

Région de Lanaudière : En regard de la consultation générale concernant le rapport «Harnois»¹

Micheline Lynch

Volume 13, numéro 1, juin 1988

La réinsertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030445ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030445ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Lynch, M. (1988). Région de Lanaudière : En regard de la consultation générale concernant le rapport «Harnois»¹. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 214–217. <https://doi.org/10.7202/030445ar>

Région de Lanaudière

Responsable: Carmen Magnan

En regard de la consultation générale concernant le rapport « Harnois »¹

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai étudié, au chapitre du respect des droits, les propos énoncés par les membres du Comité présidé par le Dr Harnois.

Il est en effet rassurant de constater que ce chapitre occupait une place importante au tout début du projet de politique de santé mentale pour le Québec.

En effet, lorsque l'on voit, dans ce projet de politique, affirmer le respect auquel a droit la personne comme principe de base et que l'on constate que l'on souhaite qu'une série de moyens relatifs aux droits de la personne soient mis de l'avant, on ne peut que constater le long chemin qui a été parcouru. Il était primordial que l'on débute une politique de santé mentale en reconnaissant l'importance que les psychiatrisés soient reconnus comme des citoyens à part entière pour arriver ainsi à briser les résistances du milieu et le stigmate d'incompétence permanente que l'on colle à ces bénéficiaires.

De même, lorsqu'il apparaît essentiel d'assurer le développement plus systématique d'une véritable fonction « d'advocacy » au Québec, je ne peux que souscrire à cet énoncé et souhaiter participer à l'officialisation d'une telle fonction.

Aujourd'hui, dans les quelques minutes qui me sont allouées avant que nous puissions échanger, je souhaiterais insister sur deux points qui me semblent essentiels de réunir pour en arriver justement à planifier et développer un véritable système « d'advocacy » sérieux et utile aux bénéficiaires.

Je choisis d'utiliser le terme « bénéficiaire » puisqu'il est évident que je m'attache de façon exclusive aux bénéficiaires inscrits, hospitalisés ou hébergés dans un établissement de santé du Québec. L'expertise que j'ai acquise depuis trois ans auprès de cette clientèle me permet d'énoncer que la reconnaissance et la défense des droits des psychiatrisés commencent en établissement. Une personne éprouvant des difficultés de nature psychiatrique devra, dans la presque totalité des cas, se présenter à l'urgence du centre hospitalier de son secteur et

y demeurer rattachée parfois pour longtemps via l'hébergement interne, les cliniques de secteur ou les ressources intermédiaires.

Les deux points que je souhaite mettre en exergue aujourd'hui, vous ont déjà été soumis dans le texte que je vous ai fait parvenir et qui se voulait une opinion aux Recommandations R-3 et R-4 du rapport Harnois. Ce sont les suivants :

1. La nécessité qu'un ombudsman soit présent au cœur de l'établissement de santé et que sa place lui soit reconnue par une loi ou ajout à une loi existante, cela restant à préciser.
2. Que son rôle en soit un de défenseur des droits pour se faire, il est essentiel que son mandat lui reconnaisse un véritable pouvoir d'enquête et un pouvoir de faire agir. Ces modalités étant également à préciser.

Mon premier point, soit la nécessité de la présence d'un ombudsman au cœur de l'établissement, m'apparaît essentiel à la mise en place d'un véritable système assurant le respect des droits des bénéficiaires. Le rapport Harnois l'indique bien et je cite : « L'importance accordée à cette fonction implique sa mise en place le plus près possible où se vivent les situations qui font problème. »

Je diverge d'opinion lorsque l'on souhaite placer l'ombudsman dans un cadre régional. L'établissement de santé est un lieu important où se vivent des situations qui font problème. À cet égard, lors de ma première présentation écrite :

1. J'ai insisté sur les difficultés que rencontrent les bénéficiaires lorsqu'ils veulent adresser des demandes d'information ou des plaintes à des intervenants extérieurs au centre hospitalier, lorsque l'on sait que l'institutionnalisation crée la vulnérabilité en minant les droits du bénéficiaire à l'autonomie et à l'indépendance.
2. J'ai parlé de l'impossibilité pour les intervenants cliniques d'être à jour sur toutes les règles à connotation légale. De plus, la charge toujours grandissante des tâches qu'ils ont à effectuer leur fait souhaiter travailler en complémentarité avec un intervenant qualifié pour se faire, lorsque des règles ou procédures d'établissement devenues désuètes ou caduques ne permettent pas de respecter les droits des bénéficiaires et doivent alors être modifiées. Il est en effet essentiel pour eux de pouvoir s'appuyer sur des politiques et procédures claires, entérinées par les instances décisionnelles de l'établissement, pour ainsi agir en

toute sécurité dans l'intérêt du bénéficiaire. Ils ont besoin pour cela, en plus, d'être supportés adéquatement et quotidiennement.

3. J'ai parlé du projet de Loi 20, de la judiciarisation du droit des personnes, de la multitude de lois régissant le domaine de la santé et de la difficulté pour les bénéficiaires d'être assistés par un avocat ou conseiller juridique de façon rapide et sur place. Ces derniers, les avocats, considèrent souvent cette clientèle comme peu « intéressante ». De plus, les milieux psychiatriques ne leur ouvrent pas encore les portes à deux battants. L'asile et ses portes verrouillées ne sont pas bien loin de nous.
4. J'ai également parlé de tous les autres problèmes à connotation non légale que vivent les bénéficiaires en établissement et qui peuvent, s'ils ne sont pas réglés, mettre en péril leur relation thérapeutique, d'où l'importance qu'une personne indépendante puisse les entendre rapidement, de façon personnalisée et hors du contexte thérapeutique ou clinique. Toutes les plaintes formulées par les bénéficiaires méritent un traitement car elles mettent en lumière une problématique pour laquelle le bénéficiaire n'a pas trouvé de solution. Il est parfois nécessaire d'aider le bénéficiaire à reformuler sa plainte ou à la préciser car l'expérience m'a prouvé qu'il y a toujours quelque chose derrière et parfois c'est surprenant.

J'ai la ferme conviction qu'il est essentiel qu'un ombudsman soit présent sur place et qu'il est essentiel que son rôle n'en soit pas un d'agent de relations publiques de l'établissement ayant comme mandat de vendre les politiques de l'établissement aux bénéficiaires. Pour se faire, il devrait avoir un mandat clair, non négociable, pour ainsi être crédible aux yeux de tous.

Ceci m'amène à mon deuxième point. Pour que l'ombudsman puisse jouer son rôle de défenseur et d'informateur des droits, il devrait essentiellement jouir d'une indépendance tant auprès de l'établissement, que du réseau de la santé, tout en étant encadré par une définition claire de son rôle et de son mandat. En plus d'être disponible et constamment présent dans le milieu, il devrait pouvoir faire enquête sur les cas qui lui sont soumis.

Pour étayer mes propos de façon concrète, je choisis de vous présenter cinq cas vécus qui ont heureusement été solutionnés parce que, dans un premier temps, quelqu'un les a entendus et a cru le bénéfi-

ciaire et, dans un deuxième temps, parce que les intervenants concernés ont accepté que ces dits problèmes soient réglés. Mais *rien* actuellement ne les y *obligeait*. Cela a quelquefois nécessité du harcèlement « jovial » de la part de l'ombudsman que je suis, qui n'a actuellement qu'un pouvoir d'influence sans véritable pouvoir d'enquête reconnu. Cela a également nécessité que j'entreprenne des démarches à l'extérieur de l'établissement auprès d'organismes qui pouvaient nous aider à les solutionner adéquatement : Commission des affaires sociales — Commission d'examen — Procureur de la Couronne — Protecteur du citoyen — Curatelle publique — Aide juridique pour ne nommer que ceux-là.

Voici ces cas vécus :

1. Gérard est un bénéficiaire qui a été admis sur une unité de courte durée psychiatrique et qui a été placé en cure fermée selon les règles de la Loi de protection du malade mental. Il souhaite contester sa cure fermée car il ne pense pas présenter un danger pour lui-même ou pour les autres. Il pense plutôt qu'on veut l'obliger à demeurer sur l'unité par commodité et parce que sa famille a menacé l'unité de soins de poursuite s'il quittait l'hôpital. On préfère ne plus le voir, chez lui. Il adresse donc sa requête de contestation de cure fermée à la Commission des affaires sociales tel que la Loi lui permet. Le CAS communique avec le bureau du directeur des services professionnels pour vérifier les allégués de Gérard. Le DSP, après vérification auprès du psychiatre, avise le CAS que la cure fermée est levée. En effet, il apparaît au dossier que le psychiatre a levé la cure fermée de Gérard. Jusqu'ici aucun problème, tout a été fait selon les règles. Mais voilà que malencontreusement, au cardex et au plan de soins, on a oublié de retirer la pastille rouge qui identifie que ce bénéficiaire est en cure fermée. Gérard ne peut quitter l'unité sans être accompagné et subit tous les inconvénients de la cure fermée. Le CAS lui ayant indiqué qu'elle n'a plus juridiction puisqu'il n'est plus légalement en cure fermée, Gérard ne sait plus que faire. Quel est son pouvoir ? À qui peut-il se plaindre, sur place ? En qui peut-il avoir confiance ? Qui a un véritable pouvoir d'enquêter de façon sérieuse sur la situation qu'il vit et surtout, qui a le pouvoir de faire en sorte que des pratiques comme celles-ci ne se reproduisent plus et que les responsables de cette situation soient

avisés que l'établissement ne tolère pas et ne cautionne pas de tels agissements ?

2. Germaine et Gilbert sont conjoints. Ils se sont connus en établissement et se sont mariés voilà 15 ans. Ils vivent ensemble depuis ce temps. Leur vie n'est pas toujours facile mais c'est celle qu'ils ont choisie. Mais voici, ils se retrouvent tous les deux en difficulté et une réhospitalisation est rendue nécessaire. On les hospitalise, on résorbe la crise puis on oriente par la suite leur dossier au comité d'orientation et d'allocation des ressources en vue d'un hébergement à long terme. Après étude des dossiers, il est décidé que Germaine ira en famille d'accueil de réadaptation et Gilbert en pavillon. C'est pour leur bien, tous les intervenants s'entendent sur cela. Ils seront séparés mais on est convaincu que ce sera beaucoup mieux pour eux. Germaine et Gilbert pensent le contraire. Que peuvent-ils faire ? Ils sont en panique. À qui peuvent-ils s'adresser ? Qui peut les informer de leurs droits et recours ? Qui peut exiger que les intervenants s'assoient et revoient la question ? Qui peut faire en sorte que ces bénéficiaires soient entendus et que leur désir soit respecté et dans quel délai ? Quel appel ont-ils des décisions qui sont prises pour eux et qui auront des conséquences sur leur qualité de vie ?
3. Stéphane est admis au centre hospitalier sous ordonnance de Lieutenant-gouverneur. Il a fait usage de faux (un faux chèque). Un psychiatre l'a déclaré inapte à subir son procès. Il reçoit donc des soins psychiatriques et huit mois plus tard, il est toujours en établissement. Que peut-il faire pour crier qu'il existe, qu'il est là et qu'on l'oublie ? Les intervenants lui disent que c'est le lieutenant-gouverneur qui l'a envoyé en établissement et que c'est lui qui lui permettra de sortir. Stéphane n'a pas d'avocat et ne sait que faire pour en avoir un. C'était son premier faux chèque. Le problème de Stéphane était le suivant : La Cour avait omis de faire parvenir son ordonnance à la Commission d'examen. La Commission d'examen aurait dû venir l'entendre après six mois de mise sous ordonnance tel que l'indique le Code Criminel mais n'est pas venue puisqu'aucun dossier n'avait été ouvert à son nom. Le psychiatre, de bonne foi, était convaincu qu'il n'avait rien à faire sinon d'attendre la visite de la Commission d'examen pour que son cas soit réévalué. Le pro-

cureur de la Couronne pensait que l'établissement avait fait parvenir le dossier à la Commission d'examen. Le centre hospitalier pensait que la Cour l'avait fait.

Une fois la situation corrigée, Stéphane a été cité à son procès et acquitté.

Qui a le pouvoir de faire enquête et d'exiger que des règles soient écrites et suivies, que des procédures claires respectant les droits des bénéficiaires soient suivies sans risque d'erreur de cette sorte et qu'une telle situation ne se reproduise plus, principalement lorsque deux lois ou deux ministères différents sont en cause?

4. Conrad est admis au centre hospitalier. Il a des démêlés avec la justice. Mais voilà, il est déclaré inapte à subir son procès. Il conteste l'évaluation que le psychiatre a faite de sa condition. Il se sait malade mais il souhaite être jugé. Il comprend ce qu'on lui reproche, il est en mesure d'aider son avocat et de comprendre la portée d'une condamnation. Mais voilà, le psychiatre refuse qu'un confrère le réévalue. Conrad souhaite justement qu'un psychiatre indépendant et surtout familier avec les procédures légales puisse l'examiner sur sa capacité à subir son procès mais sectorisation oblige.

À qui peut-il présenter sa demande? Qui peut assurer qu'une deuxième expertise puisse être faite? Conrad et moi sommes des «tucqués» qui ont finalement eu gain de cause. Il a subi son procès la semaine dernière.

5. Ginette est très malade. Elle est en psychose aiguë. Elle est sur une unité de soins intensifs. Elle reçoit de la Cour un bref lui indiquant qu'elle doit s'y présenter. Son mari veut divorcer, obtenir la garde de ses enfants et vendre la maison familiale. L'audition doit avoir lieu dans la semaine.

Qui verra à s'assurer qu'un avocat la représentera à la Cour malgré son absence pour éviter que son conjoint ne procède par défaut? Qui communiquera avec le juge pour l'informer des difficultés présentes de Ginette et demander un report pour qu'elle puisse être en mesure de se présenter et de se défendre de façon pleine et entière lorsqu'elle sera mieux?

Je pourrais continuer la description de ces faits encore longtemps. Les pistes que je propose pour éviter que de telles situations demeurent sans solutions et que des droits fondamentaux ne soient pas respectés sont :

1. La présence d'un ombudsman au cœur de l'établissement, adéquatement formé, qui aura pour tâche :
 - a) l'enseignement aux personnels des droits des bénéficiaires ;
 - b) l'enseignement aux bénéficiaires de leurs droits ;
 - c) la défense des droits des bénéficiaires.
2. Cet ombudsman devrait être rattaché à une instance organisée, indépendante du réseau mais près du ministère. Il est certain que ce dit rattachement n'est pas simple et que les modalités d'encadrement des ombudsmans sont à définir. Cependant, à ce stade, il est important de souligner que cet encadrement devrait voir à ce que son mandat soit clair avec des normes uniformes de formation et d'intervention pour tous les établissements.
3. Cet ombudsman devrait pour travailler de façon adéquate :
 - a) avoir un véritable pouvoir d'enquête ;
 - b) il devrait être indépendant face à l'établissement où il travaille ;
 - c) il devrait pouvoir se référer à un contentieux indépendant et intéressé aux situations que vivent les bénéficiaires en établissement de même qu'à un groupe d'intervenants psychiatriques, psychologues, travailleurs sociaux, etc., extérieurs au réseau mais ayant des habilités et des expertises reconnues, pour l'aider dans sa tâche.

Note

1. Mémoire présenté à la Commission parlementaire, sur le rapport du Comité de la politique de santé mentale, le 20 janvier 1988.

Micheline Lynch,
Ombudsman
Centre hospitalier régional de Lanaudière