

ALLOCUTION DE LA PROTECTRICE DU CITOYEN

À L'OCCASION DES JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ MENTALE 2015

Montréal, 5 mai 2015
(la version lue fait foi)

Mesdames, Messieurs,

C'est avec grand plaisir que j'ai accepté l'invitation du Directeur national de la santé mentale au ministère de la Santé et des Services sociaux, le Dr André Delorme, à m'adresser à vous en ouverture des *Journées annuelles de santé mentale 2015*. C'est à la fois un privilège et un défi de pouvoir vous présenter, au cours des prochaines minutes, la perspective du Protecteur du citoyen sur les enjeux contemporains des services publics en santé mentale.

J'aime beaucoup le thème de cette année, « Faire ensemble et autrement », parce qu'il reflète bien deux constats auxquels mon analyse m'amène. D'une part, comme nous le constatons dans un grand nombre de nos enquêtes et interventions, la nécessité de renforcer les collaborations de tous les intervenants et le travail multidisciplinaire (« Faire ensemble », donc). D'autre part, le constat qu'un changement de cap s'impose dans nos façons de faire (« Faire autrement »), pour réussir à donner à la santé mentale la place qui doit lui revenir dans les décisions d'orientation et d'allocations de ressources. « Faire ensemble et autrement », par cette courte formule, les organisateurs de ces Journées ont réussi à marquer la pleine mesure des défis à relever.

La perspective du Protecteur du citoyen

Je ne me présente pas devant vous, ce matin, comme une spécialiste clinique des questions de santé mentale. Je reconnais, d'emblée, que l'expertise sur le sujet est plutôt devant moi, dans cette salle : gestionnaires et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, médecins, psychologues et autres praticiens, avocats spécialisés, intervenants communautaires. Je salue aussi les représentants d'usagers et des groupes de défense des droits. Toutes et tous, votre pratique vous met chaque jour en contact avec les réalités et, mieux que quiconque, vous êtes en mesure d'imaginer les solutions possibles aux situations difficiles que vous rencontrez.

J'aime voir dans nos diversités de provenance et d'expertise la reconnaissance qu'en matière de santé mentale, les enjeux cliniques, psychosociaux et de respect des droits sont indissociables. J'aime y voir aussi que l'action de chacun des acteurs spécialisés doit se compléter et se renforcer et que vous devez faire équipe. À mes yeux, cette vision est la plus propice à permettre de bâtir et surtout de mettre en œuvre un plan d'action en santé mentale qui soit pertinent et viable.

Avant de vous présenter ma perspective sur ces questions, j'insiste sur l'indépendance et sur l'impartialité du Protecteur du citoyen. Nos responsabilités d'enquête auprès des divers ministères et organismes publics, de même que des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, nous amènent à nous saisir, mes délégués et moi, de très nombreuses situations où la réponse

adéquate aux personnes qui ont besoin de services en santé mentale fait défaut. La nécessité d'une meilleure prise en compte de leurs besoins est criante. Chaque année, nombre de nos interventions illustrent la grande difficulté qu'éprouvent ministères et organismes publics à adapter leurs services pour bien répondre aux besoins particuliers des citoyens qui n'entrent pas dans la norme.

À ce sujet, nous rencontrons également nos propres défis. La nature particulière de la mission du Protecteur du citoyen nous met en contact, sur une base régulière, avec des personnes qui s'estiment lésées par un service public et dont la santé mentale est fragile ou défaillante. Traiter leurs demandes, en tout respect et en gardant le même souci d'objectivité et de rigueur dans la vérification des faits, exige des habiletés particulières et un souci constant de nous adapter à leurs besoins, plutôt que de leur demander de s'adapter à nous. Cela n'est malheureusement pas compris et accepté partout. Et cela n'est pas simple à faire en toutes circonstances, je le reconnais.

* * *

Ce matin, je partage avec vous les constats du Protecteur du citoyen avec franchise et, d'emblée, je vous préviens, sans complaisance. Mon diagnostic est clair : je constate un manque évident d'intégration et de continuité des services en santé mentale.

Dans le Rapport annuel que j'ai adressé en septembre dernier à tous les membres de l'Assemblée nationale, j'attirais en particulier et à nouveau leur attention sur la santé mentale.

Après avoir rappelé les recommandations de deux rapports systémiques du Protecteur du citoyen, soit celui sur les difficultés liées à l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et celui sur les services aux personnes incarcérées qui éprouvent un problème de santé mentale, j'en soulignais l'absence de suivi significatif.

Tout en reconnaissant que dans la foulée du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 le ministère de la Santé et des Services sociaux a consenti des efforts réels, notamment en mettant en place des guichets d'accès en santé mentale, je conclusais sur l'interrogation suivante : *La santé mentale est-elle vraiment une priorité?*

Le contraste est frappant entre l'ampleur des besoins encore non satisfaits et la part relative du budget consacré, en 2013-2014, au programme-service santé mentale, qui n'est que de 6,1 %.

Que faut-il faire pour donner à la santé mentale toute la place qui doit lui revenir dans la gouvernance et dans les décisions d'allocation de ressources?

C'est la question à laquelle, au cours de ces deux jours, il y a lieu de répondre en suggérant des pistes concrètes. J'aimerais maintenant alimenter votre réflexion à cette fin, en abordant les défis qui se posent à mon avis au réseau de la santé et des services sociaux, aux établissements de détention du Québec (les services correctionnels) et au système de justice.

* * *

Auparavant, je ne veux pas passer sous silence le fait qu'aucun employé des services publics n'est exempté du respect des droits des personnes dont la santé mentale est fragile.

Un plan d'action en santé mentale ne doit pas porter que sur les services de santé et de services sociaux. Pour prioritaires et déterminants que soient ces services, ils ne répondent pas à eux seuls à la panoplie des besoins des personnes dont la santé mentale est fragilisée, et ce, qu'elles aient ou non reçu un diagnostic. Un tel plan doit être gouvernemental. D'ailleurs, au Protecteur du citoyen, nous agissons régulièrement pour régler des différends à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux.

À titre d'exemple, nous agissons entre autres auprès du Curateur public, du ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, de la Société de l'assurance automobile, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, pour nous assurer que leurs services soient adaptés aux besoins spécifiques des

personnes qui présentent des problèmes de santé mentale et que justice et respect y soient assurés pour eux.

Avant d'aborder en premier lieu des enjeux propres au réseau de la santé et des services sociaux, je veux insister sur un élément fondamental et qui dépasse lui aussi la seule sphère de responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination

Je crois nécessaire une action concertée, et à l'échelle du Québec, pour enrayer les préjugés et les stéréotypes dont sont encore victimes des personnes qui présentent un problème de santé mentale. La lutte contre leur stigmatisation et leur discrimination n'est pas terminée et surtout, elle doit donner de meilleurs résultats.

Je partage avec vous une expérience récente qui m'a un peu troublée. J'étais conférencière invitée dans le cadre d'un événement regroupant de jeunes gens d'affaires et professionnels de la relève. Je souhaitais discuter avec eux de certains enjeux sociaux et j'ai abordé celui des services en santé mentale. Je voulais les sensibiliser à la nécessité d'investir en prévention et de voir cela dans une optique d'investissement social et non de seules dépenses, pour le mieux-être des personnes et de la collectivité. Le sujet a suscité beaucoup de réactions, qui avaient un point en commun. C'est sous l'angle de la sécurité publique et du « danger » que représenteraient ces concitoyens que mes interlocuteurs ont réagi.

Ayant beaucoup travaillé sur les enjeux de santé mentale au cours des dernières années, autant dans le cadre de nos enquêtes individuelles que dans nos interventions systémiques, j'étais sensible aux risques de stigmatisation et de discrimination. Mais cette discussion m'a fait prendre conscience de l'ampleur du phénomène.

Je crois d'ailleurs que la stigmatisation et la discrimination des personnes qui ont des troubles mentaux ne sont pas étrangères à la grande difficulté d'inscrire les besoins en santé mentale au haut de la liste des priorités gouvernementales. Et cela me semble encore plus vrai, s'agissant de personnes qui cumulent d'autres facteurs de vulnérabilité, comme une toxicomanie ou une situation d'itinérance. Je pense, en particulier, que ce phénomène joue également pour beaucoup dans la grande difficulté rencontrée à faire avancer le dossier d'une offre de services de santé et psychosociaux adaptée aux besoins des personnes incarcérées qui présentent un problème de santé mentale. J'y reviendrai.

Le plan d'action en santé mentale : L'urgence d'agir

En préparant cette communication, je revoyais mes notes pour une conférence tenue en 2009 et organisée par l'Association des groupes de défense des droits en santé mentale (l'AGIDD-SMD). J'y déplorais alors le suivi inadéquat du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 et le peu d'efforts déployés à cette fin.

Me revoici donc, six ans plus tard, avec le désagréable sentiment d'avoir prêché dans le désert. Cette fois, je ne déplore pas un suivi inadéquat du plan d'action en

santé mentale, mais bien son absence pure et simple. Le dernier plan quinquennal a pris fin en 2010... il y a maintenant cinq ans! Que le futur plan soit sur papier, encore non finalisé et conséquemment non approuvé, ne change rien. Est-on conscient des impacts de cette suspension dans le temps? Non pas que je prétende que rien ne s'est fait – ou que rien ne se fasse – sur le terrain, là où tout se joue aux plans médical, psychosocial, sécuritaire et du respect des droits. Au contraire, j'ai la plus grande admiration pour cette majorité de spécialistes et d'intervenants de tous les champs et niveaux de pratique, qui ont la vocation et se dévouent avec compétence. Et dont plusieurs font le maximum de ce qu'il est humainement possible de faire. J'ai aussi le plus grand respect pour les intervenants au Ministère, dont je sais la compétence et la persévérance dont ils font preuve, et les limites de leurs pouvoirs de décider des priorités.

Après toutes ces années et de nombreux rapports soumis au Ministère et déposés à l'Assemblée nationale, j'éprouve des sentiments ambivalents, entre l'espoir et le dépit : l'espoir que les enjeux liés à la santé mentale recevront, dans un proche avenir, davantage d'attention de la part des décideurs; le dépit devant tant d'années perdues et la seule pensée de leurs impacts humains. L'Organisation mondiale de la santé rappelle d'ailleurs dans son Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020 que les problèmes liés à la santé mentale constituent la première source d'incapacités à l'échelle mondiale. Par exemple, la dépression représente à elle seule 4,3 % de la charge mondiale de morbidité et fait partie des

principales causes d'incapacité dans le monde, en particulier chez les femmes¹. Il faut que la pertinence d'investir en prévention en santé mentale s'impose un jour, autant pour des raisons humanitaires qu'économiques. J'ose y croire et surtout croire en notre capacité collective d'influencer l'avenir à très court terme.

L'angle des droits fondamentaux

Je veux ici ancrer mon propos sous un angle bien particulier : celui du respect des droits des personnes dont la santé mentale est fragile.

D'abord : la primauté de la personne; c'est une valeur dont chacun de nous convient qu'elle est fondamentale. C'est pourquoi elle doit servir d'assise à tout soin, à tout service à l'endroit d'une personne qui vit avec un trouble de santé mentale. Si on n'agit pas en fonction de la personne, notre action ne peut être adaptée et en conséquence porteuse de résultats bénéfiques. La perspective des droits de l'homme amène une lecture toute particulière.

Cette mise en garde est essentielle. Des interventions de contrôle comme la garde en établissement, l'isolement et la contention doivent être balisées strictement, de manière à toujours demeurer exceptionnelles.

Ces mesures de contrôle ont des conséquences physiques et psychologiques importantes. Et, ne l'oublions pas, elles ne sont permises que dans un cadre exceptionnel, pour assurer le respect d'un droit fondamental : le droit à la sécurité

¹ Organisation mondiale de la santé, Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS, ISBN 9789242506020 (classification NLM : VM101), p. 8, par. 12.

de la personne. En ce sens, je préviens du risque d'une confusion à la base de dérives, celle qui **oppose besoins de soins à respect des droits et à sécurité de la personne.**

Assurer la sécurité de l'utilisateur en portant minimalement et en dernier ressort atteinte à sa liberté, et toujours dans le respect de la dignité humaine. Voilà, en quelques mots, l'objectif qui doit être poursuivi.

Examiner les situations en termes de respect des droits, c'est ramener l'intérêt de la personne visée au cœur de l'intervention qu'elle doit subir. Ici, les contraintes organisationnelles doivent être mises en perspective : elles doivent être au second plan.

L'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui* (P.38.001)

Vous me direz que ces principes sont bien connus. Pourtant, au Protecteur du citoyen, nous constatons encore et toujours des accrocs importants à la mise en œuvre de la loi P-38.001.

En outre, les délais de garde en établissement sans autorisation judiciaire, qui ne devraient jamais dépasser 72 heures, sont souvent non respectés. Pire encore, ils sont régulièrement contournés. D'une manière particulière, nos récentes enquêtes ont démontré que lors d'un transfert inter établissements d'utilisateurs, la durée de la mise sous garde dans le premier établissement n'était généralement pas

comptabilisée dans le délai total de 72 heures par le deuxième établissement. Bref, « on remet le compteur à zéro »!

Rien ne peut justifier qu'on outre passe cette Loi d'exception. Or, dans un cas en particulier, l'établissement a non seulement reconnu que les choses s'étaient passées ainsi, mais plus encore, il a confirmé que c'était sa pratique habituelle. Dans les cas de transfert, c'était sa façon de se réapproprier le dossier et de statuer sur la décision de procéder à une mise sous garde préventive. Je comprends l'intérêt au plan administratif de procéder ainsi. Mais, ce n'est justement pas ce qui est accommodant pour les intervenants qui doit prévaloir. Je vous invite à regarder plutôt cette question sous l'angle de l'impact humain qu'entraîne cette pratique, illégale, pour la personne ainsi privée de liberté.

Nous avons rencontré les représentants du Ministère à ce sujet. Ils reconnaissent que la garde préventive devait s'effectuer de façon continue – et sa durée ainsi calculée – même si l'utilisateur changeait d'établissement. À la suite de notre intervention, le Ministère nous a assuré que les orientations ministérielles qui sont en préparation par rapport à l'application de la Loi P-38.001 viendront préciser, notamment, cette obligation de respecter la période maximale de 72 heures. Par ailleurs, le Ministère s'est engagé à acheminer un avis aux anciennes agences de la santé et des services sociaux, leur rappelant les articles pertinents de la Loi. Nous avons vérifié, le Ministère a bien donné suite à son engagement, qu'il faudra rappeler aux nouveaux CISSS.

Le problème, ici, c'est qu'il est prévu de diffuser ces nouvelles orientations seulement en... décembre 2016, malgré nos demandes et pressions répétées en faveur d'un délai plus court. L'envoi ponctuel d'un avis, ou d'un rappel, n'a pas le même caractère structurant que la diffusion d'orientations ministérielles, accompagnées d'un effort concerté de formation à leur sujet.

Un autre des défis que pose la Loi P-38.001 est de bien la faire comprendre à une multitude d'acteurs. Elle peut être appliquée par plusieurs intervenants provenant de divers milieux : agents de la paix, ambulanciers, avocats, médecins, intervenants d'un service d'aide en situation de crise, divers professionnels des établissements de santé et de services sociaux. Tous n'ont pas la même formation, la même information ou les mêmes directives afin de bien la respecter. Et, plus inquiétant, tous n'ont pas la même conscience du caractère exceptionnel de cette Loi. Au cours de nos enquêtes, nous avons souvent observé chez divers de ces intervenants un manque de cohérence – tout autant qu'un manque de sensibilité – dans l'application de la Loi P-38.001. Il est impératif de faire preuve de plus de diligence dans la formation relative à cette Loi, à ses conditions comme à ses limites d'application.

Les mesures de contrôle : l'isolement et la contention

Est-ce à dire que rien ne bouge? Que la situation ne s'améliore pas? Ce constat serait trop sévère. Je constate qu'au fil des ans, des gains ont été obtenus, souvent

liés à l'encadrement formel des mesures d'isolement et de contention. Ces normes nous servent d'assises pour exiger des changements de pratique, lorsque requis.

Néanmoins, nous observons encore des difficultés dans leur application concrète. C'est donc qu'il reste du travail à faire pour changer les pratiques sur le terrain, y inclus dans certaines unités de psychiatrie. On peut même parler d'un changement de culture nécessaire pour certains intervenants.

Je partage maintenant avec vous quatre constats liés à nos enquêtes et interventions des dernières années en milieu hospitalier.

Premier constat : un acte professionnel réservé?

En vertu du Code des professions, la décision de recourir à une mesure de contrôle est un acte réservé à certains professionnels de la santé, selon qu'on parle d'isolement ou de contention. Encore au cours des derniers mois, nos enquêtes ont montré que des membres du personnel non habilités légalement (entre autres, des personnes diplômées en diverses techniques spécialisées, en intervention délinquance ou en travail social) ont pourtant décidé de l'application de telles mesures de contrôle. Une fois de plus, il a fallu leur rappeler que la privation de liberté est un déni de droit, à l'exception des circonstances strictement prévues par la Loi et que, lorsqu'elle est nécessaire, on doit y procéder dans le strict respect de la Loi.

Deuxième constat : l'absence de consentement aux mesures planifiées

Des établissements de santé et de services sociaux n'obtiennent aucun consentement de l'utilisateur, de son représentant ou encore d'autorisation de la Cour, lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Pourtant, les orientations ministérielles sont claires : si les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de la personne ce n'est que lorsque la situation revêt un caractère urgent. Urgent ici, en ce sens que la situation survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger. En contrepartie, un consentement est requis lors d'une situation planifiée.

De l'avis du Protecteur du citoyen, dès que la situation ne satisfait plus les critères d'imprévisibilité et d'urgence nécessaires à l'application d'une mesure non planifiée, un consentement doit être obtenu ou, à défaut, l'autorisation du tribunal.

Troisième constat : l'absence d'encadrement de l'administration des substances chimiques

La Loi prévoit l'utilisation de substances chimiques comme mesure de contrôle. Je crois que nous convenons tous que cette utilisation devrait être très strictement encadrée. Des consultations et divers travaux menés au cours des dix dernières années n'ont pas permis de dégager un consensus sur ce que devrait être

l'utilisation d'une substance chimique en tant que mesure de contrôle. Un projet de lignes directrices spécifiques à ce sujet a été abandonné. En 2014, il a été plutôt convenu d'intégrer la question de l'encadrement de l'administration de substances chimiques au cadre de référence actuel, au même titre et selon les mêmes critères que les contentions physiques.

Selon le Ministère, qui se range derrière l'avis du Collège des médecins, ce n'est pas le médicament ou la substance chimique qui fait la contention, mais bien l'intention derrière son utilisation. L'intention lors de l'administration du médicament sera donc de limiter la liberté de la personne en raison de sa dangerosité et non pas dans un but thérapeutique. L'utilisation devra donc être exceptionnelle, en dernier recours, avec la même obligation d'obtenir le consentement que lors d'une mesure planifiée.

Dans un dossier d'enquête récent, où des injections répétées de substance chimique, sans le consentement de la personne, ont été effectuées à des fins de contrôle dans un centre hospitalier, nous nous sommes interrogés sur la pertinence de l'orientation ministérielle retenue. Est-elle suffisamment restrictive? Il y a lieu d'intensifier activement les analyses sur les spécificités de la contention chimique et les enjeux particuliers que ces pratiques posent. Pour le Protecteur du citoyen, ce dossier n'est pas clos...

Quatrième constat : l'absence de notes au dossier

Voilà un problème que nous avons documenté de longue date et qui subsiste toujours dans plusieurs établissements. Dans la majorité des dossiers auxquels nous accédons, nous constatons des lacunes dans les notes qu'a prises le personnel. Cela est très problématique puisque ces notes ont pour objet, notamment, de permettre de vérifier *a posteriori* la justification de l'utilisation d'une mesure de contrôle. Or, si la situation initiale n'a pas été adéquatement documentée au dossier, comment le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, le médecin examinateur ou le Protecteur du citoyen peuvent-ils apprécier le recours aux mesures d'isolement et de contention, dans les limites de leurs mandats respectifs?

En correctif à cette situation, nous avons recommandé au Ministère de concevoir et d'implanter, dans tous les établissements, un outil standardisé de collecte de données lors de l'application de mesures de contrôle. Le Ministère n'a pas retenu la recommandation, nous faisant valoir que la majorité des établissements se sont déjà dotés de formulaires. Certains établissements ont effectivement élaboré des formulaires complets. Un bémol toutefois : au cours de nos enquêtes, nous constatons que si des formulaires existent, le personnel ne les utilise pas systématiquement.

Dans certains cas, des inscriptions de complaisance sont constatées. Dans une enquête, nous avons noté que le formulaire indiquait que la surveillance de la

personne avait été faite aux 15 minutes, alors même que notre enquête a permis d'établir que cette personne était à l'extérieur de l'établissement, en sortie autorisée durant cette période. Dois-je en dire plus?

Au-delà de l'établissement, il faut également déplorer qu'aucune statistique officielle ne soit diffusée en ce qui concerne l'application des mesures d'isolement et de contention au Québec.

Je rappelle que nous sommes ici en présence d'interventions à risque de porter atteinte majeure aux droits fondamentaux des personnes. Or, si les dossiers sont muets, incomplets, si l'information est parcellaire ou biaisée, comment pouvons-nous, après le fait, nous assurer que l'intervention était justifiée? Comment pouvons-nous conclure que l'atteinte aux droits a été minimale quand nous ne disposons même pas de la durée précise de l'intervention? On ne doit pas perdre de vue ces éléments essentiels.

Ce que nous constatons, c'est que des façons de faire sont davantage liées à une culture organisationnelle qui favorise, dans certains établissements, l'utilisation des mesures de contrôle à des fins autres que celles pour lesquelles elles sont strictement prévues. Il faut revoir ces pratiques et explorer des méthodes alternatives d'intervention. Des établissements ont réussi à diminuer de manière draconienne le recours aux mesures de contrôle. Cela est donc possible. C'est un défi, je le concède. Mais il est nécessaire de le relever.

Le contexte carcéral

Devant un auditoire de votre qualité, j'ai le devoir de ramener à l'avant-plan un sujet qui ne reçoit pas toute l'attention requise de la part des divers décideurs concernés. Je parle de la situation dramatique des soins et des services dispensés – ou plutôt qui ne sont pas dispensés – aux personnes incarcérées qui présentent un problème de santé mentale.

Je suis soucieuse de combattre à la base certains préjugés concernant la santé mentale et la criminalité; il m'importe – même devant vous – de faire le commentaire suivant. Il arrive que les comportements de certaines personnes qui ont des troubles mentaux dérangent, quelquefois font peur même. Dans ces cas, on cède plus facilement à la tentation de contrôler les comportements dérangeants, ou qui dévient de la norme, en privant la personne de liberté. Ainsi, au Québec, des citoyens qui présentent des problèmes de santé mentale se retrouvent dans les centres de détention pour des délits mineurs et ils n'y reçoivent pas les soins que requiert leur état de santé. Avons-nous, comme société, mis en place les ressources appropriées pour leur venir en aide de façon efficace? Je discuterai de ces questions dans quelques instants. Mais je voulais maintenant insister sur un point : excentricité, déviance à la norme, comportement troublant ou agité ne signifie pas toujours et nécessairement dangerosité.

Je reviens donc aux services aux personnes incarcérées qui ont des troubles mentaux.

Il y a maintenant quatre ans, j'ai rendu public le rapport de notre intervention systémique intitulé : *Pour des services mieux adaptés aux personnes incarcérées qui présentent des problèmes de santé mentale*. En plus de l'épisode carcéral, nous avons suivi le parcours de personnes détenues avant leur incarcération (soit lors de l'intervention policière auprès d'elles et de leur prise en charge par le système de justice), et après leur incarcération (soit lors de la préparation au retour en société).

Nos travaux poursuivaient trois objectifs : dresser un portrait général du profil des personnes qui présentent un problème de santé mentale en centre de détention, vérifier si leurs conditions de détention leur permettraient l'accès aux services de santé et aux services sociaux nécessaires pour elles et, finalement, recommander des solutions pour concilier l'intérêt individuel en matière de santé et l'intérêt collectif en matière de réhabilitation et de sécurité publique.

L'intervention policière auprès d'une personne en crise

Les policiers sont souvent les premiers à intervenir auprès d'une personne en crise. C'est à cette occasion que le rôle des services de crise psychosociale, en soutien à l'intervention policière, prend toute son importance. Nous avons constaté que le type de services de crise offerts, leur disponibilité en temps opportun et la volonté des policiers d'y faire appel ont une influence déterminante sur la nature et la qualité de la prise en charge qui va suivre. Nous avons également documenté que

la disponibilité et l'utilisation de ces ressources par les policiers varient grandement d'une région à l'autre.

Une condition de succès se dégage : pour être efficace, l'organisation de ces services doit prendre en compte les besoins régionaux et les dynamiques de collaboration déjà instaurées. Clairement, il n'y a pas de place ici pour une approche de type « mur à mur ».

C'est pourquoi j'ai recommandé au ministère de la Sécurité publique ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux de soutenir ce type d'interventions. J'ai également recommandé d'enrichir la formation des policiers en vue d'adapter leurs interventions à la condition particulière des personnes qui présentent un problème de santé mentale.

Depuis le dépôt de ce rapport, plusieurs suites concrètes ont été données à ces recommandations. Et c'est auprès des services policiers que nous avons connu les améliorations les plus notables. J'en donne comme exemples probants la mise en place, dans la région de Montréal, du projet EMRII (Équipe Mobile de Référence et d'Intervention en Itinérance), l'intégration à la formation initiale des policiers de contenus portant, notamment, sur les interventions auprès de personnes vivant avec un problème de santé mentale ou qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Je souligne aussi le lancement, en mai 2013, à l'initiative de l'École nationale de la police du Québec, d'un « webdocumentaire » qui diffuse des capsules de formation sur des stratégies efficaces, sécuritaires et

humaines pour désamorcer une crise d'une personne qui présente des troubles mentaux. Ce sont toutes des initiatives qui vont dans le bon sens et que je salue.

Comme je salue le travail d'UPS-Justice à Montréal et de PECH à Québec, en souhaitant qu'on les retrouve partout au Québec.

La personne qui présente un problème de santé mentale face au système judiciaire

Encore trop souvent une personne vulnérable sort de prison avec un sac vert sous le bras contenant ses effets personnels, seule, sans possibilité d'obtenir le moindre suivi dans la communauté. Parfois, elle sera prise en charge, souvent ce sera l'itinérance, une nouvelle crise, l'intervention policière, la judiciarisation, la détention, la sortie... avec un sac vert. Il y a trop de judiciarisation et pas assez de services sociaux.

Nous avons constaté que plusieurs problèmes découlent des difficultés d'accès aux services sociaux ou aux ressources appropriées dans la communauté qui permettraient, dans certains cas, de prévenir la judiciarisation. Je parle notamment de l'hébergement en situation d'urgence psychosociale, de l'accès à des refuges d'urgence, à des logements adaptés aux personnes en crise, aux centres de traitement des dépendances. Nous constatons que les besoins sont très grands et les progrès dans l'accès à ces services plutôt limités.

Une autre avenue pour éviter, dans certains cas, l’incarcération non souhaitable est d’adapter le processus judiciaire pénal afin de tenir compte des réalités particulières des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Aujourd’hui, les expériences du Programme d’accompagnement Justice-Santé mentale (PAJ-SM) de Montréal et du projet IMPAC (Intervention multisectorielle Programmes d’accompagnement à la Cour municipale, à Québec) nous enseignent que le développement d’initiatives analogues doit tenir compte des ressources et des partenaires locaux. Toute approche d’accompagnement et d’adaptation du système de justice doit en effet reposer sur les dynamiques propres à chaque milieu.

Comment faire davantage pour que de telles alternatives à l’incarcération de personnes présentant des problèmes de santé mentale le soient, partout au Québec, même si les équipes spécialisées des organismes tels PECH (à Québec) ou UPS-Justice (à Montréal) ne sont pas disponibles partout? En attendant, il y a certainement place à l’innovation pour proposer de nouveaux modèles efficaces.

Une chose est certaine : la réussite d’un projet de déjudiciarisation est liée à la disponibilité de programmes rigoureux, efficaces et sécuritaires pour effectuer le suivi des personnes concernées dans la communauté. C’est pourquoi nous avons recommandé au ministère de la Justice de dresser, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l’inventaire des meilleurs programmes de suivis dans la communauté et d’établir ensuite un plan pour les implanter dans les régions moins bien desservies. Mais, comme vous le savez, la

coordination de l'action entre deux ministères représente souvent un défi et ces travaux accusent un retard.

Le non-respect des ordonnances psychiatriques

Alors que certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux assument un mandat de psychiatrie légale, ils sont régulièrement incapables de donner suite aux ordonnances d'évaluation psychiatrique du tribunal, faute de places disponibles. C'est ainsi que des personnes incarcérées qui doivent être évaluées en centre hospitalier, selon l'ordonnance du tribunal, sont détenues pour des périodes prolongées en établissement de détention et y demeurent en attente d'évaluation.

Selon le scénario le plus fréquent, une personne en attente de son procès se voit imposer par le juge une évaluation psychiatrique. Il s'agit soit d'une évaluation de son aptitude à subir son procès ou d'une évaluation de sa responsabilité criminelle au moment de la commission d'une infraction. Cette ordonnance détermine le délai à l'intérieur duquel l'évaluation doit être effectuée par un psychiatre (ce délai peut varier de 5 à 60 jours, par exemple) et le lieu de détention durant l'évaluation. Lorsque le centre hospitalier qui a un mandat de psychiatrie légale refuse un prévenu, toujours par manque de place, cette personne retourne à l'établissement de détention. Il arrive qu'elle y soit évaluée. Cela ne respecte pas les termes de l'ordonnance du tribunal.

La solution à ce dysfonctionnement interpelle la magistrature, les établissements carcéraux et les centres hospitaliers.

Pendant l’incarcération : le manque d’accès aux soins et aux services requis

En centre de détention, le dépistage des troubles de santé mentale, les fréquents transferts de personnes incarcérées, l’accès déficient à la médication et la fragmentation des services et des soins en milieu carcéral posent des difficultés encore insurmontées :

- des procédures de dépistage non systématisées (sauf pour le risque suicidaire);
- des transferts trop fréquents, privés de la continuité de la médication;
- des problèmes récurrents d’accès et de gestion des médicaments.

Si les personnes incarcérées ont généralement accès à certains soins infirmiers de base, par contre, il est exceptionnel qu’elles puissent recevoir des services continus de réadaptation et de suivi psychosocial.

De plus, dans les centres où les psychiatres sont appelés à faire des expertises pour la Cour, la priorité est accordée à l’évaluation des prévenus. Dans les faits, même si des activités de groupe à caractère thérapeutique peuvent être

organisées dans certains centres de détention, les détenus n'auront pratiquement jamais accès à la consultation psychiatrique.

Pour mieux soigner la population carcérale, il faut resserrer les liens entre le milieu correctionnel et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, dans chaque région où existe un centre de détention. Selon le principe reconnu de la « responsabilité populationnelle », il faut que l'offre de services de santé et de services sociaux d'une région puisse répondre aux besoins particuliers des personnes incarcérées de ce territoire, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Ces personnes, de facto, sont les seuls citoyens du Québec pour lesquels le ministère de la Santé et des Services sociaux n'assume pas le leadership en matière d'organisation des soins et des services. Cela a assez duré.

Clarifier les responsabilités des divers intervenants

C'est pourquoi, au terme de notre enquête systémique de 2011, j'ai recommandé que le Ministère, son réseau et ses partenaires détiennent les leviers et l'expertise qui permettraient de renforcer, en collaboration avec le milieu carcéral, une prise en charge continue des personnes incarcérées. Les objectifs sont clairs :

- éviter une incarcération potentiellement néfaste dans certains cas,
- prévenir les interruptions du suivi médical lors de l'incarcération,
- faciliter le retour en société,
- prévenir la récidive.

Des travaux préliminaires ont été menés depuis 2011 afin d'opérationnaliser un transfert de responsabilités vers le réseau de la santé et des services sociaux. Selon les informations dont je dispose, diverses tentatives ont frappé le même mur : un refus net lié au fait que des ressources seraient requises pour réaliser adéquatement ce transfert. Le cul-de-sac rencontré dans ce dossier est tout à fait regrettable, et j'ajouterais, socialement dommageable à plus d'un titre, sans compter qu'aucune véritable analyse d'impact économique, comme je l'avais recommandé, ne vient soutenir le maintien du statu quo.

Je pars du principe que, pour bien prendre en charge des personnes incarcérées qui présentent des troubles mentaux, les objectifs cliniques et correctionnels ne sont pas incompatibles. Dans les deux perspectives, il faut éviter la détérioration de la condition clinique et réduire la nécessité de transferts en centre hospitalier ainsi que les incidents en centre de détention. Il est également très profitable de mettre en œuvre des interventions efficaces qui favorisent l'intégration sociale et la réduction de la récidive. Le transfert de responsabilités que le Protecteur du citoyen préconise, jumelé au renforcement des liens entre le personnel du réseau de la santé et des services sociaux et celui des centres de détention, permettrait d'atteindre ces deux buts, dont les bénéfices sociaux et économiques ne semblent pas être compris.

La réinsertion et le retour en société

Je suis consciente du contexte budgétaire très serré, qui limite la capacité d'intervention des instances publiques. Cependant, on a tort de ne pas considérer l'impact très positif d'une réinsertion sociale réussie, notamment sur la diminution de la récidive, qui engendre en soi des coûts financiers, humains et sociaux considérables. **L'allocation de ressources suffisantes en réinsertion doit être vue comme un investissement social et non comme une simple dépense comptable, une injection de fonds sans retour.** Sinon, nous risquons de payer très cher, plus tard, des décisions budgétaires prises aujourd'hui à courte vue.

D'ailleurs, ne payons-nous pas déjà trop cher?

Les enjeux dans le réseau de la santé et des services sociaux

Je terminerai en abordant, plus largement, certains enjeux relatifs à l'accès aux soins et services en santé mentale. Des problèmes sont rencontrés avec les Guichets d'accueil en santé mentale. Une porte d'entrée aux multiples services est en soi une excellente initiative. Le Ministère a ainsi voulu planifier une meilleure distribution des ressources. Sur le plan de l'évaluation initiale des besoins, c'est un progrès : elle est effectuée plus rapidement qu'avant et il faut s'en réjouir. Mais c'est à l'étape suivante que les choses se gâtent : souvent, l'accès aux traitements requis tarde à suivre cette évaluation. On observe, d'une manière générale, un manque d'intégration et de continuité d'accès et des arrimages difficiles entre les

différents services en santé mentale. Le Protecteur du citoyen constate que des médecins dirigent des patients vers ces guichets pour qu'ils y reçoivent des services de psychothérapie. À l'étape suivante, l'offre de tels services dans le réseau public est très limitée, voire inexistante. Au-delà de l'urgence suicidaire, il y a peu de chance qu'une personne puisse recevoir un tel suivi, au public, dans des délais raisonnables.

L'enjeu du financement public des services de psychothérapie

Les conséquences de cette indisponibilité des services de psychothérapie, financés par le régime public ou à des coûts très abordables, doivent être davantage mesurées. La condition des personnes en quête de services en santé mentale a le défaut, disons-le, de ne pas être une « plaie ouverte », pour laquelle le système réagit davantage et plus rapidement. Il s'agit d'un autre facteur qui fait en sorte que la santé mentale n'occupe pas la place qui lui revient dans les décisions d'allocation de ressources.

Pourtant, et une récente étude du Commissaire à la santé et au bien-être le démontre², l'investissement en psychothérapie, en temps opportun, pourrait être rentable socialement. En effet, en plus des bénéfices qu'elle apporte à la personne concernée, la psychothérapie contribue à éviter que son état ne s'aggrave et

² Commissaire à la Santé et au Bien-Être, *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, 2012, 232 p.

facilite souvent son retour plus rapide à la vie active – ce qui est au bénéfice de tous.

Or, nos enquêtes nous ont permis de constater que la prise en charge des personnes pour des services en santé mentale est soumise à toutes sortes de délais et d'obstacles. Il est urgent d'organiser une structure d'accueil et de traitement. En attendant, le minimum que l'on puisse faire c'est bien de s'assurer que l'information transmise sur les services réellement offerts soit exacte et disponible, tant aux citoyens qu'aux professionnels de la santé. Il ne faut pas générer d'attentes irréalistes chez les usagers et leurs proches.

De la même façon, l'utilisateur doit être mieux renseigné sur le processus d'évaluation de sa demande au guichet d'accès. Il arrive, en effet, que l'évaluation des besoins de l'utilisateur qu'effectue l'équipe en santé mentale cible d'autres ressources que celles qui sont initialement demandées. De plus, une fois que l'équipe a cerné les besoins et les moyens, une gestion rigoureuse et équitable de la liste d'attente doit être faite. Le suivi de cette liste doit inclure des rappels périodiques à l'utilisateur pour le tenir au courant de l'évolution de sa demande. Mais tout ceci, ce sont des aménagements administratifs pour gérer une situation qui, je le rappelle, est intenable, soit des délais inacceptables avant d'obtenir des services pressants. Une gestion exemplaire de la liste d'attente n'améliore en rien la situation psychologique des personnes qui y progressent... Cela n'efface en rien le besoin de ressources diversifiées et qui prennent en compte la perspective propre des

personnes usagères de ces services : centres de crise, de répit, groupes d'entraide, lieu d'aide ouvert 24/7, pour citer ceux-ci à titre d'exemple.

Le soutien aux proches aidants

Nos interventions nous mettent en contact avec les proches des personnes qui présentent un problème de santé mentale. Elles nous témoignent souvent de leur propre détresse, des grandes difficultés qu'elles rencontrent à obtenir support et soutien de la part du réseau de la santé et des services sociaux, alors même qu'elles vivent des situations souvent très difficiles dans leurs relations avec un être cher, mais souffrant. Nous sommes également appelés à intervenir régulièrement pour que les services publics respectent les dispositions légales qui portent, par exemple, sur le consentement des proches de l'utilisateur inapte en matière de soins.

La famille et les proches sont des acteurs de premier plan dans la mise en place des solutions. Plusieurs personnes nous confient se sentir mises à l'écart et incomprises par le personnel soignant, alors que des décisions majeures se prennent concernant un parent, un enfant, un conjoint ou un ami de longue date. Les solutions passent souvent par une meilleure alliance avec les proches des personnes qui présentent un problème de santé mentale.

Les soins et services dans le contexte de la réforme de la gouvernance du réseau de la santé

Les constats que j'ai partagés avec vous tout au long de ma présentation prennent aujourd'hui une connotation tout à fait particulière dans le contexte de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux.

Malgré tous les risques que porte cette dernière réforme, notamment la diminution de la part des services « périphériques » (dont les services sociaux) dans les décisions d'allocations de ressources, il faut reconnaître que la nouvelle gouvernance porte en elle les germes d'une meilleure intégration des services entre la première et la deuxième ligne. C'est d'ailleurs une réalité connue et documentée que les trajectoires d'une demande de suivi en psychiatrie ne sont pas constantes d'un établissement à l'autre. Le secteur de la santé mentale doit tirer profit de la réforme en cours pour revoir ses pratiques.

À mon avis, le plus grand risque dans cette conjoncture demeure cependant le « nivellement par le bas ». Dans un contexte où les budgets accordés, afin de répondre aux besoins, sont strictement balisés, il y a fort à parier que, dans la fusion de plusieurs établissements en un seul, le « panier de services » couvert représentera le minimum commun aux anciens établissements. Entre autres, les investissements en prévention – dont les bénéfices apparaissent moins visibles à court terme – paraissent les plus à risque. Ce « nivellement par le bas », s'il se

matérialise, entraînera, à coup sûr, une baisse de la disponibilité et de la qualité des services en santé mentale. Cela m'inquiète.

L'avenir du régime d'examen des plaintes

Quelques mots sur l'avenir du régime d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Dans le contexte où un seul commissaire aux plaintes et à la qualité des services sera dorénavant en poste dans chacun des nouveaux établissements (d'une taille sans commune mesure avec les anciens établissements, il faut le dire), il importe qu'il puisse bénéficier de ressources suffisantes pour s'acquitter efficacement de ses responsabilités – que ce soit par la nomination de commissaires adjoints en nombre suffisant, ou autrement. Ce régime doit conserver une dimension humaine, une proximité avec les usagers. Pour y arriver, les nouveaux établissements devront faire preuve de formules innovantes.

Je suis particulièrement bien placée pour vous dire que cet investissement sera rentable pour améliorer le fonctionnement général du système de santé et des services sociaux. Je sais que tous n'en conviennent pas, mais les interventions quotidiennes des commissaires aux plaintes et à la qualité des services, des médecins examinateurs et, en dernier recours ou à son initiative, celles du Protecteur du citoyen, – je le dis avec modestie –, ont permis des avancées notables dans plusieurs établissements, tant en ce qui concerne le respect des droits des usagers que l'amélioration de la qualité des services.

Dans le présent contexte de réorganisation majeure, la présence d'un filet de sécurité efficace et crédible pour éviter les dérives et corriger les erreurs apparaît incontournable. À cet effet, le regard critique des organismes de défense des droits est essentiel.

Conclusion

Je conclus en rappelant qu'à l'occasion du dépôt du rapport annuel du Protecteur du citoyen, l'an dernier, je me questionnais ouvertement sur la priorité accordée aux soins et aux services en santé mentale. À regret, je constate que la santé mentale n'est pas aujourd'hui encore élevée sur l'échelle des priorités.

Mais que faire, alors, pour lui donner la place qui lui revient dans la gouvernance publique et dans les décisions d'allocation de ressources conséquentes? Je ne prétends pas avoir le monopole de la vérité sur le sujet, mais je vous livre des pistes qui m'apparaissent incontournables.

Première piste

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit marquer plus fortement son leadership. Il a une excellente façon de le faire, à court terme : finaliser, annoncer et mettre en œuvre, le plus rapidement possible, le nouveau Plan d'action en santé mentale 2015-2020, tout en s'assurant qu'il soit à la fois réaliste et ambitieux et bien adapté aux besoins et aux aspirations des personnes qui requièrent des services en santé mentale. Un tel plan d'action est déterminant parce qu'il indique

clairement à tous les gestionnaires et intervenants la voie à suivre et précise les priorités d'action.

Je parle d'un plan réaliste, en pensant à l'importance de reconnaître le rôle et de soutenir chacun des acteurs. Dans le continuum des services requis, à l'hôpital comme dans la communauté, les intervenants doivent tous être soutenus. En comptant sur les services des organismes communautaires dans la conception de l'offre de services, il faut être conscient des ressources à leur fournir pour leur permettre d'agir adéquatement et suffisamment.

Je parle d'un plan ambitieux, ayant en tête l'importance des domaines à couvrir, certes en santé et en services sociaux, mais aussi bien au-delà, dans les enjeux liés au logement, à l'éducation, à l'emploi, à la solidarité sociale et au plein exercice de la citoyenneté, parmi les plus importants. Déjà le document de travail considère certains de ces enjeux, mais il faut, dans une autre étape, le faire plus fondamentalement et plus concrètement.

Je parle d'un plan bien adapté aux besoins, et notamment à l'importance de ne pas négliger la recherche et la prévention. Il en coûte cher de ne pas investir suffisamment en prévention.

Deuxième piste

Elle est incluse dans le plan d'action en santé mentale, mais je veux insister. Les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes qui

présentent un problème de santé mentale, tout comme ceux visant à assurer le respect de leurs droits fondamentaux, sont primordiaux et doivent s'intensifier. Ces efforts contribuent à faire mieux comprendre la nécessité de meilleurs services en santé mentale tout en favorisant l'adhésion de la population aux décisions d'investissement dans ce domaine. La publication bientôt (décembre 2016 n'est pas une échéance acceptable) des nouvelles orientations ministérielles pour l'application de la Loi P.38.001 est un exemple de leadership attendu. Il faut dénoncer la grande difficulté à apporter des correctifs à des problématiques systémiques d'abus de droit, particulièrement en matière de garde en établissement ou de mesures de contrôle. Parce que dans certains établissements un changement de culture est nécessaire, la voie à suivre doit être claire pour tous.

Troisième piste

Et ici, je crois que plusieurs d'entre vous serez sceptiques, mais je suis d'avis que la réforme de la gouvernance en cours présente une extraordinaire opportunité de repositionner les soins et les services en santé mentale, d'en accroître l'organisation et d'en améliorer l'accessibilité.

Je m'explique. La présente réforme va regrouper, sous un même toit, l'ensemble des établissements et des programmes-services d'une même région. Sur papier, la coordination entre les établissements s'en trouve renforcée, mais il faut aller plus loin que le papier pour réaliser une coordination concrète entre les différents

partenaires du réseau, incluant l'implication des personnes utilisatrices et des familles dans l'organisation des services en santé mentale. La finalité de leurs actions se profile déjà à l'horizon, cette coordination passe par le soutien de ces partenaires internes et externes œuvrant en santé mentale et par la consolidation et le déploiement des composantes clés du réseau, telles que la fonction de psychiatre répondant (aux services spécialisés), d'agent de liaison (régional) et d'intervenant pivot (local). Je n'invente rien, ces fonctions étaient déjà au cœur du plan d'action en santé mentale 2005-2010. Elles doivent être réactivées et conduites avec proactivité dans le contexte de la réforme en cours.

Non seulement cette proactivité est-elle essentielle, mais il serait contreproductif de ne pas en faire preuve. Parce qu'à défaut de convaincre les décideurs, il y a – paradoxalement – un risque que la présente réforme de la gouvernance accentue l'érosion de l'accès, la diminution des services et le nivellement par le bas, consécutifs à une évaluation et à un financement insuffisants des besoins.

Je suis optimiste de nature. Mais quelquefois, devant l'évidence, il faut être prudent et ne rien négliger. Ces *Journées annuelles de santé mentale 2015* ne devraient pas, à mon avis, se terminer demain soir sur un « à l'année prochaine », mais plutôt sur des recommandations précises au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Dans cet « ensemble » de notre « Faire ensemble et autrement », il n'est pas le moindre des acteurs, surtout le temps venu de décider des priorités.

Je vous remercie de votre écoute.