

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

Qualité de l'accueil, qualité des services, qualité de vie de l'utilisateur : le plan n'offre pas les garanties suffisantes

L'accueil que réservent les services publics aux personnes vulnérables, et en particulier la capacité de ces services de s'adapter à leur situation et besoins spécifiques, est une préoccupation de premier plan du Protecteur du citoyen.

Au fil de ses enquêtes, il constate que des améliorations tardent à se mettre en place alors qu'elles bénéficieraient à ces citoyens vulnérables. Parmi ceux-ci, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale ont retenu plus particulièrement notre attention au cours de la dernière année.

Une personne sur cinq

Selon le Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec³⁷ :

« Une personne sur cinq connaîtra à un moment ou l'autre de son existence un problème de santé mentale. »

Pour un certain nombre d'entre elles, l'accessibilité aux services se réalise dans un contexte favorable et elles demeurent intégrées dans la société. D'autres, toutefois, en raison de leur condition, doivent faire face à des degrés divers aux réalités suivantes : exclusion, sentiment d'isolement, inactivité et marginalisation, pauvreté, itinérance, dégradation de leur santé physique, épisodes de crise, fréquentes hospitalisations ou retrait en milieu carcéral. Au manque de ressources d'aide s'ajoutent différents types d'abus dont elles peuvent faire l'objet en raison de leur vulnérabilité.

Ces personnes ne connaissent pas toujours leurs recours et leurs droits. Ce sont fréquemment des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de même que des organismes communautaires ou de défense des droits qui agissent en leur nom. Ce sont aussi leurs proches qui tentent de faire de leur mieux.

Le Protecteur du citoyen sait qu'une large part des citoyens souffrant d'un problème de santé mentale ne le connaissent pas ou n'ont pas la capacité de demander son intervention. Il existe pourtant pour eux également, dans le respect des pouvoirs qui lui

37 Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé, Document synthèse, Santé et Services sociaux, Québec, 2005, p. 13.

sont conférés en vertu de la Loi sur le Protecteur du citoyen et de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux. C'est ainsi qu'il a entrepris des actions pour mieux comprendre leur situation et se faire connaître davantage dans les milieux concernés en rencontrant des membres du réseau de la santé et des services sociaux.

Ses enquêtes faisant suite aux plaintes reçues ainsi qu'à de nombreux entretiens au ministère de la Santé et des Services sociaux et dans le réseau de la santé et des services sociaux ont mis le Protecteur du citoyen en contact avec la complexité des services en santé mentale et avec le défi que représente l'organisation de ces services.

En termes d'organisation des services, le ministère de la Santé et des Services sociaux a fait connaître en 2005 ses objectifs, orientations et moyens dans son *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Le plan d'action insiste, entre autres, sur la santé mentale en tant que priorité nationale et sur l'engagement à « mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour améliorer l'aide que nous offrons comme société, aux personnes ayant un trouble mental³⁸ ». Le but est de doter le Québec de ressources en santé mentale qui reconnaissent la capacité de la personne visée par les services, d'agir pour se rétablir. On mise également sur des services hiérarchisés et efficaces, sur le continuum de l'offre et de la qualité de même que sur des partenariats entre les fournisseurs de services et les ressources de la communauté.

Le premier volet de notre analyse rappelle brièvement que les deux vagues de réorganisation des services en santé mentale ont fait l'objet d'un rapport approfondi en 1997 intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*³⁹. Produit sous l'égide du Comité de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce rapport demeure toujours pertinent et éclairant à l'égard des conditions de succès d'une telle reconfiguration. Nous nous inspirons de ce rapport pour formuler des recommandations quant au suivi du plan d'action. En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux compte, parmi ses responsabilités, celle de donner les orientations et d'approuver les plans d'action. Concernant plus particulièrement le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, il s'est engagé à procéder à l'évaluation de son implantation en 2010 « au terme des cinq années de son application⁴⁰ ».

La deuxième partie relate des plaintes et des signalements qui ont été autant d'occasions de constater que des manquements majeurs aux droits fondamentaux continuent de peser sur la condition des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale. Notre intervention dans ces cas précis nous a conduits, entre autres, à constater que la qualité des services à l'égard de ces personnes pouvait, de façon flagrante, passer en second.

La personne souffrant d'un problème de santé mentale doit avoir accès aux mêmes services, indépendamment du lieu où elle se trouve : la rue, la communauté, l'hôpital.

Les interventions qu'a menées le Protecteur du citoyen, en réponse à des plaintes ou à des signalements, illustrent qu'il existe encore des pratiques qui contreviennent aux droits de ces personnes et que l'implantation du Plan d'action en santé mentale pose encore de multiples défis.

Le présent dossier a pour but de les mettre en évidence, dans l'optique constructive d'y trouver des solutions à mettre en place avant l'échéance de 2010.

38 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 8.

39 *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Comité de la santé mentale du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 265 p.

40 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 87-88.

Volet 1

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux vise à assurer l'accessibilité à une variété de services offerts de façon continue à l'ensemble de la population. Le premier enjeu cité dans le plan d'action est le «rétablissement de la personne dans sa globalité» et «le développement de moyens qui lui donneront espoir et faciliteront sa participation active dans la société⁴¹. En cohérence avec cet énoncé, l'un des principes directeurs est de reconnaître «la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent⁴²». Pour ce faire, il mise sur la constitution d'équipes de première ligne qui dispensent des services de base en santé mentale. Ces équipes travaillent en collaboration avec l'ensemble des ressources participant au réseau local de santé et services sociaux en provenance des organismes communautaires, des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des groupes de médecine familiale. Il mise aussi sur la collaboration entre ces équipes et celles des services de deuxième et troisième lignes, spécialisées et surspécialisées (hôpitaux généraux avec un département de psychiatrie et hôpitaux psychiatriques). En 2002-2003, le Vérificateur général du Québec, dans son rapport à l'Assemblée nationale, avait révélé à cet égard que plusieurs personnes prêtes à vivre dans un autre milieu doivent demeurer hospitalisées, ce qui entraîne des coûts importants. Il avait également souligné⁴³ l'occupation de lits par des personnes dont l'état de santé ne le requiert plus, pendant que d'autres attendent d'avoir accès aux services d'un psychiatre et à une place à l'hôpital.

Des conditions de réussite d'une réorganisation des services

Dans son rapport intitulé *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale* de 1997, le Comité de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux a énoncé les conditions de réussite de la désinstitutionnalisation. En voici quelques-unes :

- la participation de l'utilisateur aux décisions qui le touchent ainsi que celle de sa famille et de ses proches ;
- des mesures de soutien aux intervenants dans les milieux communautaires et hospitaliers ;
- la planification d'inévitables coûts de transition : l'argent – ou un pourcentage important des sommes – doit suivre l'utilisateur de l'hôpital vers la communauté en plus de permettre la création de ressources alternatives avant la fermeture des lits hospitaliers ;
- la présence d'équipes pour faire un suivi rigoureux de ce qu'il advient lorsque la désinstitutionnalisation a lieu ;
- la mise en place d'initiatives de concertation intersectorielle pour faciliter l'accès au logement, au loisir, à des activités thérapeutiques, au travail et, au besoin, à l'aide légale ;

41 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 11.

42 *Idem*, p. 12.

43 *Le Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale 2002-2003*, p. 16, Tome I.

- le soutien au développement de ressources locales et communautaires d'entraide et de soutien social ;
- l'abolition de préjugés fortement ancrés dans la population envers la personne souffrant d'un problème de santé mentale.

Le Protecteur du citoyen constate que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 intègre certaines leçons du passé. Par exemple :

- des équipes de première ligne doivent être spécifiquement formées ainsi que des unités de crise mobiles ;
- des services d'intégration sociale⁴⁴ doivent agir sur le plan du soutien aux études, de l'intégration au travail et de l'accès à des services résidentiels ;
- des mesures de suivi intensif doivent être mises en place de même que le soutien d'intensité variable dans la communauté ;
- des responsabilités doivent être définies entre les différents acteurs.

Le Protecteur du citoyen constate également que le succès du plan dépend aussi, et de façon importante, de l'adhésion du monde médical. On pense ici :

- aux psychiatres dont les pratiques sont appelées à se modifier, notamment en agissant comme psychiatres répondants auprès des équipes de première ligne ;
- aux omnipraticiens qui accepteront de donner des services à des usagers qui ne requièrent plus de soins psychiatriques⁴⁵.

Au terme de la mise en œuvre du plan, en 2010, la réorganisation des services devrait avoir permis de diminuer les listes d'attente pour obtenir des services en santé mentale et avoir amélioré de façon substantielle l'accessibilité, la continuité et la qualité des services⁴⁶. La collaboration entre les équipes de première, deuxième et troisième lignes devrait assurer la fluidité du passage des usagers entre les lignes de services. Le développement des services de suivi intensif et variable ainsi que d'intégration sociale, devrait fournir de meilleures conditions de rétablissement dans la communauté.

Au bout du compte, c'est non seulement l'état de santé des personnes qui devrait s'en trouver amélioré, mais également leur qualité de vie, ainsi que le souligne le plan⁴⁷.

Or, le Protecteur du citoyen observe que :

- les différents suivis prévus au plan⁴⁸ sont de nature quantitative : nombre d'usagers ayant reçu tel ou tel service, services accessibles localement, prévision des dépenses et des volumes d'activité ;
- l'évaluation des résultats liés à l'implantation du plan d'action et la gestion du changement ne font pas état de la dimension de la qualité des services et de la qualité de vie des usagers. Il s'agit pourtant d'une dimension centrale et incontournable.

44 *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Société d'habitation du Québec, 2007.

45 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 46, 67 et 89.

46 On note toutefois que, en janvier 2008, la pression sur la demande d'hébergement dans la communauté est encore grande en raison de la décroissance prévisible du nombre de lits de longue durée et l'existence d'une liste d'attente importante pour le secteur de la psychiatrie légale, selon les responsables des mécanismes de coordination de l'accès aux services de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté.

Source : Bisson, J. Alexandre, H. Cadorette, S. Boies, et R. Morissette, *Mécanismes de coordination de l'accès aux services de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté*, Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2008, p.1-2.

47 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 8.

48 *Idem.*, p. 87-88.

Rappelons, à l'instar du Comité de la santé mentale (rapport de 1997⁴⁹), qu'à défaut d'accorder à l'amélioration de la qualité des services et de la vie dans la communauté une place centrale, on risque de lui substituer des objectifs à caractère uniquement quantitatif.

Certes le cadre de référence concernant les projets cliniques des CSSS fait place à la « qualité » des services et mentionne qu'un gestionnaire doit être désigné pour la garantir dans les milieux de vie où résident des personnes vulnérables. Il mentionne également que, pour rendre compte de la dimension qualitative qui fait référence aux aptitudes personnelles et relationnelles des intervenants, la participation de la population en général et des usagers en particulier à l'évaluation des services est requise⁵⁰. Cependant, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 n'intègre pas la dimension de la qualité dans l'évaluation que le Ministère entend mener au terme des cinq années d'implantation ; la qualité ne se retrouve pas parmi les objectifs prioritaires du plan.

Recommandations 2007-2008

Recommandation 1

Considérant que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 énonce « qu'au terme de l'ambitieux projet proposé, les personnes atteintes d'un trouble mental et leurs proches auront plus facilement accès à des services qui amélioreront leur état de santé et leur qualité de vie⁵¹ » ;

Considérant qu'à défaut d'un suivi et d'une évaluation rigoureuse et continue des standards de qualité de vie, cet objectif risque d'être négligé, voire oublié, alors qu'il se trouve au cœur de la réorganisation des services en santé mentale ;

Considérant que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010, dans sa partie XII intitulée « Suivre et évaluer » ne prévoit aucun suivi à l'égard de la qualité des services et de la qualité de vie des usagers en santé mentale ;

Considérant qu'il est nécessaire d'avoir un portrait d'ensemble de la qualité des services et de la qualité de vie des usagers en santé mentale ;

LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

Que le suivi de l'implantation du plan d'action sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux⁵² comporte une évaluation de la qualité des services et de la qualité de vie des usagers, quel que soit le lieu de prestation de services et quel que soit le type de services.

49 *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1997, p. 84 : « À défaut d'accorder à cet objectif d'accessibilité et de qualité des services dans la communauté la place centrale qu'il doit occuper, on s'exposerait à lui substituer des objectifs à caractère davantage instrumental, dont l'atteinte ne saurait constituer une garantie suffisante. Ce serait le cas, par exemple, si la réduction du nombre de lits et de la durée des séjours en psychiatrie devenait, dans les faits, le premier objectif poursuivi et était considérée comme une condition suffisante pour l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services dans le milieu. »

50 *Idem*, p. 22-23.

51 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 8.

52 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 88.

Cette évaluation pourrait, entre autres, prendre en compte les responsabilités dévolues aux CSSS en matière de qualité des services dans le projet clinique et accorder une attention particulière à la qualité :

- de l'accueil dans les ressources de services, notamment à l'urgence⁵³ ;
- des mesures de soutien⁵⁴ ;
- des milieux de vie⁵⁵.

Commentaires du Ministère

Voici les commentaires du Ministère, transmis par son sous-ministre :

« Le Ministère a effectivement prévu une étape d'évaluation du plan d'action en santé mentale 2005-2010, *La force des liens* afin d'en connaître les impacts. »

Réponse du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen note qu'il n'y a aucun engagement du ministère de la Santé et des services sociaux à l'égard de la qualité.

Recommandation 2

Considérant que la qualité des services et la qualité de vie des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dépendent aussi de l'acceptation sociale de ces dernières ;

Considérant que ces citoyens ont un potentiel et une capacité de participation et de contribution utile à la société ;

Considérant que le Plan d'action reconnaît que :

« L'image attachée à la maladie mentale, aux organismes de traitement et, parfois, aux intervenants de ce domaine demeure négative dans l'esprit du public et des autres professionnels de la santé. Les craintes engendrées par les troubles mentaux limitent le recours des personnes visées à l'aide dont elles ont besoin, de même qu'elles entravent le processus d'intégration sociale de ces personnes⁵⁶ » ;

Soulignant la pertinence et la qualité de l'initiative du ministère de la Santé et des Services sociaux qui a entrepris, au cours des derniers mois, une campagne d'information à cet égard ;

53 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 29.

54 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 26.

55 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 15.

56 *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 17.

LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux, à partir de l'évaluation de l'impact de cette initiative, la poursuive et l'intensifie plus particulièrement auprès des milieux où le Ministère estime que la stigmatisation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale est la plus accentuée.

Commentaires du Ministère

Voici les commentaires du Ministère, transmis par son sous-ministre :

« En concertation avec les partenaires du secteur de la santé mentale, la prochaine étape de la démarche de communication va d'adresser aux milieux spécifiques, tel que recommandé. »

Volet II

Pour les personnes souffrant d'un problème de santé mentale des manquements aux droits fondamentaux persistent

La mise en œuvre du plan d'action comporte des objectifs qui visent à améliorer l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale. Le Protecteur du citoyen insiste sur le fait que le respect des droits, autant que l'accessibilité aux services, doit être au centre des préoccupations de tous les membres du réseau.

En 2007-2008, le Protecteur du citoyen a traité 18 plaintes et signalements au sujet de pratiques en centres hospitaliers offrant des services psychiatriques, dont une à l'égard d'un CLSC, qui portent atteinte aux droits et aux libertés de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Certaines de ces plaintes étaient logées au nom de plusieurs citoyens. Elles portaient sur une part minime de l'ensemble des actes posés en matière de santé mentale. Cependant, il faut garder à l'esprit que les personnes concernées n'ont bien souvent ni l'énergie, ni la capacité de faire valoir leur point de vue et de s'adresser à des instances de recours. Par ailleurs, on peut aisément penser et comprendre que celles qui guérissent s'évitent la souffrance de replonger dans les circonstances qui les ont marquées pour formuler leurs griefs. Cette année encore, il a suffi d'une seule plainte pour permettre d'identifier des pratiques persistantes d'intervenants qui agissaient en contravention avec des droits fondamentaux des usagers.

Enfin, un signalement d'un groupe de défense des droits a permis de constater une problématique collective. Ces facteurs conjugués confirment qu'on est ici en présence de la pointe visible de phénomènes plus considérables qu'il n'y paraît.

Les plaintes de la dernière année révèlent, entre autres, que **bon nombre de situations dénoncées dans le précédent rapport annuel du Protecteur du citoyen persistent**. Les manquements se répètent, au mépris des garanties énoncées par la Charte des droits et libertés de la personne, par le Code civil du Québec et par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Chacune de ces assises juridiques protège la dignité et l'inviolabilité de toute personne. La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui agit dans le même sens, en encadrant rigoureusement la garde d'une personne contre son gré. Seules des situations exceptionnelles justifient son application, faute de quoi l'atteinte aux droits de la personne que constitue cette garde forcée est une violation de la loi.

La sectorisation en santé mentale : encore...

La sectorisation est le fait de réserver la prestation de services psychiatriques d'un territoire géographique donné à ses seuls résidents. Le code postal de la résidence de l'utilisateur devient un critère d'accès à un établissement responsable de lui fournir des services. Cette approche s'est développée parallèlement au mouvement de désinstitutionnalisation amorcé dans les années 1960.

Au départ, il s'agissait d'une mesure « positive » à l'égard de l'utilisateur, puisqu'elle visait avant tout à imposer à chaque établissement l'obligation de prendre en charge les personnes de son secteur, selon un découpage précis du territoire. L'utilisateur demeurait cependant, et demeure toujours, libre de choisir le professionnel et l'établissement de santé desquels il désirait recevoir des services, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Mesure strictement administrative, la sectorisation n'a jamais fait l'objet d'une norme législative ou réglementaire. Avec les années, on a toutefois constaté que son application faisait obstacle au libre choix prévu par la Loi. Le Plan d'action en santé mentale de 2005-2010 précise clairement que « dans tous les cas, la Loi sur les services de santé et les services sociaux a préséance sur les modalités d'organisation territoriale et elle permet aux personnes de choisir leur fournisseur de services⁵⁷ ». En 2006, les autorités du Ministère ont fait un rappel à toutes les agences régionales pour que cesse la sectorisation.

Cette année encore, le Protecteur du citoyen a constaté que le code postal continuait d'ouvrir ou de fermer des portes...

Bien que la Loi sur les services de santé et les services sociaux ait connu de nombreuses modifications au cours des dernières années, le législateur a toujours maintenu le droit au libre choix du professionnel et de l'établissement. L'établissement qui refuse l'accès à des usagers qui ont besoin de services de santé mentale en se basant sur le code postal de résidence contrevient directement à ce droit.

Les enquêtes du Protecteur du citoyen ont démontré à nouveau que la sectorisation continuait de s'exercer au sein des établissements ayant fait l'objet de signalements. Dès lors, il a recommandé la fin immédiate de cette pratique et a informé les autorités du Ministère de ses constats et recommandations.

Au-delà du principe même du libre choix de l'établissement, le Protecteur du citoyen s'est intéressé à la question de fond : pourquoi des personnes souffrant de problèmes

57 Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2005, p. 25.

de santé mentale veulent-elles obtenir des services dans un autre établissement que celui de leur secteur ? La réponse souvent invoquée par le corps médical est que cette tendance, fréquemment observée, fait partie de la pathologie. Soit l'utilisateur conteste le diagnostic ou l'approche thérapeutique et désire obtenir une seconde opinion auprès d'un autre psychiatre ; soit l'utilisateur, placé devant l'essence même de son problème par les spécialistes, refuse d'approfondir cette dimension et souhaite consulter un autre médecin. Quelles que soient les circonstances, le Protecteur du citoyen tient à rappeler que la sectorisation nie un droit et contrevient à la loi.

Au cours de l'année qui vient, le Protecteur du citoyen compte veiller de façon particulière à la fin effective de toute forme de sectorisation.

L'éparpillement des ressources d'urgence psychiatriques pour les personnes itinérantes

Parmi les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, on retrouve des personnes itinérantes aux prises avec des pathologies sévères et persistantes. Ces personnes ne portent pas plainte au Protecteur du citoyen. Fuyant généralement les structures publiques, ignorant souvent même jusqu'à leur existence, elles sont alors sans défense. Ce sont donc des établissements de services de santé et de services sociaux, de même que des organismes communautaires qui tentent de les aider et de les orienter, qui peuvent le mieux témoigner de ce qu'elles vivent. Le Protecteur du citoyen a rencontré plusieurs de ces intervenants grâce auxquels se précise le portrait du phénomène de l'itinérance.

Les personnes itinérantes sont accueillies par différentes ressources communautaires tels les refuges de nuit, les soupes populaires et les centres de jour. Certaines ne fréquentent aucune de ces ressources. D'autres itinérants sont des habitués des ressources d'aide, mais connaissent des phases de crises aiguës qui ne peuvent être traitées dans la communauté. Dans les deux cas, l'hôpital devient un autre type de refuge, et l'urgence psychiatrique est la bouée de secours. Très souvent, les itinérants sont amenés à l'urgence des hôpitaux par des ambulanciers ou des policiers.

Décrivons brièvement un profil courant⁵⁸ parmi les personnes itinérantes. Bon nombre d'entre elles :

- connaissent des problèmes de santé mentale importants, dont la schizophrénie paranoïde, la bipolarité, le trouble délirant ou la dépression majeure ; par contre, plusieurs n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic ;
- éprouvent des difficultés d'adaptation majeures à la vie en société ;
- agissent de façon incompatible avec le fonctionnement de la structure des services publics et ont donc difficilement accès aux diverses formes d'aide sociale ;
- souffrent de problèmes de santé physique et vieillissent prématurément ;
- sont réfractaires à l'approche traditionnelle des services de santé ;
- ont un quotidien fait de précarité à tous les niveaux ;
- ont, ou ont eu, des démêlés judiciaires dans certains cas ;
- vivent de façon isolée au sein d'un milieu qui leur est hostile, soit la rue.

⁵⁸ Ces données concernant un profil type sont tirées d'un article intitulé « La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes », Équipe itinérance, Montréal, paru dans *Santé mentale au Québec*, 2000, volume XXV, no 2, p. 179-194.

On parle donc ici de personnes qui vivent des problèmes multiples et qui représentent des cas complexes pour les ressources de services qui les voient revenir, fois après fois...

À Montréal, où le phénomène est plus accentué par rapport aux autres régions du Québec, une majorité de personnes itinérantes se tiennent dans les quartiers centraux de la ville. Par conséquent, le centre hospitalier le plus sollicité pour leur venir en aide est le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Compte tenu de cet achalandage important et des limites de la capacité d'accueil, un système de répartition a été implanté il y a une dizaine d'années : onze hôpitaux de la région de Montréal offrant des services en psychiatrie assument obligatoirement leur «tour de garde» d'une durée d'une semaine. À première vue, la formule peut paraître répondre à un problème d'engorgement. En réalité, comment, dans ce contexte, assure-t-on la qualité du traitement de la personne et le respect de ses droits?

Le «tour de garde» étant d'une semaine, on observe parfois que des intervenants tardent à prendre soin de la personne itinérante atteinte d'un problème de santé mentale de façon à pouvoir la réacheminer vers l'établissement qui prendra son tour de garde quelques heures plus tard ou le lendemain. Une telle attitude donne lieu à un ballotement d'autant plus inadmissible que dans sa situation, la personne itinérante a besoin d'être sécurisée et son état stabilisé. Un tel fonctionnement a également pour effet de nier le droit de la personne à choisir l'établissement de santé de son choix. L'hôpital dont ce n'est pas le tour de garde n'est en effet pas tenu de l'accueillir et lui indique alors à quel établissement faire appel, selon le calendrier.

Bien qu'ayant alloué un million de dollars, récurrent, à des organismes qui œuvrent auprès des personnes itinérantes, le ministère de la Santé et des Services sociaux ne s'est pas prononcé au sujet du phénomène de l'itinérance et des solutions structurantes à y apporter en termes de développement de ressources adéquates. Le cadre de référence sur l'itinérance, actuellement en consultation, est attendu avec intérêt de la part du Protecteur du citoyen.

La mise en isolement

Qui décide? Pour quel motif? Pour combien de temps? Qui consent?

Une plainte examinée cette année par le Protecteur du citoyen a soulevé à elle seule plusieurs problèmes en lien avec la mise en isolement et a nécessité des rappels à l'établissement pour corriger les manquements constatés. Les situations dénoncées ne sont pas les seules et d'autres plaintes le corroborent.

Une personne a été mise en isolement pendant son séjour à l'urgence psychiatrique d'un centre hospitalier parce qu'elle refusait de prendre une médication. La personne n'avait jamais pris le médicament en question et a cherché à en connaître les effets, sans obtenir les renseignements. Cette mesure a été prise sans qu'on recueille son propre consentement, ni celui de son représentant. Appelé à la rescousse, son avocat n'a eu accès au dossier qu'après avoir dû insister et agir avec autorité.

Le seul motif prévu à la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour justifier l'utilisation de la mise en isolement est de prévenir que l'utilisateur ne s'inflige des lésions ou qu'il en inflige à autrui. Il y a lieu de s'inquiéter, dans le cadre de cette

plainte-ci et d'autres, de l'utilisation de la mise en isolement sans motif de dangerosité. Quant à la durée de cet isolement, nous constatons qu'elle excède souvent le temps nécessaire au retour au calme de la personne.

Rappelons que la mise en isolement ne peut être prescrite que par un médecin. Entre autres démarches, le Protecteur du citoyen a pris connaissance du protocole d'application des mesures de contrôle – contention physique et chimique, isolement – de l'établissement concerné. Il a constaté que le centre hospitalier, contrairement à ce que prévoit la Loi, autorisait formellement d'autres intervenants que le médecin à décider de recourir à l'isolement : infirmières, physiothérapeutes et ergothérapeutes. Cette pratique a évidemment fait l'objet d'une recommandation du Protecteur du citoyen afin que l'établissement se conforme à la Loi, s'assure que le médecin, et lui seul, puisse prescrire la mise en isolement, et qu'il modifie son protocole en conséquence.

Que l'on parle de mise en isolement ou de prise de médicaments, dans les deux cas la Loi prévoit expressément que le consentement éclairé de la personne, ou d'une personne désignée, est requis. L'établissement ne peut agir sans ce consentement que si la vie de l'utilisateur est en danger ou si son intégrité est menacée, et que son consentement ou celui de son représentant légal ne peut être obtenu en temps utile.

D'une part, dans le cas dont il est question ici, les intervenants n'ont pas cherché à obtenir le consentement requis, ce qui a justifié une recommandation du Protecteur du citoyen à ce sujet. D'autre part, la notion du consentement « éclairé » soulève l'obligation qu'a le médecin de fournir des renseignements compréhensibles pour l'utilisateur ou son représentant. Dans le domaine des services médicaux, les termes employés relèvent souvent du langage scientifique et de notions pharmacologiques qui ne sont pas à la portée de la population en général. Le Protecteur du citoyen a rappelé à l'établissement son devoir d'informer adéquatement l'utilisateur ou son représentant légal, avec le souci d'être bien compris.

Lors de son examen des faits, le Protecteur du citoyen a constaté que les notes d'observation au dossier de l'utilisatrice étaient souvent incomplètes ou inexistantes, ce qui dénote de la négligence par rapport au droit de la personne à ce qu'elles soient consignées selon les règles de l'art. Celle-ci doit pouvoir avoir accès aux données qui devraient normalement constituer son dossier et qui devraient livrer un exposé exact de sa situation et de son traitement. La possibilité de consulter de telles notes doit être accordée à son représentant, à l'un de ses proches ou à son avocat, le cas échéant.

À cet égard, l'avocat de l'utilisatrice s'est buté à une résistance du personnel avant de pouvoir obtenir le dossier de sa cliente. Or, l'autorisation de celle-ci et les circonstances de son hospitalisation auraient dû lui en faciliter l'accès. Le Protecteur du citoyen a soulevé cet autre point au sujet duquel il a recommandé des modifications aux pratiques courantes.

L'attitude du personnel concerné – personnel médical et infirmier de l'urgence et des unités de soins psychiatriques – résultait d'un manque d'information sur les mesures de contention et d'isolement, y compris les aspects du consentement libre et éclairé, la surveillance à exercer et la rédaction des notes d'observation au dossier. Le Protecteur du citoyen a demandé que l'établissement veille à combler ces lacunes, à organiser des séances de formation de ses employés et à lui transmettre un bilan des séances. Toutes les recommandations du Protecteur du citoyen ont été acceptées.

Sans suivi rigoureux et continuité dans les services, un usager se retrouve seul avec sa souffrance

La condition de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale exige que la responsabilité d'offrir des services par les différentes ressources de santé se fasse de façon concertée et cohérente, toujours en étroite collaboration avec la personne elle-même et ses proches s'il y a lieu. Cette préoccupation est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et constitue un préalable au mieux-être de la personne.

Un usager est envoyé pour évaluation par son médecin de famille dans une clinique relevant d'un établissement. Il en ressort que le jeune homme éprouve des problèmes multiples, notamment un trouble de déficit de l'attention et de comportement, de langage et de l'apprentissage ainsi qu'un problème de toxicomanie. Il est convenu que la clinique en question assurera les services. Le médecin traitant prescrit aussi un suivi psychosocial dans un CLSC. Un premier psychiatre de la clinique intervient, mais des problèmes relationnels entre la mère de l'usager et le médecin entraînent la désignation d'un autre psychiatre.

Pour son suivi psychosocial, l'usager rencontre l'intervenant social du CLSC. Par contre, plusieurs mois s'écoulent sans qu'il ne parvienne à rencontrer le psychiatre de la clinique et sans qu'il puisse renouveler sa médication en temps voulu. Ces renouvellements finissent néanmoins par se faire par intermittence et par différents médecins. À des fins thérapeutiques, l'intervenant social jumelle le jeune homme avec un autre usager pour le partage d'un logement, ce dernier s'étant lui-même libéré de diverses dépendances peu auparavant. Or, la cohabitation entre les deux hommes devient bientôt une source de conflits entre eux, sans compter qu'un locataire du même bâtiment, lui-même vendeur de drogue, constitue un risque de récurrence. Informé de ces éléments, l'intervenant social ne donne, pour ainsi dire, aucune suite. Le jeune homme se retrouve sans logement et sans avoir bénéficié d'un véritable suivi psychiatrique. La mère de l'usager porte plainte au Protecteur du citoyen.

L'enquête du Protecteur du citoyen a démontré que ni l'intervenant social ni le médecin n'ont coordonné leurs moyens pour en venir à l'application efficace d'un plan de traitement précis.

Par ailleurs, même si, en plusieurs occasions, l'usager lui-même n'avait pas fait preuve de l'assiduité nécessaire lors de démarches et de rendez-vous, le Protecteur du citoyen n'a pas jugé que l'échec du traitement reposait sur cette donnée, compte tenu des problèmes de santé mentale qui amenaient l'usager à se faire soigner. Il y avait là plutôt un manque de compétence professionnelle de la part de l'intervenant, un manque de supervision clinique à son endroit de la part de ses supérieurs et une absence de concertation des ressources psychiatriques et psychosociales qui auraient dû, normalement, assumer conjointement l'application des mesures prescrites par le premier psychiatre. Les recommandations visant à prévenir la répétition de ce genre de situation ont été acceptées, notamment d'assurer un encadrement clinique des professionnels et élaborer une politique à cet effet.

Le consentement à l'évaluation psychiatrique

Le Code civil du Québec consacre l'inviolabilité de la personne et son droit à l'intégrité, ce qui signifie notamment que nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement, qu'il s'agisse d'un examen, d'un prélèvement ou d'un traitement. Selon la loi, l'évaluation psychiatrique est un soin et le fait d'y soumettre une personne sans son consentement constitue une atteinte à l'intégrité de cette personne. Dès lors, à moins qu'il y ait un consentement valide ou une ordonnance de la cour, on ne peut procéder à une évaluation psychiatrique.

Le Protecteur du citoyen a reçu un signalement d'un groupe de défense des droits concernant la validité d'un formulaire utilisé dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. L'analyse des faits observés dans l'établissement de santé mis en cause a démontré que des pratiques courantes contournaient la loi, particulièrement à l'étape de la garde préventive.

La garde préventive désigne une période d'hospitalisation pouvant aller jusqu'à 72 heures et durant laquelle une personne peut être gardée contre son gré pour autant que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Des conditions strictes encadrent le déroulement de la garde préventive : selon la loi, cette étape ne permet que la garde et la surveillance de la personne. Si des soins doivent être prodigués durant ces 72 heures, la personne – ou son représentant – doit y consentir de façon libre et éclairée.

L'enquête du Protecteur du citoyen lui a permis de constater qu'il arrive régulièrement que deux examens psychiatriques par deux psychiatres différents soient effectués durant la garde préventive, sans le consentement valide de la personne. Une telle façon de faire a aussi pour effet de passer outre l'étape légale de la requête en garde provisoire. Cette garde, qui ne peut être autorisée que par la Cour du Québec, ordonne à la personne, malgré son refus, de subir deux examens psychiatriques, en vue d'établir la nécessité pour elle d'être placée en garde régulière.

On le voit, le processus entourant la garde en établissement d'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale est soigneusement balisé par la loi. Le consentement aux soins fait partie du respect de l'inviolabilité de toute personne et chaque intervenant est personnellement et professionnellement responsable du respect de ce droit.

Le signalement à l'origine de l'intervention du Protecteur du citoyen ne portait pas sur des cas spécifiques, mais plutôt sur des pratiques d'ensemble. Son action s'est donc orientée vers les outils utilisés et les modes d'application de la loi par l'établissement. Il a d'abord examiné un formulaire qu'emploient les psychiatres, soit le *Rapport d'examen psychiatrique pour requête de garde en établissement*. Une section du document avait trait à l'absence d'opposition de l'usager à subir un examen, sans toutefois se référer au consentement lui-même. L'enquête a aussi porté sur la procédure d'application de la loi concernant la garde régulière en établissement.

Concernant la section du formulaire, le Protecteur du citoyen a estimé que, tant par son intitulé que par son contenu, elle ne satisfaisait pas aux exigences juridiques en matière de consentement. Ainsi, le texte ne faisait pas directement référence à l'aptitude de la personne à consentir ou non à un examen psychiatrique, ni à l'information

qu'elle devait avoir reçue concernant les buts de cet examen et son droit de refus. On ne faisait pas davantage référence à la notion du consentement substitué du représentant légal. Le Protecteur du citoyen a donc recommandé que le formulaire soit modifié de façon à refléter le droit de l'utilisateur de donner ou de refuser son consentement au soin que constitue l'examen psychiatrique, de façon éclairée ou, à défaut, de recourir au consentement substitué.

Plus globalement, le signalement de l'organisme communautaire portait aussi sur le manque d'information aux personnes en garde en établissement à propos de leurs droits en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. À cet égard, le Protecteur du citoyen a pris connaissance de la procédure médico-administrative interne. Celle-ci était effectivement incomplète au chapitre des renseignements qui doivent obligatoirement :

- être transmis à l'utilisateur ou à son représentant ;
- être consignés par les intervenants ;
- être versés au dossier de l'utilisateur.

Les recommandations du Protecteur du citoyen, adressées tant à l'établissement qu'à l'agence régionale et portées à la connaissance du ministère de la Santé et des Services sociaux, ont donc visé à pallier les manques de la procédure et à intégrer totalement les préoccupations de la loi aux pratiques quotidiennes. Il a également recommandé que les employés reçoivent une formation en ce sens. L'établissement a accepté de mettre en œuvre les recommandations du Protecteur du citoyen. Ce dernier demeure attentif à l'application concrète des nouvelles mesures.

D'autres plaintes adressées au Protecteur du citoyen concernaient la question du consentement « escamoté » de la part de l'utilisateur ou de son représentant, que ce soit pour la prise d'un médicament, un test de sang ou la prolongation d'une mesure de contention alors que la phase aiguë est passée. Dans un établissement, un membre de l'équipe soignante de l'unité de psychiatrie a même expliqué au Protecteur du citoyen qu'on ne recueillait jamais le consentement aux mesures de contrôle parce que « les patients vont refuser de le faire ». Cette dernière remarque inquiète ; elle démontre que le contexte juridique et les règles de consentement sont mal connus de ceux-là mêmes sur qui repose le respect de la Loi.

L'inviolabilité de la personne constitue une règle fondamentale de droit qui s'applique à tous, en toutes circonstances. À plus forte raison, en période de crise ou d'extrême vulnérabilité, une personne doit pouvoir compter sur le respect de ses droits par les intervenants du réseau de la santé.

Les délais d'attente et le non-respect des droits

Après une première tentative de suicide, une jeune fille rencontre un psychiatre qui détecte chez elle un trouble de personnalité limite. L'hôpital où pratique le spécialiste offre les services appropriés aux usagers selon une liste d'attente qui affiche des délais d'une à deux années. Durant les mois suivants, la jeune fille multiplie les tentatives de mettre fin à ses jours et, en dépit des démarches d'un médecin généraliste, elle demeure en attente

d'un rendez-vous. De son côté, sa mère contacte la secrétaire du service médical concerné et la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de l'hôpital. Finalement, la mère porte plainte à l'hôpital.

À l'issue de tout ce cheminement, c'est-à-dire deux ans après les premiers événements, sa fille a accès à un programme d'aide sur une base continue. Afin d'éviter que d'autres familles vivent les mêmes problèmes, la mère demande au Protecteur du citoyen d'agir en ce qui a trait aux délais d'attente.

Dans un autre cas, une mère fait une demande de services en psychologie au CSSS de sa région pour sa fille de trois ans. On lui indique que le délai d'attente s'étend de une à deux années. Compte tenu des préjudices qu'il peut en résulter, pour sa fille et pour d'autres usagers en attente, la mère demande au Protecteur du citoyen d'intervenir.

Ces deux plaintes font d'abord ressortir l'impact et les risques qu'engendrent les longs délais d'attente pour les services de santé mentale. Dans un cas, il est question d'une personne suicidaire. Dans l'autre, un enfant présente des troubles alarmants dès son plus jeune âge et les délais la privent des avantages d'un traitement précoce.

Se pose ici l'un des défis majeurs du Plan d'action en santé mentale 2005-2010, à savoir le déploiement des services de première ligne. D'ores et déjà, conformément à l'une des orientations du plan, on constate un renforcement de cette première ligne habilitée à évaluer le degré d'urgence de chaque cas, soit pour prendre soin d'un usager, soit pour le diriger vers des services de deuxième et troisième lignes en fonction de la gravité de ses besoins. Bien structuré, le triage mène logiquement à une meilleure identification des besoins et à une utilisation plus ciblée des ressources spécialisées.

Les problèmes soulevés concernent également la gestion proprement dite des listes d'attente. Au terme de son analyse concernant la situation de l'enfant de trois ans, et constatant que plusieurs autres enfants partageaient le même sort, le Protecteur du citoyen a insisté auprès du centre de santé et de services sociaux visé au sujet de la nécessaire coordination que doit exercer la personne responsable de la liste d'attente. Cette personne doit avoir une vision d'ensemble des besoins des usagers inscrits ainsi qu'un portrait global des dossiers traités par les différents psychologues.

Une saine gestion de cette liste requiert une procédure écrite, claire et concise pour mettre en place des critères de priorité, un suivi continu et une information régulière transmise aux usagers. L'établissement a accueilli favorablement les recommandations du Protecteur du citoyen. Celui-ci mesurera les progrès tangibles qui pourront être observés.

En conclusion

Le respect des droits des usagers incombe à tous les membres du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de la prestation de services. Le ministère de la Santé et des Services sociaux se doit de le leur rappeler et d'en faire la promotion. Or, le Protecteur du citoyen constate que le plan d'action ne comporte pas de mesure significative à cet effet. Certes, il prévoit faire une place importante aux groupes de

défense des droits des usagers. Mais cela n'est pas suffisant. Il ne faudrait pas que le Ministère et le réseau tiennent pour acquis qu'ils remplissent ainsi leurs obligations à l'égard de la promotion et du respect des droits des usagers.

Le Protecteur du citoyen a examiné les plaintes et les signalements en santé mentale à partir des assises de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui prévoit notamment que :

«3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

- 1 la raison d'être des services est la personne qui les requiert ;
- 2 le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;
- 3 l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ;
- 4 l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant [...]. ».

Ces lignes directrices créent une responsabilité à chacun de connaître et de respecter les droits des usagers et de veiller, selon son champ d'action et son niveau de responsabilité, à ce que l'organisation et la prestation des services les favorisent et les actualisent. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a le devoir de le rappeler à l'ensemble des acteurs du réseau des services.

Le respect de l'utilisateur et de ses droits exige davantage que l'existence d'un mécanisme de traitement des plaintes ou une place accordée aux groupes de défense des droits des usagers. Ce respect s'étend plus largement à la préoccupation constante de prévoir et d'implanter des ressources et des façons de faire adaptées aux besoins. Un tel souci se concrétise d'abord dans l'organisation des services et des lieux de services, ainsi que sur le plan de la formation et de la sensibilisation du personnel et de la direction. La tenue des dossiers et l'accès à ceux-ci par les personnes désignées font également partie du respect de l'utilisateur.

Enfin, les professionnels œuvrant à divers titres dans les établissements doivent être avisés par des directives sans ambiguïtés indiquant que les lignes directrices de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne peuvent jamais être ignorées, que ce soit, par exemple, pour des raisons de commodité organisationnelle, d'horaire ou pour toute autre considération.

Nul ne peut transiger avec les droits fondamentaux, les appliquer partiellement. Le législateur les a définis et en a aménagé l'exercice, restreignant strictement les circonstances où des atteintes peuvent leur être portées. Ce n'est que dans ces situations restreintes que le jugement professionnel prend la relève, avec la préoccupation que l'atteinte soit la plus limitée possible.

Recommandation 2007-2008 :

Recommandation 3

Considérant que la Loi sur les services de santé et les services sociaux édicte des lignes directrices qui s'adressent à tous les membres du réseau de la santé et des services sociaux en ce qu'elles « guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux » ;

Considérant que l'un des principes directeurs du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 est de mettre en œuvre le « pouvoir d'agir » de la personne souffrant d'un problème de santé mentale et que le respect de ses droits en est la première condition ;

Considérant que l'alinéa 2 de l'article 3 de la Loi édicte que « le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit » ;

Considérant que les droits et libertés des personnes souffrant d'un problème de santé mentale sont encore bafoués dans maints établissements du réseau de la santé et des services sociaux, surtout dans un contexte où elles sont privées de liberté ;

Considérant que tous les professionnels œuvrant à divers titres dans les établissements doivent être avisés par des directives sans ambiguïtés indiquant que les lignes directrices de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne peuvent jamais être ignorées ;

Considérant que le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 n'accorde pas suffisamment d'importance à la prise en charge par le réseau lui-même et par le Ministère des droits des personnes souffrant d'un problème de santé mentale ;

LE PROTECTEUR DU CITOYEN RECOMMANDE :

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux affirme la préséance du respect des droits de l'utilisateur sur toute considération autre que celles prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux et à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38), notamment en émettant et en diffusant les lignes directrices visant à baliser la notion de substance chimique en tant que mesure de contrôle, tel qu'il est annoncé dans les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques⁵⁹ ;

Que cette affirmation soit claire et sans ambiguïté, à l'instar de celle concernant l'interdiction des pratiques de sectorisation qui vont à l'encontre du droit de l'utilisateur en santé mentale, de choisir son fournisseur de services⁶⁰.

⁵⁹ *Plan d'action, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2002, 19 p.

⁶⁰ *Idem*, p. 25.

Commentaires du Ministère

Voici les commentaires du Ministère, transmis par son sous-ministre :

« Depuis plusieurs années, le Ministère fait la promotion du respect des droits des usagers en santé mentale et a mis de l'avant plusieurs mesures concrètes pour améliorer l'accès aux services spécialisés et de première ligne, mieux soutenir les comités d'usagers et les groupes d'utilisateurs, accroître la formation pour les intervenants et augmenter le financement des services. Le Ministère entend poursuivre dans le même sens. »

Réponse du Protecteur du citoyen

Le Protecteur du citoyen apportera une attention particulière aux actions de promotion du respect des droits des usagers en santé mentale, auxquelles réfère le ministère.

Le Protecteur du citoyen considère qu'il est urgent que les lignes directrices visant à baliser la notion de substance chimique en tant que mesure de contrôle, tel qu'annoncées dans les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelles des mesures de contrôle en 2002, soient émises et diffusées.