Ministère de la Justice Canada

Department of Justice Canada

# Aide juridique aux malades mentaux

## Un rapport d'évaluation

Section de l'évaluation et de la statistique
La direction générale de la planification
et de l'élaboration de politique

Canada

KF
337.5
.M46
H56514
1981

BIBLIOTHÈQUE JUSTICE LIBRARY
3 0163 00003059 3

KF 337.5 .M46 H56514 1981
Himelfarb, Alexander, 1947-
Aide juridique aux malades
mentaux : un rapport
d'evaluation

# AIDE JURIDIQUE AUX MALADES MENTAUX

## Un rapport d'évaluation

An English copy of this report
is available upon request.

DEPT. OF JUSTICE
MIN. DE LA JUSTICE
DEC 23 1982
LIBRARY / BIBLIOTHÈQUE
CANADA

Le 17 avril 1981

Alexander Himelfarb et Avrim Lazar

Les opinions exprimées ici n'engagent que leurs auteurs et ne représentent pas nécessairement les idées ni la politique du Ministère de la Justice.

JUSP 194

DEPT. OF JUSTICE
MIN. DE LA JUSTICE
DEC 23 1982
LIBRARY | BIBLIOTHEQUE
CANADA

PAGE

## LISTE DES TABLEAUX

1. Les clients ..... 45

2. Genres de cas ..... 50

3. Dénouements des cas ..... 65

## DESCRIPTIONS

1. Description des cas ..... 51

2. Cas pilotes institués par le Projet de représentation légale des malades mentaux ..... 69

84-265-679

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Avant-propos ..... iii

Remerciements ..... iv

Introduction ..... 1

Questions fondamentales ..... 4

Diagnostic psychiatrique ..... 7
Diagnostic de maladie mentale ..... 7
Prédiction de danger ..... 8

Problèmes d'internement ..... 13

Aide juridique ..... 15

Objections à la représentation légale des malades mentaux ..... 20

Le Projet de représentation légale des malades mentaux ..... 25
1. La philosophie de la représentation légale ..... 27
2. Le personnel du Projet ..... 31
3. L'organisme responsable ..... 33
4. Installations ..... 34
5. Rapports avec l'hôpital ..... 35
6. Activités du Projet ..... 42
Les clients ..... 43
Genres de causes ..... 49
Actions prises ..... 57
Dénouements des cas ..... 63

Représentation des intérêts du groupe et activités éducatives communautaires ..... 66

Alternatives ..... 71

Sommaire et conclusions ..... 75
Questions générales ..... 75
Le Projet de représentation légale des malades mentaux de Vancouver ..... 77

Liste des références ..... 82

Appendices
Appendice I: Legal Services Society Act 1979... 87
Appendice II: Mental Health Act de la Colombie-Britannique ..... 88

## Avant-propos

Le présent rapport a pour but l'étude d'un certain type d'aide juridique. Il vise la possibilité de fournir des services juridiques aux malades mentaux internés civilement. Dû au fait que plusieurs des questions cruciales ne sont que conceptuelles ou définitionnelles, le rapport est divisé en deux parties principales. La première partie traite des raisons théoriques et empiriques qui ont mené les avocats et les scientistes sociaux à croire que les malades mentaux avaient besoin de représentation juridique. La deuxième partie vise le Projet expérimental d'aide juridique aux malades mentaux de Vancouver, C.-B. Il était étudié au moyen des outils traditionnels des scientistes sociaux: l'observation, l'entrevue, l'analyse des dossiers et des documents, et l'interprétation de ces données pour répondre aux questions spécifiques. Tout comme les autres études scientifiques, la présente évaluation est en grande partie appuyée sur les constatations d'autres recherches. La science est cumulative, et aucune étude ne cherche à répondre à toutes les questions. Chacune utilise les connaissances acquises au cours d'études antérieures et y ajoute. Forts des connaissances dejà existantes et des résultats de nos propres études suite à la mise en oeuvre d'une expérimentation de services juridiques aux malades mentaux, nous avons tenté d'évaluer la représentation légale dans ce domaine.

## REMERCIEMENTS

Par leur coopération, les membres du personnel du Projet et de l'hôpital ont largement contribué aux recherches. Nous leur en sommes très reconnaissants. Margaret Ganshorn s'est chargé des entrevues et a enrichi l'étude de ses aperçus perspicaces. Orest Fedorowycz et Michael Cameot ont analysé les données, et Susan Caldwell a prêté son concours en logistique. Nous remercions nos collègues qui ont participé aux premières ébauches et nous ont gratifié de leurs précieux commentaires, en particulier David Solberg, Susan Tanner, Paul Lordon, Dan Mass et Neville Avison.

# INTRODUCTION

Dans le système de droit occidental un individu a la garantie implicite traditionnelle, entre autres, de ne pas se voir privé de sa liberté sans avoir bénéficié de la procédure régulière. Au Canada, malgré les pouvoirs discrétionnaires étendus, nous nous enorgueillissons d'un système judiciaire fondé sur la prédominance du droit sur les volontés de l'homme. Les conditions et les procédures qui régissent la privation légitime et légale de la liberté et de l'autonomie physique d'un individu sont formelles; elles sont écrites aussi précisément que possible. Le système contradictoire a pour but d'assurer que les conditions sont respectées et que les procédures sont suivies.

Il est évident que le système contradictoire laisse présager la représentation par un procureur d'expérience, parlant au nom de ceux qui sont menacés de perdre leur liberté. Afin d'assurer que tous puissent se prévaloir de leur droit à une audition "juste et regulière", le gouvernement met à la disposition de ceux qui n'ont pas les moyens financiers de payer, des services juridiques gratuits. Au Canada, l'aide juridique est déjà bien établie en droit criminel et familial. Au fur et à mesure que le système d'aide juridique évolue dans les domaines traditionnels du droit, il peut explorer plus profondément l'intégralité de son mandat qui vise à tenter d'égaliser les possibilités d'accès à la justice dans tous les secteurs défavorisés de la société canadienne, et de donner à tous l'égalité devant la loi. Cette tentative s'est manifestée par les initiatives particulières qu'a prises l'aide juridique à l'endroit des immigrants, des autochtones, des enfants, des handicapés physiques et des défavorisés mentaux.

Les tentatives de mettre à la disposition des défavorisés mentaux des services juridiques ont soulevé des questions urgentes particulières. Ces questions font l'objet du présent ouvrage. Nous cherchons particulièrement à savoir si une aide juridique doit être apportée aux individus qui, suite à des procédures civiles, sont internés involontairement dans des institutions pour malades mentaux, et comment une telle aide pourrait leur être fournie.

De prime abord, peu de groupes de clients semblent avoir plus grand besoin d'être représentés par des procureurs dévoués que le groupe des malades mentaux qui sont internés civilement. Involontairement privés de leur liberté et de plusieurs autres droits fondamentaux, ils sont fréquemment les plus incapables de parler en leur propre nom. Et pourtant les tentatives d'apporter une aide juridique à ce groupe de clients ont soulevé de nombreuses questions philosophiques et pratiques qui reflètent le rapport complexe entre les aspects légaux et médicaux, et le personnel dans ces domaines. D'aucuns expliquent que la détention est justifiée pour des raisons thérapeutiques et non pas punitives. Ceux desquels les personnes internées pourraient vouloir se plaindre considèrent que leur tâche consiste à aider et qu'ils ne sont pas des adversaires. L'arrivée d'un procureur pour représenter les personnes internées est souvent perçue comme une menace à la fonction thérapeutique et, par conséquent, contraire aux meilleurs intérêts du malade mental. La controverse serait sans doute moins grande s'il s'agissait de retenir les services d'un avocat pour aider les malades mentaux sur des questions qui ne sont pas directement reliées à leur hospitalisation. Certains mettent toutefois en doute la capacité des patients de donner des directives à l'avocat.

Or, il est évident que la disponibilité d'une aide juridique aux malades mentaux soulève des préoccupations et des problèmes particuliers lesquels, pour la plupart, découlent des perceptions et définitions complexes rattachées aux patients eux-mêmes. Le présent ouvrage étudie ces questions en passant en revue les écrits abondants sur le droit et la psychiatrie d'abord, puis en faisant un examen détaillé du projet expérimental du Vancouver Community Legal Assistance Society visant à dispenser des services juridiques aux malades mentaux.

Questions fondamentales

L'internement civil doit être perçu comme une intervention extrémiste de l'État, puisqu'il consiste à priver un individu de la plupart de nos droits fondamentaux et, en particulier, du droit de chacun à l'autonomie sur sa propre personne. Étant donné que l'internement involontaire prive un individu de sa liberté, de son intimité et de son droit de prendre ses propres décisions, et gardant à l'esprit les conséquences dramatiques d'une hospitalisation, il n'est pas étonnant que plusieurs aient commencé à poser des questions fondamentales, telles que: dans quelles circonstances sommes-nous justifiés de choisir entre la liberté d'un individu et la protection de cet individu et de la société, et quelle est la meilleure façon d'en arriver à ce choix? (Voir, entre autres, la Commission Canadienne de Réforme du Droit, 1975.) C'est dans ce contexte que nous pouvons comprendre l'ardeur renouvelée du mouvement nord-américain visant à assurer que des protections procédurales strictes soient rattachées au processus d'internement, c'est-à-dire, d'assurer que le malade mental n'est pas privé de son droit à une audition impartiale qui est une règle de "justice naturelle" (Voir Shone, 1976, Langlois; 1976, Gupta, 1970-71).

Les justifications légales traditionnelles reposent sur le principe du parens patriae et les "pouvoirs policiers"[1]

---

1. Les objectifs "parens patriae" impliqués: a) fournir des soins à ceux qui sont dans le besoin; et b) protéger les présumés irresponsables contre eux-mêmes.

   Objectifs "policiers" impliqués: a) protéger la société contre les actes des personnes irresponsables; et b) enlever à la société (ou à la famille) le fardeau de les héberger. Voir Scott, et al. (1977)

de l'État. A plusieurs égards, ces deux justifications représentent des cosmologies différentes, voire même concurrentielles. Le principe du parens patriae sert de fondement à la détention thérapeutique. La responsabilité de l'État de protéger l'individu contre lui-même est de plus en plus interprétée comme une obligation de l'État de le soumettre à un traitement (Kitrie, 1971). Dans un même temps, l'intervention psychiatrique imposée est justifiée en vertu du pouvoir policier, c'est-à-dire la détention d'un individu afin de protéger les autres contre un danger possible. Malgré que de prime abord ces deux pouvoirs semblent complémentaires, ils ne le sont pas vraiment; ils juxtaposent thérapie et incarcération, traitement et châtiment, de sorte que les objectifs visés et la justification d'une telle ligne de conduite sont ambigus et portent à confusion. En fait, les règles légalistes de la thérapie et l'insistance sur le traitement voilent les aspects policiers de l'internement. Si seul l'aspect thérapeutique était en jeu, nous pourrions nous attendre à ce que ceux qui sont considérés comme "non-traitables" ou qui ne semblent pas tirer profit de l'internement soient mis en liberté.

Quoi que l'utilisation du pouvoir policier étatique soit assujetti à nos protections traditionnelles, les règles thérapeutiques étant appliquées à l'insu du public, ne sont pas exposées à ses critiques. Le concept thérapeutique tend peut-être à diminuer à nos yeux l'importance des protections procédurales lorsque la liberté d'un individu est en jeu. Présentement, le traitement et les fonctions policières reposent sur le diagnostic psychiatrique, ce qui signifie que les psychiatres sont souvent appelés a) à prendre des décisions légales majeures, c'est-à-dire des décisions sur des questions qui ne tombent pas dans leur champ d'attributions ou de compétence professionnelles, et b) à

équilibrer les demandes de l'État et les demandes de ceux qu'ils cherchent à aider. Il est évident que les objectifs de l'internement civil doivent être examinés et leurs justifications clarifiées et, tel que nous en discutons ci-après, il pourrait s'avérer que le système judiciaire soit le meilleur forum pour ce faire.

## Diagnostic psychiatrique

Les décisions légales en ce qui concerne le sort des malades mentaux reposent sur les diagnostics. Au Canada, les normes d'internement diffèrent énormément d'un endroit à l'autre bien que l'on tende vers la standardisation d'un cadre médical-légal qui veut qu'un patient ne soit non seulement diagnostiqué comme étant un malade mental qui a besoin de traitements, mais également qu'il soit démontré qu'il constitue un danger pour lui-même ou pour les autres.[2] Or, les psychiatres doivent diagnostiquer le patient et évaluer le danger qu'il représente.

### a) Diagnostic de maladie mentale

La fiabilité et la validité du diagnostic psychiatrique ont été mises en doute dans de nombreux écrits au cours des deux dernières décennies. Les premières critiques (Sutherland, 1950a, 1950b; Hakeem, 1958) ont éte répétées suite à des recherches plus sophistiquées et mieux conçues (Robitscher, 1977; 1978; Ennis et Litwack 1974; Rosenhan, 1973; 1975; Ziskin, 1975), et tous les résultats démontraient le bas niveau de fiabilité et de validité des diagnostics psychiatriques.[3] Pfohl (1978) soutenait récemment qu'il en était ainsi pour toutes les maladies mentales.

---

2. Comparer l'Ontario Mental Health Amendment Act (1978) c. 50 article 5.

3. Bien que la fiabilité des diagnostics psychiatriques se soit améliorée récemment, la question importante de leur validité reste aussi obscure que jamais.

Les difficultés que présentent une évaluation et un diagnostic psychiatriques ne sont pas étonnantes. La maladie mentale est un phenomène complexe qui a des ramifications médicales, normatives, culturelles et éthiques (Szasz, 1961; 1963; 1965; Torrey, 1974; Kittrie, 1971). Il ne s'agit pas de critiquer la psychiatrie ou les psychiatres, mais plutôt d'une autre indication que nous devons tenter de clarifier les ambiguïtés inévitables dans toute législation concernant la santé mentale (Langlois, 1976) et de protéger l'individu contre les incertitudes et conséquences graves d'un diagnostic. En bref, un diagnostic incertain peut être subséquemment requalifié et modifié au cours d'un traitement (volontaire continu), mais doit être soumis à un examen minutieux et mis à l'épreuve lorsqu'il constitue le fondement d'un internement.

b) Prédictions de danger

La prédiction du danger que présente une personne à elle-même et aux autres implique des difficultés peut-être encore plus grandes. Les trois difficultés fondamentales sont les suivantes:

1) Quelles normes d'évaluation devraient être utilisées? Avant de pouvoir légitimement étiqueter un individu de "dangereux", quelle doit être l'ampleur de la menace?
   - Devons-nous utiliser les normes civiles ou criminelles? (Voir Petrunik, 1980)
   - Devons-nous spécifier qu'il s'agit d'un danger physique ou inclure le danger émotionnel ou psychique, quelle que soit sa signification?

2) Quel rapport existe-t-il entre danger et maladie mentale?
   - S'agit-il de deux phénomènes indépendants?
   - S'agit-il d'un rapport général ou spécifique?

3) Existe-t-il des tests cliniques pour mesurer le danger?
   - Pouvons-nous évaluer efficacement le danger que présente une personne à elle-même?
   - Pouvons-nous évaluer efficacement le danger qu'une personne représente envers les autres?4

Cette dernière question a également fait l'objet d'un bon nombre de recherches. De façon consistante, les résultats indiquent que les psychiatres ont une forte tendance à exagérer les prédictions de danger à la personne en cause et aux autres, un problème connu sous le nom de fausses positives (Hakeem, 1961; Rappeport et al;, 1967; Kozol et al., 1972; 1973; 1975; Wenk et al., 1975; Stone, 1975; MDLR, 1977). Par exemple, Kozol et ses collègues (1972), trouvaient qu'au moins 60 pourcent des évaluations psychiatriques étaient des "fausses positives" et seulement 8 pourcent étaient des "fausses négatives". Entre autres, Hakeem (1961) soutenait que les évaluations psychiatriques n'étaient pas plus fiables que les évaluations des cours.

Dershowitz (1970) soulignait qu'il est probable que les psychiatres ne soient jamais mis au courant des internements qui n'auraient pas dû être ordonnés. La tendance des

---

4. Cette discussion se réfère à l'ouvrage de Shone (1976). Pour une discussion récente du sujet, voir Wald and Friedman (1978).

psychiatres à ordonner l'internement lorsqu'ils ont un doute, est compréhensible. Les patients remis en liberté qui commettent le suicide leur rappellent cruellement les erreurs de jugement psychiatrique. En plus, le public réagit inévitablement de façon négative à la publicité qui entoure un suicide ou aux activités criminelles d'un patient récemment remis en liberté. Des reportages sélectifs sur des malades mentaux stéréotypés ne servent qu'à dramatiser et à exagérer des incidents isolés et relativement rares.5

Le patient qui est interné à tort ne risque plus de causer ce genre de menaces personnelles, institutionnelles ou même politiques au psychiatre ou à l'hôpital psychiatrique. Le fait que le patient interné ne s'engage pas dans un comportement violent est susceptible d'être perçu comme une indication que l'internement était justifié plutôt que d'un diagnostic erroné. Nous pouvons entrevoir ici le cercle vicieux du diagnostic et de l'internement. Une fois qu'un patient est interné dans une institution pour malades mentaux, il ne peut plus être capable de prouver la fausseté du diagnostic ou de le contester. Le fait qu'il ne démontre aucun "symptôme" de comportement bizarre ou violent peut être perçu comme une preuve de l'efficacité du traitement et plus généralement de la justification de l'internement. Il peut espérer tout au plus d'être éventuellement reclassé comme étant dans une période de "rémission" (Rosenhan, 1975).

Nous pouvons en conclure qu'aucun groupe n'a réussi à prédire le danger qu'un tel individu représente. En fait,

---

5. Voir, par exemple, le "Lingley Case" tel que rapporté dans le London Free Press, le 28 janvier 1980.

c'est le législateur qui a imposé le critère du "danger", et non les psychiatres. Le point principal à retenir est que le critère du danger qu'une personne représente n'est pas un concept médical, mais un test légal applicable à l'internement involontaire (Tanay, 1976). L'incertitude et l'ambiguïté des évaluations psychiatriques et des contradictions inhérentes à la conception hybride "médicale-légale" ont incité un bon nombre de psychiatres sociaux et réformateurs dans la plupart des sociétés occidentales modernes à contester le processus même de l'internement civil (Voir Szasz 1961; 1963; 1972; Torrey, 1974; Kittrie, 1971). Plusieurs psychiatres aimeraient certainement se dégager de la responsabilité d'avoir à juger du danger et se dissocier des pouvoirs policiers de l'État gouvernant. Une fois libérés des demandes de ce rôle ambigu, ils pourraient peut-être concentrer leurs énergies exclusivement sur le diagnostic et le traitement médicaux professionnels.

L'expression "internement <u>involontaire</u>" elle-même, implique une intervention policière qui sous-entend une dispute ou un conflit entre le psychiatre et le patient, qu'il s'agisse d'un diagnostic exagéré, de questions de faits et/ou de questions procédurales. Elle implique simplement que le patient n'accepte pas que son hospitalisation est nécessaire et que le psychiatre se rend compte que

l'État a le pouvoir de l'imposer. Le tout indique que le pationt a besoin d'être représenté par un procureur durant la période d'internement.[6]

Plusieurs recherchistes ont démontré qu'à défaut d'une telle vigilance légale, des certificats d'internement inadéquats et possiblement illégaux seront émis sans protestation et passeront même inaperçus (Voir Page et Yates, 1973, 1974; Perrin, 1973; Reitsma, 1973; Firth, 1975; Shone, 1976).

Il faut bien garder à l'esprit que la représentation durant les procédures d'internement est seulement l'un des nombreux besoins particuliers du malade mental qui requièrent des services juridiques. Dans les pages qui suivent, nous examinerons les problèmes légaux reliés directement et indirectement à l'internement et à l'hospitalisation.

---

6. Plusieurs soutiennent que les patients internés volontairement ont aussi un grand besoin d'être représentés par un avocat pour établir que l'internement est en fait volontaire; que le patient connaît bien les conséquences de sa décision. Plusieurs points reliés à l'hôpital dont nous discutons dans la prochaine partie, s'appliquent aussi bien au patient volontaire qu'involontaire. (Voir, MDLR, 1977 (Sept. - Déc.): pp. 270-272 et Ludlam, 1978). Les auteurs d'actes criminels qui se retrouvent dans des hôpitaux psychiatriques pourront également utiliser de tels services juridiques.

Problèmes d'internement

Quels que soient les résultats positifs d'une hospitalisation, il y a de nombreux désavantages profonds qui sont bien documentés. Le personnel de l'hôpital réglemente dans les menus détails la vie du patient et toutes ses activités. Plusieurs scientistes sociaux comparent son état à celui d'un enfant à qui l'on enlève, dans le cours ordinaire des choses, ses droits à l'intimité, à l'autonomie physique, et même à son propre corps. Il est facile d'entrevoir les effets sérieux d'une telle ligne de conduite sur l'amour propre et la personnalité du patient (voir Scheff, 1966, Rock et al., 1968; Goffman, 1961; Vail, 1966; Glass, 1965.). L'examen obligatoire, le traitement sans consentement, le défaut de communiquer les renseignements et les rapports personnels confirment que le patient a perdu son état civil. Plusieurs soutiennent que les effets sont souvent anti-thérapeutiques,[7] étant donné que la réclusion brise aussi la famille et les rapports communautaires. Suite à un internement les ex-malades mentaux sont victimes de discrimination en ce qui touche le logement, l'emploi, et de façon générale dans leur vie quotidienne. Ceux qui sont internés risquent de perdre leurs droits de propriété, leurs droits domestiques et leurs privilèges professionnels et fiduciaires; ils sont sujets à la discrimination en ce qui concerne la votation, les permis de conduite et de pratique professionnelle, et le marriage (Chilke et al., n.d.).

---

7. Furman et Conners (1970) soutiennent que les personnes en institution ont même un taux de mortalité plus élevé.

Department of Justice
Ministère de la Justice
Library/Bibliothèque

Ces conséquences démontrent qu'une intervention étatique aussi extrême que l'internement commande une réflexion profonde sur la nécessité d'une procédure adéquate. Dans un même temps, ce survol laisse entrevoir quelques-unes des difficultés légales qui découlent de l'hospitalisation. Janopaul (1962) en énumère quelques-unes:

1. tutelle des biens;
2. tutelle de la personne et de l'intégrité personnelle;
3. forclusion de contrats d'achat à versements;
4. actions judiciaires pendantes;

Shone (1976) ajoute:

5. objections visant les privilèges et traitement; et
6. état de patient volontaire et involontaire.[8]

Gardant à l'esprit la vulnérabilité de ce groupe de clients et la gravité des questions en cause, il semble impératif que les services d'un avocat pour représenter leurs droits soient disponibles et accessibles. L'on pourrait même soutenir que des services de représentation efficaces auraient un effet thérapeutique. Strand (1972) résume assez bien la situation:

> Pour les patients qui se voient confrontés avec l'éviction, la faillite et même l'angoisse domestique, la chimiothérapie et la psychothérapie des hôpitaux traditionnels qui visent les symptômes personnels, risquent de ne pas être aussi efficaces que les services juridiques.

---

8. Schwitzgebel (1975) démontre dans une étude que la plupart des gens, dix jours après leur admission, ne se souviennent plus d'avoir signé volontairement les formules d'admission.

La présence d'un avocat peut aider à diminuer l'anxiété et la crainte qui gênent le traitement et peut, jusqu'à un certain point, dispenser la direction hospitalière du fardeau de régler les disputes. Par conséquent, l'image carcérale de l'hôpital pourrait éventuellement pâlir, et les membres de son personnel pourraient alors être perçus comme des assistants plutôt que des geôliers (voir MDLR, 1977a).

Il semble incontestable que le malade mental a besoin d'aide juridique durant les procédures d'internement, durant la période d'hospitalisation et même lors de la mise en liberté. Mais quel type d'aide juridique serait le plus approprié et le plus bénéfique?

Quel type d'aide juridique?

Le genre d'aide juridique offert aux malades mentaux doit avant tout répondre à leurs besoins spéciaux. Le Mental Disability Law Reporter a souligné à diverses reprises l'importance de la représentation légale aussi tôt que possible afin d'accorder le plus de temps possible à la préparation, et pour assurer que les renseignements sont recueillis et que les conseils sont donnés avant que le traitement débute. L'avocat peut plus facilement évaluer le cas avant que le patient subisse les effets d'un traitement et d'une détention prolongée et, en même temps, il peut rassurer le patient sur ses préoccupations et craintes immédiates.

En outre, il s'agit d'un groupe de personnes sérieusement défavorisées. L'accès à leurs ressources et leur liberté de mouvement sont grandement restreints; leur apparence physique et leurs manières les rendent souvent peu attrayants. Ainsi ils sont des clients difficiles pour les

avocats en pratique privée, et ils sont souvent relativement ignorants de leurs droits (Gupta, 1970-71). La plupart des avocats ne se sentiraient sans doute pas prêts à assumer le rôle de conseiller d'un malade mental, ne sauraient pas comment évaluer les cas, ne sauraient pas quel rôle assumer face aux innombrables circonstances de la vie quotidienne du patient, ni comment réagir à leurs clients et communiquer avec eux. L'avocat d'un malade mental doit répondre à certaines exigences fondamentales:

1. Spécialisation - L'avocat doit connaître la terminologie du domaine de la santé mentale, la législation portant sur la santé mentale, et il doit connaître et comprendre jusqu'à un certain point le malade mental et ses circonstances afin d'évaluer son cas, de sympathiser et de communiquer avec lui, et, idéalement, il devrait représenter les intérêts du groupe autant que ceux de l'individu.[9]

2. Habiletés personnelles - L'avocat doit avoir des habiletés personnelles et inter-personnelles, c'est-à-dire, la stabilité émotive et la compassion, pour pouvoir supporter les rigueurs et le stress que présente une clientèle de malades mentaux, tout en fournissant des services juridiques "dévoués".

3. Accessibilité - L'avocat doit être immédiatement disponible à ses clients, il doit se rendre visible et doit même être prêt à aller chercher les clients qui ne l'ont pas consulté et doit être capable de

---

9. Ceci nécessite sans doute une éducation légale continue.

ce faire; il doit les éduquer et les aviser. Tel que le soutient Brunetti (1975), la détention et le traitement peuvent créer "un environnement inhibitif ou répressif".[10] Seul un avocat à plein temps est en mesure de relever ces défis.

4. L'avocat doit faire preuve de diligence et indépendance - Il doit assumer le rôle de représentant d'un malade mental. Il est évident que personne d'autre joue ce rôle. Le patient a souvent le sentiment que même les membres de sa parenté, qui ont parfois participé au processus d'internement, ne sont pas dignes de confiance (Waddams, 1972). Pour bien jouer ce rôle, l'avocat doit prendre les demandes et les perceptions du client au sérieux; il ne peut pas se considérer comme faisant partie de l'équipe thérapeutique. Celle-ci est nécessaire, mais ce rôle est déjà bien rempli; celui, tout aussi important, de porte-parole du patient lui-même ne l'est pas. L'avocat qui adopterait la version médicale de ce que sont les meilleurs intérêts du client, plutôt que celle du client, ne pourrait pas fournir la représentation légale indépendante nécessaire pour assurer que les droits de son client sont respectés. Bien que l'avocat doive faire preuve de bon jugement dans l'évaluation et la sélection des

---

10. Il cite les effets de la sédation (par exemple, la thorazine, stelazine et mellaril peuvent diminuer la motivation) et des traitements par chocs (qui semblent désorienter le patient et avoir des effets immédiats sur la mémoire).

causes, il doit le faire selon des motifs légaux et non médicaux. "La compassion ne remplace pas les protections légales" (Shone, 1976).

Pour citer Litwack (1974, 839):

> Seul un avocat travaillant à plein temps peut dédier le temps, acquérir l'expertise, être relativement libre de toute pression gouvernementale, et faire preuve du dévouement voulu pour représenter adéquatement des clients qui sont susceptibles d'être pauvres, bouleversés, et autrement seuls pour défendre leurs droits.

Or, nous soutenons que l'avocat doit travailler à plein temps, être sur les lieux, être un spécialiste et être independant. Un avocat qui pourrait:

1. voir à ce que les clients soient immédiatement mis au courant de leur droit à un avocat;
2. expliquer les procédures et les alternatives légales;
3. faire des interviews afin de pouvoir agir;
4. enquêter sur les faits;
5. préparer des dispositions législatives pour auditions publiques;
6. parler au nom du timide, de l'analphabète et de celui qui est incapable de formuler ses plaintes;
7. déployer les habiletés habituelles d'un avocat lorsqu'il agit en tant que tel pour ses clients;
8. rechercher les alternatives possibles à l'hospitalisation;

9. préparer le client pour l'internement; et
10. représenter les intérêts du groupe.[11]

Il semble évident que l'avocat en pratique privée qui n'est pas familier avec les circonstances entourant la détention, qui ne peut pas conceptualiser adéquatement son rôle dans les procédures, et qui ne peut pas s'identifier au client, ne pourrait pas représenter diligemment ses clients (Cohen, 1966). Un ombudsman et un procureur assigné ne pourraient pas non plus avoir l'expérience et les habiletés particulières nécessaires, et les responsabilités de l'ombudsman, en particulier, sont susceptibles d'être partagées.[12] Enfin, les directeurs d'un hôpital risquent de compromettre leur travail lorsqu'ils sont appelés à jouer les rôles d'enquêteurs et d'arbitres (Dobson et Hansen, 1976). Encore une fois, nous maintenons que seul un avocat à plein temps sur les lieux pourrait répondre aux besoins à la fois du malade mental et de la communauté thérapeutique.[13]

Néanmoins, nous prévoyons que notre argumentation fera l'objet d'un grand nombre d'objections. Dans la partie

---

11. Tiré de Shone (1976) et Litwack (1974).

12. Un programme visant la représentation des patients par ombudsmen a été mis à l'essai à Windsor en Ontario.

13. Andalman et Chambers (1974) font un compte rendu détaillé et efficace des bénéfices d'un tel programme pour les patients et l'hôpital.

suivante nous discutons de ces objections à la lumière des constatations disponibles.

Objections à la représentation légale des malades mentaux

Il y a quatre grandes catégories d'objections à la représentation légale des malades mentaux:

1. La capacité du client d'utiliser un avocat - Plusieurs prétendent que le malade mental ne peut pas utiliser efficacement une aide juridique, ne peut pas donner des directives à l'avocat et peut abuser du processus dû aux raisons mêmes qui ont provoqué son internement. La plupart des constatations disponibles indiquent toutefois le contraire. Par exemple, Epstein et Lowinger (1975), soulignaient que presque toutes les catégories de malades mentaux peuvent bien utiliser les services d'un avocat, particulièrement ceux qui ont été internés involontairement. Ces recherchistes constataient également une amélioration marquée dans la prise de conscience des patients de leur statut légal et des aspects légaux de l'hospitalisation lorsqu'un avocat était disponible.

2. Conséquences sur la thérapie - Certains critiques étaient d'avis que la disponibilité de services juridiques aux malades mentaux pourrait avoir des effets indésirables sur la thérapie (voir Shived, 1978). Par contre, plusieurs soutenaient que la présence d'un avocat avait un effet thérapeutique positif. Kumasaka et al. (1972), maintenait que la diminution du nombre d'internements avait un effet positif et contribuait à l'efficacité de

l'hôpital. Strand (1972) allait jusqu'à dire que "la disponibilité de services légaux aux patients hospitalisés a un effet thérapeutique parce qu'elle apporte aux patients en institution qui sont autrement déshumanisés, l'occasion d'influencer leur propre destiné."

De plus, tel que nous l'avons dejà fait remarquer, le fait de régler des questions légales qui, jusqu'à un certain point, ont précipité la nécessité d'un internement ou que l'internement a causées, est susceptible d'avoir un effet réhabilitant. Plusieurs recherchistes maintenaient que si le bien-fondé de l'opinion médicale était endossé légalement, le patient serait mieux disposé et plus porté à se faire traiter (Roth et al., 1973; Weddams, 1972; Draper, 1976). De toute façon, l'avocat ne peut pas agir comme s'il était un thérapeute s'il est appelé à aider à établir si le cadre thérapeutique trouve application ou non.

Finalement, cette critique démontre l'importance de minimiser le délai entre l'internement et l'audition sur l'internement, et elle n'est pas très significative en ce qui concerne le rôle de l'avocat d'un malade mental en lui-même.

3. Mise en liberté prématurée ou non justifiée - Une autre préoccupation souvent exprimée est à l'effet que l'avocat d'un malade mental pourrait réussir à obtenir la libération de son patient de sorte que celui-ci serait privé d'un traitement nécessaire et pourrait, par conséquent, représenter un danger pour lui-même et la communauté. Toutefois, il existe peu de preuve du bien-fondé

d'une telle prétention. Tel que nous l'avons déjà souligné, les quelques études suivies (par exemple, Steadman, 1976; Monahan et Cummings, 1975) démontraient que les psychiatres étaient beaucoup plus aptes à exagérer les prédictions de danger. (Voir également Steadman et Cocozza, 1975; McGarry et Parker, 1974; Thornberry, 1979; Jacoby, 1976, qui ont étudié les résultats de la décision Baxtrom v. Herold de la Cour suprême des États-Unis.) Le petit nombre d'études suivies (et les difficultés méthodologiques qui y sont reliées) démontrent que nous ne pouvons pas avancer grand chose avec certitude sur cette question.

Neanmoins, le problème de la mise en liberté prématurée ou non justifiée n'est pas un commentaire applicable à la représentation légale des malades mentaux, mais plutôt à la disponibilité d'alternatives pour les malades mentaux et à la suffisance de la législation sur la santé mentale. S'il est vrai que les malades mentaux n'ont aucune autre possibilité d'hébergement lorsqu'ils sont remis en liberté, l'avocat ne peut pas priver son client de son droit à la représentation légale sous prétexte que la société n'a pas prévu de moyens d'hébergement acceptables. S'il le faisait, il accepterait implicitement une situation inacceptable. En fait, ses efforts pourraient servir à sensibiliser la communauté et à aider à déterminer ses besoins dans le domaine de la santé mentale. Il reste que si l'avocat devait finalement réussir à bloquer des internements qui sont "réellement nécessaires", une réflexion sur l'état ambigu de la législation sur la santé mentale s'imposerait sûrement. L'ambiguïté de la

loi[14] entraîne inévitablement la possibilité d'abus du pouvoir discrétionnaire. De disputer des causes devant les cours est peut-être le seul moyen de cerner ces ambiguïtés et de préciser et d'améliorer les lois. En autres mots, l'avocat du malade mental peut jouer un rôle très important dans la réforme des lois.

4. Légalisme non nécessaire - La plainte la plus courante et la plus fondamentale en ce qui concerne les services légaux dispensés librement aux malades mentaux, est à l'effet que l'introduction de l'aspect légal dans une relation primordialement thérapeutique n'est pas nécessaire. Mais le système légal est en jeu du fait même d'avoir recours à l'internement involontaire, et l'avocat tente simplement de veiller à ce qu'une procédure juste et adéquate soit suivie. A ceux qui prétendent qu'une telle vigilance "n'est pas nécessaire", nous signalons les nombreuses études qui indiquent que sans cette représentation les droits des patients sont souvent ignorés. Wenger et Fletcher, 1969; Kumasaka et al., 1972; Morris et Luby, 1975,[15] faisaient remarquer que, sans

---

14. Nous savons que la loi confère toujours une discrétion, mais lorsque la liberté d'un individu est en jeu, des lois très ambiguës sont inacceptables.

15. Voir en particulier les deux études ontariennes non publiées d'Arnold Bruner (1977), et l'ouvrage de Fox et Erickson (1972).

représentation, les auditions et les oppositions à l'internement sont rares et que, si une audition est tenue, elle est inadéquate et la preuve soumise est minime. Wenger et Fletcher (1969) découvraient qu'il existait un rapport positif entre la présence d'un avocat et à la fois la durée et les procédures d'internement, et la vraisemblance que le client ne soit pas hospitalisé. De même, Shone (1976:226) rapportait que les comités de révision: "...étaient plus soucieux de se conformer aux exigences procédurales minimales de la bienséance lorsqu'un avocat était présent; un fait qui n'est pas étonnant puisque, contrairement aux patients ordinaires ou aux représentants profanes, l'avocat a les moyens nécessaires pour s'objecter aux déviations de la procédure acceptable et pour demander une révision judiciaire ou interjeter appel."

Or, l'avocat de l'aide juridique peut voir à ce que l'internement ne résulte pas seulement d'une décision médicale "non verifiée".[16]

Nous avons tenté de faire le point sur la possibilité de mettre à la disposition des malades mentaux un type particulier d'aide juridique. L'article 30 du Mental Health

---

16. L'avocat des malades mentaux peut aussi vérifier l'utilisation de la législation civile qui permet aux forces de l'ordre d'arrêter et de détenir des individus "dérangés" qui peuvent être victimes d'actes illégaux sans jamais avoir la possibilité de se retrouver dans une cour de justice (Fox et Erickson, 1972).

Act de la Colombie-Britannique qui donne aux patients le droit d'utiliser les avenues légales ordinaires et, par conséquent, la représentation par procureur, renforce l'idée qu'il serait souhaitable que les malades mentaux bénéficient d'une telle représentation légale.

Le Projet de représentation légale des malades mentaux

Le Projet d'aide juridique aux malades mentaux est la première expérimentation canadienne consistant à maintenir une étude légale indépendante à même une institution provinciale de santé mentale mettant gratuitement ses services légaux à la disposition d'anciens patients et de patients encore en institution.

Le Projet fonctionne sous les auspices du Vancouver Community Legal Assistance Society, ce qui permet aux clients qui choisissent de demeurer dans les environs après leur période d'hospitalisation, de continuer à se prévaloir des services d'une étude légale communautaire bien établie.

Il est en opération depuis septembre 1977. Les discussions qui ont conduit à la mise sur pied du Projet impliquaient des représentants de l'Association pour malades mentaux qui avaient épaulé l'idée de mettre de tels services à la disposition des patients par des articles dans le journal de l'Association et en prêtant leur concours à la conception du Projet avant de faire une première demande d'aide financière. C'est le Donner Canadian Foundation de Toronto qui a financé la première année du Projet au moyen d'un octroi. Depuis le mois de septembre 1978, c'est le Law Foundation de la Colombie-Britannique et le ministère de la Justice du Gouvernement canadien qui fournissent le financement nécessaire. En finançant le Projet, le ministère de la Justice cherchait principalement à évaluer

de façon intensive à la fois les aspects conceptuels et fonctionnels du Projet.

Le personnel du Projet définissait ses objectifs en deux volets:

1. Pour soulever les questions reliées au statut et aux droits légaux des malades mentaux dans le but de faire une nouvelle loi ou de modifier la loi existante;

2. De fournir gratuitement une aide juridique indépendante aux malades mentaux pour les problèmes légaux qu'entraîne leur statut de malade mental.

Le Projet était mis sur pied sur la prémisse que les malades mentaux vivent des problèmes particuliers qui ont souvent une dimension juridique, et non pas en raison de la justiciabilité de leur cause ou en considération de leur valeur intrinsèque en tant qu'êtres humains. La représentation légale n'a pas été très accessible aux malades mentaux et ceux-ci n'ont pas exercé une très grande influence sur le processus légal qui a affecté leur vie. Le Projet tente de changer cette situation par ses activités dans le domaine de la réforme du droit et par les services qu'il dispense.

Nos discussions sur le Projet sont fondées sur plusieurs sources de renseignements:

1. entrevues avec le personnel du Projet,
2. entrevues avec le personnel de l'hôpital,
3. entrevues avec d'autres parties intéressées,
4. une analyse des dossiers, et
5. observations sur le terrain.

Nous en discutons sous les rubriques suivantes:

1. la philosophie de la représentation légale,
2. le personnel,
3. l'organisme responsable,
4. les installations,
5. les rapports avec l'hôpital,
6. la représentation de clients individuels,
7. la représentation des intérêts du groupe et les activités éducatives, et
8. les alternatives disponibles.

## 1. La philosophie de la représentation légale

Le Projet cherche à répondre aux besoins légaux des malades mentaux. Pour ce faire, deux approches étaient jugées nécessaires. Premièrement, une aide juridique était offerte aux individus qui avaient des problèmes qui commandaient des solutions légales. Deuxièmement, les intérêts légaux des malades mentaux en tant que groupe devaient être représentés par voies de litiges, de réforme des lois et d'activités éducatives. Nous examinerons chacune à tour de rôle.

Tel que nous l'avons déjà indiqué, les individus dont la capacité mentale est en cause soulèvent une question fondamentale pour l'avocat: doit-il agir conformément aux désirs du client ou d'après ses meilleurs intérêts? La question est aussi fondamentale que problématique. Elle est fondamentale parce qu'elle définit le rôle que l'avocat doit jouer et affecte toutes les décisions qu'il prend au cours de la représentation de son client. Elle est problématique parce qu'elle fait présumer implicitement que le client n'est pas compétent pour juger quels sont ses "meilleurs intérêts". Dans plusieurs causes du domaine de la santé

mentale, c'est précisément la question en jeu, et si l'avocat décide de ne pas faire valoir le point de vue de son client, il agit comme un juge plutôt qu'un avocat. Il est à remarquer qu'il est de l'essence même de l'éthique légale d'agir a) en fonction des intérêts tels que définis par le client, et b) sur les mérites juridiques de la cause. Par exemple, nous serions scandalisés si un avocat criminaliste refusait de représenter son client parce qu'il croit qu'il a besoin de "correction".

La philosophie qui guide les activités des avocats du Projet repose sur trois prémisses très simples. Premièrement, le rôle d'un avocat étant de représenter son client, il travaille pour lui strictement dans le cadre des règles d'éthique. Deuxièmement, la loi s'applique (sauf lorsqu'elle en indique autrement) à tous les citoyens sans égard à l'état thérapeutique dans lequel ils se trouvent. Troisièmement, l'avocat joue un rôle légal qui consiste à rendre les droits et les redressements légaux accessibles aux clients.

Les avocats des malades mentaux sélectionnent les cas d'après leurs mérites légaux. Si un client a une cause raisonnable en droit, il l'accepte. La question de savoir si le client a raison ou tort est laissée à l'appréciation du juge. Celle de savoir si l'hôpital doit remettre un patient en liberté est décidée par le juge d'après la preuve qui lui est soumise. Si un client est incapable en ce qui concerne la garde d'un enfant, c'est le juge qui en decide d'après la preuve. Si un client cherche à obtenir plus de contrôle sur sa vie que l'hôpital lui en permet, c'est au juge à decider, toujours d'après la preuve, qui a raison. Les avocats des malades mentaux soutiennent que c'est le gouvernement qui établit les règles et que le client a le droit d'être traité conformément à ces règles. C'est

l'essence de la prédominance du droit sur les volontés de l'homme.

Le problème que posent les clients qui ne peuvent pas donner des directives à l'avocat est résolu de façon simple. L'avocat ne représente pas les clients qui ne peuvent pas définir des objectifs cohérents.[17] Le problème que présentent les clients dont les objectifs sont déraisonnables du point de vue légal est traité de la même façon qu'il le serait par toute étude légale responsable, c'est-à-dire en avisant le client que sa cause n'est pas suffisamment méritoire en droit. En résumé, les avocats préfèrent rester fidèles au cadre légal lorsqu'ils sont appelés à débattre des questions légales. La responsabilité des questions non légales est laissée aux travailleurs sociaux et au personnel médical.

La seconde forme de représentation vise les intérêts du groupe. Le personnel du Projet croit que pour protéger les droits individuels, les intérêts du groupe doivent être représentés. Cette représentation se fait par quatre moyens. Le premier est le litige pilote. Bien que le domaine de la santé mentale ait donné lieu à des activités légales dans les cours criminelles, peu de causes ont eté instruites devant les cours civiles. Afin d'établir les droits qui existent dejà en common law et dans le droit

---

17. Un phenomène rare et, dans plusieurs cas, il ne s'agissait que d'une question de temps. C'est-à-dire qu'un client qui ne pouvait formuler son point pouvait le jour suivant être capable de le faire de façon très cohérente. Ce qui fait voir de nouveau l'importance d'avoir un avocat sur les lieux.

écrit, des cas doivent être amenés devant les cours pour établir des précédents précis.

Le deuxième moyen de représenter les intérêts du groupe consiste à encourager les améliorations dans le droit écrit. Les lois sont faites par des individus qui écoutent les points de vue des parties intéressées. En ce qui concerne les lois sur la santé mentale, le point de vue des patients est rarement présenté. Les intérêts des membres de la profession médicale et ceux de leurs patients ne sont pas toujours les mêmes. Un groupe qui manque de pouvoir et de crédibilité, tel que celui que forment les malades mentaux, a besoin d'un porte-parole dans le processus d'élaboration et de réforme du droit.

Le troisième moyen utilisé pour représenter les intérêts du groupe est l'éducation communautaire. Si la dignité et les droits légaux des malades mentaux doivent être respectés, la communauté doit comprendre les questions en cause.

Finalement, les intérêts de tous les membres du groupe sont mieux servis lorsque les individus à l'intérieur du groupe sont représentés avec ardeur. La représentation individuelle sert les intérêts de tous les malades mentaux en general parce qu'elle constitue un moyen de prévention. Les droits sont réellement des droits seulement lorsqu'ils sont respectés. Quand personne ne conteste les décisions administratives qui outrepassent ce que la loi permet, même les fonctionnaires les mieux intentionnés sont susceptibles d'oublier les limitations légales de leur discrétion. Or, de défier légalement certaines procédures ou décisions au nom des individus, peut servir à mettre en garde les fonctionnaires administratifs et à les encourager à s'en tenir à des procédures acceptables à l'endroit de tous.

En résume, la philosophie de l'avocat est semblable à celle de la plupart des cliniques d'aide juridique. Les individus sont représentés par un procureur indépendant dévoué qu'ils emploient, et les intérêts du groupe sont poussés par tous les moyens légaux disponibles.

2. Le personnel du Projet

Le personnel du Projet comprend deux avocats, dont l'un y consacre tout son temps et l'autre soixante pourcent de son temps.[18] Ils sont salariés, et c'est la structure salariale du Legal Aid Society de la Colombie-Britannique qui sert de base à l'établissement de la rémunération.

L'avocat qui travaille à temps partiel est le premier procureur. Il a pratiqué le droit pendant sept ans. Avant de mettre sur pied le Projet de représentation légale des malades mentaux, il avait travaillé sur un projet semblable aux États-Unis. Une grande partie du travail qui implique des disputes avec l'hôpital, le travail de cour et presque tous les cas visant la réforme de la loi, lui incombent. En tant que premier, il prête son concours à son collègue qui travaille à plein temps.

L'avocat à temps complet s'occupe de presque toutes les affaires matrimoniales et civiles et de certaines questions reliées à l'hôpital. Jusqu'à date, deux avocats ont occupé successivement le poste à temps complet; le premier a rempli les fonctions de ce poste durant les deux premières années et demie du Projet et l'autre a assumé ses fonctions

---

18. Les autres 40 pourcent de son temps sont consacrés à sa pratique légale, VCLAS.

quelques mois avant la préparation du présent rapport. La raison du changement est reliée aux tensions inhérentes à ce genre de pratique légale.

La tâche de recruter du personnel pour représenter des malades mentaux et de garder ce personnel (ce qui est essentiel à l'acquisition de l'expertise nécessaire) pourrait s'avérer difficile dans la mise en oeuvre de tels projets. Depuis le début du Projet en cours, le sentiment d'isolement que les avocats ressentent dans l'accomplissement de leurs fonctions a été l'un des problèmes rencontrés. Les données ci-dessous, recueillies au cours des interviews, démontrent nettement que le personnel et les membres de la direction de l'hôpital ne comprennent ni n'apprécient le rôle que joue un professionnel qui essaie d'aider un patient en défendant le point de vue de ce dernier contre leur propre point de vue. Par conséquent, l'environnement dans lequel il travaille, isole l'avocat de la communauté professionnelle.[19] Les clients forment un groupe insolite et troublé et, dans plusieurs cas, ils exacerbent l'avocat plutôt que de diminuer son sentiment d'isolement. En dernier lieu, ce domaine de pratique le laisse à l'écart de son propre groupe professionnel. Les collègues qui ont à faire face aux mêmes problèmes légaux et sociaux que ceux de l'avocat des malades mentaux sont très rares, et, par conséquent, il ne bénéficie pas des avantages de faire partie d'une "fraternité d'avocats".

---

19. Ce problème de "communication" est typique à la mise en oeuvre d'un programme. Voir, par exemple, Rogers et Shoemaker (1971) qui explorent le problème de façon générale.

Cet isolement pourrait affaiblir le domaine de représentation légale des malades mentaux. Les membres du personnel de ce genre d'étude légale doivent être assez engagés, volontaires et "sérieux" pour supporter le stress de l'isolement. Le danger "d'usure" qui est un facteur relié aux cliniques d'aide juridique, est encore plus grand lorsqu'il s'agit d'une clientèle de malades mentaux.

Les activités des avocats au sein du sous-comité sur la santé mentale du Law Society où ils peuvent discuter avec des collègues intéressés dans des questions semblables et dans les difficultés et les avantages que ce genre de pratique offre, est une façon de diminuer le stress de l'isolement. En outre, l'avocat soulignait que l'association avec l'agence responsable était une source de soutien moral et légal. Il n'en demeure pas moins que, dû au fait que l'expérience joue un rôle très important en ce que les avocats des malades mentaux doivent acquérir des habiletés particulières et maintenir une indépendance indispensable, nous devons nous pencher sur le problème de l'isolement et prendre les moyens nécessaires pour en diminuer les effets lorsque des projets qui nécessitent des avocats à temps complet sont mis sur pied.

3. <u>L'organisme responsable</u>

Le Vancouver Community Legal Assistance Society (VCLAS) est l'organisme responsable de ce Projet. Le but principal de l'organisation est de mettre des cas à l'épreuve dans des litiges et de réformer le droit.

Vu les intentions des avocats des malades mentaux dans le domaine de la réforme du droit, et étant donné que le Projet fait oeuvre de pionnier en ce qui concerne la

représentation légale de ces malades, il semble approprié qu'un tel organisme parraine le Projet.

Le fait que le Projet soit associé à un organisme d'envergure offre des avantages desquels un projet totalement indépendant ne pourrait bénéficier. Tel que nous l'avons dejà souligné, ce type nouveau de pratique du droit, les méthodes inhabituelles de dispenser les services, le genre de clientèle, et l'atmosphère plus médicale que légale dans laquelle une telle pratique évolue, font que les avocats impliqués ont tendance à se sentir isolés. L'organisme qui parraine le Projet apporte à ces avocats le soutien moral et collégial indispensable, et leur permet l'accès au milieu de leurs collègues qui travaillent à la réforme du droit; un refuge professionnel important à l'écart du monde des malades mentaux et des psychiatres. Toutefois, les autres avocats de l'organisme responsable n'étant pas particulièrement interessés dans le droit de la santé mentale, sont incapables de discuter en profondeur des problèmes légaux particuliers qui sont en cause.

4. Installations

Le bureau de l'avocat des malades mentaux est sur les lieux mêmes de l'hôpital Riverview qui est situé à Coquitlam en Colombie-Britannique, à quinze milles de la ville de Vancouver. Il fait partie d'une rangée de magasins de services qui inclut le bureau de poste de l'hôpital, une pâtisserie et un centre de rencontre pour les malades. Le bureau est plutôt petit et encombré, il est divisé en deux compartiments, mais ceux-ci ne sont pas suffisamment à l'écart du reste pour permettre la confidentialité nécessaire aux rapports avocat-client. Or, les installations sont tout au plus adéquates.

La proximité du bureau est évidemment avantageuse. Il est accessible à tous les patients mobiles et est visible à tous ceux qui fréquentent les autres petits magasins de services, tels que le bureau de poste et la pâtisserie. Les avantages que le bureau soit situé dans l'hôpital sont nombreux:

a) les avocats peuvent se familiariser avec l'environnement de l'hôpital, ce qu'ils ne pourraient pas faire autrement;

b) l'accès aux salles de dossiers, aux modules et au personnel hospitalier leur est facile;

c) les clients qui ne jouissent pas d'une grande mobilité peuvent s'y rendre facilement durant les heures de bureau;

d) les patients ont le sentiment qu'il s'agit d'une étude légale pour eux et qui fait partie des services qui leur sont offerts.

L'hôpital fournit l'espace aux avocats du Projet gratuitement. Les directeurs de l'hôpital disent qu'ils agissent ainsi parce qu'ils croient que les droits des patients doivent être respectés. L'hôpital apporte également sa coopération en accordant au personnel du Projet le libre accès aux modules de l'hôpital Riverview et au Forensic Psychiatric Institute et en leur donnant permission de voir les clients dans les modules ou dans le bureau.

## 5. Rapports avec l'hôpital

Le Projet d'aide juridique aux malades mentaux est situé sur les lieux mêmes de l'hôpital Riverview. La grande

partie de ses clients sont des patients de l'hôpital. De toutes les procédures légales que les avocats du Projet ont instituées, l'hôpital était la partie défenderesse dans 60 pourcent des cas. Dans la plupart des évaluations d'aide juridique, les rapports entre le client et la partie opposante n'est pas un point d'intérêt majeur. Lorsque le point est soulevé, par exemple en ce qui concerne l'aide juridique au criminel, c'est habituellement pour critiquer les rapports "trop amicaux" qui se seraient développés entre l'avocat de l'aide juridique et la partie adverse. Toutefois, les rapports avec l'hôpital dans la nouvelle pratique légale reliée à la santé mentale, sont d'importance considérable.

Un membre du personnel de l'hôpital, un psychologue en congé d'étude à l'Université de la Colombie-Britannique, interviewait les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins de l'hôpital. Utilisant un questionnaire composé de questions ouvertes et fermées, il interviewait un total de 47 membres du personnel sur le concept de la représentation légale des malades mentaux et sur le personnel du Projet. Tous les 18 travailleurs sociaux alors à l'emploi de l'hôpital, les deux psychologues qui avaient eu des contacts avec le Projet, l'infirmière en chef et cinq autres infirmières responsables[20], 16 médecins qui avaient eu des contacts avec le Projet et qui etaient disponibles, deux chefs de département et trois membres de l'Association pour malades mentaux étaient interviewés. L'un des auteurs du présent rapport rencontrait également les directeurs de

---

20. Nous n'avons pas pu obtenir l'échantillonnage de 30 infirmières choisies au hasard que nous avions demandé initialement.

l'hôpital. L'on demandait aux membres du personnel hospitalier quelle était leur perception des objectifs du Projet, ce qu'ils pensaient de ses procédures, quel serait d'après eux l'impact sur le fonctionnement de l'hôpital et sur la thérapie.

Quarante-neuf pourcent du personnel hospitalier croyaient que les objectifs du Projet étaient de fournir des services légaux aux patients, et 60 pourcent croyaient qu'il s'agissait de protéger les droits légaux des patients. Seulement quatre des réponses, soit neuf pourcent des répondants, pouvaient être interprétées comme une indication que ces personnes n'étaient pas d'accord avec les objectifs visés. La plupart se disaient satisfaits que le Projet vienne en aide aux patients qui avaient des problèmes légaux qui n'impliquaient pas directement l'hôpital (93 pourcent). En plus, 82 pourcent appréciaient le rôle de l'aide juridique en ce qui concerne la remise en liberté légitime d'un patient, et 67 pourcent appuyaient le rôle que le Projet jouait dans les disputes reliées à l'hôpital et au traitement. Bien que seulement deux personnes se rendaient compte que la réforme et la clarification du droit étaient des objectifs du Projet, 60 pourcent étaient d'accord que la mise à l'épreuve et la clarification des lois sur la santé mentale étaient des buts valables.

Les réponses du personnel hospitalier étaient plus négatives lorsque des cas réels impliquant les rapports entre le patient et l'hôpital étaient en cause. Quoique qu'il soit compréhensible que personne n'aime se voir entraîner dans un litige, les objections exprimées découlaient, du moins en partie, de préoccupations plus fondamentales. Elles étaient reliées à la philosophie de la représentation légale, aux effets sur la thérapie, à leur

propre position légale et à la question de communication entre le personnel du Projet et le personnel de l'hôpital.

En ce qui concerne la philosophie de la représentation légale, le personnel hospitalier voyait l'introduction du système légal contradictoire pour régler une dispute comme une intrusion. Les décisions sont fondées sur "ce qui est bon pour le patient", suite à des discussions entre les membres du personnel hospitalier. L'approche du système contradictoire qui consiste en un perdant et un gagnant leur semblait inappropriée. Les membres du personnel se considèrent du côté de leurs clients et non pas contre eux. La perspective de jouer un rôle en tant qu'"adversaire" de leurs clients dans des procédures légales leur est étrangère et elle n'est pas bienvenue.

Tel que nous l'avons souligné antérieurement, le fait demeure que la classification même de "patient involontaire" démontre qu'il existe une dispute du point de vue du patient. En autres mots, tant qu'il existe une divergence entre le personnel de l'hôpital et le patient sur ce qui est souhaitable, une situation contradictoire existe. Aussi longtemps que l'hôpital peut recourir à la loi pour faire interner un patient et que le patient n'est pas représenté, la dispute se règle rapidement en faveur du point de vue de l'hôpital. Lorsque le patient retient les services d'un avocat pour représenter son point de vue, la dispute est bien sûr plus difficile à gagner pour l'hôpital. Il n'est pas étonnant que l'hôpital perçoive l'avocat comme une source de contradiction dans une situation donnée. Mais l'avocat ne fait qu'équilibrer les rapports; il n'amène pas la contradiction. Encore une fois, c'est la tension qui existe entre l'aspect médical/thérapeutique et l'aspect légal/professionnel qui est à la base de telles conceptions de la part du personnel.

Le personnel croit que les avocats devraient, comme il le fait lui-même, décider sur la base de ce qui est bon pour le patient en termes thérapeutiques. Soixante-quatre pourcent n'étaient pas d'avis que l'avocat devrait suivre les directives du client comme il le fait dans la pratique légale normale. Les thérapeutes jugent de ce qui est bon pour le patient même lorsque le patient n'est pas d'accord. Le personnel semblait s'attendre à ce que l'avocat fasse de même plutôt que de soutenir le point de vue du patient, c'est-à-dire prendre des décisions légales en fonction des meilleurs intérêts du patient, laissant au juge la décision finale. En fait, plusieurs des objections du personnel au Projet et aux avocats eux-mêmes, découlent d'une perception erronée du rôle d'un avocat.

En ce qui concerne le fonctionnement de l'hôpital en général, la majorité, soit 57 pourcent, du personnel étaient d'accord que le Projet n'était pas un problème sérieux. Mais environ la moitié des employés disaient se préoccuper sérieusement en ce qui touche la thérapie. Certains soutenaient que lorsqu'un client retenait les services d'un avocat pour contester son traitement ou son internement, il arrêtait complètement de participer à la thérapie. Quelques-uns allaient jusqu'à dire qu'ils étaient quelque peu timides de continuer à traiter le patient qui avait une cause légale pendante, parce qu'ils craignaient un arrêt prématuré de la thérapie ou d'autres démêlés légaux.

L'effet thérapeutique, bon ou mauvais, de la représentation légale des malades mentaux est incertain. Les résultats d'aucune recherche ne lui ont attribué un effet nuisible, et certains psychiatres qui ont traité plusieurs patients représentés l'ont trouvée bénéfique. Par exemple, ils soulignaient que les patients qui perdent leur cas en arrivaient à croire que le succès de la thérapie

était leur seul moyen de quitter l'hôpital. Dans un cas comme dans l'autre, comme nous l'avons déjà indiqué, ces préoccupations ne sont pas au coeur de la question. Un individu ne peut pas être privé de ses droits légaux sous prétexte qu'ils sont mauvais pour lui. Ses droits légaux établissent les limites aux traitements qui peuvent être imposés. D'ignorer ces droits aux fins thérapeutiques seraient de les bafouer.

Mais que dire de l'effet gênant sur les thérapeutes? La représentation légale est regrettable dans la mesure où elle gêne une thérapie légitime. L'entrave à la thérapie pourrait être partiellement évitée par une consultation auprès de l'avocat de l'hôpital. Lorsque des points en cause sont incertains, l'avocat pourrait résoudre le problème en soumettant certains de ces cas à la cour afin d'établir des précedents précis. S'il arrive que des activités qui ne peuvent être soutenues légalement sont arrêtées, c'est un dénouement souhaitable puisque c'est là l'un des objectifs du Projet.

Les réponses (ouvertes) offertes par les membres du personnel hospitalier indiquaient qu'ils se préoccupaient de leur propre position légale. Ils n'ont pas d'avocat à plein temps. Un avocat pour l'hôpital serait coûteux et saperait des ressources déjà limitées. Ceci est également regrettable. Il reste que l'internement involontaire est une procédure légale qui ne doit pas être faite en dehors de la loi. Le personnel hospitalier devrait avoir accès à un avocat.

La dernière question touche la communication. Quatre-vingt-sept pourcent disaient que c'était les problèmes de communication qui devraient être résolus en premier lieu. Le personnel du Projet avait fourni des explications à

seulement 34 pourcent des employés. Il est évident que la plupart étaient d'avis que la consultation sur les cas individuels était inadéquate. Bien que la plupart d'entre eux voulaient que cette consultation soit faite comme s'il s'agissait de thérapie, c'est-à-dire en discutant des meilleurs intérêts du patient, ce qui ne constitue pas une activité appropriée pour un avocat, le personnel hospitalier est en possession de renseignements qui pourraient s'avérer utiles dans la représentation légale et, par conséquent, devrait être consulté. Au cours de la dernière année, les deux côtés ont tenté de corriger cette situation.

Les membres du personnel du Projet assistent depuis un an aux réunions du personnel médical et des services sociaux de l'hôpital Riverview dans le but d'expliquer les objectifs et les activités du Projet et de discuter de ce en quoi il consiste. Certaines discussions qui sont entamées lors des réunions se continuent souvent à d'autres occasions. En novembre 1979, le personnel du Projet était invité à participer à une entrevue sur une émission à la télévision par câble concernant les droits des malades mentaux. Le personnel du Projet a suggéré à l'animateur de l'émission d'inviter le docteur Walter Goresky, le directeur de la clinique de l'hôpital Riverview, afin de débattre la question de savoir si les patients involontaires avaient le droit de refuser un traitement. Les avocats ont également expliqué la philosophie de la représentation légale dans un échange de correspondance avec le médecin responsable des admissions de l'hôpital.

A présent, le personnel légal du Projet discute avec le médecin ou le psychiatre responsable de chaque cas qui implique une demande à la cour pour la mise en liberté d'un client (lorsque le client autorise l'avocat à le faire) avant d'intenter l'action, et il rapporte la teneur de la

discussion au client. La recherche de l'opinion du médecin a un triple but: premièrement, afin d'obtenir des renseignements sur le cas du client et de connaître la force des objections auxquelles il aura à faire face s'il continue dans son action; deuxièmement, pour ouvrir ou améliorer la communication entre le médecin et le patient et entre le personnel hospitalier et celui du Projet; et, troisièmement, pour mettre le médecin au courant des intentions du patient. Assez souvent de tels contacts ont pour résultat de régler le problème du client sans litige.

En résumé, les réponses du personnel hospitalier reflètent les questions fondamentales qui ont été discutées tout au long du présent rapport. Les thérapeutes fonctionnent à l'intérieur du cadre thérapeutique, ils s'objectent à ce que les patients soient représentés par avocat lorsque cette représentation entre en conflit avec les définitions des rôles "assistant" "client" assumés dans le cadre thérapeutique. Ils respectent et approuvent le concept à l'effet que les patients ont des droits, mais ils reculent à la pensée que ces droits doivent être protégés par l'intermédiaire du processus légal normal. Malgré tout, en dépit de leurs objections, 94 pourcent de ceux qui exprimaient une opinion étaient d'avis que les patients étaient satisfaits des conseils légaux fournis.

## 6. Activités du Projet

Les activités du Projet se résument sous deux rubriques: premièrement, la représentation des individus, et, deuxièmement, la représentation des intérêts du groupe et l'éducation de la communauté.

Représentation des individus

La majeure partie du travail porte sur des cas individuels. Nous nous penchons maintenant sur les clients, les problèmes légaux, la stratégie légale et les résultats.

Les clients

Dans ses trois années d'existence le Projet a complété 465 cas. Il a des dossiers ouverts sur 140 cas additionnels. En outre, des conseils juridiques ont été donnés chaque mois à approximativement 30 clients pour lesquels aucun dossier n'est ouvert.

Le tableau 1. fait état des données personnelles des clients. Il est évident que les avocats font affaires avec une grande variété de clients, hommes et femmes de tous les âges et dans tous les états mentaux et thérapeutiques. Toutefois, la proportion peu élevée des clients dans la catégorie "chronique" par rapport à l'ensemble des patients de l'hôpital appelle des commentaires. La clientèle de patients chroniques du Projet est beaucoup moins élevée que celle des patients qui sont désignés comme étant en "période aiguë", et par rapport à la totalité des patients, c'est l'inverse qui prévaut. Sans mettre en doute la validité des problèmes légaux des patients en période aiguë, nous devons nous interroger sur la bien minime représentation des patients chroniques. La sous-représentation des individus plus âgés reflète probablement le fait qu'ils sont fréquemment classés comme étant des patients chroniques. Le personnel du Projet explique cette basse représentation par la sélection des cas. Les patients en période aiguë requièrent les services d'un avocat plus fréquemment et les nombreux cas dejà en cours ont diminué la motivation pour élargir davantage ce groupe de clients. Cependant, lorsque

les ressources restreintes commandent une sélection de cas, les priorités doivent être fondées sur les mérites légaux des cas individuels. La question de savoir si les solutions légales sont plus difficiles en ce qui concerne les patients en période aiguë ou les patients chroniques est un point discutable. La liberté et les droits des deux groupes sont en jeu.

Une analyse des cas impliquant des patients chroniques révèle un taux élevé de mises en liberté ou de congés prolongés de l'hôpital. En fait, 75 pourcent des patients chroniques qui demandaient leur libération étaient soit relâchés ou mis en congé prolongé par l'hôpital.

TABLEAU 1.

LES CLIENTS

| Qualité du patient à l'hôpital | Clients du Projet | Total des patients hospitalisés |
|---|---|---|
| Volontaire | 7% | |
| Involontaire | 89% | |
| Libéré | 3% | |
| **Âge** | | |
| 16-20 moins de 20 ans | 2% | 1.5% |
| 20-29 | 32% | 12.7% |
| 30-39 | 27% | 12.7% |
| 40-49 | 16% | 12.0% |
| 50-59 | 12% | 19.8% |
| 61 et plus | 0% | 41.3% |
| **Sexe** | | |
| Masculin | 41% | 57% |
| Féminin | 59% | 43% |
| **État civil** | | |
| Célibataire | 56% | 60.7% |
| Marié/Marié de fait | 19% | 20.9% |
| Séparé | 12% | 6.7% |
| Divorcé | 13% | 5.6% |
| Autres | 0% | 6.1% |
| **État thérapeutique** | | |
| Chronique | 27% | 84% |
| Période aiguë | 73% | 16% |

Bien que nous ne sachions pas jusqu'à quel point ces patients sont représentatifs de l'ensemble des patients chroniques, nous savons que cette classification n'empêche pas une représentation efficace. Il ne fait aucun doute que la minime représentation des patients chroniques est partiellement due au fait qu'ils sont moins "motivés" étant donné qu'ils ont eu plus de temps pour s'adapter à leur hospitalisation ou pour en subir ses effets. Ce qui signifie peut-être que le Projet doit agir de façon à contrer plus généralement les effets de l'hospitalisation et de la vie en institution (voir Goffman, 1961).

Le personnel du Projet de représentation légale des malades mentaux a répondu aux demandes des clients sans faire aucune solicitation. Cette ligne de conduite est conforme, bien sûr, à l'éthique de la profession légale dont le rôle traditionnel consiste à réagir aux demandes des clients, et les membres de la profession se sont abstenus de façon genérale à jouer un rôle actif qui voudrait qu'ils cherchent à sensibiliser les clients à leurs problèmes légaux. C'est une philosophie consistante du rôle traditionnel de l'avocat. Néanmoins, bien qu'au premier abord nous rejetions la possibilité que les avocats pour malades mentaux s'engagent dans une "chasse à l'ambulance", nous sommes en présence d'un dilemme pratique sérieux. Pour avoir accès à la loi il ne suffit pas qu'un avocat soit disponible, mais il faut également que le futur client sache qu'il existe peut-être des recours légaux pour régler certains de ses problèmes. Dans la pratique traditionnelle du droit, les clients des classes moyenne et riche ainsi que les corporations sont plus susceptibles d'être au courant de l'évantail de moyens que leur donnent les lois pour parvenir

à leurs buts. Il s'ensuit que les membres de la profession légale n'ont pas à prêcher la valeur de leurs services.[21]

Néanmoins, cette pratique d'attendre les clients pour dispenser de l'aide juridique a fait preuve de plusieurs désavantages. Le pauvre et le défavorisé n'est pas apte à articuler ses droits, ni à saisir le lien entre ses "problèmes personnels" et le processus légal.[22] L'aide juridique connaît bien ce phenomène et c'est pourquoi il a élaboré divers programmes visant à informer les clients des bienfaits de la loi. Le domaine juridique est perçu comme l'un des objectifs majeurs de l'éducation publique, et fait partie des activités communautaires des travailleurs sociaux. Loin d'être une "chasse à l'ambulance", l'atteinte de cet objectif constitue une composante essentielle du principe de l'égalité devant la loi et de l'égalité des possibilités d'accès à la loi. Nous pouvons sûrement faire le paralèle en ce qui concerne les malades mentaux. Le patient chronique interné depuis longtemps dans un hôpital pour malades mentaux n'a pas vraiment accès à la loi à moins qu'il ne soit mis au courant des recours légaux qui existent et qu'il ne soit mis au courant des possibilités de représentation pour faire valoir son point de vue dans une dispute avec l'hôpital ou la société. La distribution des

---

21. Cependant, il est de pratique courante pour les avocats de mettre leurs propres clients, privés ou corporatifs, au courant de nouvelles méthodes d'utilisation de la loi afin de mieux atteindre leurs fins.

22. Voir, les études dirigées par Messier (1975), Marks (1971), Messier (1975), Sykes (1969) et Hazard (1969).

cas qu'effectue le Projet de représentation légale des malades mentaux semblerait indiquer que ce genre d'activités visant la sensibilisation devraient être un objectif.

Puisqu'il s'agit d'un projet d'aide juridique, les clients doivent évidemment rencontrer le critère d'admissibilité aux services légaux défrayés par l'État. En vertu du programme de la Colombie-Britannique, 83 pourcent des clients répondaient nettement au critère d'admissibilité à l'aide juridique. Bien que seulement 20 pourcent entraient dans l'éventail des cas prévus pour lesquels une aide juridique était disponible en vertu du système d'aide juridique, les cliniques d'aide juridique de la Colombie-Britannique acceptent la plupart des cas civils et criminels.

La question se pose à savoir si les causes des personnes hospitalisées devraient faire l'objet d'aide juridique. En fait, l'un des objectifs du Projet était d'évaluer le besoin d'aide juridique dans ce domaine. Considérant les points légaux fondamentaux qui sont impliqués et, tel que nous le verrons ci-après, les redressements que l'aide juridique peut apporter, il semblerait indiqué que l'hospitalisation involontaire devienne un domaine régulier bénéficiant de services d'aide juridique. Dans toute cause criminelle lorsque la liberté d'un individu est en jeu, l'aide juridique est disponible partout au Canada. En ce qui concerne l'hospitalisation involontaire, à la fois la liberté et le droit à l'autonomie physique sont menacés (voir Harvard Law Review, 1974: 1200-1201; Sharpe, 1978; Hill, 1977; Amand, 1979). Le Legal Services Society Act actuel stipule explicitement que l'un des buts de l'aide juridique en Colombie-Britannique est d'assurer des services légaux à toute personne qui est menacée d'être privée de sa liberté par des procédures

civiles. Or, l'aide juridique aux malades mentaux qui sont internés civilement doit être perçue comme un domaine d'aide juridique régulier, et non pas marginal. (Voir appendice I)

Genres de cas

Le texte suivant donne un aperçu numérique des matières des causes. La description 1 rend ces données plus "vivantes" en illustrant quelques-unes des causes. Celles-ci sont classées en deux catégories principales: a) celles dans lesquelles l'internement, la thérapie ou les conditions de vie à l'hôpital sont mis en question; et b) celles dans lesquelles les matières reliées directement à l'hospitalisation ne sont pas en cause.[23]

Soixante pourcent de toutes les causes impliquaient l'hôpital directement (voir tableau 3). De ce nombre, 80 pourcent étaient des demandes de libération. Parce que la personne n'a pas droit d'être entendue au cours du processus d'internement même, aucune des causes n'impliquait une dispute lors de l'internement original. Le reste des causes dans cette catégorie étaient reliées à des plaintes concernant le traitement (5 pourcent) et la disponibilité des dossiers, la perte d'effets personnels, l'ouverture du courrier, les transferts, la qualité du patient à l'hôpital et une variété d'autres problèmes individuels.

Les autres 40 pourcent des causes n'impliquaient pas de dispute avec l'hôpital directement. Soixante pourcent de

---

23. Il est à remarquer que plusieurs des causes dans ce dernier groupe portaient sur des questions résultant de l'hospitalisation ou survenues durant l'hospitalisation.

toutes les causes portaient sur des matières matrimoniales, le divorce en grande partie (67 pourcent), mais également sur la garde d'enfants (22 pourcent). Le reste des causes de droit familial incluaient le défaut de pourvoir, la pension alimentaire et la séparation. Dix-huit pourcent de l'ensemble de ces causes portaient sur d'autres matières civiles. De ces dernières, 29 pourcent visaient les relations locateur-locataire. Les autres portaient sur la capacité de subir un procès, des actions devant la Cour des petites créances, des ordonnances de restriction, des dettes, des auditions visant la compensation aux travailleurs, l'assurance chômage, la déportation et les testaments. Il importe de souligner que le pourcentage de causes portant sur le droit de la famille et le droit civil était à peu près le même que celui de la plupart des cliniques d'aide juridique. Enfin, les matières criminelles formaient seulement 6 pourcent de l'ensemble des causes. La plupart impliquaient des auditions sur décrets.

Tableau 2: Genres de cas

| Domaine du droit | Pourcentage de cas |
|---|---|
| Hôpital | 60 |
| Famille | 16 |
| Autres domaines civils | 18 |
| Criminel | 6 |

n = 465

## Description 1

### Description des cas 1979-80

Cas

1. L'époux d'une ex-patiente de Riverview qui demeurait dans une maison de pension de Chilliwack refusait à cette dernière tout accès à ses enfants sans autorisation légale. L'avocat réussissait à négocier une entente en communiquant avec le mari et son procureur pour le compte de sa cliente. L'arrangement lui permettait de voir ses enfants regulièrement.

2. L'avocat rédigeait et s'occupait de faire signer une procuration au nom de son client qui, bien qu'interné dans une institution pour malades mentaux, demeurait capable. Il préparait et s'occupait de faire signer les affidavits médicaux nécessaires pour établir la validité de la procuration en cas de dispute éventuelle.

3. L'avocat se prévalait des dispositions de transfert du Mental Health Act pour aider son client à obtenir un transfert de Riverview à une autre institution sur l'île de Vancouver plus près de chez-lui.

4. L'avocat préparait une convention de séparation pour un client et l'aidait à obtenir une ordonnance visant la vente de la résidence familiale et le partage du produit de la vente.

5. L'avocat négociait une entente entre un client et une agence de perception de comptes pour le paiement d'une facture de services dentaires par versements mensuels.

6. Une cliente qui avait été libérée de Riverview sans être avisée qu'elle avait en fait été libérée de façon définitive était forcée par un membre de l'équipe médicale communautaire de continuer à prendre un médicament pendant une période de deux ans, sous pretexte qu'elle serait renvoyée à l'hôpital si elle faisait défaut de prendre ce médicament. Elle soutenait que le médicament avait des effets désagréables sur elle. L'avocat obtenait une preuve documentaire à l'effet que la cliente avait été libérée de façon définitive de l'hôpital et avisait celle-ci qu'elle était libre de continuer ou de discontinuer à prendre le médicament selon qu'elle jugeait à propos.

7. L'avocat aidait une cliente à en venir à une entente avec le docteur sur une sorte de traitement autre que le traitement par chocs (ECT). Le client promettait de ne pas présenter de requête pour sa libération de l'hôpital. Son médecin acceptait de ne pas lui faire subir de traitement par chocs.

8. L'avocat aidait à une cliente à obtenir un avortement thérapeutique en expliquant à son médecin la différence entre l'incapacité de s'occuper de soi-même et l'incapacité de s'occuper de ses propres affaires en vertu du Patients' Estates Act.

9. L'avocat négociait un départ volontaire plutôt qu'une déportation avec un client qui était à la veille de se faire déporter du Canada. Il réussissait également à recouvrer le véhicule de ce client qui avait été saisi par les autorités de l'Immigration.

10. L'avocat représentait une femme qui avait perdu son enfant suite à des procédures en vertu de la Loi de protection de l'enfance lorsqu'elle avait été admise à

l'hôpital Riverview. Le procès avait duré deux jours et demi devant la Cour provinciale. Elle avait été libérée de l'hôpital juste avant le début du procès. Au procès elle avait obtenu la garde de son enfant en dépit de l'opposition du surintendant du bien-être de l'enfance et de son conjoint de fait qui l'avait abandonnée (il était représenté par avocat) sujette à surveillance. Six mois plus tard, sur révision, l'ordonnance de surveillance était levée et la cliente obtenait la garde permanente de l'enfant.

11. L'avocat négociait un ordre de consentement mettant fin à l'obligation du client de pourvoir et faisait divers arrangements pour retarder le paiement de dettes par le client dont l'entreprise avait échouée peu de temps avant son admission à l'hôpital.

12. L'avocat aidait un client à faire une demande de pardon dans une affaire criminelle.

13. L'avocat négociait une entente avec le procureur du surintendant du Bien-être de l'enfance et le procureur de l'ancien mari de la cliente visant la garde permanente de ses quatre enfants qui lui avaient été enlevés en vertu du Protection of Children Act lors de son admission à l'hôpital. La Cour de la famille de Surrey était responsable de surveiller la mise en oeuvre de l'entente. L'ordre de consentement provisoire qui définissait les termes de la garde devenait éventuellement définitif.

14. Un client recouvrait des dommages-intérêts civils contre le propriétaire d'une maison de pension pour avoir fait défaut de s'acquitter d'un devoir en sa qualité de dépositaire. Le propriétaire avait promis au client qu'il veillerait à l'entreposage de ses effets personnels lors de son admission à l'hôpital et il avait laissé d'autres

résidents de la maison de pension s'approprier les effets du client.

15. Les avocats recouvraient les meubles et effets personnels d'un client d'un ancien propriétaire qui avait effectué une saisie illégale sur ses biens pour des arrérages de loyer au moment de l'admission involontaire du client à l'hôpital.

16. Un client recevait un règlement comptant de la ville de New Westminster pour la saisie illégale et vente subséquente de son automobile en vertu du Highways Scenic Improvement Act. Le règlement était obtenu suite à l'admission de la ville qu'il n'y avait pas eu d'abandon de l'automobile au sens du terme utilisé dans la Loi.

17. L'avocat réussissait à obtenir pour son client un appel du verdict spécial de "non coupable en raison d'aliénation mentale" au motif des nombreuses irrégularités commises par le juge du procès et le procureur nommé du client. Le client soutenait qu'il avait été contraint de plaider l'aliénation mentale et que son avocat ne l'avait pas représenté de façon efficace. À la demande du personnel du Projet, un avocat privé nommé par la Legal Aid Society plaidait le cas devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. Le client était remis en liberté et n'a pas subi d'autres procès.

18. L'avocat obtenait un règlement comptant considérable sur une réclamation de bénéfices en vertu d'une police d'assurance d'incapacité prolongée pour un client qui avait été victime d'un effondrement mental au travail et dont les bénéfices d'incapacité avaient été refusés au motif qu'il n'avait pas fourni de preuve de réclamation adéquatement complétée.

19. L'avocat obtenait un règlement comptant considérable pour un client qui, bien que majeur et légalement compétent, avait subi des traitements par chocs dans un hôpital privé sans son consentement, et avait poursuivi le médecin traitant et l'hôpital devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique.

Cas courants

20. Une action visant à faire libérer définitivement un patient en congé prolongé dont le médecin refuse de diminuer le dosage d'un médicament psychotrope depuis une année et demie que le patient n'est plus à l'hôpital en dépit de ses plaintes qu'il est incapable de travailler ou de mener une vie normale sur le dosage actuel.

21. Une action contre les messageries d'une compagnie de chemin de fer pour avoir perdu une valise qui était expédiée à un client confiné à une institution pour aliénés mentaux criminels.

22. Une cause dans laquelle le Projet tente de recouvrer pour une cliente un coffret de sécurité qui se trouve sur les lieux de la résidence de laquelle elle a été évincée lors de son admission à l'hôpital.

23. Une action contre la ville de Vancouver et deux policiers pour la saisie et la destruction de biens personnels enlevés au client lors de son arrestation sur une accusation criminelle il y a plusieurs années. Les défendeurs se sont mis d'accord sur un règlement comptant de la réclamation (après une demi-journée en cour durant laquelle la réclamation est demeurée en dépit de plusieurs demandes de renvoi).

24. Une cause dans laquelle une cliente (une ex-patiente involontaire) était attaquée et blessée par un patient et qui tente d'obtenir une compensation en vertu de la Loi de compensation des victimes d'actes criminels.

25. Une cause dans laquelle le personnel du Projet représente un patient visé par un décret dans des procédures devant la Commission de révision des décrets. L'avocat a présenté à la Commission le rapport d'un psychiatre indépendant de l'institution où se trouve le client et a fait diverses soumissions de droit afin de convaincre la Commission de recommander la mise en liberté conditionnelle du client. Celui-ci avait été trouvé non coupable au motif d'aliénation mentale sur des accusations de tentatives d'obtenir de l'argent de banques sur de faux prétextes. La Commission a recommandé une libération conditionnelle et le Gouvernement provincial se penche présentement sur la recommandation.

26. Une cause dans laquelle un client était retenu neuf jours dans le module psychiatrique de l'hôpital général sans être légalement admis. Après avoir été arrêté sur des accusations criminelles, le système de justice pénale l'avait renvoyé dans le système de la santé mentale.

27. Une action contre deux polices montées et le Procureur général de la Colombie-Britannique en dommages-intérêts pour utilisation de force excessive lors de l'arrestation d'un client pour traitement d'urgence en vertu du Mental Health Act.

28. Action contre un important locateur corporatif dont l'employé avait évincé le client et avait fait entreposé ses biens lors de son admission à l'hôpital. L'avocat cherche à

recouvrer le depôt en garantie et à l'encaisser pour son client.

29. Demande à la Cour suprême en vue d'obtenir une ordonnance établissant que la cliente est capable de gérer ses affaires et renversant l'attestation à l'effet qu'elle est incapable émise par son psychiatre aux instances de divers membres de sa famille. La cliente ne veut pas vendre sa maison, mais son médecin l'incite à le faire parce qu'il croit qu'elle devrait demeurer dans une maison de pension. Si l'interdiction demeure, la personne qui gère ses affaires pourra vendre la maison.

30. Une cliente soutient qu'elle a été forcée de prendre des pillules anticonceptionnelles durant un sejour involontaire au pavillon des malades chroniques d'une institution pour aliénés mentaux.

31. Demande à la Cour suprême pour obtenir la mise en liberté d'un client qui se trouve dans une institution pour aliénés mentaux criminels. Le client était interné suite à des accusations criminelles moindres qui étaient retenues contre lui. Les accusations n'impliquaient aucune violence et le client qui est diabétique et qui a une historique d'alcoolisme était placé dans l'institution en question parce qu'il était déclaré incapable de subir un procès suite à une arrestation.

Actions prises

A plusieurs égards la pratique des avocats pour malades mentaux est sensiblement la même que celle de la pratique du droit ordinaire. L'avocat interview les clients, les témoins, les travailleurs sociaux et les médecins. Il fouille la loi. Il émet des brefs et dépose des requêtes.

Il obtient les documents pertinents et avise ses clients sur les points légaux. Les témoignages d'experts médicaux, autres que les experts médicaux de l'hôpital même, présentent un problème particulier en ce qu'ils prennent beaucoup de temps à obtenir.

La plus grande partie des causes du Projet se compose de cas de clients qui ont été certifiés admissibles à une institution pour malades mentaux en vertu du Mental Health Act, et qui demandent au personnel du Projet d'obtenir leur libération de l'hôpital. La première démarche consiste à obtenir au nom de ces clients les copies des documents concernant leur admission. L'avocat du Projet explique ensuite au client pourquoi il est d'avis que son admission est conforme ou non conforme aux exigences statutaires. Dans les rares cas où l'admission est irrégulière l'avocat, sur mandat de son client, fait parvenir une demande par lettre puis entame des procédures d'habeas corpus. Lorsqu'à la lumière même des documents d'admission, celle-ci était régulière mais que le client soutient qu'il n'y a plus lieu de rester en institution et que l'autorité pour le retenir n'existe plus, l'avocat du Projet présente habituellement le point de vue du client au médecin traitant, tel que nous en avons discuté dans la section précédente. Lorsqu'il existe des motifs au soutien de telles procédures, l'avocat présente une demande à la Cour suprême de la Colombie-Britannique en vertu de l'article 30 du Mental Health Act qui prévoit la possibilité d'une révision judiciaire des admissions civiles involontaires à une institution pour malades mentaux. La plupart du temps ces cas se règlent sans qu'il soit nécessaire d'entamer des procédures par une mise en liberté conditionnelle ou une libération définitive non conditionnelle de l'institution. Lorsque des procédures judiciaires s'avèrent nécessaires, les cas se règlent habituellement de la même façon à une

étape quelconque des procédures. Le Projet n'a jamais poursuivi aucun cas qui a fait l'objet d'une affirmation judiciaire de la légalité de la détention d'un client. Toutefois, la majorité de ces cas ne se sont jamais rendus jusqu'en cour parce que l'hôpital a toujours consenti à libérer le patient.

L'empressement de l'hôpital à mettre en liberté les clients du Projet soulève des questions cruciales. Le Projet n'accepte pas les clients sur une base thérapeutique et il ne se réclame aucun mérite de perspicacité médicale infaillible. Les clients se sélectionnent peut-être eux-mêmes et recherchent une libération seulement lorsqu'elle est médicalement souhaitable. Ce facteur est très plausible, mais d'autres entrent certainement en jeu. Le directeur de l'hôpital maintient que toutes les libérations des clients du Projet étaient médicalement justifiables. Il se peut que tous les clients remis en liberté ne rencontraient pas les critères d'internement, et si tel est le cas, nous nous interrogeons sur le nombre de patients qui ne sont pas des clients et dont l'internement n'est pas justifié.

La résistance du personnel médical à participer au processus légal est peut-être l'un des facteurs en cause. Dans la mesure où cette résistance est présente, elle est à la fois compréhensible et regrettable. Des procédures légales demandent du temps et rares sont ceux d'entre nous qui aimeraient voir leurs opinions professionnelles mises à l'épreuve en cour. Il n'en demeure pas moins que l'internement est une action juridique qui ne peut pas être dissociée du droit. Encore plus important, si les patients qui sont internés à juste titre sont remis en liberté pour éviter des ennuis légaux, l'hôpital a sérieusement tort de se dégager ainsi de ses responsabilités. Ce sont les

opinions exprimées par le personnel de l'hôpital et la direction à l'effet que le Projet cause la libération prématurée des patients qui sont à la source de nos préoccupations. Il se peut que le Projet ait facilité des mises en liberté qui étaient médicalement souhaitables ou que l'hôpital ait, dû à une gêne d'apparaître en cour, libéré des patients avant que le personnel médical n'ait jugé de telles libérations totalement opportunes.

Le Comité de révision (un tribunal constitué en vertu de l'article 24(4) du Mental Health Act) qui est disponible pour réviser le cas de tout client qui a été détenu pendant plus de 30 jours, et de nouveau tous les six mois après la révision initiale, offre une alternative à un litige sur un cas devant la Cour suprême. Les avocats avisent leurs clients des avantages et désavantages relatifs du Comité de révision et de la Cour suprême. Un bon nombre de clients choisissent d'aller devant le Comité de révision. Il est de pratique courante pour le Projet de prêter main-forte pour la préparation de la demande au Comité, d'expliquer aux clients le fonctionnement du Comité, et de faire des suggestions en ce qui concerne la conduite de leur cause. Lorsque les clients ne réussissent pas à obtenir leur libération de l'hôpital auprès du Comité de révision et qu'ils désirent présenter une requête à la Cour surpême, les avocats agissent en leur nom dans les procédures devant cette Cour.

Plusieurs personnes interviewées au sujet du Projet manifestaient l'opinion que l'avocat devrait procéder plus souvent en vertu de l'article 24 (Comite de révision) au motif que la procédure prenait moins de temps et coûtait moins cher. L'avocat d'un malade mental pourrait possiblement représenter son client de deux façons: premièrement, il pourrait siéger sur le Comité en tant que

représentant du patient, ou deuxièmement, il pourrait représenter lui-même les intérêts du patient devant le Comité. Les avocats répondent qu'ils ne veulent pas siéger sur le Comité parce qu'ils seraient appelés à jouer à la fois le rôle d'avocat et de juge. Ils soulignaient qu'une telle situation serait intenable parce qu'elle les placerait en conflit d'intérêt. Ce refus de siéger sur le Comité de révision pour les clients qu'ils représentent est conforme aux règles d'éthique légale. Lorsqu'un client embauche un avocat, il est en droit de s'attendre à ce que cet avocat représente son point de vue de façon sérieuse. Si un avocat devait procéder autrement, il ne remplirait pas adéquatement son rôle dans le processus legal.[24] Il en serait de même si l'avocat acceptait de siéger sur le Comité en qualité de représentant du patient. En tant que participant à la révision, il ne remplirait pas son rôle de façon impartiale.

L'autre alternative consisterait à agir en tant que représentant du client devant le Comité composé de trois "juges". Dans les divers cas qui ont été mis à l'épreuve, une telle pratique s'est avérée insatisfaisante. Le Comité de révision ne s'en tient pas à un processus légal formel: les règles de preuve ne sont pas appliquées; des témoins ne peuvent pas être contraints; aucune preuve ne peut être obtenue par subpoenae; en bref, les avantages de la

---

24. Le fait que ces clients bénéficient d'une aide juridique n'entre pas en question. La pratique de l'aide juridique dans tous les domaines du droit veut que l'avocat se comporte de la même façon qu'il le ferait si le client payait lui-même la facture. L'avocat de l'aide juridique est employé par le client même si c'est l'Etat qui paie les factures.

représentation légale sont grandement diminués. Le Comité de révision est de structuration plutôt administrative qui ne répond pas aux exigences de la procédure régulière du système contradictoire légal. La révision des diagnostics et des décisions thérapeutiques est définitivement un outil utile à l'hôpital, mais elle n'est pas l'outil le plus efficace pour un avocat qui veut contester les mérites légaux d'un internement. Nous répétons que l'internement est une décision légale et que le moyen le plus efficace de l'attaquer est sans doute devant une cour de justice.

L'un des problèmes que plusieurs des personnes interviewées mentionnaient, était la longueur de temps qu'exigeait la résolution des cas impliquant l'hôpital. Presque tous ces cas prennent plus de deux mois à partir de l'ouverture du dossier jusqu'à la résolution. Il serait avantageux pour tous que les questions légales puissent se résoudre de façon plus expéditive. Les hésitations du personnel thérapeutique sont compréhensibles lorsqu'il s'agit de commencer un traitement qui peut être arrêté en cours de route par la libération du patient. Les avantages sont aussi évidents pour le patient qui est désireux de clarifier sa qualité de malade aussitôt que possible, afin qu'il puisse être libéré ou forcé d'accepter son état de malade mental, ou, idéalement, qu'il se soumettre à une thérapie volontaire.

Les délais ne sont pas dus à la difficulté d'obtenir des dates de cour, mais plutôt aux difficultés que causent la charge de travail des avocats des malades mentaux eux-mêmes. Ces difficultés découlent en partie de la charge de travail trop lourde qu'un avocat doit assumer, et nous devrions peut-être songer à établir un système de priorités de cas plus stricte s'il est impossible d'augmenter le personnel. Toutefois, plusieurs des délais sont

inévitables. Étant donné que ce domaine de la pratique du droit est nouveau et comporte des problèmes particuliers, les cas sont plus difficiles à préparer. Fréquemment l'état dans lequel les clients se trouvent les rend difficiles à interviewer et l'aide apportée est plus lente. Les documents ne sont pas toujours obtenus rapidement, et la cueillette de la preuve, particulièrement en ce qui concerne les témoignages médicaux, demande beaucoup de temps. L'internement se fait rapidement parce qu'il n'est pas soumis à la procédure régulière. Au fur et à mesure qu'une procédure regulière pour l'internement des malades mentaux deviendra plus courante, l'accès à la preuve et la préparation des cas deviendront plus efficaces. De toute façon, les délais semblent inévitables présentement. Il reste nettement souhaitable qu'aucun moyen pour diminuer les délais ne soit utilisé s'il risque de mettre en danger les droits légaux des patients.

Dénouements des cas

De tous les patients qui recherchaient leur mise en liberté, 63 pourcent obtenaient une libération définitive et 18 pourcent un congé prolongé (voir tableau 3) Cinq pourcent des clients laissaient tomber leur cas et seulement 3 pourcent étaient tenus de rester en institution. Les résultats des autres 11 pourcent des cas étaient encore inconnus, soit parce que la cause n'était pas encore terminée, soit que l'avocat avait perdu contact avec son client.

Quant à tous les autres types de cas qui avaient été terminés à la préparation du présent ouvrage, le client avait obtenu ce qu'il voulait dans 74 pourcent des

causes.[25] Bref, il semble que les causes que les patients présentent à l'avocat sont tout à fait légitimes, mise à part la question de l'internement même.

---

25. Ceci exclut les causes dans lesquelles le dénouement était inconnu.

Tableau 3: Dénouements des cas

| Type de cas | Dénouement: Client a atteint son but | Client n'a pas atteint son but ou a laissé tomber le cas | Dénouement inconnu* |
|---|---|---|---|
| Libération/ congé | 81%** | 8% | 11% |
| Tous les autres | 74% | 19% | 7% |

* A l'exception des cas en cours

** Incluant les "congés prolongés" (lorsqu'acceptable au client) et la libération

Il est donc incontestable que plusieurs patients sont capables d'utiliser et de bénéficier des services légaux lorsque ceux-ci leur sont disponibles et accessibles. Nous nous devons de souligner de nouveau que le règlement de questions légales est bénéfique aux malades mentaux. Tel que nous l'avons déjà indiqué, ils sont alors soulagés du fardeau additionnel de questions pressantes, telles que le divorce, la garde d'enfants, les matières criminelles et ainsi de suite, qui avaient été laissées en suspens.

Représentation des intérêts du groupe et activités éducatives communautaires

Les raisons pour ce genre de travail ont déjà été discutées dans le présent ouvrage. Les deux avocats du Projet sont des membres actifs du Comité correctionnel et institutionnel de la Colombie-Britannique (Committee on Corrections and Institutions of B.C.), une division de l'Association du Barreau canadien. Le Comité est en train de préparer une proposition de réforme du Mental Health Act qui prendra peut-être la forme d'un projet de loi visant à modifier la loi. Il est formé d'avocats de la pratique privée, de membres du Barreau de l'aide juridique, de membres des facultés de droit de l'Université de la Colombie-Britannique et de Victoria et d'avocats au service du ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique. Un des avocats du Projet prépare un agenda de questions et de points de droit qui devraient faire l'objet de réforme, et il prépare et distribue la documentation de fond pour chaque réunion du Comité.

La description 2 fait état des "cas pilotes" que le Projet a entrepris. Il est à remarquer que les deux premiers de ces cas ont servi de fondement dans plusieurs causes individuelles subséquentes. Ils ont établi le droit

du client d'avoir recours aux services d'un avocat pour remettre son internement en cause en utilisant les dossiers de l'hôpital en preuve.

L'empressement de l'hôpital à libérer les patients a fait perdre plusieurs occasions d'établir des précédents. Si l'on ne donne jamais aux cours l'occasion de rendre un jugement, des questions fondamentales resteront sans réponse.

En plus d'effectuer son travail courant, le personnel du Projet a contribué de façon significative à l'éducation juridique du public, et continue à ce faire. Les avocats ont dispensé des cours et préparé des séminaires (en personne et sur bandes magnétoscopiques) à l'intention du Vancouver People's Law School, de l'Association canadienne pour la santé mentale, l'Association pour les malades mentaux, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et le B.C. Association of Adlerian Psychology. Ils ont également donné des cours individuels aux étudiants et aux diplômés des facultés de droit de l'Université Simon Fraser et de l'Université de la Colombie-Britannique, et ont préparé un séminaire pour un groupe d'étudiants en psychologie introductive à l'école secondaire Richmond.

Parmi les activites du Projet dans le domaine de l'éducation juridique publique l'on compte:

1. Mental Patients & the Law, une brochure publiée par le Vancouver People's Law School;
2. Law and Psychiatry in the Canadian Context, un manuel scolaire en deux volumes édité par le professeur David N. Weisstub de la faculté de droit Osgoode Hall et Clarke Institute of Psychiatry;

3. Le chapitre sur le droit de la santé mentale dans le Law Students' Legal Advice Manual, un livre utilisé par les étudiants en droit qui donnent des conseils juridiques sommaires, aux gens qui n'ont pas les moyens de retenir les services d'un avocat privé, dans les dix-huit cliniques des quartiers aux alentours de la ville. Ces cliniques fonctionnent sous la gestion du Greater Vancouver Law Students' Assistance Society et sous la surveillance d'un avocat responsable du personnel du Vancouver Community Legal Assistance Society;
4. Civil Admissions to Mental Institutions in British Columbia, un texte déposé mais non publié;
5. Law Talk, une série d'articles publiés dans plusieurs journaux à travers la Colombie-Britannique par le Vancouver People's Law School.

Des représentants du Projet ont participé à des émissions de lignes ouvertes à la télévision par câble et à la radio pour discuter des questions juridiques sur la santé mentale et sont disposés à continuer à participer ainsi sur demande. En outre, le Projet lui-même et certains cas individuels du Projet ont fait l'objet de commentaires aux nouvelles nationales (CBC) et à l'emission nationale de télévision "Ombudsman".

Description 2

Cas pilotes institués par le Projet de représentation légale des malades mentaux

1. Un cas établissant qu'un malade mental interné civilement, qui a été jugé incapable de gérer ses affaires par le directeur de l'institution dans laquelle il se trouve, conserve le droit de faire une demande en son propre nom à la Cour suprême en vue de sa libération, sans l'approbation de la personne qui a été nommée pour gérer ses affaires.

2. Des cas établissant que l'hôpital doit mettre tous ses dossiers et les dossiers médicaux à la disposition d'une personne qui demande d'être libérée de l'institution pour malades mentaux au moyen d'une ordonnance de cour, et établissant qu'une telle personne peut témoigner personnellement (en plus ou au lieu de présenter un affidavit comme preuve) à l'audition de sa demande pour l'obtention d'une ordonnance de cour visant sa mise en liberté.

3. D'après le personnel légal du Projet, le premier cas dans lequel un juge de la Cour suprême a ordonné la mise en liberté d'un malade mental interné civilement en vertu d'une demande d'habeas corpus, au motif que les certificats d'internement étaient défectueux dans leur forme et leur teneur.

4. Un cas qui met en cause le droit d'une institution pour aliénés mentaux criminels d'exiger la remise de travaux par le patient comme prérequis d'une détention moins restrictive, et qui conteste le droit d'une institution de rémunérer les patients qui y travaillent à un salaire

moindre que le salaire minimum provincial. Au cours de la dernière année financière la cause est demeurée en dépit d'un éventail de motions présentées par le Gouvernement de la Colombie-Britannique et les autres défendeurs qui cherchent à faire rejeter l'action. La cause était instituée suite à la découverte de documents et d'un examen d'une journée. (Une autre journée d'examen est nécessaire avant que la cause puisse être inscrite au rôle.)

5. Un cas cherchant à établir si les médecins dans une institution pour aliénés mentaux criminels ont le droit d'administrer une drogue pour traiter les patients qui ont été internés sur décret, sans le consentement de ces derniers et sans qu'il existe une situation d'urgence.

6. Un cas afin de découvrir si une personne qui a été appréhendée en vue de son internement dans une institution pour malades mentaux peut être légalement gardée en prison jusqu'à ce que les arrangements de son admission à l'hôpital soient faits et qu'un lit soit disponible.

7. Un cas cherchant à déterminer si le personnel d'une institution pour aliénés mentaux criminels peut intercepter et ouvrir le courrier sortant qui est déposé par les patients dans des contenants à cette fin. Cette pratique était apparemment discontinuée peu de temps après que l'avocat avait fait parvenir une lettre au directeur exécutif de l'institution l'avisant que le client demanderait une injonction et des dommages-intérêts, à moins que la pratique d'intercepter et d'ouvrir le courrier sortant ne cesse immédiatement.

8. Le premier cas visant à obtenir une révision judiciaire de la décision d'un comité de révision constitué en vertu du Mental Health Act de la Colombie-Britannique de tenir une

audition en vue d'établir si un patient interné civilement devrait continuer à être détenu. Le comité de révision en venait à la conclusion qu'il n'existait aucune preuve démontrant des troubles mentaux, mais ordonnait quand même que le patient demeure en institution. Un juge de la Cour suprême de la Colombie-Britannique cassait la décision du comité en disant qu'elle était erronée en droit, mais renvoyait le cas au comité en lui demandant de s'y pencher de nouveau, plutôt que d'ordonner la libération du patient. Le Projet songe à interjeter un appel de la décision de renvoyer le cas au comité plutôt que d'ordonner la libération du patient auprès de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique.

9. Un cas pilote cherchant à établir si une personne internée civilement dans une institution pour aliénés mentaux puis transférée à un centre psychiatrique régional où la grande partie des patients sont des prisonniers, a les mêmes droits d'accès au comité de révision et à la révision judiciaire en ce qui touche sa qualité de patient, qu'une personne ordinaire dans la société qui est internée dans une institution pour malades mentaux.

Autres moyens de dispenser des services juridiques

Les services d'aide juridique peuvent-ils être dispensés d'une autre façon? Avant la mise sur pied du Projet de représentation légale des malades mentaux, les besoins légaux des patients étaient comblés par un groupe d'avocats bénévoles de la pratique privée, dont l'un visitait l'hôpital toutes les deux semaines. Il interviewait les clients, donnait des conseils légaux et des renseignements sommaires, aidait à remplir les demandes d'aide juridique et représentait les patients à l'occasion.

Des membres du personnel hospitalier et de l'administration de l'hôpital et des représentants du ministère du Procureur général de la Colombie-Britannique indiquaient qu'ils préféraient ce genre de représentation légale. Nous avons donc interviewé deux des avocats qui travaillaient bénévolement à l'hôpital avant la mise sur pied du Projet de représentation légale des malades mentaux et qui travaillent maintenant à l'aide juridique. Les interviews révélaient qu'ils avaient adopté une approche nettement différente de celle de la représentation légale des malades mentaux. Le plus souvent ils essayaient de négocier plutôt que d'entamer un litige et de consulter plutôt que de confronter. Lorsque l'internement ne semblait pas comporter aucun problème évident à sa face même, ils s'attendaient à ce que la décision thérapeutique de l'hôpital prévaille et n'entamaient pas de litige au nom des patients. Leur stratégie de négociation et de consultation comme un moyen d'obtenir la libération des patients qui voulaient être libérés, était fondée sur la croyance erronée qu'il serait extrêmement difficile d'obtenir une libération en vertu de la loi existante, en présentant les demandes que l'article 30 permet. Après s'être rendus compte que le personnel du Projet réussissait à obtenir une libération au moyen de l'article 30, ils avouaient que s'ils devaient entreprendre de nouveau de dispenser un tel service qu'ils changeraient leur stratégie antérieure. Il est évident que, en ce qui concerne la stratégie légale, un spécialiste à plein temps a plusieurs avantages qu'un procureur bénévole à temps partiel n'a pas.

Quant à la stratégie pratique, le procureur bénévole, en fait, adoptait une approche plus thérapeutique que légale. C'est exactement ce à quoi nous pouvons nous attendre lorsqu'une personne entre périodiquement dans un domaine qui lui est complètement nouveau, c'est-à-dire

lorsqu'elle s'engage dans un domaine aussi différent que celui des malades mentaux. Aussi compréhensible qu'elle puisse être, une telle ligne de conduite compromet l'indépendance de la représentation légale et, par conséquent, change le rôle de l'avocat en un rôle de thérapeute ou de travailleur social.[26]

En ce qui concerne les cas qui n'impliquaient pas une dispute avec l'hôpital, le procureur bénévole a évidemment permis aux malades mentaux d'être légalement représentés, un service qu'ils n'auraient pas eu autrement. Il est néanmoins évident que ces avocats n'avaient ni la pratique voulue ni l'expertise nécessaire pour représenter ce genre de clients "particuliers" et résoudre les problèmes reliés à leur état dans tous les domaines du droit, de l'immobilier à la famille. Sans cette expertise, ils ne peuvent pas donner à leurs clients la même qualité de services qu'une personne spécialisée dans le droit de la santé mentale est apte à donner.

L'accessibilité restreinte est un autre désavantage du système de procureurs bénévoles. Au bureau des avocats des malades mentaux, une secrétaire-réceptionniste est en devoir durant toutes les heures normales de travail. Le patient a accès à un procureur sans avoir à fixer un rendez-vous à l'avance. Il n'a pas à ré-organiser ses activités, qui sont en grande partie déterminées par la routine hospitalière, afin de ne pas rater la clinique qui n'est accessible que tous les quinze jours.

---

26. D'autres études ont démontre que des services rotatifs par des procureurs nommés etaient plutôt superficiels.

Rétrospectivement, il n'est pas étonnant que le personnel et les administrateurs de l'hôpital et le Procureur général qui fournit les services légaux à l'hôpital, préfèrent le système de procureurs bénévoles. L'avocat bénévole s'adaptait à l'équipe thérapeutique de l'hôpital et coopérait avec elle. Toutefois, dans le système contradictoire, par exemple lorsqu'un patient croit qu'il est détenu illégalement et que l'État veut continuer à le détenir, l'approbation de l'adversaire n'est pas toujours perçue comme une marque de la meilleure représentation légale.

## SOMMAIRE ET CONCLUSIONS

### Questions générales

Nous avons soutenu que les malades mentaux ont un besoin particulier d'aide juridique. L'internement civil met en danger les droits fondamentaux d'un individu, sa liberté et son autonomie physique; il le prive de sa pleine qualité de citoyen adulte. Les conséquences de l'hospitalisation (ce que certains ont appelé un processus de "mortification" - Goffman, 1961) et la stigmatisation dont sont victimes les malades mentaux peuvent amplifier plutôt que traiter leurs "désordres".

Il s'ensuit que l'hospitalisation soulève des questions légales importantes en ce qui concerne l'interné; des questions reliées au consentement et au traitement, à la discrimination d'emploi, au droit à l'information, à la liberté de mouvement, et ainsi de suite. En plus, les malades mentaux sont susceptibles d'avoir tout un évantail de problèmes légaux qui ne sont pas directement reliés à leur statut médical, mais qui résultent de leur internement ou qui ont peut-être été précipités par leur internement.

Malgré tout, le malade mental est presque totalement impuissant à faire valoir son point de vue. La désignation de "malade mental" même, ébranle sa crédibilité. Les professionnels qui le traitent, psychiatres, infirmières, travailleurs sociaux, n'acceptent pas son point de vue, ils n'agissent pas conformément à ce que le patient dit être dans ses meilleurs intérêts. Ils lui imposent plutôt un traitement d'après leur propre jugement professionnel. C'est, bien sûr, précisément leur travail. Nous avons déjà passé en revue quelques-uns des nombreux écrits qui mettent en doute la validité et la fiabilité des diagnostics

psychiatriques, et qui exposent le fait que la maladie mentale est un phenomène complexe et mal défini, ce qui conduit inévitablement à la possibilité qu'une détention injustifiée devienne un événement normal plutôt qu'exceptionnel. De toute façon, l'internement involontaire est une procédure légale qui ne peut pas être sanctionnée par un diagnostic médical seulement. Un internement involontaire signifie qu'il existe une dispute, une dispute légale, entre le personnel médical et le patient.

Nous avons également soutenu que le malade mental avait besoin d'une aide juridique particulière afin d'assurer une représentation efficace. L'avocat de l'aide juridique doit avoir une connaissance suffisante du monde du malade mental afin de pouvoir, jusqu'à un certain point, sympathiser avec ses clients. Il doit, bien sûr, comprendre la législation sur la santé mentale et les problèmes légaux particuliers du malade mental. En bref, il doit être un spécialiste. Il doit également se rendre facilement accessible, gardant à l'esprit les contraintes physiques et psychologiques propres aux malades mentaux, leur mobilité physique restreinte et leur ignorance de leurs droits légaux et des alternatives possibles. En fait, il doit certainement être disponible avant que le patient subisse possiblement les effets inhibitifs et répressifs de de l'hospitalisation. Finalement, il doit être farouchement <u>indépendant</u>; un avocat devoué aux intérêts tels que definis par le patient. Nous avons appuyé sur cette necessité tout au long du rapport parce que nous voulons que la distinction entre l'aspect médical/thérapeutique et la représentation légale soit maintenue, et nous sommes conscients de la tension reliée à cette distinction. L'avocat, quelque enclin qu'il soit, ne peut pas sélectionner ses causes d'après une évaluation médicale de ses clients. Premièrement, ce n'est pas son domaine de compétence professionnelle. Deuxièmément, et

plus important, il n'agirait pas conformément aux règles d'éthique de sa profession, c'est-à-dire, qu'il n'agirait plus selon les directives de ses clients. En fait, en adoptant l'attitude médicale, l'avocat "détournerait la question"; manquerait à ses obligations. Il doit sélectionner ses causes selon leurs mérites légaux; il doit agir à l'intérieur du cadre légal. C'est la seule façon pour le représentant légal d'imposer un contrôle efficace, une restreinte, au pouvoir relativement illimité du psychiatre. C'est aussi la seule façon de libérer le psychiatre et les autres professionnels de la santé mentale de l'obligation importune et gênante de devoir agir en tant que juges et geôliers. La justification fondée sur le parens patriae sert souvent à voiler l'exercice des "pouvoirs policiers" étatiques. Une représentation légale dévouée et indépendante peut aider à assurer une procédure adéquate et juste. En outre, une telle représentation peut conduire à l'identification et au redressement de plusieurs contradictions et ambiguïtés inévitables dans la législation sur la santé mentale. En résumé, nous en concluons que la présence d'un avocat spécialisé et indépendant sur les lieux est le meilleur moyen de servir les intérêts de toutes les parties: les malades mentaux, le personnel hospitalier et la communauté légale. Le Projet présentement en cours à Vancouver a permis de mettre une telle prétention générale à l'épreuve.

## Le Projet de représentation légale des malades mentaux de Vancouver

L'évaluation de ce Projet visait à la fois la question générale de dispenser de l'aide juridique aux malades mentaux et celle plus spécifique de l'opportunité du système particulier mis sur pied à Vancouver; un Projet pilote qui, par l'entremise du Vancouver Community Legal Assistance

Society, met à la disposition des malades mentaux (pour l'individu et le groupe) les services juridiques gratuits d'avocats spécialisés et indépendants qui pratiquent sur les lieux mêmes.

La charge de travail énorme et la diversité des causes entreprises confirment qu'il existe chez les malades mentaux un besoin considérable de services juridiques variés. Exception faite de la catégorie importante de causes reliées à la libération et des quelques causes criminelles, la distribution et la variété des causes ne diffèrent probablement pas substantiellement de celles de la pratique normale d'une clinique civile d'aide juridique. Tel semble également le cas en ce qui concerne la diversité des actions prises par les avocats.

En plus, le taux élevé de réussites des avocats, non seulement en ce qui touche la libération, mais également dans toutes les autres matières, semble indiquer que les malades mentaux sont capables d'utiliser les services légaux qui leur sont offerts de façon adéquate et efficace. L'avocat bénévole qui dispensait des services légaux avant la mise sur pied du Projet a été etonné de constater que les avocats réussissaient à obtenir des libérations en vertu de l'article 30. Ce qui pourrait être considéré comme une indication de l'importance de a) la spécialisation et la familiarité avec l'encadrement hospitalier, et b) l'indépendance acharnée de la représentation; deux facteurs qui distinguent l'approche des avocats du Projet de celle de l'avocat bénévole qui les précédait. Il ne fait aucun doute que cette expertise et le fait d'être familier avec les problèmes ont aussi permis au personnel du Projet de représenter les intérêts du groupe au moyen de litiges pilotes, de faire des suggestions directes en vue de modifier la loi écrite et de participer à l'éducation

communautaire. En particulier, nous avons souligné quelques précédents importants que l'avocat responsable a établis au moyen de diverses causes pilotes qui ont aidé à clarifier et à fortifier la législation sur la santé mentale de la Colombie-Britannique.

L'ensemble de nos données démontre incontestablement que les malades mentaux ont besoin des services de l'aide juridique et, de façon générale, que cette structure de livraison de services est appropriée. Neanmoins, divers problèmes, dont certains étaient inattendus, doivent être rectifiée afin que le Projet puisse servir au maximum les intérêts des patients et des communautés thérapeutiques et légales. Les problèmes proviennent en grande partie de deux sources: a) les perceptions du personnel de l'hôpital envers le Projet; et b) des demandes particulières que la nature d'une telle pratique imposent aux avocats.

Bien qu'il semble que le personnel hospitalier attribue plusieurs avantages au Projet et partage plusieurs de ses objectifs, il a fait valoir des préoccupations en ce qui concerne l'intrusion d'un "légalisme non nécessaire" dans le domaine thérapeutique et ses effets gênants possibles sur les rapports thérapeutiques. Tel que nous l'avons déjà souligné, même peut-être bien laborieusement, de telles préoccupations découlent d'un manque de connaissance ou d'appréciation de la tension inévitable et probablement souhaitable qui existe entre le cadre médical et le cadre légal. Le personnel de l'hôpital et les avocats effectuent des travaux différents et qui doivent être effectués de façon différente. Jusqu'à un certain point, ces préoccupations peuvent être mitigées en rendant la représentation légale plus accessible au personnel de l'hôpital et en améliorant la communication entre le

personnel hospitalier et celui du Projet (une situation qui s'améliore depuis quelques mois).

Quoi que ces problèmes aient éte prévisibles, la résistance de l'hôpital de permettre que des causes se rendent devant le tribunal était imprévisible. Dans la majorité des cas visant la libération, l'hôpital libérait ou accordait un congé prolongé aux patients. Par conséquent, le potentiel du Projet dans le domaine important de la réforme du droit, de la clarification et de l'amélioration de la législation sur la santé mentale, n'a pas été pleinement utilisé. Des questions fondamentales de droits humains restent sans réponse. Encore une fois, une meilleure compréhension du rôle des avocats et une représentation légale plus accessible et plus disponible au personnel hospitalier aideraient à toutes les parties en cause à mieux apprécier les bénéfices possibles que le Projet pourrait offrir.

L'autre problème, et peut-être même le plus difficile à résoudre, dans la mise en oeuvre du Projet découle des pressions particulières sur son personnel. Comme nous l'avons indiqué, l'avocat à plein temps a déjà quitté le Projet dû en grande partie aux pressions reliées à ce genre de travail. Les membres du personnel sont isolés: leurs clients sont uniques, du moins à certains égards, et sont parfois difficiles à servir ou sont simplement socialement ineptes ou peu attrayants; les professionnels de l'hôpital travaillent dans un cadre très différent; et peu de collègues de la profession légale ont de l'expérience ou de l'expertise dans le domaine. Le directeur a souligné le soutien moral et social provenant de l'association du Projet avec son organisme responsable et l'importance de la participation des avocats sur le Comité correctionnel et institutionnel (Committee on Corrections and Institutions)

de la Colombie-Britannique, une division de l'Association du Barreau Canadien. Il n'en demeure pas moins qu'il est évident que les avocats doivent avoir des habiletés personnelles et interpersonnelles particulières pour supporter les rigueurs de leur pratique.

La carence de conseils et de soutien collégial et de précédents, et les demandes peu communes de la clientèle demandent une préparation plus longue des cas et, par conséquent, il en résulte des délais inévitables avant de mener les causes à leur terme. Le personnel du Projet soulignait particulièrement les délais que causent l'obtention de témoignages d'experts psychiatriques qui ne sont pas rattachés à l'hôpital même. Les délais sont certainement regrettables, mais sont peut-être en grande partie inévitables, du moins jusqu'à ce que de tels projets soient plus généralement acceptés de sorte qu'il y ait un plus grand nombre de spécialistes du droit de la santé mentale.

En bref, les problèmes rencontrés sont pour la plupart les difficultés inévitables de tout projet qui fait oeuvre de pionnier. Nos constatations, maintenant appuyées par un grand nombre d'auteurs, nous incitent à premièrement recommander que le Projet continue à poursuivre les objectifs très importants qu'il s'est fixé et, deuxièmement, à espérer que de tels projets deviennent un domaine d'aide juridique d'acceptation générale.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

American Bar Association. Mental Disability Law Reporter. Washington: ABA Mental Disability Legal
1977 Resource Centre, juillet - août

American Bar Association. Mental Disability Law Reporter. Washington: ABA Mental Disability Legal
1977 Resource Centre, septembre - décembre

Andalman, E. & Chambers, D.L. "Effective Counsel for Persons Facing Civil Commitment: A Survey, A Polemic, and
1974 a Proposal," Mississippi Law Journal.

Brunetti, John J. "The Right to Counsel, Waiver thereof, and Effective Assistance of Counsel in Civil Commitment Proceedings" 29 Southwestern Law
1975 Journal 684.

Chalke, F.C.R. et al. The Law and Mental Disorder. Toronto:
n d. l'Association canadienne pour malades mentaux.

Cohen, Fred. "The Function of the Attorney and the Commitment of the Mentally Ill" 44 Texas Law
1966 Review 424.

Dershowitz, A. "Psychiatry and the Legal Process: A Knife
1969 that Cuts Both Ways," Psychology Today.

Dershowitz, A. "The Law of Dangerousness: Some Fictions
1970 about Predictions," Journal of Legal Education, 23

Diamond, Bernard J. "The Psychiatric Prediction of Dangerousness" 123 University of Pennsylvania Law
1974 Review 439

Dobson, G. & Hansen, R.C. The Ombudsman in Mental Health.
1976 Toronto; Lakeshore Psychiatric Hospital.

Draper, Gary, "Due Process & Confinement for Mental
1976 Disorder," 16 Alberta Law Review 266.

Ennis, Bruce J., et Litwack, Thomas R. "Psychiatry and the Presumption of Expertise: Flipping Coins in the
1974 Courtroom," 62 California Law Review 693.

Epstein, L. et Lowinger, P. "Do Mental Patients Want Legal Counsel? A Survey, "American Journal of
1975 Orthopsychiatry, 45.

Firth, J. "Criteria for Civil Commitment in Ontario." Etude non publiée, Lakeshore Psychiatric Hospital, New
1976 Toronto, Ontario.

Furman et Connors. "The Pennsylvania Experiment in Due 1970 Process," 8 Duquesne Law Review 32.

Glass, K. "The Future of Large Public Mental Health
1966 Hospitals," Mental Disability Law Reporter.

Goffman, Erving. Asylyms. Garden City, New York: Anchor.
1961

Gupta, Raj K. "New York's Mental Health Information Service: An Experiment in Due Process," 25 Rutgers Law
1970-71 Review 405.

Hakeem, M. "A Critique of the Psychiatric Approval to Crime
1958 & Corrections," Law and Contemporary Problems, 23.

Hakeem, M. "Predictions of Parole Outcome, "Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science, 145.

Harvard Law Review, "Developments in the Law: Civil Commitment of the Mentally Ill" Harvard Law
1974 Review, 87.

Hazard, Geoffrey. "The Legal Problems of the Rural Poor,"
1969 Duke Law Journal, 3.

Jacoby, Joseph. "The Dangerousness of the Criminally Insane," Thèse de doctorat non publiée,
1976 Université de la Pennsylvanie.

Janopaul, R. "Problems in Hospitalizing the Mentally Ill." (ABA Foundation Research Memorandum Series No.
1962 31).

Kozol, Harry et al. "The Diagnosis and Treatment of
1972 Dangerousness," Crime and Delinquency, 18.

Kozol, Harry et al. Lettre à l'éditeur, Crime and
1973 Delinquency, le 19 octobre.

Kozol, Harry. "The Diagnosis of Dangerousness," dans S. Pasternak (Ed.) Violence and Victims, Toronto:
1975 Halsted Press (John Wiley and Sons).

Kittrie, Nicholas. The Right to be Different: Deviance and
1971 Enforced Therapy. Baltimore: Penguin.

Kumasaka, Yorihiko & Gupta, Raj K. "Lawyers and Psychiatrists in the Court: Issues on Civil
1972 Commitment" 32 Maryland Law Review 6.

Kumasaka, Stokes et Gupta. "Criteria of Involuntary Hospitalization," Archives of General Psychiatry,
1972 26.

Langlois, Lyne "The Evolution of the Legal Status of Mental Patients in Quebec and Ontario - a Comparison,"
1976 Canada's Mental Health, 24 (septembre).

La Commission canadienne de réforme du droit. Le Processus criminel et les désordres mentaux. Cahier 14. Ottawa: 1975 Information Canada.

Litwack, Thomas R. "The Role of Counsel in Civil Commitment Proceedings: Emerging Problems" 62 California Law
1974 Review 816.

Marks, F. Raymond, Jr. The Legal Needs of the Poor: A Critical Analysis. American Bar Foundation
1971 Series, Legal Services for the Poor, Chicago.

Messier, Camille. In the Hands of the Law: A Study of the Legal Needs of the Economically Deprived in Quebec. Montreal: Commission des Services
1975 Juridiques. *

McGarry, A.L. et Parker, L.L. "Massachussetts Operation Baxstrom: A Follow-Up," Massachusetts Journal of
1974 Mental Health, 4 (Spring).

Monahan, J. et Cummings, L. "Prediction of Dangerousness as a Function of its Perceived Consequences," Journal
1974 of Criminal Justice 2.

Monahan J. et Cummings, L. "Social Policy Implications of the Inability to Predict Violence," Journal of
1976 Social Issues 31.

Morris et Luby. "Civil Commitment in a Suburban County: An Investigation by Law Students," 13 Santa Clara Law
1973 518.

Page, S. Ph.D. et Yates, E., M.A. "Civil Commitment and the Danger Mandate," Canadian Psychiatric Association
1973 Journal, 18.

* La Commission des Services Juridiques me dit que cet ouvrage n'a pas paru en français.

Page, S. Ph.D. et Yates, E. M.A. "A Note on Semantics and Civil Commitment," Canadian Psychiatric
1974 Association Journal 19(4).

Perrin, B. Criteria for Civil Commitment in Ontario. Thèse de maîtrise non publiée, Université York. Rapporté
1973 dans le Globe and Mail de Toronto, le 21 février 1977, "Studies Find Seventy Percent of Mental Patients Committed Illegally."

Petrunik, M. Legal Controls for Dangerous Persons in Europe and North America, Ottawa: ministère du
1980 Solliciteur Général.

Pfohl, S.J. Predicting Dangerousness: The Social Construction of Psychiatric Reality. Lexington,
1978 Mass.: D.C. Heath.

Rappeport, J.R. The Clinical Evaluation of the Dangerousness of the Mentally Ill. Springfield: Charles C.
1967 Thomas.

Reitsma, M. "Civil Liberties and the Mentally Ill," Canada's
1973 Mental Health, 21.

Robitscher, J. "The Uses and Abuses of Psychiatry" The
1977 Journal of Psychiatry and Law (Fall)

Robitscher, J. "The Limits of Psychiatric Authority,"
1978 International Journal of Law and Psychiatry, 1.

Rock, R., Jocobson, M. et Janopaul, R. "Hospitalization and Discharge of the Mentally Ill." (American Bar
1968 Foundation, 69-70).

Rosenhan, D.L. "On Being Sane in Insane Places," Science,
1973 179 (19 jan.).

Rosenhan, D. "The Contextual Nature of Psychiatric.
1975 Diagnosis," Journal of Abnormal Psychology, 84.

Roth, Robert T., Dayley, Melvin K., et Lerner, Judith. "Into the Abyss: Psychiatric Reliability and Emergency
1973 Commitment Statistics," 13 Santa Clara Lawyer 400.

Szasz, Thomas. Law, Liberty and Psychiatry, New York:
1963 Collier.

Szasz, T. Psychiatry Justice. New York: MacMillan.
1965

Szasz, T. "The Sane Slave: Social Control and Legal
1972 Psychiatry," American Criminal Law Review, 10.

Tanay, Emanuel. "Law and the Mentally Ill," 22 Wayne Law
1976 Review 781.

Torrey, E. Fuller. The Death of Psychiatry. New York:
1974 Penguin.

Vail, David J. Dehumanization and the Institutional Career.
1966 Springfield: Charles C. Thomas.

Waddoms, S.M. "Are the Mentally Ill Deprived of Rights," 20
1972 Chitty's Law Journal 301.

Wald, P. et Friedman, P. "The Politics of Mental Health
Advocacy in the United States," International
1978 Journal of Law and Psychiatry, 1.

Wenk, E.A., Robinson, J.D. et Smith, G.W. "Can Violence Be
1972 Predicted?" Crime and Delinquency, 18.

Wenger, D.L. et Fletcher, C.R. "The Effect of Legal Counsel
on Admissions to a State Mental Hospital: A
1969 Confrontation of Professions" Journal of Health
Social Behaviour, 10.

Ziskin, Jay. Coping with Psychiatric and Psychological
Testimony. Beverly Hills, California: Law and
1975 Psychology Press, ed. rev. avec supplément 1977
inclus.

# LEGAL SERVICES SOCIETY ACT

## CHAPTER 227

**Interpretation**

**1.** In this Act
"board" means the board of directors of the society;
"Crown" means the Crown in right of the Province;
"funded agency" means a person who receives money from the society to provide legal services but does not include a practising lawyer or notary public;
"law society" means the Law Society of British Columbia;
"lawyer" means a person entitled to practise under the *Barristers and Solicitors Act;*
"society" means the Legal Services Society established by this Act.
1979-15-1.

**Society established**

**2.** (1) A corporation called Legal Services Society is continued.
(2) The members of the society shall be the directors appointed under section 5.
1979-15-2.

**Objects**

**3.** (1) The objects of the society are to ensure that
(a) services ordinarily provided by a lawyer are afforded to individuals who would not otherwise receive them because of financial or other reasons; and
(b) education, advice and information about law are provided for the people of British Columbia.
(2) The society shall ensure, for the purposes of subsection (1) (a), that legal services are available for a qualifying individual who
(a) is a defendant in criminal proceedings that could lead to his imprisonment;
(b) may be imprisoned or confined through civil proceedings;
(c) is or may be a party to a proceeding respecting a domestic dispute that affects his physical or mental safety or health or that of his children; or
(d) has a legal problem that threatens
(i) his family's physical or mental safety or health;
(ii) his ability to feed, clothe and provide shelter for himself and his dependents; or
(iii) his livelihood.
1979-15-3.

**Powers and capacity**

**4.** (1) For the purposes of this Act, the society shall have all the powers and capacity of a natural person.
(2) The society is not an agent of the Crown or of the law society.
1979-15-4.

**Board of directors**

**5.** (1) The board shall consist of 14 directors.

(2) Seven directors, at least 2 of whom shall not be lawyers, shall be appointed by the Lieutenant Governor in Council, on the recommendation of the Attorney General.

(3) Seven directors, at least 2 of whom shall not be lawyers, shall be appointed by the benchers of the law society after consultation with the executive of the British Columbia branch of the Canadian Bar Association.

(4) The term of office of a director is 2 years after the date on which his appointment becomes effective.

(5) Notwithstanding subsection (4), 3 of the first appointments by the Lieutenant Governor in Council and 4 of the first appointments by the benchers of the law society shall be for a term of one year.

(6) A director shall not hold office for more than 6 consecutive years.

(7) Notwithstanding anything else in this section, a director whose term of office has expired may continue to hold office until his successor is appointed, and where a vacancy on the board exists for any other reason, the person or body who appointed the director to be replaced shall appoint a successor, and the person so appointed may hold office for the residue of the term for which his predecessor was appointed.

(8) The board shall control and direct the business of the society and may, by resolution, determine its own procedure.

(9) A director shall be reimbursed for his reasonable out of pocket travelling and other expenses incurred in the discharge of his duties and may be paid a fee for his services.

1979-15-5.

**Executive committee**

**6.** (1) The board shall at its first meeting in each fiscal year by resolution appoint an executive committee of not more than 5 directors, and may by resolution reconstitute the committee.

(2) The executive committee shall have between the meetings of the board all the powers of the board except

(a) the power to fill vacancies on or change the membership of a committee of the board; and

(b) powers excluded by resolution of the board.

1979-15-6.

**Executive director**

**7.** (1) The board may appoint an executive director and shall fix his salary.

(2) The executive director shall supervise, manage and administer the business of the society in accordance with the policy of the board and subject to its control and direction.

1979-15-7.

**Staff**

**8.** (1) The board or, if authorized by the board, the executive director, may appoint officers and employees and engage and retain specialists and consultants required to carry out the business of the society and may determine their remuneration and benefits.

(2) The *Public Service Act* and the *Public Service Labour Relations Act* do not apply to the society or its officers and employees appointed under this section.

(3) The Lieutenant Governor in Council may, by order, direct that some or all of the provisions of the *Pension (Municipal) Act* apply to some or all of the officers and employees of the society or of any funded agency designated by the society for the purposes of this section and the provisions of that Act shall apply accordingly, but the society may establish, support or participate in any one or more of

(a) a pension or superannuation plan; or

(b) a group insurance plan

for the benefit of its officers and employees and their dependents.

1979-15-8.

**Persons providing legal services**

**9.** Notwithstanding the *Barristers and Solicitors Act*, the society or a funded agency may employ, with or without remuneration, an individual who is not a lawyer or an articled student to provide services that would ordinarily be provided by a lawyer so long as the individual is supervised by a lawyer, but the individual may not appear as counsel in a court except with leave of the court.

1979-15-9.

**Priorities and criteria**

**10.** The society has authority to determine the priorities and criteria for the services it or a funded agency provides under this Act.

1979-15-10.

**Privilege**

**11.** (1) Information disclosed by a client or an applicant for legal services to a director, employee or agent of the society or funded agency is privileged and shall be kept confidential in the same manner and to the same extent as if it had been disclosed to a solicitor pursuant to a solicitor and client relationship.

(2) Where a civil or criminal proceeding is or may be brought against a person respecting his eligibility for legal services, subsection (1) does not apply to information respecting his eligibility.

1979-15-11.

**Costs**

**12.** (1) The court may award costs to an individual in a proceeding in which he has received legal services from the society or a funded agency notwithstanding that he has not paid and will not be liable to pay his counsel.

(2) Where costs are awarded under subsection (1) those costs shall be deemed to be assigned to the society and recoverable by it.

1979-15-12.

***Company Act***

**13.** (1) The *Company Act* and the *Society Act* do not apply to the society.

(2) Notwithstanding subsection (1), the Lieutenant Governor in Council may order that one or more provisions of the *Company Act* apply to the society.

1979-15-13

**Audit**

**14.** The Auditor General or a person designated by him shall, at least once in each fiscal year, audit the books, accounts and financial affairs of the society.

1979-15-14.

**Reports**

**15.** The society shall, in respect of each fiscal year ending March 31, prepare a report respecting the operation of the society and an audited financial statement and shall, within 180 days after the end of the fiscal year, forward the report and financial statement to the Attorney General, who shall as soon as practicable lay them before the Legislative Assembly.

1979-15-15.

**Offences**

**16.** A person who by false representation of a material fact obtains a service under this Act that is ordinarily provided by a lawyer commits an offence and is liable to the fine specified in section 4 of the *Offence Act*.

1979-15-16.

Queen's Printer for British Columbia ©
Victoria, 1979

# MENTAL HEALTH ACT

## CHAPTER 256

| Part | Section |
|---|---|
| 1. Interpretation | 1 |
| 2. Administration | 2 - 17 |
| 3. Admission and Detention of Patients | 18 - 36 |
| 4. Regulations | 37 |

## PART 1

**Interpretation**

**1.** In this Act

"approved home" means a home selected and approved under the regulations made under this Act;

"court" means the Supreme Court;

"director" means a person who is appointed in charge of a Provincial mental health facility and includes a person authorized by a director to exercise a power or carry out a duty conferred or imposed on the director under this Act;

"father" includes the husband of the mother of a mentally disordered person born in wedlock;

"mentally disordered person" means a mentally retarded or mentally ill person;

"mentally ill person" means a person who is suffering from a disorder of the mind

(a) that seriously impairs his ability to react appropriately to his environment or to associate with others; and

(b) that requires medical treatment or makes care, supervision and control of the person necessary for his protection or welfare or for the protection of others;

"mentally retarded person" means a person

(a) in whom there is a condition of arrested or incomplete development of mind, whether arising from inherent causes or induced by disease or injury, that is of a nature or degree that requires or is susceptible to medical treatment or other special care or training; and

(b) who requires care, supervision and control for his own protection or welfare or for the protection of others;

"mother" includes the wife of the father of a mentally disordered person born in wedlock;

"near relative" means a grandfather, grandmother, father, mother, son, daughter, husband, wife, brother, sister, half brother or half sister and includes the legal guardian of a minor and a committee having custody of the person of a patient under the *Patients Property Act;*

"observation unit" means a public hospital or a part of it designated by the minister as an observation unit;

"patient" means a person who, under this Act,

(a) is receiving psychiatric care and treatment; or

(b) is received, detained or taken charge of as a mentally disordered person or as an allegedly mentally disordered person;

"physician" means a medical practitioner;
"private mental hospital" means an establishment licensed under section 5;
"Provincial mental health facility" means a Provincial mental health facility designated under this Act;
"psychiatric unit" means a public hospital or a part of it designated by the minister as a psychiatric unit;
"public hospital" means an institution designated as a hospital under section 1 or 25 of the *Hospital Act;*
"resident of the Province" means a person who has resided in the Province for a period determined by the Lieutenant Governor in Council;
"society" means a society incorporated or registered under the *Society Act* to establish or operate facilities or services designed for the mental welfare of residents of the Province.

1964-29-2; 1968-27-2; 1969-17-1; 1973-127-3; 1974-106-Sch; 1976-33-96; 1979-22-22.

## PART 2

**Establishment of facilities and services**

**2.** The Lieutenant Governor in Council may establish and maintain facilities and services for the examination, diagnosis and treatment of mentally disordered persons and the rehabilitation of patients and for that purpose may, by order, authorize the minister, for and on behalf of Her Majesty the Queen in right of the Province, to acquire, manage and operate property.

1964-29-3.

**Designation of mental health facilities**

**3.** (1) The minister may designate a building or premises as a Provincial mental health facility.

(2) The minister may designate a public hospital or a part of it, not being a Provincial mental health facility, as an observation unit or a psychiatric unit.

1973-127-4.

**Transfer of facilities**

**4.** The Lieutenant Governor in Council may by order transfer a Provincial mental health facility or service or a part of it to a society and shall in the order designate

(a) the conditions of the transfer of the property that constitutes the Provincial mental health facility or service or part of it;
(b) the number of persons who are to be appointed to the board of management of that society by the Lieutenant Governor in Council; and
(c) the requirements of inspection;

and he shall, in the order, give any necessary direction for the transfer of officers and employees who are public servants under the *Public Service Act* from the Provincial mental health facility to a society; but he may direct that, notwithstanding the transfer, the officers and employees shall continue in the public service of the Province.

1964-29-5; 1969-17-2; 1973-127-5.

**Licensing of private mental health facilities**

**5.** (1) The Lieutenant Governor in Council may, on application, license as a private mental health facility

(a) any private hospital licensed under the *Hospital Act;* and

(b) any community care facility licensed under the *Community Care Facility Act.*

(2) No person shall receive into or cause or permit to remain in a private house for gain or payment, a mentally disordered person unless the house is licensed under subsection (1).

1973-127-6.

**Persons entitled to service**

**6.** Subject to sections 12 and 18, every resident of the Province is entitled to receive service and accommodation in the facilities provided under this Act in accordance with this Act and its regulations.

1964-29-7.

**Staff**

**7.** For each Provincial mental health facility, a director, medical officers and other staff required may be appointed pursuant to the *Public Service Act.*

1964-29-10; 1973-127-22.

**Powers and duties of directors**

**8.** (1) A director shall ensure that

(a) each patient in a Provincial mental health facility is provided with professional service, care and treatment appropriate to his condition and appropriate to the function of the Provincial mental health facility and, for those purposes, may sign consent to treatment forms for a person admitted under section 20;

(b) standards appropriate to the function of the Provincial mental health facility are established and maintained; and

(c) the orders and directives of the minister are observed and performed.

(2) Subsection (1) (a) and (b) applies, with the necessary changes,

(a) to a person appointed under the regulations as an officer in charge of a psychiatric unit; and

(b) to a psychiatric unit.

1973-127-8; 1974-87-28; 1974-106-Sch.

**Charges**

**9.** The Lieutenant Governor in Council may fix daily charges for care, treatment and maintenance provided in a Provincial mental health facility.

1964-29-12.

**Assessment committee**

**10.** (1) The Lieutenant Governor in Council may appoint an assessment committee, consisting of 3 members, who shall hold office during pleasure and without remuneration.

(2) On the recommendation of the assessment committee, the charges levied for the care, treatment and maintenance of a patient may be modified or fully remitted for whatever period of time is designated in the recommendation.

1964-29-13.

**Guardians and committees**

**11.** (1) A guardian, committee or other person liable for payment for a patient's care, treatment or maintenance shall, on demand from the director of a Provincial mental health facility in which the patient is or has been receiving care, treatment or maintenance, make payments to the director in accordance with the rates fixed under this Act.

(2) The director may demand from a guardian, committee or other person liable to pay for a patient's care, treatment or maintenance any sum due at any time and may in default of payment sue on behalf of Her Majesty the Queen in right of the Province for the recovery of the sum in a court of competent jurisdiction.

(3) An action under this section shall be taken in the name of the director.

1964-29-14; 1973-127-22.

**Admissions from penitentiaries**

**12.** The director of every Provincial mental health facility shall ensure that no mentally disordered person is admitted into any Provincial mental health facility from a penitentiary, prison, jail, reformatory or institution under the jurisdiction and administration of Canada unless Her Majesty the Queen in right of Canada, by or through an officer having authority to act on her behalf, undertakes to pay all charges for care, treatment and maintenance of that person.

1964-29-15; 1973-127-22.

**Expenses of conveyance**

**13.** (1) When a patient is unable to meet the expenses of his examination, the procedures for his admission to a Provincial mental health facility or his conveyance to a Provincial mental health facility, the expenses are a charge on the local area in which he has residence.

(2) When a local authority for a local area in which a patient does not reside has advanced money to meet the expenses of the examination, the procedures for his admission to a Provincial mental health facility or the conveyance of the patient to a Provincial mental health facility, the local authority may recover the money as a debt from the local area in which the patient resided immediately before his admission.

(3) When any dispute arises as to the liability of a local area under this section, the board of arbitration appointed under the *Residence and Responsibility Act* shall hear the dispute and make a final decision on it.

(4) When a municipality incurs expenses for the examination, procedures for admission or conveyance of a patient to a Provincial mental health facility, the municipality may recover its expenses as a debt due from the patient.

(5) When a director incurs expenses for the examination, procedures for admission or conveyance of a patient to a Provincial mental health facility, that amount shall be converted to and may be recovered as a charge in an equal amount for care and treatment in the Provincial mental health facility.

(6) Section 1 of the *Residence and Responsibility Act* applies for the interpretation of this section.

1964-29-16; 1973-127-22.

**Reciprocal arrangements**

**14.** (1) The minister, with the approval of the Lieutenant Governor in Council may, on behalf of Her Majesty the Queen in right of the Province, enter into or cancel a reciprocal arrangement with the government of any other province of Canada for the assumption of all or part of the charges incurred by a resident of one province hospitalized in a public mental hospital or provincial mental health facility in another.

(2) The Lieutenant Governor in Council may, on behalf of Her Majesty the Queen in right of the Province, enter into or cancel an agreement with Canada for the sharing of costs of eare and treatment of mentally disordered persons.

1964-29-17; 1974-87-28.

**Conveyance of patients**

**15.** (1) The person who applies for the admission of a female person to a Provincial mental health facility shall arrange for a near relative or a female person to accompany the patient between the time of the application and her admission to a Provincial mental health facility.

(2) A person who is being conveyed to a Provincial mental health facility for admission and who is not detained or being conveyed under the *Criminal Code* (Canada) or under section 25 shall be kept separate from any person who is detained or being conveyed under the *Criminal Code* (Canada) or under section 25.

1964-29-18.

**Saving**

**16.** No person is liable in damages as the result of

(a) signing an application or laying an information;
(b) signing a medical certificate or making a report if he is a physician;
(c) signing an order if he is a judge;
(d) issuing a warrant if he is a justice; or
(e) transporting or taking charge of a person on the authority of applications and medical certificates which on their face are lawfully completed

in good faith and with reasonable care.

1964-29-19; 1968-27-6; 1974-87-28; 1975-37-16.

**Offence**

**17.** (1) A person commits an offence punishable under the *Offence Act* who

(a) assists a patient to leave or to attempt to leave a Provincial mental health facility without proper authority;
(b) does or omits to do an act to assist a patient in leaving or attempting to leave a Provincial mental health facility without proper authority; or
(c) incites or counsels a patient to leave a Provincial mental health facility without proper authority.

(2) A person employed in a Provincial mental health facility or a private mental hospital or any other person having charge of a patient who ill treats, assaults or wilfully neglects a patient commits an offence punishable under the *Offence Act*.

1964-29-20; 1973-127-9.

## PART 3

**Accommodation**

**18.** Notwithstanding anything in this Act, a director or person having authority to admit persons to a Provincial mental health facility shall not admit a person to a Provincial mental health facility if

(a) suitable accommodation is not available within the Provincial mental health facility for the care, treatment and maintenance of the patient; or

(b) in his opinion, the person is not a mentally disordered person or is a person who, because of the nature of his mental disorder, could not be cared for or treated appropriately in the facility.

1964-29-21; 1973-127-22.

**Informal admissions**

**19.** (1) The director of a Provincial mental health facility may admit any person to and detain him in the Provincial mental health facility where

(a) the person requests admission, if he has attained the age of 16 years; or

(b) on the request of a parent or guardian or, if a parent or appointed guardian is not available, of his nearest relative, if he is under the age of 16 years,

and the director is satisfied that the person has been examined by a physician who is of the opinion that the person is a mentally disordered person.

(2) A nurse in charge of a ward in a Provincial mental health facility shall

(a) ensure that each patient in the ward who was admitted under this section is enabled to communicate without delay to the director of the facility any desire that he may form to leave the facility; and,

(b) on learning that a patient in the ward who was admitted under this section desires to leave the facility, promptly notify the director of the facility of that desire.

(3) Within 72 hours of the receipt of notification, in any way,

(a) of the desire to leave the facility of a patient over the age of 16 years who was admitted under subsection (1); or

(b) of a request for the discharge from the facility of a patient under the age of 16 years who was admitted under subsection (1), made by any person entitled to apply for the patient's admission,

the director shall discharge the patient from the facility.

(4) Subsections (2) and (3) do not apply if the requirements for detention of the patient under section 20 have been fulfilled.

(5) A person who has attained the age of 16 years and who has been admitted to a Provincial mental health facility on his own application under subsection (1) (a) is, notwithstanding any rule of law relating to minors, deemed to have the capacity to make the application and an agreement for payment for maintenance and treatment in the facility and to authorize his treatment in the facility.

1964-29-22; 1968-27-7; 1973-127-10,11,12,22.

**Involuntary admissions**

**20.** (1) The director of a Provincial mental health facility may admit a person to and detain him in the Provincial mental health facility where he receives a written application that is accompanied by 2 medical certificates completed by 2 physicians in accordance with subsection (3) and is made

(a) by a near relative of the person;
(b) if there is no near relative of the person capable of acting and willing to act, anyone who has knowledge of the circumstances and the antecedents of the person or who has charge of the person at the time;
(c) a peace officer; or
(d) anyone who has reason to believe that the person is mentally disordered,

and signed not more than 14 days prior to the date of admission.

(2) An application under subsection (1) is not valid unless the applicant is 19 years of age or more and there is set forth in it

(a) the full name and address of the applicant;
(b) the relationship of the applicant, if any, to the person whose admission is applied for;
(c) the full name and address of the person whose admission is applied for; and
(d) the signature of the applicant and the date of the signature,

together with whatever other information may be required by the text of the form of application, which shall be prescribed and may be altered by the Lieutenant Governor in Council.

(3) Each medical certificate shall be completed and signed by a physician who is not disqualified under subsection (4) and who has examined the person whose admission is applied for not more than 14 days prior to the date of admission and shall set forth

(a) a statement by the physician that he has examined the person whose admission is applied for on the date or dates set forth and is of the opinion that the person is a mentally disordered person;
(b) in summary form the reasons on which his opinion is founded; and
(c) in addition to the statement required under paragraph (a), a separate statement by the physician that he is of the opinion that the person whose admission is applied for
    (i) requires medical treatment in a Provincial mental health facility; and
    (ii) requires care, supervision and control in a Provincial mental health facility for his own protection or welfare or for the protection of others.

(4) A physician is disqualified from giving a valid medical certificate under this section if he is

(a) the person whose admission is applied for;
(b) the applicant;
(c) a partner of the applicant;
(d) engaged in the practice of medicine in partnership or associated with the physician who completes the other certificate;
(e) a person employed as an assistant by the applicant or the physician who completes the other certificate; or
(f) except as provided in subsection (5), a person who receives or who has an interest in the receipt of payments made on account of the maintenance of the person whose admission is applied for.

(5) A physician on the staff of the Provincial mental health facility to which a person is to be admitted or a consultant or other physician employed there is not

disqualified from giving a valid medical certificate by reason only of subsection (4) (f) unless the other certificate is given by such a physician or consultant.

(6) A medical certificate given under this section becomes invalid on the 15th clear day after the date on which the physician examined the person who is the subject of the certificate.

(7) The 2 certificates completed as required under this section are sufficient authority for a person to apprehend and convey the person named in the statement made under subsection (3) (a) to a Provincial mental health facility.

1964-29-23; 1968-27-8; 1973-127-13,22.

**Duration of detention**

**21.** (1) A patient admitted under section 20 may be detained in a Provincial mental health facility until the anniversary of the date of his admission and he shall be discharged on that day unless the authority for his detention is renewed in accordance with this section

(2) Authority for the detention of a patient may, unless the patient has previously been discharged, be renewed under this section

(a) from the expiration of the period referred to in subsection (1) of this section for a further period of one year; and

(b) from the expiration of any period of renewal under paragraph (a) for a further period of 2 years;

and so on for periods of 2 years at a time.

(3) Within a period of 2 months ending on the day on which a patient who has been detained in a Provincial mental health facility would cease under this section to be liable to detention in default of renewal under subsection (2), the director of the Provincial mental health facility or a physician authorized by him shall examine the patient and either discharge the patient or record a written report of the examination and include in it his reasons for concluding that the detention of the patient should be renewed and the report is a renewal of the authority for the detention of the patient.

(4) A person admitted to a Provincial mental health facility under section 20 shall, at any time after the expiration of 30 days from the date that he was admitted, on his request or on the request of a person on his behalf, be entitled to receive a hearing, of which he shall have at least 2 days' written notice, to determine whether or not he should be detained.

(5) For the purposes of a hearing under subsection (4),

(a) the patient shall not be discharged until the results of the hearing are made known to him and then only if the results of the hearing indicate that he should be discharged; and

(b) the hearing shall be heard by

(i) a chairman who shall be appointed by the minister;

(ii) a physician who is appointed by and is on the medical staff of the Provincial mental health facility to which the patient is admitted; and

(iii) a person, other than the patient or a member of his family, who is appointed by the patient. Where the patient does not appoint a person, the director of the Provincial mental health facility to which the patient is admitted may appoint a person who, in his opinion, has knowledge of the circumstances of the patient.

(6) The minister may reimburse a person appointed under subsection (5) for reasonable travelling or out of pocket expenses necessarily incurred by him in discharging his duties under this section, and, in addition, may pay him the remuneration for his services the minister may prescribe.

1964-29-24; 1973-127-14,22.

**Temporary admissions to psychiatric unit**

**22.** (1) The provisions of section 20 apply, with the necessary changes and so far as they are applicable, to the admission of a person to and his detention in a psychiatric unit.

(2) Section 20 (7) applies, with the necessary variations, to the apprehension and conveyance of a person to a psychiatric unit.

(3) Sections 19, 21, 26, 27, 28, 29, 30 and, so long as he may be detained therein, section 35 apply, with the necessary variations, to a patient in a psychiatric unit.

1968-27-9; 1973-127-15; 1974-87-28.

**Emergency admissions with one medical certificate**

**23.** Where

(a) the form of application referred to in section 20 has been completed in accordance with that section for a person; and

(b) a medical certificate has been completed by a physician; but

(c) there is no other physician qualified to give a second medical certificate by whom the person can be examined practising in the vicinity or within a reasonable distance of the place where the person resides.

the completed certificate, endorsed by the physician who gave it with a statement in the terms of paragraph (c), is sufficient authority for a person to apprehend and convey the person to a Provincial mental health facility or a psychiatric unit, for the admittance of the person in the facility or unit and for his detention there for examination for a period which shall not, unless the detention becomes otherwise authorized, exceed 72 hours.

1968-27-9.

**Emergency procedures**

**24.** (1) Where a police officer or constable is satisfied from his own observations or from information received by him that a person

(a) is acting in a manner likely to endanger his own safety or that of others; and

(b) is apparently suffering from mental disorder,

he may take the person into custody and take him immediately to a physician; and if the physician is satisfied that that person is a mentally disordered person and in need of care, supervision or control for his own protection or welfare or for the protection of others, he may be taken, on the certificate of the physician, to a Provincial mental health facility, a psychiatric unit or an observation unit; otherwise he shall be released.

(2) Where an application is made to him by anyone who appears to have good reason to believe that a person is a mentally disordered person and dangerous to be at large, a Provincial Court judge or, if there is no judge then available, a justice may, if he is satisfied that the procedures for the admission of the person to a Provincial mental health facility or psychiatric unit or for conveying him there for examination, cannot be

utilized without dangerous delay, issue a warrant in the form A in the schedule and that warrant shall be authority for the apprehension of the person concerned and for his conveyance and admission to a Provincial mental health facility, a psychiatric unit or an observation unit.

(3) The director of a Provincial mental health facility or the officer in charge of a psychiatric unit or an observation unit may admit a person in respect of whom he is satisfied a certificate has been issued under subsection (1) or a warrant has been issued under subsection (2) and may detain him in the facility or unit for a period which shall not, unless the detention becomes otherwise authorized, exceed 72 hours.

1964-29-27; 1968-27-10; 1970-24-1; 1973-84-12; 1973-127-22.

**Prisoners and child care resource inmates**

**25.** The Lieutenant Governor in Council, on receiving 2 medical certificates completed in accordance with section 20 concerning the mental condition of a person imprisoned or detained in any jail or lock up in the Province established under any Act, or in any child care resource as defined in the *Family and Child Service Act*, may order the removal of the person to a Provincial mental health facility, on which

(a) the warden or other person in charge of the jail, lockup or child care resource shall, in accordance with the order, cause the person to be conveyed to the Provincial mental health facility named in the order and send to the director of the Provincial mental health facility an application for admission in the form prescribed by the Lieutenant Governor in Council by regulation, together with copies of the medical certificates; and

(b) the person shall be detained in that or any other Provincial mental health facility the Lieutenant Governor in Council may order until his complete or partial recovery or until other circumstances justifying his discharge from the Provincial mental health facility are certified to the satisfaction of the Lieutenant Governor in Council, who may then order him back to imprisonment or detention if then liable thereto or otherwise to be discharged.

1964-29-28; 1973-127-17,22.

**Direction and discipline of patients**

**26.** Every patient detained in the Provincial mental health facility is, during detention, subject to the direction and discipline of the director and the members of the staff of the Provincial mental health facility authorized in that behalf by the director.

1964-29-29; 1973-127-22.

**Application to court for discharge**

**27.** (1) A person for whose admission to a Provincial mental health facility an application is made under section 20 or a patient or a near relative of the person or patient or anyone who believes that there is not sufficient reason for the admission or detention of the person or patient under this Act, may apply before admission of the person or after the date of admission of the patient to a Provincial mental health facility to the court for

(a) an order prohibiting the admission of the person to a Provincial mental health facility pursuant to that application;

(b) an order prohibiting the admission of the person to a Provincial mental health facility pursuant to that application or any other application for admission of the person to a Provincial mental health facility made prior to the date of the order; or

(c) an order that the patient be discharged from the Provincial mental health facility.

(2) Nothing in this section affects the right of a person to apply for a writ of habeas corpus or other prerogative writ.

(3) On hearing an application under subsection (1), the court may review the evidence, including all papers relating to the admission applied for or the admission and detention of the patient and may hear further evidence it deems relevant.

(4) Where the court is satisfied that there is or was sufficient reason and authority for the admission of a person or patient to a Provincial mental health facility and for his detention in it, it shall order that the person or patient be detained in a Provincial mental health facility for care and treatment.

(5) Where the court is not satisfied that there is or was sufficient reason or authority for the admission of the person to a Provincial mental health facility or for the detention of the patient in it, it may make an order

(a) prohibiting anyone from admitting the person to a Provincial mental health facility pursuant to the application for admission that gave rise to the application under this section;

(b) prohibiting anyone from admitting the person to a Provincial mental health facility pursuant to an application for admission made prior to the date of the order;

(c) that the patient be discharged from the Provincial mental health facility; or

(d) that the director of a designated Provincial mental health facility obtain within 10 days a report from a physician who is recognized by the College of Physicians and Surgeons of British Columbia as being a specialist in psychiatry and who would not be disqualified from giving a valid medical certificate under section 20, stating whether or not in his opinion the person or patient is in fact mentally disordered and consequently requiring care and treatment in a Provincial mental health facility, and that the person, if he is not detained at the time of the making of the order in a Provincial mental health facility, attend before the physician for examination at a time and place appointed by the director.

(6) On receipt of the report made under an order under subsection (5), the court shall,

(a) if it is satisfied that the person or patient is mentally disordered and requiring care and treatment in a Provincial mental health facility, order that the person or patient be admitted to and detained in or detained in the Provincial mental health facility; or

(b) if it is not satisfied that the person or patient is mentally disordered and requiring care and treatment in a Provincial mental health facility, make an order under subsection (5) (a), (b) or (c).

(7) Where an order is made under this section for the discharge of a person or patient from a Provincial mental health facility, the director of the Provincial mental health facility shall immediately discharge the person or patient.

(8) In this section, "Provincial mental health facility" includes a psychiatric unit and a director of a Provincial mental health facility includes the officer in charge of a psychiatric unit. Where a person has, under section 22, been admitted to a psychiatric unit and removed to a Provincial mental health facility, an application made under this section prior to his removal shall be continued with the substitution of the appropriate parties and shall be deemed to include an application in relation to admission and detention in the Provincial mental health facility.

1964-29-30; 1968-27-11; 1973-127-22; 1974-87-28; 1976-33-96.

**Advice regarding reviews**

**28.** (1) Immediately after the admission of a patient to a Provincial mental health facility under section 20, the director of the facility shall send in writing to the next of kin of the patient a notice setting forth the rights of the patient under section 27.

(2) If the director has no information with regard to the identity of the next of kin of the patient, subsection (1) is sufficiently complied with if the notice is sent to the Public Trustee.

1964-29-32; 1973-127-22.

**Transfers**

**29.** (1) When a transfer to another Provincial mental health facility is considered beneficial to the welfare of a patient, the director of the facility may, by agreement with the director of the other Provincial mental health facility, authorize the transfer and cause the patient to be transferred in accordance with his direction.

(2) Notwithstanding subsection (1), a patient detained in a Provincial mental health facility under section 25 may be transferred to another Provincial mental health facility only in accordance with an order of the Lieutenant Governor in Council made under section 25.

(3) A director of a Provincial mental health facility to whose facility a patient has been transferred under this section has authority to detain the patient and the time limited by this Act for the doing of any thing shall run as if the patient's detention were continuous in one facility.

1964-29-33; 1968-27-13; 1973-127-19,22.

**Discharge**

**30.** (1) The director of a Provincial mental health facility or the officer in charge of an observation unit may discharge a person from the facility or unit.

(2) An application or medical certificate made under this Act is not effective for use for the purposes of this Act after the discharge of the person with respect to whom the application or certificate is made.

(3) When a person is discharged from a Provincial mental health facility or observation unit other than by the operation of section 35 (3), the director of the facility or officer in charge of the observation unit shall, on receiving an application by or on behalf of the person, furnish the person with a certificate of discharge, signed by the director, in the form prescribed by the Lieutenant Governor in Council.

1964-29-34; 1973-127-22.

**Leave**

**31.** Subject to section 34, the director of a Provincial mental health facility may release a patient detained in the Provincial mental health facility on leave for designated

purposes for stipulated periods of time on the conditions the director may prescribe to the care of relatives of the patient or others capable of assuming responsibility for his care.

1964-29-35; 1973-127-22.

**Approved homes**

**32.** Subject to section 34, where the director of a Provincial mental health facility considers it beneficial to a patient he may cause the patient to be transferred from the Provincial mental health facility to an approved home on conditions the director may prescribe. The Lieutenant Governor in Council may make regulations for the selection and approval of approved homes and for the payment of the cost of the maintenance of the patients in them.

1964-29-36; 1973-127-22.

**Continuance of detaining authority of patients on leave, etc. and recall**

**33.** (1) For clarity, it is declared that the release of a patient on leave or his transfer to an approved home under section 31 or 32 does not, of itself, impair the authority for his detention and that authority may be continued, according to the same procedures and to the same extent, as if the patient were detained in a Provincial mental health facility.

(2) A patient who is on leave or has been transferred to an approved home shall, until discharged, be liable to recall either to the facility from which he was released or transferred or, if the transfer is authorized by the director pursuant to section 29, to some other facility, and the director of either facility may issue a warrant in the form B in the schedule for the apprehension of the patient and his conveyance to the facility to which he is recalled, provided that where a patient escapes from the custody of a person to whose care he has been released on leave or from an approved home, section 35 (3) applies.

1968-27-15; 1973-127-22.

**Exception**

**34.** Except as provided by order of the Lieutenant Governor in Council, sections 31 and 32 do not apply to a patient

(a) who was admitted to a Provincial mental health facility under section 25 or under the *Criminal Code* (Canada) and remains liable to imprisonment or detention in a jail, prison or training school; or

(b) who is detained in a Provincial mental health facility by reason of the *Criminal Code* (Canada).

1964-29-37.

**Escapees**

**35.** (1) Where a patient detained in a Provincial mental health facility leaves the facility without having been discharged under any other section of this Act, the director may, within 60 days after the date on which the patient leaves the facility, issue a warrant in form B in the schedule for the apprehension of the patient and his conveyance to the Provincial mental health facility and the warrant is authority for the apprehension of the patient and his conveyance to the facility.

(2) Where a warrant is issued under subsection (1), all peace officers and other persons designated by the director shall render any assistance required in the apprehension of the patient or the conveyance of the patient to the Provincial mental health facility.

(3) Except as provided in subsection (4), after the expiration of 60 days from the date on which the patient leaves the Provincial mental health facility under the circumstances set forth in subsection (1), he shall be deemed to have been discharged from the Provincial mental health facility.

(4) Where a patient detained in a Provincial mental health facility escapes from the facility under the circumstances set forth in subsection (1) while charged with an offence or liable to imprisonment or considered by the director to be dangerous to himself or others, notwithstanding that the period of 60 days has elapsed since the date on which he left the Provincial mental health facility, the director may issue a warrant in form B in the schedule for the apprehension of the patient and his conveyance to a Provincial mental health facility and the warrant is authority for the apprehension of the patient and for his conveyance to the Provincial mental health facility.

(5) Where a person escapes during the course of his removal or transfer to a Provincial mental health facility, both the director of the facility to which he is being removed or transferred and the director or officer in charge of the facility or unit from which he is removed or transferred have power to issue a warrant under this section.

(6) A patient detained in a Provincial mental health facility who leaves the facility, otherwise than on release on leave or transfer, without being discharged may be apprehended for the purpose of returning him to the facility, within 48 hours of his escape, notwithstanding that no warrant has been issued under this section and the person apprehended shall be conveyed in custody to the facility from which he escaped or to some other facility to which the director has authorized his transfer.

1964-29-38; 1968-27-16; 1973-127-22.

**Transfer from other jurisdictions**

**36.** On receipt of a written notification from the appropriate mental health authority of another province that a resident of the Province is in that other province and has been certified as being mentally disordered under legislation corresponding to this Act, the director of the Provincial mental health facility notified may agree that the person be returned to the Province for care and treatment and he may receive the person and detain him for 72 hours, during which time he shall either admit him to the Provincial mental health facility under this Act or release him at the end of that period.

1973-127-20.

## PART 4

**Regulations**

**37.** The Lieutenant Governor in Council may make regulations including regulations

(a) prescribing forms;

(b) for the selection, approval and operation of approved homes;

(c) governing the establishment, development, maintenance and management of Provincial mental health facilities for the examination, diagnosis and treatment of mentally disordered persons and the rehabilitation of patients;

(d) governing the reports to be made in respect of, and the protection and custody of, patients detained involuntarily in psychiatric units and observation units;
(e) governing the transfer of patients to and from reciprocating jurisdictions;
(f) concerning the acquisition of property under this Act and its management;
(g) for standards for buildings designated as Provincial mental health facilities and for their furnishings and equipment;
(h) concerning the establishment and operation of a mental health clinic or service by a society, the standards of care to be observed in the clinic or in the provision of the service, their inspection and the rates or fees charged by the society;
(i) concerning the licensing of premises as private mental hospitals, the conditions of the licence and the designation of the provisions of this Act that are applicable to private mental hospitals;
(j) concerning follow up and after care services and rehabilitation programs for patients;
(k) governing boarding home care services;
(l) concerning the admission of patients to Provincial mental health facilities or a particular Provincial mental health facility, the care, treatment and maintenance of patients and the discharge of patients; and
(m) prescribing rules respecting the conduct of hearings under section 21.

1964-29-39; 1968-27-18; 1969-17-4; 1974-87-28.

---

## SCHEDULE

### FORM A

### MENTAL HEALTH ACT

WARRANT FOR APPREHENSION OF A PERSON BELIEVED TO BE MENTALLY DISORDERED AND DANGEROUS TO BE AT LARGE

PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA:
DISTRICT, COUNTY OR CITY OF .

*To all Peace Officers in this District, County or City of* :

Application has been made to me this day by a person who appears to have good reason to believe that [*name of person*] is a mentally disordered person and dangerous to be at large.

You are therefore commanded, in Her Majesty's name, forthwith to apprehend [*name of person*] and to convey that patient to a Provincial mental health facility or an observation unit for admission to it.

Given under my hand and seal [*month, day*], 19 , at , in the district, county or city aforesaid.

(*Signed*) .....
(*Official qualification*) .....

## FORM B

## MENTAL HEALTH ACT

### WARRANT FOR APPREHENSION OF PATIENT

PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA:
DISTRICT, COUNTY OR CITY OF .

*To all Peace Officers in this District, County or City of* :

[*Name of person*], who is a patient who is authorized to be detained and has been detained in a Provincial mental health facility, left the Provincial mental health facility without having been discharged.

You are therefore commanded, in Her Majesty's name, forthwith to apprehend [*name of person*] and to convey the patient to the Provincial mental health facility known as [*name of facility*].

Given under my hand and seal [*month, day*], 19 . in the district, county or city aforesaid.

(*Signed*) .....

(*Official qualification*) .....

1964-29-Sch.

Queen's Printer for British Columbia ©
Victoria, 1979

(b) each of the parties to the marriage in the presence of the marriage commissioner and the witnesses declares, "I solemnly declare that I do not know of any lawful impediment why I, *A.B.*, may not be joined in matrimony to *C.D.*", and

(c) each of the parties to the marriage says to the other, "I call on those present to witness that I, *A.B.*, take *C.D.* to be my lawful wedded wife (or husband)".

**39.** Section 19 is amended by striking out "on payment of $2.50, for the use of Her Majesty," and substituting "on payment of the prescribed fee,".

**40.** Section 30 is repealed.

**41.** Section 34 is amended by striking out "is under the influence of intoxicating liquor," and substituting "is impaired by drugs or alcohol,".

**42.** Section 40 is amended

(a) in subsection (3) by striking out "statutory declarations" and substituting "affidavits", and

(b) in subsection (4) by striking out "subsection (3)" and substituting "subsections (2) and (3)".

*Medical Practitioners Act Amendment*

**43.** Section 44 (2) of the *Medical Practitioners Act*, R.S.B.C. 1979, c. 254, is amended by striking out "subsection (5)" and substituting "subsection (1)".

*Mental Health Act Amendments*

**44.** Section 8 (1) (a) of the *Mental Health Act*, R.S.B.C. 1979, c. 256, is amended by adding ", 23, 24, 25 or 25.1" after "under section 20".

**45.** Section 23 is amended by adding "and for psychiatric treatment" after "detention there for examination".

**46.** Section 24 is amended

(a) in subsection (2) by adding "and psychiatric treatment in" after "conveyance and admission to", and

(b) in subsection (3) by adding ", examine and treat him for his condition" after "may detain him".

**47.** Section 25 is amended

(a) by renumbering it as 25 (1),

(b) by striking out "any jail or lockup in the Province established under any Act, or in any child care resource as defined in the *Family and Child Service Act*," and substituting "a correctional centre or youth containment centre under the *Correction Act* or a prison or lockup operated by a police force".

(c) in paragraph (a) by striking out "warden or other" and by striking out "jail, lockup or child care resource" and substituting "correctional centre, youth containment centre, prison or lockup", and

(d) by adding the following:

(2) Notwithstanding that no order has been made under subsection (1), the person in charge of a correctional centre or youth containment centre under the *Correction Act*, or prison or lockup operated by a police force, on receiving 2 medical certificates in accordance with section 20 concerning the mental condition of a person imprisoned or detained in the correctional centre, youth containment centre, prison or lockup, may authorize the transfer of the person to a Provincial mental health facility and the director of the Provincial mental health facility may admit the person to the facility where he receives from the person in charge of the correctional centre, youth containment centre, prison or lockup an application for admission in the form prescribed under subsection (1) (a) together with copies of the 2 medical certificates.

(3) Where a person is authorized to be transferred and is admitted under subsection (2), he shall be detained in the Provincial mental health facility until his complete or partial recovery or until other circumstances justifying his discharge from the facility are certified to the satisfaction of the director who shall,

(a) where the person is not liable to further imprisonment or detention, discharge him, or

(b) where the person is liable to further imprisonment or detention, return him to the correctional centre, youth containment centre, prison or lockup from which he was transferred.

(4) Where a person is detained in a Provincial mental health facility under subsection (1) or (3), the director may authorize that the person receive care and psychiatric treatment appropriate to his condition.

**48.** The following is added after section 25:

**Detention under *Criminal Code***

**25.1** Where, under the *Criminal Code*, a person is found to have been insane at the time that he committed an offence or is found unfit on account of insanity to stand his trial and the person is ordered to be detained in a Provincial mental health facility, he shall receive care and psychiatric treatment appropriate to his condition as authorized by the director.

**Deemed consent**

**25.2** Where a person is detained in a Provincial mental health facility under section 20, 23, 24, 25 or 25.1, and notwithstanding that no order respecting the person has been made under the *Patients Property Act*, treatment authorized by the director shall be deemed to be given with the consent of the person.

**49.** Section 29 (2) is repealed and the following substituted:

(2) Notwithstanding subsection (1), a person detained under section 25 may be transferred to another Provincial mental health facility only with the approval of the Lieutenant Governor in Council or, where the person is detained under section 25 (2), with the authorization of the person in charge of the correctional centre, youth containment centre, prison or lockup from which he was transferred.

*Mineral Resource Tax Act Amendments*

**50.** The definition of "mine" in section 1 of the *Mineral Resource Tax Act*, R.S.B.C. 1979, c.263, is repealed and the following substituted:

DEPT. OF JUSTICE
MIN. DE LA JUSTICE
DEC 23 1982
LIBRARY / BIBLIOTHÈQUE
CANADA