o Situation exceptionnelle qui commande d'agir immédiatement pour protéger la personne ou autrui (correspond à une situation d'urgence);
 - o Nécessité de la présence simultanée du danger et de l'urgence d'agir dans l'immédiat, afin de protéger la personne ou autrui.

3. RÔLE ET RESPONSABILITÉS EN LIEN AVEC L'APPLICATION DE L'ARTICLE 8 DE LA LOI

TIRÉ DE L'ARTICLE 8 DE LA LOI

Un policier peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne dans un établissement visé à l'article 6 (CH)

- *à la **demande d'un intervenant d'un SASC désigné** qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;*
- *à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées à l'art. 15 du Code civil du Québec (voir première note de bas de page) **lorsque aucun intervenant d'un SASC désigné n'est disponible en temps utile**, pour évaluer la situation. Dans ce cas, le policier 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.*

... l'établissement où la personne est amenée ...doit la faire évaluer par un md, lequel peut la mettre sous garde préventive...

Par son article 8, la Loi introduit un changement majeur : la « déjudiciarisation » de la démarche visant à soumettre une personne, contre son gré, à une évaluation psychiatrique.

En fait, la « déjudiciarisation » concerne l'étape d'amener la personne contre son gré au CH et de la garder préventivement durant une courte période. En effet, en raison de la situation d'urgence, malgré le refus de consentir de la personne, la Loi permet de passer outre à la démarche judiciaire. Mais, si la personne refuse toujours l'évaluation psychiatrique, le CH devra obtenir une autorisation du tribunal pour l'y soumettre.

Cependant, la Loi encadre son utilisation de manière rigoureuse².

² La présentation qui suit reste fidèle à la Loi. Dans une autre partie, seront examinées l'organisation des services mise en place dans la région.

3.1 SASC DÉSIGNÉ

- ✓ Estime le niveau de danger et offre l'aide que la situation requiert. L'intervention vise surtout à fournir une réponse rapide et ponctuelle en cherchant à désamorcer la crise et à offrir le soutien nécessaire sans obligatoirement passer par le CH;
- ✓ Recherche le consentement de la personne (lorsque danger **grave et immédiat**) afin de lui permettre de ne pas mettre sa vie ou celle des autres en danger. Il est à noter que ces interventions peuvent inclure celle de se rendre au CH avec consentement;
- ✓ Demande l'intervention des policiers pour la conduire au CH (s'il y a refus de la personne concernée), et transmet :
 - L'information pertinente au policier responsable du transport de la personne;
 - L'information au CH (infirmière au triage).

Il est à noter que l'information peut être parfois transmise au médecin de garde ou à l'urgentologue.

Donc, au terme du travail d'intervention de crise qui comprend l'évaluation psychosociale de la dangerosité, le travail à proprement parler d'estimation de la dangerosité consistera à répondre aux questions suivantes :

- ***Est-ce que l'état mental de la personne présente un :***
 - Danger grave et immédiat ou;
 - Danger grave mais dont le caractère prévisible n'est pas immédiat (appelé danger grave et non immédiat) ou;
 - Danger qui n'est pas grave ou une absence de danger au sens de la Loi (correspond à des zones de dangerosité qui ne donne lieu à aucune application de la Loi. En d'autres mots, qui donne droit au refus de consentir)?
- ***Y a-t-il collaboration ou non?***

Nous y reviendrons plus loin.

CAS PARTICULIERS DES MINEURS

- ✓ Moins de 14 ans : rechercher l'autorisation de l'autorité parentale ou du tuteur légal pour conduire le mineur au CH;
- ✓ 14 ans et plus : peut consentir seul à ses soins. Si présence de danger grave et immédiat et refus de collaborer, demander l'intervention d'un policier pour le conduire au CH.

En pratique, il est très rare que la Loi P-38.001 soit utilisée pour protéger un mineur. Les intervenants auprès des jeunes utilisent la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ) lorsque nécessaire. Toutefois, il faut envisager d'utiliser la *Loi P-38.001* si celle-ci constitue la seule avenue pour une intervention rapide.

Peu importe l'âge du mineur, évaluer si sa situation doit être signalée à la *Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)*, lorsque le développement du mineur est compromis au sens de la *LPJ*.

Il est à noter que la question de l'interface entre les deux lois est toujours en réflexion et que cette interprétation pourrait éventuellement faire l'objet d'une révision.

3.2 POLICIER

Selon les deux situations découlant de l'article 8

- ✓ Lorsque la demande provient d'un *SASC désigné* qui a estimé que la personne présente un danger grave et immédiat et qu'elle refuse de collaborer;
 - Conduire la personne contre son gré au CH.
- ✓ Lorsque la demande provient d'un tiers;
 - Contacter le *SASC désigné*;
 - Conduire la personne contre son gré au CH si l'intervenant du *SASC désigné* n'est pas disponible en temps utile.

Note 1

Certaines situations (ex. : personne en tentative de suicide ou bien personne en crise et en désorganisation nécessitant un arrêt d'agir physique) commandent au policier d'agir en situation d'urgence sans appeler le SASC désigné.

Note 2

Le SASC désigné doit s'attendre à ce que le policier appelé cherche à valider les éléments de dangerosité si la personne est calme et refuse catégoriquement de se rendre au CH.

- ✓ Lorsque la personne est conduite contre son gré au CH :
 - Informer la personne du fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat (avis verbal);
 - Appeler lorsque nécessaire, les services ambulanciers et les assister dans leur travail;
 - Demeurer responsable de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par le CH;
 - Transmettre les informations pertinentes à la personne responsable à l'urgence (Ex. : infirmière au triage);
 - Quitter le CH une fois les dispositions prises pour assurer la sécurité de la personne.

3.3 SERVICE AMBULANCIER³

- ✓ Apporte les soins préhospitaliers appropriés;
- ✓ Transporte la personne à l'urgence du CH à la demande de l'intervenant du SASC désigné lorsque la personne est consentante;
- ✓ Transporte la personne à l'urgence du CH à la demande du policier lorsque la personne est non consentante.

Il est à noter que seul le policier peut forcer une personne à être conduite au CH et lorsque le transport est demandé par ce dernier, il demeure responsable de la personne jusqu'à sa prise en charge par le CH. À la demande des ambulanciers, le policier les assiste dans leur travail. Si la situation l'exige⁴, le policier accompagne la personne dans l'ambulance.

3.4 PERSONNEL DU CENTRE HOSPITALIER

- ✓ Prend en charge la personne dès son arrivée et la fait examiner par un md sous réserve :
 - Des priorités des urgences médicales;
 - L'incapacité à procéder à une mise sous garde en raison de son organisation et de ses ressources.
- ✓ Met la personne sous garde préventive à la demande du médecin qui est d'avis que son état mental présente un danger grave et immédiat. Le directeur des services professionnels ou, à défaut le directeur général du CH doivent en être informés;
- ✓ Obtient l'autorisation du tribunal, à l'intérieur du délai de 72 heures, pour soumettre la personne à une évaluation psychiatrique si la personne refuse de donner son consentement;
- ✓ Assure le transfert de la personne vers un autre CH lorsqu'il ne dispose pas des aménagements appropriés. Si nécessaire, la décision d'un accompagnement est prise par le md et les frais sont à la charge de l'établissement.

³ Les services ambulanciers n'ont aucune responsabilité particulière dans le cadre de la Loi P-38.001. Toutefois, ils peuvent y être impliqués lors du transport des personnes au CH.

⁴ Par exemple, lorsque la condition de la personne justifie une immobilisation sur civière pour sa propre sécurité et/ou celle du policier et que les circonstances le permettent et le justifient (ex. : le policier doit être disponible pour libérer la personne de ses contentions si un problème de santé survient.)

COMMENTAIRES SUR LA PRISE EN CHARGE

Le moment de la prise en charge souffre d'imprécisions dans la Loi et fait l'objet d'opinions différentes, certaines impliquant des délais d'attente plus longs qui pourraient avoir des incidences sur le travail des policiers.

- ✓ Deux positions se démarquent :
 - Pour les uns, la personne est prise en charge dès que l'infirmière (au triage) a reçu les informations du policier ou du *SASC désigné*. Elle déterminera alors dans quel délai le patient pourra voir un médecin et, dans l'intervalle, prendra les mesures de surveillance appropriées à la condition du patient;
 - Pour les autres, la personne est prise en charge au moment où le médecin procède à son examen et statue sur la nécessité de la mettre en garde préventive. Il peut décider des mesures appropriées pour assurer la sécurité de la personne/autrui;
- ✓ Il est possible que le moment de la prise en charge varie d'un CH à l'autre;
- ✓ Il faut noter qu'indépendamment de l'opinion retenue, la prise en charge peut être retardée en raison des urgences médicales jugées prioritaires et de l'absence des aménagements nécessaires au CH pour une garde. Toutefois, la personne amenée par un policier en raison d'un danger grave et immédiat constitue sans aucun doute une urgence médicale et doit être vue rapidement par le médecin;
- ✓ Dès la prise en charge, le policier n'est plus responsable de la personne et peut quitter le CH.

DEUXIÈME PARTIE

DANGER LIÉ À L'ÉTAT MENTAL ET CONFIDENTIALITÉ

DANGER LIÉ À L'ÉTAT MENTAL

Cette section vise à répondre à la question lorsque la Loi s'applique : *de quelle dangerosité s'agit-il?*

1. ÉTUDE DE LA JURISPRUDENCE

La notion de la dangerosité n'est pas définie dans la Loi. La jurisprudence tirée des décisions de la *Commission des affaires sociales (C.A.S.)* et du *Tribunal administratif du Québec (T.A.Q.)* a cependant établi que la dangerosité doit être réelle, prévisible (non hypothétique) et constatée dans l'immédiat (à court terme). Elle doit également tirer sa source d'un état mental perturbé (Veilleux et Allard, 1998; Jarry, 2002).

2. TABLEAU DE LA DANGÉROSITÉ REGROUPÉ PAR THÈMES

Tableau élaboré à partir de Jarry (2002) qui a analysé plusieurs décisions du *T.A.Q.* et de la *C.A.S.* et qui les a regroupées par thèmes.

- ✓ DANGÉROSITÉ ET MANIFESTATIONS SUICIDAIRES : Fait partie hors de tout doute de la dangerosité liée à l'état mental puisque le projet suicidaire a été retenu comme critère lors de nombreuses auditions;
- ✓ DANGÉROSITÉ EN LIEN AVEC DES PROPOS MENAÇANTS : Retenu en raison de l'identification d'une victime, d'une agression commise contre la victime désignée dans le passé et d'une augmentation de l'agressivité dirigée contre la victime;
- ✓ DANGÉROSITÉ ET PERCEPTION DÉFICIENTE DE LA RÉALITÉ ET UNE ALTÉRATION DU JUGEMENT : Retenu dans de nombreuses décisions impliquant un état mental perturbé (ex. : un état psychotique aigu), lequel produisant une déformation prononcée de la réalité pouvant amener la personne à poser, envers elle-même ou envers autrui, des gestes menaçants imprévisibles et impulsifs;
- ✓ DANGÉROSITÉ ET ABSENCE DE RESSOURCES : De manière générale, n'est pas retenu lorsqu'il s'agit de difficultés que rencontre la personne à organiser sa vie (itinérance) de même que les situations caractérisées par des modes de vie marginale. Par contre, a déjà été retenue lorsque l'état de la personne nécessitait un encadrement particulier et que les ressources d'hébergement pertinentes faisaient défaut ou que l'état mental de la personne (mégalo manie, projets irréalistes, absence totale d'autocritique, incapacité à s'occuper d'elle-même) la mettait dans une position de vulnérabilité importante au sortir de l'hôpital. Peut également être retenu lorsque la santé physique est menacée;

- ✓ DANGEROUSITÉ ET VICTIME POTENTIELLE : Retenu lorsque l'état mental de la personne la rend totalement vulnérable et la place dans des conditions de souffrance sociale importante. Dans ces situations, le jugement altéré amène des comportements inadaptés chez la personne (paranoïa la conduisant à harceler continuellement des voisins, nudité) et qui l'expose (constamment) aux réactions d'autrui;
- ✓ DANGEROUSITÉ ET REFUS DE TRAITEMENT : Règle générale, n'est pas retenu puisque l'ordonnance de garde ne peut être une mesure de traitement. Une ordonnance de traitement ne peut être imposée que si la personne est inapte à consentir. La dangerosité n'entre pas dans les critères établis pour évaluer l'aptitude à consentir. Par contre, elle peut constituer un des éléments invoqués pour justifier la nécessité d'un traitement;
- ✓ DANGEROUSITÉ ET SUIVI DE TRAITEMENT : N'a pas été retenu lorsque le but recherché de la garde consistait à offrir un traitement plus adéquat concernant la pathologie de la personne. Par contre, il a été retenu lorsque la garde permettait le suivi d'un traitement qui favorisait la diminution de la dangerosité (probablement suite au consentement de la personne à ce traitement ou à une ordonnance de traitement);
- ✓ DANGEROUSITÉ ET INCAPACITÉ À SUIVRE UN TRAITEMENT : Retenu lorsque la personne qui ne refuse pas les traitements est tout de même incapable (en raison de son état mental) de s'administrer adéquatement un traitement dont sa vie dépend. Mais l'incapacité de suivre un traitement n'a pas toujours été retenu (les informations sur les raisons ayant conduit à cette décision sont manquantes);
- ✓ DANGEROUSITÉ ET RISQUE DE RECHUTE : A été retenu lorsque le risque de rechute était très élevé. Commentaire : il faudrait préciser ce que l'on entend par risque de rechute élevé. En psychiatrie, l'expression *risque de rechute* est utilisée habituellement pour décrire un nouvel épisode de psychose suffisamment important pour entraîner une hospitalisation. Or, le risque de rechute chez une personne ayant un trouble sévère et persistant ne saurait être identifié à la dangerosité. En effet, un état de psychose aiguë tout en constituant un facteur de risque de dangerosité ne permet pas de conclure à une dangerosité chez une personne en particulier et à un moment précis. En fait, il faudrait savoir s'il a été établi que le risque de rechute des personnes dont on a maintenu la garde allait se produire aussitôt la garde levée et que la rechute aurait entraîné une dangerosité importante et à court terme. Aussi, il est fort possible que d'autres décisions du T.A.Q. n'arrivent pas aux mêmes conclusions;
- ✓ DANGEROUSITÉ ET GARDES ANTÉRIEURES : Pas retenu parce qu'il s'agit d'évaluer la dangerosité présente et non hypothétique;
- ✓ DANGEROUSITÉ ET VIH : Habituellement, n'est pas considéré dangereux. Mais retenu lorsque la personne porteuse du VIH est atteinte d'une maladie mentale qui entrave son jugement et qui a pour effet qu'elle nie sa maladie, qu'elle est impulsive et qu'elle ne perçoit pas les conséquences de ses comportements sexuels.

3. CONFIDENTIALITÉ

Projet de loi n° 180 (L.Q. 2001, chapitre 78)

- ✓ Le projet de loi n° 180 modifiant diverses dispositions législatives à l'égard de la divulgation de renseignements confidentiels en vue d'assurer la protection des personnes a été sanctionné le 20 décembre 2001 (2001, c.78).
- ✓ Cette nouvelle loi permet aux professionnels et aux intervenants des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des organismes communautaires⁵; de passer outre aux règles de la confidentialité et du secret professionnel dans une situation d'urgence (appelée danger imminent).
- ✓ De manière générale, la loi stipule que :
 - L'intervenant **peut** communiquer un renseignement dans une situation où il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger **imminent** de mort ou de blessures graves menacent une personne ou un groupe de personnes identifiables;
 - L'intervenant ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou les personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours;
 - L'intervenant ne communique que les renseignements **nécessaires** aux fins poursuivies (ex. : prévention du passage à l'acte);
 - La communication de ces renseignements s'effectue sans délai et selon les moyens qu'il estime les plus efficaces dans la situation donnée;
 - Les éléments pertinents sont consignés au dossier dans le respect des règles de la tenue de dossiers de l'établissement et/ou de son Ordre professionnel.
- ✓ Suggestion d'éléments pertinents :
 - Motifs au soutien de la décision de communiquer des renseignements incluant l'identité du tiers qui a communiqué une information (s'il y a lieu) ainsi que celle de la personne en danger,
 - Éléments de la communication : la date, le contenu et le mode de communication ainsi que l'identité de la personne à qui les informations ont été transmises.

Voir annexe 3 pour une lecture de la loi dans le contexte du mandat des SASC désignés

⁵ Cette loi modifie 11 lois qui traitent des renseignements personnels. Aussi, sa portée n'est pas limitée au secteur de la santé et des services sociaux.

TROISIÈME PARTIE

ORGANISATION DES SASC DÉSIGNÉS

ORGANISATION DES SASC DÉSIGNÉS

1. DEUX VOLETS DU MODÈLE RÉGIONAL

La désignation des *SASC* pour l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001 est de la responsabilité de l'Agence.

➤ PREMIER VOLET

- ✓ Désignation des organismes et établissements pour leur **clientèle connue** et en **présence** :
 - Centre Dollard-Cormier (*Urgence toxico.*);
 - Centres d'intervention de crise (*CIC*);
 - Centre de psychiatrie légale de Montréal (*Institut Philippe-Pinel*).
- ✓ Clientèle **connue** : Toute personne en lien de service avec l'organisation ou l'établissement désigné (*SASC*).
- ✓ Clientèle en **présence** : Toute situation où un intervenant du SASC désigné est en présence d'une personne en situation de crise et ce durant les heures de service. (*Pour la clientèle non en présence, voir la section 3*).

➤ DEUXIÈME VOLET

- ✓ Désignation pour **toute autre clientèle** sur une base régionale :
 - Équipe *UPS-justice* pour répondre aux demandes policières du Service de police de Montréal (*SPVM*). (*Se référer à la section 5 pour mandat détaillé*).
- ✓ Toute **clientèle** : Adulte pour lequel le policier a des raisons de croire en la possibilité d'application de la Loi P-38.001 et qui a estimé qu'il disposait de suffisamment de temps pour faire appel au service de l'*UPS-J*.

2. ACCOMPAGNEMENT

- ✓ L'accompagnement de la personne fait partie du mandat des *SASC désignés*;
- ✓ Cette forme d'intervention permet de :
 - Sécuriser la personne;
 - Faciliter son admission à l'urgence;
 - Transmettre les informations pertinentes au personnel concerné;
 - Favoriser la poursuite de la recherche du consentement de la personne aux interventions qui lui sont proposées.

CONSIGNES

- ✓ Lors du transport, l'intervenant peut favoriser l'arrivée de la personne à l'urgence en contactant l'infirmière du triage pour lui transmettre des informations brèves et pertinentes sur la situation et demander au besoin, une aide particulière (ex. : suggérer la civière à contention);
- ✓ Pour des raisons d'ordre organisationnel, il peut arriver que l'intervenant ne soit pas en mesure d'accompagner la personne. Il devra cependant s'assurer de transmettre l'information pertinente à la situation (envoi de la fiche de liaison par télécopie confidentielle ou communication téléphonique);
- ✓ L'accompagnement d'une personne **qui consent** à se rendre au CH est laissé au jugement de l'intervenant. Il faut se rappeler que cet accompagnement a un impact clinique important car il favorise le sentiment de sécurité et le lien de confiance de la personne tout en permettant une meilleure transmission de l'information.
- ✓ En général, l'intervenant accompagne la personne dans l'ambulance. Cependant, certaines situations peuvent empêcher la présence de l'intervenant dans l'ambulance telles qu'un niveau d'agitation trop élevé ou une urgence physique.

NOTES TECHNIQUES

- ✓ Afin d'aider l'ambulancier à déterminer le CH où sera dirigée la personne, l'intervenant, au cours de son intervention, tentera d'obtenir certaines informations qu'il communiquera à l'ambulancier :
 - L'adresse de la personne et code postal;
 - Le suivi en santé mentale, l'identification de l'établissement qui assume le suivi (CH, nom de la clinique externe);
 - Le nom de la personne qui, en cas de communication avec le CH, autorise l'accueil dans ce CH;
 - Des informations générales sur la condition physique connue de la personne.

PARAMÈTRES GUIDANT L'AMBULANCIER DANS LE CHOIX DU CH

Informations présentées à titre indicatif ce qui n'empêche pas l'intervenant de prendre une part active dans le processus de décision.

- ✓ Si la personne a un suivi **actif** dans un CH, il est préférable qu'elle soit dirigée vers ce centre;
- ✓ Si elle n'a pas de suivi **actif** (cf. définition, annexe 4) depuis au moins 6 mois avec un CH, elle sera dirigée vers, soit le CH de son **secteur** ou le CH de **garde** (voir plus loin);
- ✓ Si la personne n'a pas de domicile fixe depuis plus de 2 semaines ou aucune adresse significative (cf. définition, annexe 4), ou bien une adresse inconnue ou incertaine, elle est considérée comme **sans domicile fixe (SDF)** et sera dirigée vers le CH de garde. Une liste

de répartition des malades psychiatriques itinérants identifie les CH de garde qui, à tour de rôle, sont responsables de l'accueil des demandes en santé mentale provenant des personnes itinérantes. Cette liste est disponible dans les *SASC désignés*;

- ✓ S'il y a présence d'un **problème médical important**, la priorité est accordée aux soins médicaux avant la condition psychiatrique; la personne sera donc dirigée, dans un premier temps vers le CH **disponible** et ce dernier en assumera le transfert ultérieurement;
- ✓ Si la santé **physique** risque d'être **compromise** (niveau d'agitation très élevé), la personne sera conduite vers le CH disponible le plus **proche**, ce dernier en assumera le transfert ultérieurement;
- ✓ S'il y a présence **d'intoxication** et que la personne demeure dans un secteur de CH ne possédant pas d'urgence en santé physique, elle sera dirigée vers le CH correspondant qui assumera l'évaluation physique (Ex. : dirigée vers le *CH de Verdun* pour le secteur du *CH Douglas* et le *CH Maisonneuve-Rosemont* pour le secteur du *CH Louis-H.-Lafontaine*).

Bref, comme on peut le constater, l'ambulancier tiendra compte de divers paramètres comme, l'état de santé physique de l'individu, le niveau d'agitation, la présence d'intoxication, l'engorgement des urgences des hôpitaux, les règles administratives de sectorisation dans les cas où la personne a une adresse et la répartition des personnes itinérantes selon la liste des établissements préétablie.

Voir les notions de base de la sectorisation en santé mentale à l'annexe 5.

3. PRÉSENCE DE LA PERSONNE EN CRISE

- ✓ L'estimation de la dangerosité exige que l'intervenant soit en présence de la personne en crise en raison des enjeux éthiques et légaux rattachés au travail d'estimation et de la possibilité d'une évaluation plus poussée ainsi que d'une meilleure garantie d'obtention d'un consentement aux interventions. De plus, sachant que la dangerosité varie dans le temps et selon les circonstances, l'estimation sur place est encore plus indiquée.
- ✓ Cependant, beaucoup d'interventions de crise se font au téléphone, particulièrement dans les centres de crise. Il est à noter que la majorité de ces interventions ne nécessitent pas que la personne soit conduite au CH.
- ✓ Il se peut que dans certaines situations, l'intervenant du service de crise décide de se rendre sur place. Pour des raisons organisationnelles ou autres, il se peut également que les intervenants ne soient pas en mesure de se déplacer.

CONSIGNES

Face à une situation de dangerosité et impossibilité de se rendre sur place;

- ✓ Si la dangerosité demande une consultation au CH, l'intervenant cherchera à obtenir le consentement de la personne pour la conduire à l'urgence d'un CH. Avec son consentement, il fera alors appel aux services d'urgence (911) qui, selon la situation, enverront policiers et urgence-santé;
- ✓ S'il y a présence d'un danger **grave et immédiat** et qu'il est impossible d'obtenir l'accord de la personne, l'intervenant fera le 911 pour que les services d'urgence se rendent sur place;
- ✓ Il est important de transmettre les informations pertinentes au 911 afin de les aider à évaluer le niveau de priorité à l'appel (niveau d'agitation, état de conscience, probabilité d'un passage à l'acte, risque de violence, passage à l'acte en cours, besoin d'aide pour contenir l'individu, présence de blessures ou de problèmes physiques, présence d'intoxication, etc.) et de leur permettre d'assurer la protection de la personne et des tiers;
- ✓ Sur place, le policier déterminera la marge de manœuvre pour l'intervention de crise, prendra note de la gravité de la dangerosité et du niveau de collaboration de la personne aux interventions proposées. Si le temps disponible pour l'intervention est suffisant, il fera appel à un intervenant de *l'UPS-justice*;
- ✓ Il est possible que le policier questionne l'intervenant qui a fait appel au 911 pour un complément d'information;
- ✓ Le policier peut recourir aux ressources du milieu comme le centre de crise.

4. FICHE DE LIAISON

- ✓ Permet de transmettre par écrit les informations pertinentes à la situation de crise qui a nécessité un transport au CH;
- ✓ Facilite la mise en contexte de la situation de crise, que l'individu soit volontaire ou non, pour le médecin de la salle d'urgence et ultérieurement, pour le psychiatre.

Voir modèle de fiche de liaison à l'annexe 7

5. URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE

➤ **MANDAT SPÉCIFIQUE ET PROFIL DE LA CLIENTÈLE**

- ✓ A l'instar de tous les *SASC désignés*, *l'UPS-J* doit offrir l'intervention de crise que la situation requiert et estimer la dangerosité. Cependant, il faut noter que son mandat est restreint aux situations de dangerosité dans lesquelles le policier aura déterminé une possibilité d'application de la Loi et avec une marge de manœuvre (temps disponible) pour une intervention de crise. Le niveau de dangerosité et le temps restreint dans les situations où les policiers interpellent les intervenants font en sorte que le mandat de *l'UPS-J* s'effectue souvent en contexte d'urgence.
- ✓ En tout temps, *l'UPS-J* n'intervient que suite aux demandes des policiers du SPVM
- ✓ *L'UPS-J* a reçu ce mandat alors qu'elle assumait depuis 1996 le mandat santé mentale - justice dans le centre-ville de Montréal.

Voir annexe 6 portant sur l'historique et le mandat de ce service.

➤ **TERRITOIRE D'INTERVENTION**

- ✓ *L'UPS-J* répond aux demandes des 39 postes de police de quartier du SPVM divisés en secteur sud et secteur nord.
- ✓ Deux points de services, l'un, au *CSSS Jeanne-Mance, site Sanguinet*, couvrant le secteur sud et l'autre au *CSSS Villeray /Petite-Patrie* couvrant le secteur nord.

➤ **AUTRES INFORMATIONS SUR LES SERVICES d'UPS-J**

- ✓ Numéro d'urgence unique, par secteur, à l'usage exclusif des policiers.
- ✓ Intervention 24-7, sur les lieux de la crise dans un délai d'environ 20 minutes suivant l'appel du policier.
- ✓ Déplacement et l'intervention se font en présence de deux intervenants.
- ✓ Équipe multidisciplinaire.

ANNEXES

DROITS ET RECOURS DES PERSONNES MISES SOUS GARDE (RÉSUMÉ)

1. DROIT À L'INFORMATION, PAR LE :

➤ **POLICIER**

- ✓ Lorsque la personne est amenée au CH, l'informer;
 - De l'évaluation psychiatrique (garde provisoire) qu'elle va subir;
 - Du lieu où elle va être amenée;
 - De son droit de communiquer immédiatement avec ses proches ou un avocat.

➤ **ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER**

- ✓ Dès que la personne est prise en charge par le CH, l'informer;
 - Du lieu où elle est gardée;
 - Du motif de la garde;
 - De son droit de communiquer immédiatement avec ses proches ou avec un avocat;
- ✓ Si la personne est mise sous garde en établissement l'informer;
 - Qu'un document reproduisant ses droits et recours lui sera remis;
 - De son plan de soins ainsi que des mesures prises à son égard;
 - Dès que la garde prend fin.

2. DROIT À LA COMMUNICATION

- ✓ La personne peut communiquer verbalement ou par écrit en toute confidentialité avec toute personne de son choix. Toutefois, certaines communications peuvent être restreintes ou interdites mais de façon temporaire. Cette décision prise par le md traitant doit être justifiée et les motifs inscrits au dossier;
- ✓ Cependant, aucune restriction dans les communications avec certaines personnes et organismes tels qu'un avocat, le curateur public ou le *T.A.Q.*

3. DROIT AU TRANSFERT

- ✓ Droit d'être transféré dans un autre CH sous certaines conditions;
- ✓ Ne peut refuser de consentir au transfert si celui-ci est nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui.

4. AUTRES DROITS

- ✓ Conserve tous ses autres droits, tels que le droit de consentir aux soins, au respect du secret professionnel et à la confidentialité sous réserve des informations que l'application de la loi entraîne.

5. DROIT DE RECOURS AUPRÈS DU T.A.Q.

- ✓ Peut contester auprès du *T.A.Q.* la décision relative au maintien de la garde ou une décision prise en vertu de la loi.



ANNEXE 2

DÉLAIS D'EXAMENS

Les délais des deux évaluations psychiatriques sont fixés par la Loi, nous les appelons délais de rigueur.

✓ Situation 1

Lorsque la personne a été amenée au CH et mise en garde préventive (article. 8) ou suite à une requête pour ordonnance de garde provisoire obtenue par le CH :

- Le 1^{er} examen doit être fait dans les 24 heures de l'ordonnance du tribunal (garde provisoire obtenue par le CH).
- Le 2^e examen doit être fait dans les 48 heures de l'ordonnance du tribunal.

Garde préventive	Garde provisoire		Poursuite de la garde provisoire
délai pour ordonnance de garde provisoire	1 ^e examen	2 ^e examen	délai pour ordonnance de garde
72 heures	24 hres	48 hres	48 heures
3 jours	2 jours		2 jours

✓ Situation 2

Lorsque la personne est amenée au CH suite à une ordonnance de garde provisoire obtenue par un tiers :

- Le 1^{er} examen : dans les 24 heures de la prise en charge par le CH.
- Le 2^e examen : dans les 96 heures de la prise en charge par le CH.

Démarche judiciaire (requête) par un tiers pour obtenir une ordonnance de garde provisoire	Garde provisoire		Poursuite de garde provisoire
	1 ^e examen	2 ^e examen	délai pour ordonnance de garde
	24 heures	96 heures	48 heures
	4 jours		2 jours

Des examens périodiques sont prévus afin de vérifier si la garde en établissement est toujours requise..

ANNEXE 3

COMMENTAIRES SUR LA LOI MODIFIANT DES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES AU SUJET DE LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

La Loi cherche à équilibrer deux droits fondamentaux, le droit au secours et le droit à la confidentialité. Les travaux menant à l'élaboration de la Loi et les commentaires qui ont suivi son adoption ont reflété le débat entre ces deux options.

Un aperçu des termes de ce débat aidera à saisir la portée de cette loi pour les intervenants des services de crise désignés.

TERMES DU DÉBAT

D'une part, le droit au respect de la confidentialité et au secret professionnel des renseignements personnels incite à restreindre la divulgation d'informations.

En effet, le droit au respect de la vie privée et le droit au respect de la confidentialité font obligation aux professionnels et aux intervenants ainsi qu'aux établissements et organismes de respecter la confidentialité des informations reçues dans le cadre de leur fonction.

Par ailleurs, le respect de la confidentialité constitue la pierre angulaire du lien de confiance dans la relation thérapeutique. On sait que la garantie de la confidentialité favorise la démarche de consultation auprès des professionnels et des services en santé mentale de même qu'une plus grande ouverture au dévoilement d'éléments de la vie privée. À l'inverse, un grand nombre de personnes mettent fin à leur thérapie lorsqu'ils apprennent que leur thérapeute a brisé la confidentialité. Sensible à ces arguments, le législateur a spécifié que l'intervenant *peut* communiquer des renseignements **au lieu de doit** communiquer. La nuance est importante.

En effet, la Loi reconnaît la capacité de discernement dont tout intervenant doit faire preuve dans l'exercice de ses fonctions (ex. : différencier une probabilité de danger réel d'un besoin de ventiler). Également, le choix du mot *peut* vise à éviter les entorses au droit à la vie privée, à la réputation, à la dignité de la personne. Enfin, le législateur a voulu empêcher que les intervenants invoquent la Loi pour se décharger de leurs responsabilités face aux personnes en difficulté.

D'autre part, le droit au secours et le devoir de porter secours incitent au dévoilement d'informations face à une situation à haut risque.

La Loi a été instaurée pour corriger les lacunes, les imprécisions ou les restrictions à la divulgation d'informations dans les lois existantes malgré le doute sérieux qu'un intervenant pourrait avoir au sujet de la sécurité et de la protection d'une personne.

A la base de cette nouvelle Loi, une enquête du Coroner sur deux homicides et un suicide dans un contexte de violence conjugale avait conclu en 1996 que des vies humaines auraient pu être épargnées si les différents intervenants avaient joué leur rôle et s'étaient concertés.

De plus, un jugement de la Cour suprême du Canada avait clarifié les entorses au secret professionnel lorsqu'une personne pose une menace grave à la sécurité publique. Cette jurisprudence très claire obligeait le législateur à adapter les lois québécoises.

Il faut également noter qu'à propos du mot *peut*, le Ministre responsable de l'adoption de la Loi en Chambre a précisé que le pouvoir discrétionnaire de l'intervenant n'est pas absolu. À notre avis, le pouvoir discrétionnaire de l'intervenant d'un *SASC désigné* est encore plus restreint lorsqu'il se trouve devant une personne qui, en raison de son état mental, présente un danger grave et immédiat et qui refuse les interventions de protection.

C'est pourquoi, il faut lire le projet de loi n° 180 dans le même esprit que celui de la Loi P-38.001 à savoir :

- Mettre l'accent sur l'intervention plutôt que sur l'avertissement des tiers (police, victime potentielle);
- Favoriser le consentement aux interventions de protection s'il y a lieu;
- Considérer que le dévoilement d'informations confidentielles est une exception à la règle, la nouvelle loi présentant l'avantage de préciser les circonstances autorisant les intervenants à y déroger.

En conclusion, nous considérons que le projet de loi n° 180 est complémentaire à la Loi P-38.001.

ANNEXE 4

DÉFINITION DES TERMES UTILISÉS DANS LES PARAMÈTRES GUIDANT L'AMBULANCIER DANS LE CHOIX DU CH

DÉFINITIONS

- ✓ **TRAITEMENT ACTIF** : Un dossier est considéré actif dans un CH donné, si l'utilisateur a été hospitalisé ou s'il a bénéficié d'un suivi externe durant les 6 derniers mois. Le dossier n'est pas considéré actif si l'utilisateur a été vu uniquement à la salle d'urgence, en consultation-liaison ou dans une clinique ultra-spécialisée pour un traitement temporaire déterminé.
- ✓ **LE SECTEUR DU PATIENT** est déterminé par l'adresse significative du patient.
- ✓ **L'ADRESSE SIGNIFICATIVE** est celle à laquelle le patient peut retourner lorsque l'intervention psychiatrique est terminée. À défaut, dans les cas d'éviction, d'abandon du domicile ou tout autre motif durant les 2 semaines précédant l'évaluation à l'urgence, la dernière adresse véritable (la plus récente) sera considérée significative; **ces patients ne doivent pas être considérés comme SDF**. À défaut, dans les cas où l'adresse permanente ou significative du patient est inconnue ou controversée, l'adresse utilisée par le gouvernement du Québec sur les chèques du B.E.S. du patient, peut déterminer le secteur du patient.

SOURCE : *Protocole pour application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A, Comité de Coordination des Urgences Psychiatriques pour la Région 6A, novembre 1995.*

ANNEXE 5

NOTES PORTANT SUR LA SECTORISATION⁶

Ces notes sont retranscrites d'un document de *L'Agence* (2003) portant sur la sectorisation en santé mentale.

L'Agence privilégie la sectorisation comme modèle optimal dans l'organisation des services en santé mentale.

Cette mesure, dont le cadre administratif et organisationnel actuel favorise la continuité des services, s'inscrit dans la mise en place d'un réseau intégré de services notamment avec les CLSC et les groupes de médecine de famille. Elle privilégie les liens avec les équipes de soins partagés et les ressources communautaires du milieu. De plus, elle assure aux usagers l'accessibilité aux services des établissements de leur secteur.

Par ailleurs, cette mesure administrative ne doit pas empêcher la personne de choisir l'établissement et le professionnel qu'elle souhaite consulter conformément à la **Loi sur les services de santé et services sociaux** :

Article 6 : Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux;

Article 13 : Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement, prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

OBJECTIF PRINCIPAL

Garantir à l'utilisateur en besoin un lieu (établissement de son secteur d'appartenance) où s'adresser pour recevoir des services psychiatriques.

RÈGLES D'APPLICATION

- ✓ Chaque établissement est responsable de dispenser les services spécialisés de courte durée aux personnes qui résident dans son secteur et qui désirent être suivies par lui;
- ✓ Le respect du libre choix de l'utilisateur, consacré par la Loi, continue de s'appliquer, peu importe le motif auquel il répond;

⁶ Cette procédure est actuellement en révision afin de se conformer avec la nouvelle organisation des services par territoire de CSSSS et leur responsabilité populationnelle

- ✓ Aucune sectorisation ne s'applique aux cas d'urgence; le centre hospitalier où se dirige la personne a la responsabilité d'offrir les soins d'urgence;
- ✓ Le centre hospitalier conserve sa responsabilité d'hospitalisation jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois après la dernière intervention, quel que soit le lieu du domicile de l'utilisateur à ce moment;

Le transfert de l'utilisateur ne peut être fait qu'après avoir obtenu son accord, ou celui de ses représentants, et celui de l'établissement où la personne doit être transférée.



ANNEXE 6

HISTORIQUE ET MANDAT SANTÉ MENTALE - JUSTICE DE L'UPS-J

La mise en fonction du téléphone de *L'UPS-J*, le 15 octobre 1996, marquait le début d'un nouveau type d'intervention né de la préoccupation de plusieurs acteurs du milieu des services de santé, des services sociaux et de la justice.

HISTORIQUE : LES DATES CHARNIÈRES

- 1980 De plus en plus d'acteurs se préoccupent du sort des personnes qui présentent des problèmes de santé mentale et qu'on retrouve de façon croissante dans le système de justice pénale. Les réflexions effectuées dans les années 80 font ressortir deux thématiques récurrentes :
- ❑ **La judiciarisation est une réponse sociale très utilisée**
 - ❑ **Les personnes n'obtiennent pas les services de santé et les services sociaux adaptés à leur état.**
- 1989 Un protocole d'entente intervient entre le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec et le ministre de la Sécurité publique. Reconnaissance du droit de la personne aux prises avec un problème de santé mentale et agissant de façon délictueuse de recevoir les services de santé et les services sociaux appropriés à ses besoins. Création d'une table de concertation psychiatrie-justice qui recommande une étude du *GRAPP (Groupe de recherche et d'analyse sur les pratiques pénales)* affilié au département de sociologie de l'*UQAM*.
- 1992 Le *GRAPP* dépose son étude et recommande la mise sur pied de services d'urgence psychosociale pour la clientèle santé mentale – justice. Création d'un comité de travail multisectoriel dans le but de définir et préciser le concept de services d'urgence psychosociale.
- 1995 Acceptation d'un concept élargi de services par la Régie régionale. La Régie confie le mandat de coordonner l'implantation du concept élargi de services au *CLSC des Faubourgs*.
- 1996 Ouverture de *l'UPS-J*. L'expérimentation se limite à la clientèle santé mentale – justice ayant un comportement délictueux à l'intérieur du territoire du *CLSC des Faubourgs*.
- 1998 Le 1^{er} juin 1998, le gouvernement du Québec mettait en vigueur la Loi P-38.001.

- 1999 L'intervention initiale s'étend sur 8 territoires des CLSC : Saint-Louis du Parc, Plateau Mont-Royal, Hochelaga-Maisonneuve, Métro, Saint-Henri, Verdun – Côte Saint-Paul, des Faubourgs et la Clinique communautaire de Pointe Saint-Charles.
- 2001 *L'UPS-J* reçoit le mandat de l'application de la Loi P-38.001 en complément à l'intervention policière. Ce nouveau mandat s'ajoute à l'intervention initiale pour l'ensemble de l'île de Montréal.
- 2003 Début de l'implantation.

MANDAT SANTÉ MENTALE - JUSTICE (MANDAT INITIAL) DE L'UPS-J

Depuis 1996, le mandat santé mentale - justice de l'équipe UPS-J consiste à :

- Éviter la judiciarisation des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants, incluant les troubles de la personnalité;
- Éviter ou réduire l'incarcération préventive;
- Favoriser l'arrimage de la personne selon ses besoins et ce, en fonction des ressources appropriées.

LE PROFIL DE LA CLIENTÈLE SANTÉ MENTALE - JUSTICE

- Adulte présentant un problème de santé mentale sévère et persistant, pouvant inclure des troubles de la personnalité;
- Personne agitée, désorientée, délirante, menaçante et dangereuse, à quoi peut s'ajouter un problème d'intoxication;
- Personne qui agit ou qui est sur le point d'agir de façon délictueuse dans son environnement;
- Adulte impliqué dans le processus judiciaire suite à un comportement délictueux.

L'INTERVENTION DANS LA COMMUNAUTÉ

- Intervention d'urgence 24h/7jours;
- Intervention sur les lieux de l'événement ou de la crise, dans un délai de 20 minutes;
- Équipe multidisciplinaire;
- Le déplacement et l'intervention se font en présence de deux intervenants en fonction du caractère d'urgence de l'intervention à effectuer et du haut niveau de dangerosité de la plupart des situations dans lesquelles le service est interpellé;
- Élaboration d'un plan d'intervention à court terme en faisant appel aux ressources du milieu : services médicaux, psychosociaux, communautaires, réseau naturel du client, etc.

LE TERRITOIRE D'INTERVENTION DANS LA COMMUNAUTÉ

- 7 postes de police de quartier : 15, 20, 21, 22, 23, 37 et 38 couvrent 8 territoires de CLSC : St-Louis du Parc, Plateau Mont-Royal, Hochelaga-Maisonneuve, Métro, St-Henri, Verdun – Côte St-Paul, des Faubourgs et la Clinique communautaire de Pointe St-Charles.

L'INTERVENTION À LA COUR (*Cour du Québec et Cour municipale de Montréal*)

L'intervention est assurée par deux criminologues de *l'Institut Philippe-Pinel de Montréal*.

- Évaluation de la dangerosité;
- Suggestion d'orientations cliniques et légales;
- Arrimage et références aux ressources du milieu;
- Intervention avec l'objectif de favoriser la réduction des détentions préventives et de les éviter, dans la mesure du possible, pour les personnes nécessitant des soins;
- L'intervention à la Cour couvre l'ensemble de l'île de Montréal.

UPS-J OFFRE SON EXPERTISE AUX PARTENAIRES SUIVANTS :

- ✓ Dans la communauté :
 - Services de Police de la Ville de Montréal
 - Intervenants du milieu communautaire et du réseau de la santé et des services sociaux et correctionnels
- ✓ À la Cour :
 - Médecins de la Cour
 - Procureurs de la Couronne
 - Avocats de la défense
 - Les agents de probation

Fiche de liaison

*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger
pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001)*

Date _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
NOM:	SEXE : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
PRÉNOM :	DATE DE NAISSANCE : Age :
ADRESSE : _____	TÉLÉPHONE : () _____
CODE POSTAL :	LANGUE : Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Réseau social – personne significative	
Nom , prénom : _____	Lien : _____
Numéro de téléphone : () _____	Autres infos : _____
DEMANDE D'INTERVENTION	
ORIGINE : Client <input type="checkbox"/> Proche <input type="checkbox"/> Intervenant <input type="checkbox"/> Policier <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> précisez : _____	
MOTIF: _____	

CONTEXTE (crise): _____	

ÉTAT DE SANTÉ	
Maladie : _____	
Médication : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> précisez : _____	
Intoxication : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> précisez : _____	
Suivi en santé mentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> Établissement : _____	
Précisez : _____	
A N T É C É D E N T S	Passage à l'acte : OUI <input type="checkbox"/> précisez : _____
	Toxicomanie : OUI <input type="checkbox"/> Précisez : _____
	Problèmes médicaux : OUI <input type="checkbox"/> Précisez : _____
	Médication - cessation ou prise inadéquate : OUI <input type="checkbox"/> précisez : _____
	Autre <input type="checkbox"/> précisez : _____

ANNEXE 7

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38)

Estimation

É
T
A
T

M
E
N
T
A
L

ÉLÉMENTS D'ÉTAT MENTAL PERTURBÉ :

D
A
N
G
E
R

TYPE DE DANGER : Suicidaire Agression grave/homicide Menace à l'intégrité Autre

PRÉCISEZ:

ORIENTATION DE L'INTERVENTION

DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT - Application de l'article 8 de la loi P-38

DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT ET CONSENTEMENT DU CLIENT

AUTRE, spécifiez :

RECOMMANDATIONS

FICHE COMPLÉTÉE PAR

DATE : _____ NOM DE L'INTERVENANT _____

TÉLÉPHONE : () _____

NOM DE L'ORGANISME/ÉTABLISSEMENT : _____ SIGNATURE : _____

ANNEXE 8

LEXIQUE

Loi P-38.001	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
SASC désignés	Services d'aide en situation de crise désignés
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
UPS-J	Urgence psychosociale-justice
Agence	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
CH	Centre hospitalier
T.A.Q.	Tribunal administratif du Québec
MD	Médecin
C.A.S.	Commission des affaires sociales
SPVM	Service de police ville de Montréal
CIC	Centre d'intervention de crise
SDF	Sans domicile fixe

BIBLIOGRAPHIE

- BEAULIEU, D., 1998, *Formation sur les droits et recours en santé mentale, Guide de participation à l'intention des intervenants et des intervenantes*, MSSS, 127 p.
- BEAULIEU, D., n.d., *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental ...* Exposé préparé pour le colloque national sur l'intervention en situation de crise
- BEAULIEU, D., Pichette, P., 2001, *Cadre de référence - Modalités d'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Régie régionale de la santé et des services sociaux Bas Saint-Laurent*, 46 p. et annexe.
- CLSC DES FAUBOURGS, 2003, *L'UPS-J et la Loi P-38.001 - Cadre de référence*, 13 p.
- CLSC DES FAUBOURGS, 2004, *Urgence Psychosociale-Justice - La collaboration est essentielle, dépliants d'information*.
- COMITÉ DE COORDINATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES POUR LA RÉGION 6A, 1995, *Protocole pour application de la sectorisation dans les Urgences Psychiatriques de la Région 6A*, 10 p.
- DAIGNEAULT, M-M. 1998, *Le projet de loi 39 : trop ou pas assez? L'intervention policière auprès des personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Service de la formation permanente*, Bureau du Québec, 165, Ed. Yvon Blais, pp. 43-76
- DUSSAULT, Y., 2003, *Divulguer des renseignements confidentiels en vue de protéger des personnes, L'informateur public et privé*, vol. 9, no 2, 2-11.
- FORGET, J., 1993, *De la garde en établissement et de l'examen psychiatrique, Colleciton Code civil du Québec*, AHQ, 14 p et annexes
- 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.
- JARRY, Monique, 2002, *La dangerosité, un état de la jurisprudence, Être protégé malgré soi, Service de la formation permanente*, Bureau du Québec, 165, Ed. Yvon Blais, pp. 31 à 47
- LAFORREST, C., MÉNARD, C., 2000, *Modèle d'application en CLSC de la loi ... (C-75)*, Région Saguenay-Lac St-Jean, Centre Maria-Chapdeleine (Mistassini), CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau (Ville de la Baie), CLSC Carrefour de santé Jonquière (Jonquière), CLSC des Prés Bleus (Saint-Félicien), CLSC du Grand Chicoutimi (Chicoutimi).

- LAFRENIÈRE, H., 2001, *Entente de services pour les situations de crise et suicide*, Centres de réadaptation, Centres hospitaliers, CLSC, Centre prévention suicide, Info-Santé régionale, Services ambulanciers, Services policiers, Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides, 66 p.
- DIRECTION DE LA COORDINATION DES SERVICES, 2001, *Cadre de référence relatif 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)*, Document de travail, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay - Lac St-Jean, 22 p. et annexes.
- MASSE, C., 1998, *Rôle et responsabilité du psychiatre selon la Loi sur la protection des pers. atteintes de maladie mentale*, Barreau du Québec, *Colloque su service d'éducation permanente portant sur les récents développements en droit de la santé mentale*, 46 p.
- MÉNARD, J.-P., 1998, *Les grands principes de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour soi ou pour autrui*, *Développements récents en santé mentale, dossier de la formation permanente*, Barreau du Québec, Ed. Yvon Blais Inc.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE, *Services de santé mentale, 2003, La sectorisation des Services psychiatriques de courte durée pour adultes, protocole d'accueil des usagers, règles d'application*, 14 p.
- VEILLEUX, A.M., Allard, H., 1998, *Les recours et la représentation du patient psychiatrique selon la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, *Développements récents en santé mentale, dossier de la formation permanente*, Barreau du Québec, Ed. Yvon Blais Inc. pp. 147-176