

2013

Rédigé par :

France Riel

RAPPORT DE LA CONFÉRENCE DU 3 JUIN 2013



Conférencier : Me Jean-Pierre Ménard, Ad. E.

Lieu : Hôtel De Ville, Salle Osisko

Défense des droits
RAIDDAT
en santé mentale

Il faut voir, pour le croire. Ceci est une devise bel et bien présente au Québec. Elle a animé le concept religieux de la foi pendant des siècles et est, aujourd'hui, d'actualité face aux problématiques de santé mentale. Il est nous est difficile de concevoir qu'un mal peut être réel sans pour autant que nos yeux le voit. Une question toute simple lors du triage à l'urgence réfère inconsciemment à cette idée : *sur une échelle de 1 à 10, 10 étant la douleur la plus grande, où situeriez-vous votre douleur ?* Lors que l'on demande, par exemple, ce que signifie 8 sur une échelle de douleur, la réponse pourrait être l'accouchement ou bien des pierres aux reins. Cependant, lors d'une dépression majeure ou bien d'épisodes psychotiques, pour en nommer que deux exemples, à quoi équivaut cette douleur puisque celle-ci, bien qu'elle ne soit pas apparente, est néanmoins bien présente. Comment évaluons-nous la douleur psychique ? Il est aisé pour tous que se mettre à la place de quelqu'un qui s'est fracturé une jambe et d'en imaginer la douleur, mais lorsqu'il s'agit d'état mental, une majorité de personne en est incapable. Les douleurs physiques d'un, sont comparable à nos douleurs précédentes, mais dans le cas de la maladie mentale, c'est tout autre puisque la maladie mentale ne fait pas nécessairement parti intégrante des expériences de vie de la majorité des gens. Et lorsque j'utilise le mot « gens », celui-ci implique autant les citoyens et citoyennes que les professionnels de la santé. C'est pour cela que des erreurs se produisent. La maladie mentale peut être d'une part banalisée par les professionnels. Pensons à des cas où des gens sont amenés contre leur gré au Centre hospitalier pour avoir tenté de se suicider et sont laisser seul, sans surveillance dans une chambre à l'arrière de la salle d'urgence (déjà été moi-même témoin).

Elle peut-être également exagérée, perçue « pire » que la problématique l'est réellement. Le mot « dépression » semble être utilisé facilement dans la société

Ces deux cas, présente des interprétations bien différentes de la problématique en santé mentale. Et lors de l'application de la garde en établissement, c'est interprétation de la problématique reste. En banalisant les effets de la santé mentale ou bien en extrapolant sur sa gravité, notre objectivité quant à l'application d'une loi comme la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est inévitablement faussé.

L'une des clarifications principales que Me Ménard a apporté lors de cette présentation est que la Loi P.38-001 est bien construite et que ce n'est pas celle-ci qui entraîne les difficultés que chacun de nous avons entendu parler, ici et là. La difficulté réside au cœur de son application. C'est lors du processus d'application que des erreurs (volontaires ou involontaires) surviennent. L'un des problèmes soulignés est le manque de communication entre les professionnels. Un deuxième quant à l'interprétation de la Loi. En tant que professionnel de la santé, nous avons un rôle d'exécutif. La Loi est une procédure à suivre et si chacun suivrait la Loi à la lettre et communiquerait entre eux, beaucoup d'erreurs pourraient être évitées.

La conférence s'est vu une occasion de clarifier les rôles de chaque acteur impliqué dans le processus de la garde en établissement, ainsi que de leurs responsabilités et leurs limites. Des comparaisons entre la procédure de la Loi et des réalités documentés qui allaient en contre sens de celle-ci ont été exposées tout au long de la conférence. Par exemple, un jeune homme amener contre son gré au Centre hospitalier pour idée suicidaire, qui a été évalué, retourné chez lui, sous jugement du médecin d'urgence qu'il n'y avait pas de danger, et qui a fait, de retour chez lui, une tentative de suicide. Également une personne qui a été illégalement retenue contre son gré pendant 21 jours au Centre hospitalier de sa région puisqu'il y a avait un problème de communication entre le psychiatre de l'établissement et le directeur des services professionnels quant aux rôles face à la procédure de la garde préventive. Le message clé de la conférence face à la garde en établissement est assez simple. La Loi est une procédure réfléchie et conforme à la Constitution, il ne suffit que de **l'appliquer tel qu'elle est.**

Cependant, il n'en reste pas moins que la notion de *dangerosité*, qui est l'élément central de la présente législation, porte à confusion. Chacun et chacune y voit une image du différente. Me Ménard a alors intégré les règles d'interprétation de cette Loi qui répond à la question : *comment l'utiliser ?* En premier, l'interprétation des éléments doit être stricte. La notion de dangerosité, bien qu'elle n'est pas définie dans cette Loi, cette estimation de la dangerosité qui se doit être objectivable (basée sur des comportements ou paroles) doit répondre à ces trois critères :

- La dangerosité doit être importante (d'une certaine intensité) ;

- Celle-ci doit être prévisible (évident que la situation va se détériorer si inaction) ;
- Celle-ci doit être rapprochée (dans un court délai).

Un danger pour soi-même pourrait être des risques suicidaires, comme des plans établis, des voix qui disent à la personne de s'automutiler ou s'autodétruire. Un danger pour autrui pourrait être des agressions envers une autre personne ou bien des risques homicides comme des menaces de morts à l'intention d'une personne ou plusieurs personnes. Cependant, dans chacun des cas, pour que la Loi s'applique, cette dangerosité doit être reliée à l'état mental. Dans ce cas, les soins hospitaliers sont primordiaux afin de palier au danger que l'état mental de la personne amène. Dans le cas où l'état mental n'est pas en cause, c'est aux policiers de se charger de la procédure et cette personne empruntera un autre chemin dans le système judiciaire. Plusieurs éléments (facteurs de risque) permettent de vérifier la dangerosité d'une personne. Ces facteurs de risque établis sont représentatifs puisque ce sont des éléments qui sont revenus majoritairement lors de l'application juste de la garde en établissement. En voici quelques exemples présentés lors de la conférence :

- Le sexe ;
- Le réseau social (faible et/ou de mauvaise qualité) ;
- La pauvreté ;
- Les stressseurs ;
- La consommation (drogues, alcool, malbouffe) ;
- Les tentatives de suicide antérieures ;
- Les antécédents psychiatriques et criminels, etc.

D'autres facteurs de risque sont documentés comme établi dans l'Annexe 2 du Cahier de formation des Services d'aide en situation de crise de Montréal. (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2005). Cahier de formation : Estimation de la dangerosité dans le cadre de la Loi P.38, http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/isbn2-89510-264-3.pdf)

Tout au long du processus de la garde en établissement, et ce, peu importe le type de garde, la Loi prive un droit fondamental à la personne celui de l'article 24 de la Charte des droits et libertés du Québec qui est que « Nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite ». Avant son entrée en vigueur en 1997, seul les ordonnances de la Cour privaient une personne de sa liberté. Notamment dans le cas de crime passible d'emprisonnement. Malgré que la personne est amené et retenue contre gré au Centre hospitalier, il n'en reste pas moins que tous ses autres droits sont actifs et que ceux-ci doivent impérativement lui être mentionnés et ce, lorsque son état mental lui permet de les comprendre. Bien qu'elle est en garde, son consentement libre et éclairé est obligatoire afin de lui prodiguer les soins nécessaires. Elle est également sujette aux droits des usagers décrits dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, au même titre que tous les autres usagers de l'établissement. Cela fait parti du concept de formalisme procédural. Chaque aspect au niveau de l'information des droits de la personne est décrit dans la Loi P.38-001, précisant également les acteurs qui ont le devoir d'appliquer cette partie.

Également, Me Ménard établit rapidement une précision sur le fait que la garde en établissement est un dernier recours et pas toujours nécessaire. Lorsque la personne fait elle-même la demande d'être hospitalier, la Loi ne devrait pas s'appliquer. Lorsque le « danger » est atténué, la personne devrait immédiatement être libérée et non gardée afin de constater si le danger pourrait revenir ou pour observer cliniquement si la médication fait bien effet. Il est important de prendre conscience que l'être humain réagit à des « stresseurs » bien spécifiques à sa vie et qu'en l'absence de ces « stresseurs » l'état mental s'atténue. La personne doit être remise dans son quotidien afin qu'elle puisse évoluer et apprendre à affronter les « stresseurs ». Dans le contraire, il faudrait surprotéger les personnes en les détenant indéfiniment à l'abri de l'inévitable de la vie (le stress).

L'étape de la prise en charge semblait également créer une confusion quant au rôle entre la police et le Centre de santé et de services sociaux. Aux yeux de la Loi, une personne est prise en charge lors que celle-ci rencontre l'infirmière de garde, soit au triage. De ce fait, le policier serait libéré de ses responsabilités dès ce moment. L'importance pour les policiers et ambulanciers seraient de documentés au maximum l'appel qui a mené chez la personne, la scène, les évènements, propos et comportements de la personne. La personne ne devrait pas être menottée. Elle devrait être amenée au Centre hospitaliers en ambulance et celle-ci escortée par les policiers sauf lors de cas extrême ou la force est nécessaire, justifier et adéquate. Celle-ci devrait toujours être minimale, son utilisation variant selon l'intensité du danger que la personne pourrait représentée.

Lors du triage, la personne est déclarée prise en charge par le Centre hospitalier. Le délai de triage dans ces cas ne devrait pas dépasser P.3. Fortement à envisagée, P.2, puisque la personne amenée représente une menace de danger pour sa vie ou pour celle d'autrui.

Les niveaux de triage et les délais correspondants

Niveaux/Délais de prise en charge médicale	Détails
1 Prise en charge immédiate	Réanimation : conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention énergique et immédiate.
2 15 minutes	Très urgent : conditions qui menacent la vie, l'intégrité d'un membre ou sa fonction, et exigeant une intervention médicale rapide.
3 30 minutes	Urgent : conditions souvent associées à un inconfort important et à une incapacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
4 60 minutes	Moins urgent : conditions variables selon l'âge et le degré de détresse du client et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5 120 minutes (ou orienté vers des ressources autres que l'urgence)	Non urgent : conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

Pendant ce temps, la personne devrait être constamment en présence d'un professionnel du Centre hospitalier afin de veiller à sa sécurité, autant psychologique que physique et ce, dans un lieu neutre, loin d'objet dangereux et en aucun cas dans la salle d'attente.

Une clarification importante fut apportée face aux situations des personnes étant mineures. Trop souvent, semblerait-il, que des personnes mineures ayant des idées suicidaires, représentant un danger pour lui-même, seraient confiées, en premier plan, au Centre Jeunesse. Dans de tel cas, le jeune ayant des idées suicidaires a avant tout un besoin de soins hospitaliers. Si les idées suicidaires découlent de ses conditions de vie, notamment le milieu familial, l'aspect social sera traité par la suite. La question avait été soulevée durant la conférence (le nom de la personne ne m'est disponible malheureusement). Une fois prise

en charge par le CSSS, par les évaluations psychosociales, la cause des idées suicidaires sera trouvée et s'il s'agit de la famille, le CSSS prendra la responsabilité de contacter le Centre Jeunesse. Mais en tout premier lieu, sa sécurité physique, doit être assurée.

Ce qui n'apparaît pas dans le diaporama est une section de la conférence sur les contentions et l'isolement. Ces pratiques ont implications juridiques importante. Au moment de leur utilisation, les droits fondamentaux, comme le droit à l'intégrité, à la liberté, au respect (honneur, dignité et réputation) et à la protection sont brimés. Et malheureusement, les mesures de contention sont parfois mal utilisées. Au Canada, chaque année, 500 000 accidents sont en lien avec la contention. Me Ménard a donné de multiples exemples comme celui d'une personne qui avait des problèmes de respiration et qui a été maintenue en contention. Écrasant la poitrine, la personne est décédée. Cette pratique est pourtant encadrée par l'article 118.1 de la LSSSS :

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. **L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.**

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

Le rôle des acteurs du réseau de la santé, au sens de la LSSSS, a été examiné lors de la conférence. « La raison d'être des services est la personne qui les requiert » (LSSSS, a. 3), du même fait, la priorité en tant que professionnels de la santé et des services sociaux.

L'ensemble de la conférence a servi, en partie, à recadrer l'ensemble de la garde en établissement. Celle-ci a été examinée point par point afin que tous en ressorte avec une compréhension commune et sans équivoque.

Le message principal à retenir de cette conférence est que chaque acteur se doit d'appliquer la Loi tel qu'elle est écrite et d'agir avec impartialité et objectivité à chaque étape du processus afin de s'assurer que chaque personne l'applique strictement, permettant ainsi à l'individu concerné de suivre un processus cohérent qui évite les failles et respectent ses droits prévus par la Loi.

ANNEXE