



MÉMOIRE DE DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS

SUR LE PROJET DE LOI 23

- présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et audiences publiques sur le projet de loi no 23. Mai 2026

**ON VEUT DES SOINS,
PAS DES SOINS FORCÉS**

-UNE PERSONNE AYANT VÉCU LA P-38



DROITS-ACCÈS
— DE L'OUTAOUAIS —

Droits-Accès de l’Outaouais tient à remercier toutes les personnes premières concernées dont les observations et témoignages ont contribué à enrichir la compréhension et l’analyse des droits en santé mentale et conséquemment, la position de l’organisme et de son équipe de travail sur le projet de loi 23.

Droits-Accès de l’Outaouais a été fondé à leur initiative en 1990 et son conseil d’administration est toujours composé à majorité de personnes vivant ou ayant vécu avec des troubles de santé mentale.

Rédaction :

Simon Chartrand-Paquette

Rebecca Labelle

Amélie-Anne Mailhot

Droits-Accès de l’Outaouais

17, rue Jeanne d’Arc

Gatineau, Qc

J8Y 2H3

(819) 777-4746

www.droitsaccés.com

droitsaccés@gmail.com

Table des matières

Introduction et problématisation	4
Enjeux principaux.....	12
1. Durée de la garde	12
2. Critère de dangerosité	13
3. Droits procéduraux.....	15
4. Vocabulaire utilisé laissant place à la subjectivité	17
5. Directives psychiatriques anticipées et déclaration d'inaptitude.....	19
6. Informations sur les droits et application du protocole.....	22
7. Processus d'action concertée, consentement et confidentialité	24
Conclusions et recommandations.....	27
Bibliographie	31

Introduction et problématisation

Le présent mémoire s'inscrit dans le contexte de la Commission parlementaire portant sur le projet de loi 23, *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*. Ce projet de loi vise à réformer la loi P-38.0001.

Droits-Accès de l'Outaouais est le groupe de défense des droits en santé mentale pour la région de l'Outaouais. Fondé en 1990 à l'initiative des citoyen.ne.s qui sont aussi des personnes premières concernées par les services en santé mentale, il fait partie du mouvement de l'action communautaire autonome. Le travail des groupes de défense de droits en santé mentale est reconnu par le ministère de la Santé et des Services Sociaux depuis 1990. Comme stipulé dans la dernière version du *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale* :

Ces groupes demeurent la principale réponse pour informer les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et pour faciliter leur accès aux recours existants, ainsi qu'un lieu incontournable favorisant leur prise de parole individuelle et collective.

La présente mise à jour réitère la valeur et l'aspect incontournable que le MSSS attribue au modèle novateur de promotion et de défense des droits en santé mentale développé par l'AGIDD-SMQ et les groupes régionaux ainsi que l'importance de l'application de ce modèle d'action, dans le but de soutenir le respect des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. (MSSS 2024 :1)

Les groupes de défense de droits sont aux premières loges, depuis 35 ans, pour l'observation non seulement du respect des droits des personnes premières concernées, mais aussi de leur détresse en lien avec les mesures contraintes, du manque de soins et services en santé mentale et des conséquences dramatiques et réelles sur la vie des personnes.

Nous travaillons au quotidien avec des personnes vivant avec des troubles de santé mentale ayant besoin de soutien et d'accompagnement (plus de 1000 interventions par année, en grande partie en lien avec des gardes en établissement et des autorisations judiciaires de soins), notre conseil d'administration est composé majoritairement de personnes premières concernées et nous avons développé une expertise en analyse et en recherche en lien avec les mesures d'exception en santé mentale.

Nous travaillons également en étroite collaboration avec des chercheur.se.s universitaires (droit, sciences infirmières, psychologie, travail social, criminologie, etc) dans le cadre notamment de portraits de situation sur l'état des droits en santé mentale en Outaouais, toujours dans le but d'arrimer les situations vécues par les personnes que nous accompagnons et l'expertise sur les droits en santé mentale afin de fournir un état des lieux rigoureux et reflétant justement les réalités de terrain.

Mettre de l'avant l'expérience vécue des personnes premières concernées

La structure du milieu de l'action communautaire autonome fait en sorte que ce sont d'abord et avant tout les personnes premières concernées qui décident des orientations de l'organisme, et pas le contraire. Nous soutenons la prise de parole et l'augmentation du pouvoir d'agir des personnes, dans le respect de leur parcours et de leur volonté d'entreprendre ou non une démarche. Notre travail consiste ainsi à informer les personnes de leurs droits et à les accompagner dans leurs recours, mais aussi, à tenter de faire changer les structures qui rendent possibles les abus de droits vécus par des personnes déjà vulnérabilisées par la stigmatisation.

Ainsi, à Droits-Accès de l'Outaouais, nous sommes bien placé.e.s pour savoir que la réponse n'est pas dans la répression et l'augmentation des mesures de contraintes pour les personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale.

Nous croyons qu'un système de santé public universel gratuit, bien financé, avec suffisamment de ressources humaines et matérielles, ainsi qu'un milieu communautaire autonome suffisamment financé à la mission sont à la base des réponses à offrir aux besoins criants en santé mentale. Nous ne sommes pas seul.e.s : le rapport final de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), organisme indépendant mandaté par le gouvernement du Québec pour analyser une possible réforme de la loi P-38.001, se positionne contre l'augmentation des mesures coercitives en santé mentale, et propose plutôt l'augmentation des ressources de prévention et d'accompagnement (IQRDJ 2025 : 15).

De plus, lors d'une journée de réflexion qui s'est tenue le 14 mai à l'Université d'Ottawa rassemblant huit chercheuses et chercheurs spécialisé.e.s en soins et hospitalisations forcées de partout au Canada et intitulée *Traitements forcés au Canada : enjeux actuels et débats* et à laquelle plus de 200 personnes de différents milieux ont participé, le constat est similaire, et accablant. En effet, pour ne citer que ceux-là, Emmanuelle Berheim et Jean-Laurent Domingue ont démontré qu'il n'existe pas d'étude robuste permettant d'affirmer que les traitements forcés (ce qui inclut les hospitalisations) sont efficaces pour le rétablissement des personnes. Par contre, les effets négatifs sur les trajectoires des personnes premières concernées sont bien documentés, et il est établi que les personnes qui subissent des hospitalisations forcées n'ont pas accès à plus de services et d'accompagnement¹. Cela correspond tout à fait à ce que nous observons

¹ Bernheim Emmanuelle et Jean-Laurent Domingue. "Traitements forcés", résultats de recherche présentés lors de la Journée de réflexion *Traitements forcés au Canada : enjeux actuels et débats*, Université d'Ottawa, 14 mai 2026.

sur le terrain depuis 35 ans et indique clairement que la coercition n'est pas la voie à suivre pour un accès accru aux soins et services en santé mentale.

Élargir les critères d'application de la P38 n'est pas une mesure de prévention : une fois à l'hôpital, les personnes que nous accompagnons insistent pour nous faire comprendre qu'elles n'y trouvent pas suffisamment d'écoute, d'accueil et de soutien – contrairement à ce qu'elles avaient parfois anticipé. C'est souvent à la suite d'un appel à l'aide qu'elles se retrouvent menottées et amenées de force à l'hôpital. Elles se sentent alors isolées, sans réel contact avec le personnel soignant, qui n'a qu'une lourde médication à offrir comme unique solution à des problèmes émanant souvent de conflits, de violences subies, de traumatismes, de milieux de vie hostiles dans lesquels on renvoie les personnes, sans suivi, au bout de quelques semaines.

Lorsqu'elles vivent des hospitalisations forcées et les mesures de contrôle qui y sont trop souvent associées (contention physique, chimique, salle d'isolement), elles ne veulent alors qu'une chose : sortir et ne plus revenir. Elles laisseront donc la situation se dégrader, sans demander d'aide, la prochaine fois. En augmentant l'application de mesures répressives comme les hospitalisations forcées, sans donner d'accompagnement ou de suivi aux personnes, on amplifie le problème en proposant la répression comme solution à un vaste problème de santé publique et d'injustices sociales.

Mesures contraintes et conditions d'hospitalisation

Un des problèmes identifiés dans le rapport 4 de l'IQRDJ est à l'effet que le personnel médical, déjà débordé, considère lui-même ne pas avoir les ressources nécessaires pour intervenir auprès des personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale, particulièrement aux urgences. Or, ce que le projet de loi 23 propose, c'est d'augmenter le nombre de personnes qui devront être prises en charge par ce personnel déjà débordé.

Le manque de ressources humaines constitue un enjeu majeur dans l'application de la P38, particulièrement du point de vue des professionnels de la santé. Infirmières, urgentologues et psychiatres décrivent un système sous tension, dans lequel la rareté du personnel limite la capacité d'intervention, affecte la qualité des soins et oriente parfois les décisions cliniques selon des impératifs logistiques plutôt que médicaux. (IQRDJ rapport 4 : 71)

Ainsi, les membres du personnel soignant interrogés dans le rapport 4 de l'IQRDJ insistent sur le fait que, par manque de temps et de personnel, par manque de ressources, le recours à la contrainte est de plus en plus présent sur les unités psychiatriques. (IQRDJ rapport 4 : 86)

Dans le mémoire que Droits-Accès de l'Outaouais a déposé à l'IQRDJ en 2024, qui était basé sur les résultats d'une consultation publique menée auprès de personnes ayant vécu la P38 et à laquelle 42 personnes ont participé, nous faisons l'observation suivante :

La perte de confiance envers les institutions qui découle de la stigmatisation vécue et de la perte de pouvoir sur leurs vies résultant de l'application d'une P-38.001 a des incidences graves sur la santé des personnes. Les personnes que nous avons consultées ont affirmé qu'elles préfèrent souvent ne plus se rendre à l'hôpital pour des problèmes de santé physique, de peur d'être mises sous garde. Elles éviteront également d'avoir recours à la police si elles se sentent menacées, de peur de se retrouver elles-mêmes incriminées. Des personnes ayant été hospitalisées de force ont témoigné du fait qu'elles avaient appris à modifier leur discours pour naviguer dans les services : elles ne diront rien sur la manière dont elles se sentent (ni à leurs proches ni au personnel soignant ou aux intervenant.e.s) par crainte de se retrouver sous garde à l'hôpital. (DAO 2024 : 25)

Le résultat de la contrainte et des soins forcés est très souvent une plus grande méfiance à l'égard des services et conduit à l'escalade de la situation de danger, plutôt qu'à sa prévention.

Le projet de loi 23 sous la loupe

Selon nous, le projet de loi 23 rate la cible : en rendant légitimes plusieurs bris de droits fondamentaux observés par les groupes de défense de droits depuis des décennies, il ouvre la porte à des dérives importantes pour les droits de toutes les personnes, et augmente la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale, tout en vulnérabilisant des personnes déjà touchées par des discriminations multiples.

Nos préoccupations principales sont à l'effet que :

1. Par la formulation même du nouveau titre proposé à la loi P-38.001, on augmente l'association (fautive) entre santé mentale et dangerosité.
 - La loi P38 est une loi d'exception, pensée pour les personnes dont l'état mental présente un danger, et les dispositions de la loi le confirment : pourtant, en faisant référence à toute personne dont l'état mental présente une *altération*, le titre proposé laisse entendre qu'il s'agit d'une loi qui s'applique à un vaste éventail de situations, de personnes et de moments possibles dans la vie de tout.e citoyen.ne mais également, que des dispositions liées à la sécurité sont essentielles dès lors qu'une personne vit avec des troubles de santé mentale.

2. L'élargissement du critère de dangerosité rend plus vulnérables les personnes déjà marginalisées et on banalise la contrainte pour les personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale.
 - En retirant le caractère grave et immédiat du danger, on ouvre la porte à un très large éventail de situations possibles pouvant mener à une garde en établissement. Le recours à la contrainte est banalisé et les hospitalisations forcées ne sont plus considérées comme des situations extrêmes répondant à une loi d'exception.
 - On cherche à faire de la loi P38 une voie d'accès aux services par la contrainte, pour toute personne dont un.e intervenant.e aura pu juger de manière subjective qu'elle présente potentiellement un danger, ce qui devrait préoccuper tou.te citoyen.ne quant au respect de ses droits fondamentaux et de son intégrité. Pourtant, les personnes n'y trouveront pas plus de services ni d'accompagnement, encore moins de suivi à leur sortie.
 - Cet élargissement met plus à risque les groupes de personnes déjà marginalisées, discriminées et vulnérabilisées, victimes de violences et de traumatismes (notamment en milieu hospitalier ou en lien avec les services policiers) et conséquemment plus susceptibles de se retrouver dans des situations où on juge qu'elles pourraient présenter un danger (on s'en remet en somme aux préjugés de l'intervenant.e).

3. L'augmentation de la durée de la garde sans autorisation préalable du tribunal (de 3 à 7 jours) restreint les droits de toute personne à sa liberté et, de surcroît, on ne considère plus nécessaire le consentement de la personne pour ses évaluations psychiatriques.
 - On crée ainsi une catégorie de personnes dont le consentement aux soins n'est plus nécessaire.
 - Le fait de priver quelqu'un de sa liberté est une atteinte majeure aux droits fondamentaux et doit être ordonnée par un juge dans des conditions exceptionnelles. C'est pour cette raison que la P38 actuelle prévoit une période de trois jours de privation de liberté au terme de laquelle la personne doit passer devant un juge ou retrouver sa liberté sans délais. Avec le PL23, un médecin ou une infirmière spécialisée peut décider de révoquer le droit à la liberté de la personne pour une période de sept jours, sur la base de son jugement clinique. Il n'existe pas de mécanisme effectif par lequel la personne retrouve sa liberté si les délais ne sont pas respectés.

4. Bien que la rédaction de directives psychiatriques anticipées (DPA) rédigées pour l'éventualité où la personne se retrouve dans une situation dans laquelle elle n'est plus "apte à consentir aux soins" puisse être bénéfique à certains égards, ses conditions de réalisation laissent trop de place à l'arbitraire, notamment sur

la question de l'inaptitude, pour qu'elles représentent un mécanisme fiable pour les personnes premières concernées.

- C'est un.e intervenant.e désigné.e, parfois au téléphone, qui décide de l'inaptitude de la personne à consentir aux soins. L'inaptitude est pourtant une notion encadrée par la jurisprudence qui doit être déclarée par un juge. Cela laisse beaucoup de place à l'interprétation pour juger de la situation qui déclenche la mise en place des directives anticipées psychiatriques de la personne ;
- Le fait que le ou la psychiatre de la personne doive contresigner les directives (ou leur révocation) peut faire en sorte que la personne se sente contrainte d'accepter des directives avec lesquelles elle n'est pas tout à fait à l'aise (nous entendons beaucoup, dans notre pratique, des gens confier qu'ils ont accepté ce que le médecin leur a demandé de peur d'avoir des représailles) ;
- Si la personne ne consent plus à ses DPA au moment de leur application, le psychiatre peut conclure à un refus catégorique de recevoir des soins et demander une autorisation judiciaire de soins (AJS), qui forcera la personne à recevoir une médication pour une période déterminée. La rédaction de DPA pourrait ainsi facilement se solder par une voie rapide vers un AJS.

5. Les causes judiciaires d'intégrité de la personne, qui concernent les droits fondamentaux, ne devraient pas se retrouver devant un tribunal administratif mais devant une Cour de justice. On devrait privilégier la présence de la personne pour s'assurer qu'elle comprend bien la situation dans laquelle elle se retrouve.

- Jusqu'à maintenant, c'est la Cour du Québec (gardes forcées) et la Cour supérieure (autorisation judiciaire de soins) qui entendent les causes en lien avec l'intégrité de la personne. Toute personne mise en garde est ainsi entendue par au moins un juge. Les audiences se font généralement en personne.
- Le PL23 veut introduire non seulement le déplacement des audiences de la Cour du Québec et de la Cour supérieure vers un tribunal administratif (sur lequel siège un.e seul avocat.e ou notaire), mais aussi la généralisation de la visioconférence. Non seulement le rapport de l'IQRDJ a statué sur le fait que d'être présent à son audience était bénéfique pour la personne, mais en a aussi fait une recommandation spécifique (IQRDJ rapport 5 : 68-69).

6. Une grande place est laissée au jugement des intervenant.e.s et du personnel soignant dans ce projet de loi, leur donnant beaucoup de pouvoir sur la vie des personnes sans assurer les contre-pouvoirs pourtant essentiels au respect des droits fondamentaux des personnes. Plutôt que des critères d'application spécifique, on rend très large l'interprétation possible d'une situation requérant

la contrainte et on laisse entrer les préjugés potentiels des intervenant.es et du personnel soignant dans leur évaluation de la situation.

- On parle désormais d'une personne qui « présente une altération de son état mental » : juger de cette qualité de l'état mental est tout à fait subjectif, particulièrement dans un contexte où la stigmatisation est omniprésente ;
- Pour la définition de la situation de danger, l'utilisation de l'expression « risque de façon raisonnablement prévisible » est très large; on indique aussi que l'infirmière ou le médecin, juge la situation selon que « les faits portés à sa connaissance lui permettent raisonnablement d'établir » ;
- Il est indiqué que la mise sous garde est nécessaire pour s'assurer « que cette atteinte ne s'aggrave, que ce risque d'atteinte ne se matérialise ou que cette détérioration ne survienne » ;
- Pour le déclenchement d'un processus d'action concertée, la loi indique que les faits constatés par l'intervenant.e « lui permettent raisonnablement de croire » que la personne « présente une altération de son état mental », que la personne est dans une situation où sa santé ou sécurité « est à risque de compromission » et que le déclenchement « pourrait être bénéfique » ;
- L'article 13.1 du projet de loi, qui concerne le déclenchement du processus d'action concertée sans le consentement de la personne, est particulièrement préoccupant du point de vue de la latitude laissée à l'intervenant.e : « les faits constatés par l'intervenant désigné ou portés à sa connaissance *lui permettent raisonnablement de croire*, d'une part, que *la personne est réticente à solliciter des services pouvant lui venir en aide*, notamment *en raison d'une méfiance* à l'égard de tels services, et, d'autre part, que les *bénéfices escomptés pour cette personne suivant le déclenchement du processus sont nettement supérieurs au risque raisonnablement prévisible* de détérioration de son état mental ou d'aggravation de la situation dans laquelle elle se trouve en l'absence d'un tel déclenchement ». Les personnes marginalisées ou ayant vécu des traumas sont particulièrement susceptibles de se retrouver dans la catégorie des personnes « méfiantes ».

7. La notion de consentement est mise à mal dans le projet de loi 23.

- On indique qu'il est nécessaire d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne pour la mise en place d'un processus d'action concertée, *à moins que la personne ne refuse* ;
- Si la personne refuse, on peut déclencher le processus sans son consentement ;
- On cherche à collaborer avec la personne si celle-ci est d'accord avec la décision de l'intervenant.e. Sinon, son consentement ne sera pas pris en compte ;

- On crée ainsi un précédent quant à la définition de la notion de consentement, qui porte atteinte aux droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

Bien que nous soyons opposé.e.s au projet de loi 23 et à une réforme de la loi P-38.0001, notre position privilégiée d'observateur.trice.s des pratiques et des droits nous permet d'offrir des recommandations précises quant aux amendements qui devraient être apportées au projet de loi actuel. Ces recommandations se retrouvent dans le présent document et sont basées sur les observations faites sur le terrain et les témoignages des personnes premières concernées avec lesquelles nous travaillons de manière étroite.

Enjeux principaux

1. Durée de la garde

Dans le projet de loi 23 (PL23), il est proposé de remplacer les gardes préventive et provisoire par la garde temporaire. La garde temporaire permet de garder une personne *présentant une altération de son état mental* contre son gré à l'hôpital si un médecin ou une infirmière praticienne juge que *cette personne se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui*. Cette garde est d'abord valide pour 48h au cours desquelles elle devra subir un premier examen psychiatrique qui peut être fait **sans le consentement de la personne hospitalisée**. S'il n'y a pas d'examen ou si l'examen ne conclut pas à la dangerosité de la personne, celle-ci doit être libérée.

Si le premier examen, réalisé dans les 48 heures suivant la prise en charge, conclut que *cette personne se trouve toujours dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui*, une seconde évaluation psychiatrique, encore une fois sans que le consentement de la personne ne soit nécessaire, doit être réalisée.

Deux examens psychiatriques doivent donc être réalisés, sans consentement, dans les premiers 72 heures de la prise en charge de la personne mise sous garde temporaire. Ensuite, si les deux examens psychiatriques concluent que *cette personne se trouve toujours dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui*, la loi prévoit un délai additionnel de 96 heures avant de passer devant le tribunal administratif du Québec.

Si on fait le calcul, le projet de loi 23 permet d'hospitaliser une personne de force pour une durée totale de 168 heures (7 jours) sans qu'elle n'ait droit à une audience devant un tribunal. À cela, peuvent s'ajouter les jours fériés et les jours de la fin de semaine. De plus, on peut lire dans le projet de loi 23 que la personne passera au tribunal dans les 96h suivants le deuxième examen « si le tribunal est disponible ». Ce qui laisse sous-entendre que des délais additionnels pourraient être à prévoir si le tribunal n'est pas disponible, sans que des conséquences directes n'en découlent (comme la libération immédiate de la personne pour cause de dépassement des délais). Il s'agit d'un recul majeur en termes de droits fondamentaux.

Présentement, il est possible d'hospitaliser une personne dans de telles circonstances pour une durée maximale de 72 heures (3 jours) avant qu'un juge n'autorise, au besoin, un prolongement de garde. La transition serait de 72 heures à 168 heures, donc 96

heures additionnelles lors desquelles la liberté d'une personne lui est retirée, sans qu'aucun tribunal ne se soit penché sur la question.

Cela représente une semaine complète lors de laquelle la personne est soumise au jugement subjectif d'un.e professionnel.le de la santé, qui est humainement faillible et dont les conditions de travail ne permettent pas de prendre le temps de faire une évaluation rigoureuse (IQRDJ rapport 4 : 72). Le risque de dérives et de consentement stratégique (ce qu'on appelle aussi la coercition informelle²) des personnes hospitalisées nous semble drastiquement augmenté dans ce contexte.

Recommandation de Droits-Accès de l'Outaouais

Face à ces modifications proposées par le PL23 sur la durée de la garde,

- Nous recommandons qu'aucun changement ne soit apporté à la loi P38 concernant la durée de la garde. Il revient à un tribunal de juger de la nécessité exceptionnelle de retirer les droits fondamentaux d'une personne; la garde préventive de 72 heures sans passer devant un juge, qui est effective actuellement, devrait être le délai maximal de privation de liberté.
- Nous recommandons de conserver la nécessité du consentement pour les évaluations psychiatriques.

2. Critère de dangerosité

D'entrée de jeu, on donne l'esprit de la loi avec l'article 1, qui en modifie le titre pour : *Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental*. Le titre de la loi P-38 contenait l'intention de la loi d'exception avec l'inclusion de l'expression « danger pour elle-même ou pour autrui ». Désormais on laisse entendre que cette loi s'applique à toute personne présentant des troubles de santé mentale. Le danger devient implicite à toute altération de l'état mental.

En outre, le PL23 propose de remplacer la notion de « danger grave et immédiat » par « situation où il existe un danger ». D'emblée, les notions de temps et de risque se voient grandement altérées. Ici, la « situation où il existe un danger » est, selon le projet de loi,

² Goulet, Marie-Hélène, "Non aux mesures de contrôle, Oui à l'écoute et à l'accompagnement", conférence présentée dans le cadre de la *Journée Non aux mesures de contrôle*, organisée par l'AGIDD-SMQ, 15 mai 2026.

« une situation où la santé ou la sécurité de la personne ou la sécurité d'autrui est compromise du fait que les conditions suivantes sont réunies :

1° la personne cause ou a causé une atteinte grave à son intégrité physique ou à celle d'autrui ou, **en raison de son comportement, elle risque de façon raisonnablement prévisible** de causer une telle atteinte ou de subir une détérioration importante de son état mental;

2° les faits constatés par le médecin ou par l'infirmière praticienne spécialisée ou portés à sa connaissance **lui permettent raisonnablement d'établir** que cette atteinte, ce risque d'atteinte ou cette détérioration est lié, en tout ou en partie, à l'altération de l'état mental de la personne;

3° la mise sous garde temporaire de la personne est nécessaire pour éviter, selon le cas, **que cette atteinte ne s'aggrave, que ce risque d'atteinte ne se matérialise ou que cette détérioration ne survienne.** »;
(*Nous soulignons*; Projet de loi 23 : article 8)

Nous jugeons que les modifications proposées pour le critère de dangerosité ouvrent la porte à une application abusive d'une loi lourde d'impact qui se veut pourtant exceptionnelle. Nous comprenons que l'idée derrière le fait de retirer la notion de danger grave et immédiat est d'agir en prévention des dangers. Cela étant dit, à ce point-ci il est important de rappeler que la loi P38 est une loi coercitive et non une offre de soin. Nous croyons fermement que la légalisation des hospitalisations forcées pour prévenir des risques possibles, plutôt que pour répondre à de réelles situations de danger, menace grandement d'augmenter les expériences traumatisantes des personnes qui les vivent.

Les critères de dangerosité proposés dans le PL23 laissent place à l'arbitraire en misant sur la supposition de danger plutôt que sur les risques réels et objectifs d'une situation donnée. Les critères de danger doivent être clairs et précis, puisqu'il est question ici de suspendre des droits fondamentaux. Selon nous, il est difficile de justifier le bris de ces droits en évoquant des « risques raisonnablement prévisibles » ou suivant une perception que le risque possible ne s'aggrave dans un avenir plus ou moins éloigné.

Cette emphase mise sur la « gestion du risque » s'inscrit dans une volonté d'arrêter un crime avant que celui-ci ne soit commis. Or, il est ici question de santé et non de criminalité. Selon notre expérience, la meilleure façon de prévenir les crises en santé mentale est d'agir en amont par l'offre de services et de soins élaborés par, pour et avec les personnes premières concernées.

Les urgences débordent déjà et, nous constatons que les services en santé mentale en Outaouais ont peine à répondre adéquatement aux besoins de la population. Nous pensons qu'un assouplissement du critère de dangerosité ouvre la porte à un plus grand achalandage dans les urgences et que c'est le personnel des hôpitaux, déjà débordé et insuffisant, qui se retrouvera à gérer ces situations dans des lieux physiques inadaptés.

Recommandations de Droits-Accès de l'Outaouais

- Nous recommandons de garder le caractère exceptionnel dans le libellé du titre de la loi, ou du moins garder le mot « danger » pour éviter que la loi n'ajoute à la stigmatisation vécue par les personnes premières concernées;
- Nous recommandons de conserver le critère de dangerosité grave et immédiat comme critère d'application de la loi P38;
- Nous recommandons d'agir en prévention en mettant sur pied des centres de répit et de crise dans toutes les régions du Québec, ainsi que des unités mobiles composées uniquement d'intervenant.e.s sociaux qui peuvent agir en désescaladant les crises et en redirigeant les personnes vers les services appropriés, communautaires et publics (qui doivent exister et être financés adéquatement).

3. Droits procéduraux

Le PL23 prévoit que les audiences concernant les demandes de gardes en établissement aient lieu auprès du Tribunal administratif du Québec (TAQ) plutôt qu'à la Cour du Québec, comme c'est présentement le cas. Les demandes de révision de garde en établissement devront maintenant être faites à la Cour du Québec plutôt qu'au TAQ. Les responsabilités de chacun des tribunaux dans le contexte d'hospitalisations forcées se trouvent donc inversées.

Le projet de loi propose que les demandes d'autorisation judiciaires de soins et de garde en établissement ainsi que les recours portant sur une garde temporaire soient instruites et décidées par un membre seul qui serait un.e avocat.e ou un.e notaire (et non un juge). Le projet de loi privilégie également que ces demandes et ces recours soient pris en charge par le même membre (avocat.e ou notaire) ; en somme, une personne qui doit aller devant le tribunal pour une garde et pour une autorisation judiciaire de soins sera reçue par le même membre du tribunal pour ses deux passages en cour.

Droits-Accès de l'Outaouais s'inquiète particulièrement du fait que les demandes d'autorisations de soins et de garde en établissements se retrouvent toutes deux au TAQ. Cela constitue un rempart de moins pour la protection des droits les personnes premières concernées. De même que le fait qu'il sera encouragé que ce soit la même personne, avocate ou notaire, qui se retrouve à chacune des instances de jugements.

Une contestation de garde temporaire peut être faite au TAQ. Or, une fois qu'un jugement a été rendu par le tribunal administratif, les recours doivent être présentés à la Cour du Québec. Les recours à la Cour du Québec sont plus compliqués et plus coûteux pour les personnes mises en garde qu'ils ne le sont au TAQ, ce qui signifie qu'il sera plus difficile pour une personne de contester une garde en établissement et d'ainsi exercer ses droits.

De plus, le PL23 propose que le Tribunal privilégie l'utilisation des moyens technologiques pour la tenue des audiences. Pourtant, il a été démontré que le fait d'assister à son audience en personne permet à la personne de mieux comprendre la situation dans laquelle elle se trouve, de pouvoir poser des questions, être accompagnée et avoir le sentiment de participer pleinement au processus et de sentir que sa dignité de personne est respectée (IQRDJ rapport 5 : 69).

Certes cela peut accélérer le processus judiciaire, mais à quel prix ? Selon nous, cela augmente le risque que les membres du TAQ qui jugeront des dossiers développent des biais pouvant nuire à une décision objective. La personne première concernée a droit à une défense pleine et entière, qui puisse faire la distinction claire entre une inaptitude à consentir aux soins et une situation de crise exceptionnelle mettant en péril son intégrité ou celle d'autrui. Ainsi, nous craignons que l'unification des enjeux d'autorisation de soins et de garde en établissement sous un même Tribunal ne fasse que créer un pont entre la garde et les autorisations judiciaires, deux situations différentes qui se doivent d'être adressées comme telles pour un meilleur respect des droits humains.

Au niveau de la *Loi sur l'aide juridique et sur la prestation de certains autres services juridiques*, le projet de loi prévoit que « l'aide juridique soit accordée gratuitement en **première instance** à toute personne, sans égard à son admissibilité financière, pour les services juridiques offerts en matière d'autorisation de soins requis par son état de santé et de garde en établissement de santé ou de services sociaux ».

Droits-Accès souligne l'amélioration de l'accès pour tous à une défense en premier instance avec le PL23. Il est cependant important de mentionner le fait que les services gratuits de l'aide juridique ne sont qu'accessibles en premier instance. Cela signifie que les personnes hospitalisées de force qui désirent entamer des recours devront le faire sans pouvoir recourir à un avocat, à moins d'être éligible à l'aide juridique ou d'être en mesure de couvrir les frais de représentation.

À nos yeux, la défense systématique en première instance est une avancée, mais pour une réelle équité juridique, la défense devrait être accessible à toutes et tous et ce, à tous les niveaux, d'autant plus que le recours pour une garde autorisée, maintenant à la Cour du Québec, implique une procédure beaucoup plus complexe et onéreuse qu'un recours à un tribunal administratif, comme c'est le cas actuellement. Les

établissements en santé comme le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), ont leurs équipes d'avocats du contentieux payés avec l'argent public, alors pourquoi en serait-il autrement pour les personnes hospitalisées de force ? Elles qui bien souvent en situation de vulnérabilité, se retrouvent dans des situations juridiques complexes.

Recommandations de Droits-Accès de l'Outaouais

- Nous recommandons que les audiences pour les causes d'intégrité de la personne demeurent à la Cour du Québec et à la Cour supérieure, comme c'est actuellement le cas.
- Nous recommandons que les audiences en personne soient non seulement privilégiées mais obligatoires, sauf cas exceptionnels.
- Nous recommandons que l'aide juridique gratuite pour toutes personnes mises sous garde s'applique également en deuxième instance, pour les recours sur les gardes et les autorisations judiciaires de soins.

4. Vocabulaire utilisé laissant place à la subjectivité

À la lecture du projet de loi 23, nous constatons une importante utilisation de termes subjectifs donnant une grande latitude au jugement des intervenant.e.s dans l'application de la loi. Déjà, l'utilisation de l'expression « altération de l'état mental », qui remplace « danger grave et immédiat » comme critère pour hospitaliser une personne pendant une semaine, et cela sans aucune opinion juridique, témoigne d'un changement de mentalité dans la mise en application des gardes forcées.

Comme mentionné dans la partie portant sur le critère de dangerosité, les explications de ce qu'est une situation où il existe un danger laisse maintenant place à une plus grande interprétation de ce qu'est un danger. Notamment, l'utilisation du terme « raisonnablement », qui apparaît à plusieurs reprises dans l'évaluation du danger, fait place à une subjectivité indéniable. Ce qui était auparavant un risque observable et imminent est maintenant une situation où le danger est « raisonnablement prévisible ». À noter ici l'utilisation du vocable « prévisible ». Il est clair que le projet de loi 23 n'agit plus en contexte de situation exceptionnelle et concrète, mais plutôt dans un contexte de « prévention ». Toujours en ce qui concerne les critères d'évaluation du danger, il est suggéré qu'une personne puisse être amenée contre son gré pour « éviter (...) que cette

atteinte ne s'aggrave ou que ce risque d'atteinte ne se matérialise ». Encore une fois, ici, on est dans le risque probable plutôt que le risque réel. Cela remet énormément de responsabilité entre les mains des intervenant.e.s de service d'aide en situation de crise. Ces intervenant.e.s ont déjà à leur disposition des outils d'évaluation du risque qui sont basés sur des comportements et des faits observables et non des suppositions. Comment vont-ils conjuguer avec ces nouvelles zones grises dans le vocabulaire légal ? Alors que le PL23 prétend offrir une meilleure protection des personnes dont l'état mental est altéré, ce changement semble offrir une plus grande latitude, voire une plus grande protection légale des intervenant.e.s et non une plus grande protection des personnes en situation de crise.

Pourquoi est-il maintenant question d'altération de l'état mental ? Comment définir l'altération d'un état mental ? Comment différencier une soirée arrosée d'une psychose ? Une telle appellation laisse sous-entendre que la situation dangereuse est en second plan. Alors que l'annonce du projet de loi se fait sous une promotion d'un meilleur respect du droit à la santé pour les personnes vivant avec des enjeux en santé mentale, ce changement de vocabulaire témoigne d'un désir de transformer une loi d'exception en une façon d'accéder à des soins.

DAO et ses membres sont définitivement en faveur d'un meilleur accès aux services en santé mentale, mais la loi P38 en est une d'exception et non une manière d'accéder aux soins. Nous dénonçons le danger indéniable de créer de la confusion entre les deux idées. De plus, notre système de santé actuel ne dispose pas de suffisamment de ressources, de financement et de personnel adéquatement formé pour absorber les impacts d'un tel projet de loi. Les établissements ne sont pas adaptés, les équipes de travail sont nettement insuffisantes et l'offre de soins est trop ancrée dans le système biomédical qui, sur le terrain, ne collabore pas avec les approches alternatives.

Pour en revenir au vocabulaire, que veut dire « raisonnablement prévisible » ? Une personne connue des services en santé mentale marche dans la rue et chante à tue-tête, est-ce que cela représente un risque raisonnablement prévisible qu'elle se fasse frapper par une voiture ? Comme elle a un passé en santé mentale, un.e intervenant.e aurait maintenant le pouvoir de juger que son état mental est altéré, donc légalement, cette personne pourrait être amenée de force à l'hôpital pour une durée de sept jours avant même qu'elle puisse se défendre devant le tribunal. Cette situation semble poussée à l'extrême, mais avec l'adoption du PL23, si les intervenant.e.s et médecins jugent qu'il est mieux d'intervenir ainsi pour prévenir un risque supposé ou une détérioration de son état, cette intervention deviendrait tout à fait légale. Cet exemple témoigne de l'importance du choix des mots. Bien entendu, nous ne prétendons pas que tous les professionnel.le.s concerné.e.s sont de mauvaise foi, mais une telle loi ne peut être

basée sur la présomption de bonne foi de professionnel.le.s en position de pouvoir vis-à-vis des personnes en situation de vulnérabilité.

Recommandations de Droits-Accès de l'Outaouais

- Nous recommandons de revenir à un vocabulaire légal qui balise l'évaluation du risque par des termes laissant le moins de place possible à l'interprétation.
- Nous recommandons que des critères spécifiques liés au danger soient transférés depuis le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*³ à la loi elle-même.

5. Directives psychiatriques anticipées et déclaration d'inaptitude

L'ajout des directives anticipées en santé mentale pour le nouveau projet de loi peut sembler, à première vue, une avancée importante pour les droits des personnes. Ces directives permettent à une personne d'indiquer à l'avance les soins qu'elle accepte ou refuse si elle vit une crise et se retrouve en situation d'inaptitude temporaire. Elles s'appuient sur un principe de base dans lequel on reconnaît que chaque personne a le droit de décider pour elle-même.

Cela peut contribuer à mieux respecter les volontés des personnes, même lorsqu'elles traversent des moments difficiles. En ce sens, les directives anticipées pourraient aider à réduire les soins imposés et à redonner du pouvoir aux personnes concernées. Cependant, dans la pratique et selon les dispositions du projet de loi, cette avancée reste limitée à la volonté de l'équipe soignante et des proches qui entourent la personne en crise. Nous voyons plusieurs mesures particulièrement préoccupantes.

Dans l'actuel projet de loi, il n'y a aucune mention de l'obligation du professionnel.le de la santé de proposer toutes les options à sa disposition pour la personne en matière de services en santé mentale au moment de la crise. La personne devrait se faire expliquer ses droits, donner toute l'information nécessaire sur les médications proposées, les effets secondaires possibles, et expliquer toutes les avenues de soins et d'hospitalisations possibles (suivi et accompagnement à domicile, unités brèves,

³ MSSSQ (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, pp. 22-23.

centres de répit, centres de crises, consentement à la médication ou pas, etc). Dans la formulation actuelle de la loi, nous craignons que la personne ne soit pressée de consentir à l'avance à des soins sans qu'on ne lui ait donné toute l'information nécessaire pour qu'elle puisse prendre une décision libre et éclairée.

Dans une perspective de défense des droits et d'auto-détermination de la personne, il est important de favoriser un modèle basé sur le soutien à la décision. Nous avons la responsabilité d'aider les personnes à comprendre, réfléchir et décider, plutôt que de leur retirer leur pouvoir. Dans ce contexte, les directives anticipées pourraient jouer un rôle beaucoup plus fort, en étant réellement prises en compte, même en situation de crise.

Si la personne, au moment de l'application de ses directives psychiatriques anticipées, ne consent plus à ce qui a été inscrit, le médecin peut conclure à un refus de soins catégorique et faire une demande d'autorisation judiciaire de soins. Étant donné qu'il n'y a pas de garantie, avec les dispositions actuelles du projet de loi, relativement aux informations qui doivent être fournies ou aux mécanismes permettant de s'assurer que la personne n'a pas subi de pressions pour signer des directives avec lesquelles elle n'est pas tout à fait à l'aise, il nous semble que la personne devrait conserver le droit de consentir et de refuser de plein droit des soins auxquels elle a consenti - dans d'autres circonstances. Le consentement doit être non seulement libre et éclairé, mais révocable et granulaire (c'est-à-dire, réitéré à chaque geste).

Le principal problème vient du fait que ces directives coexistent avec le mécanisme de déclaration d'inaptitude. Nous nous retrouvons donc face à une contradiction importante. D'un côté, nous reconnaissons que la personne est capable de faire des choix à l'avance. De l'autre, nous pouvons rapidement lui retirer ce pouvoir au moment où ces choix deviennent les plus importants et les moins reconnus par le médecin, le personnel soignant ou les proches. Cette situation est particulièrement préoccupante parce que la déclaration d'inaptitude elle-même pose déjà problème. Elle repose souvent sur une évaluation faite en contexte de crise, sans tenir compte du fait que la capacité de décider peut varier dans le temps. Une personne peut être en difficulté à un moment donné, sans pour autant être incapable de participer aux décisions qui la concernent. Le système actuel offre peu d'alternatives entre être apte ou inapte. Il laisse peu de place à des approches qui permettraient d'accompagner la personne dans ses décisions, plutôt que de décider à sa place.

De plus, la section du projet de loi sur les directives anticipées introduit la notion d'inaptitude à consentir aux soins dans une mouture inédite, et non sans conséquences sur les droits des personnes. En effet, actuellement la notion d'inaptitude est encadrée par la jurisprudence et doit être déclarée par un juge. Le PL23 suggère qu'un.e

intervenant.e, parfois au téléphone, sera désormais en mesure de déclarer inapte une personne. Cela crée un grave précédent.

En conclusion, les directives anticipées pourrait-être une solution intéressante pour les interventions de crise, mais leur impact reste limité tant que le système continue de privilégier la prise de décision par d'autres. La non-reconnaissance de l'aptitude de la personne en état de crise rend impossible l'application de cette mesure. Sans changements réel de la perceptives des médecins, personnels soignants et proches, cette nouvelle mesure donne l'impression de respecter les choix des personnes, sans que ce soit le cas dans la pratique.

Recommandations de Droits-Accès de l'Outaouais

- Nous recommandons que soit ajoutée à la loi l'obligation pour le ou la professionnel.le de la santé de fournir à la personne toutes les informations sur ses droits, sur les médications proposées, sur le déroulement et les conséquences de l'hospitalisation ainsi que toute l'information sur les alternatives à l'hospitalisation et les ressources communautaires disponibles.
- Nous recommandons qu'un protocole rigoureux en matière de consentement libre et éclairé pour les directives psychiatriques anticipées soit mis en place.
- Nous recommandons que la personne conserve le droit de consentir ou de refuser l'application du contenu de ses directives psychiatriques anticipées ; si elle refuse, le médecin devra aller devant une Cour de justice demander que la personne soit déclarée inapte par un juge. De plus, la personne devrait pouvoir négocier des éléments de ses directives psychiatriques anticipées au moment de leur application sans que l'on puisse conclure à un refus catégorique de tout soin possible. Nous recommandons donc d'enlever l'article 13.26 du PL23.
- Nous recommandons que les directives psychiatriques anticipées puissent être signées par deux témoins, comme c'est le cas pour les directives médicales anticipées, et non par le ou la professionnel.le de la santé.

6. Informations sur les droits et application du protocole

Le projet de loi 23 semble vouloir mettre l'accent sur de meilleures pratiques en matière d'information juridique lors du processus de mise sous garde. Sur papier cette mesure semble être une amélioration par rapport à la loi actuelle : plus d'information, plus de détails et même l'idée d'un.e accompagnateur.trice pour aider à comprendre et exercer ses droits.

Dans la réalité des milieux hospitaliers, plusieurs dérives sont possibles et même déjà bien ancrées dans les pratiques avant même la proposition de ce nouveau projet de loi.

D'abord, l'information est donnée dès que la personne « semble » être en mesure de comprendre. Le mot « semble » dans un contexte de loi est encore une fois très subjectif et laisse place à des interprétations plutôt qu'à des faits. En pratique, ce mot signifie que c'est l'intervenant.e qui décide du bon moment. Or, ce moment peut être mal choisi ou trop tard dans le processus de mise sous garde. Résultat, la personne reçoit l'information, mais ne la comprend pas vraiment. Cette pratique devient alors une formalité, plutôt qu'un vrai accès à ses droits.

Ensuite, les informations sont souvent transmises à travers des documents écrits, longs et complexes. Dans un contexte hospitalier où le temps manque, ces documents peuvent être remis rapidement, sans explications claires. La personne reçoit l'information sur ses droits sans réel accompagnement pour les comprendre ou les utiliser.

Le projet de loi décrit aussi l'accès à un accompagnement sans garantir qu'il sera disponible et indépendant du réseau. Dans les faits, il est possible que la personne n'ait pas accès à une ressource neutre, ou même que le soutien arrive trop tard. Ces situations limiteront beaucoup la capacité réelle d'exercer ses droits.

Il y a aussi un risque que l'information soit transmise à un proche ou à un.e représentant.e si la personne est jugée incapable de comprendre ou inapte. Dans ce cas, la personne première concernée sera mise de côté, alors que ce sont ses droits qui sont en jeu. Souvent le résultat de cette remise d'information interfère dans la bonne entente, la confiance et la relation entre la personne aidée et ses proches.

En résumé, le projet de loi vise une amélioration de l'accès à l'information sur les droits, mais sans garantie que ces droits pourront être réellement compris et exercés. Il y a donc un risque évident que les droits existent seulement sur papier, sans changer concrètement la situation des personnes sur le terrain.

Certes, il est pertinent de vouloir encadrer légalement l'accès à l'information en contexte de garde, mais il ne suffit que d'une visite à l'urgence de l'hôpital de Gatineau pour constater que, malgré l'existence d'un protocole de mise sous garde, l'information ne se rend pas aux personnes hospitalisées en santé mentale.

À DAO, nous croyons que l'enjeu ne se trouve pas dans les balises légales de la transmission de l'information, mais dans le manque de temps, de ressources et dans la stigmatisation des personnes hospitalisées.

Les urgences sont débordées et physiquement mésadaptées au transfert d'information. La vulgarisation d'une loi aussi complexe et lourde de conséquences peut difficilement se faire sur le coin d'une civière, entouré de plusieurs autres personnes à différents niveaux de crise ou de confort, avec un personnel réduit qui lui-même ne comprend pas toujours les subtilités légales et les recours possibles en contexte de garde.

Les personnes que l'on rencontre au quotidien nous rapportent couramment se sentir discréditées et considérées inaptes à comprendre les enjeux liés à leur situation alors qu'elles ne le sont pas. Dans un contexte de ressources limitées, il est trop facile de se dire que la personne hospitalisée est en crise et inapte à se faire expliquer ses droits.

À DAO nous sommes bien placés pour comprendre, puisque nous nous déplaçons dans les hôpitaux à toutes les semaines pour vulgariser les droits et recours aux personnes hospitalisées. Nos constats sont à l'effet qu'il faut y mettre du temps et de l'humanité. Il faut du temps pour comprendre et assimiler les lois et les recours possibles et il faut du temps et du savoir-être pour s'assurer que les personnes accompagnées comprennent leurs droits et, dans une plus large mesure, la situation juridique et médicale dans laquelle elles sont placées. Dans la majorité des situations, à notre départ de l'hôpital, la personne accompagnée nous remercie d'avoir pris le temps de l'écouter, de l'avoir cru, de lui avoir expliqué ses droits et ses recours et nous mentionne que jusque-là personne n'avait pris le temps de lui parler comme à un être humain à part entière. Pourtant, cela est à la base de l'alliance thérapeutique si propice au rétablissement.

Bref, nous sommes sans aucun doute en faveur de la transmission de l'information pour les personnes hospitalisées de force. Cela étant dit, nous croyons que les réels efforts ne sont pas à mettre dans une réforme légale, mais d'abord et avant tout, dans un meilleur accueil lors des hospitalisations, dans la formation du personnel soignant, y compris quant à l'existence des groupes de défense de droits en santé mentale. Cela pourrait se concrétiser par des chambres uniques, une trousse d'accueil en garde (ce devrait déjà être le cas en Outaouais, elle est demandée par les membres de Droits-Accès de l'Outaouais depuis bientôt 10 ans et rien n'est encore fait pour palier à la situation) et surtout, des ressources humaines suffisantes qui ont le temps de s'asseoir, dans un espace sécuritaire et confidentiel, avec la personne hospitalisée de force pour lui expliquer clairement la raison du retrait de ses droits fondamentaux ainsi que ses recours.

Recommandations de Droits-Accès de l'Outaouais

Droits-Accès de l'Outaouais recommande que l'on se penche sur les enjeux de transmissions de l'information en milieux hospitaliers avant de modifier la loi.

- Nous recommandons qu'une trousse d'accueil sur son parcours et ses droits (comprenant une liste d'avocat.e.s à jour, les coordonnées du groupe de défense de droits ainsi que des informations spécifiques sur la situation de garde, les suivis externes et les ressources communautaires disponibles à sa sortie) soit remise à chaque personne dès son arrivée en hospitalisation forcée.
- Nous recommandons d'investir massivement dans le système de santé afin d'assurer de meilleures conditions de travail au personnel soignant, qui pourra prendre le temps de parler avec la personne, de l'accompagner dans le difficile processus de la mise sous garde, de lui fournir les ressources disponibles pouvant l'aider à vivre cette expérience traumatisante et à reprendre du pouvoir sur sa vie et d'ainsi établir une alliance thérapeutique fondée sur le respect de la dignité humaine.

7. Processus d'action concertée, consentement et confidentialité

Les mécanismes d'action concertée proposés par le projet de loi 23 sont présentés comme une façon d'améliorer la collaboration entre les différent.e.s intervenant.e.s (personnel soignant, intervenant.e.s communautaires, police, etc) L'idée est de mieux coordonner les actions pour répondre aux situations dans lesquelles une personne vit une détresse ou une crise liée à la santé mentale. Sur papier cela peut sembler une alternative prometteuse. Toutefois dans la réalité, plusieurs éléments soulèvent des préoccupations importantes du point de vue des droits et libertés des personnes premières concernées.

D'abord, les critères pour déclencher ce type de processus sont très larges. Il suffit qu'un.e intervenant.e pense qu'une personne a une altération de son état de santé mentale et que sa situation pose un risque pour elle-même ou pour autrui. Le processus doit être considéré « bénéfique » par l'intervenant.e, ce qui est largement subjectif. Cette mesure donne beaucoup de pouvoir aux intervenant.e.s désigné.e.s et ouvre la porte à des décisions basées sur des perceptions plutôt que des faits clairs. Des études

démontrent que la perception de la santé mentale est une construction subjective qui varie d'un individu à l'autre en fonction de plusieurs facteurs ; psychologiques, sociaux et culturels⁴.

Malgré le fait que la loi insiste sur le consentement de la personne première concernée, elle permet aussi d'intervenir sans l'accord de la personne. En effet, si un.e intervenant.e juge qu'une personne ne comprend pas bien sa situation, qu'il y a un risque de détérioration de son état, ou encore qu'elle refuse de recevoir de l'aide par « méfiance », le processus peut quand même être enclenché. Refuser de l'aide ou être méfiant envers les services ne devrait pas être une raison valable pour retirer à une personne son droit de décider ou sa liberté. Plusieurs personnes ont de bonnes raisons de ne pas faire confiance à la prise en charge par notre système de santé, notamment en raison de discriminations diverses ou d'expériences de maltraitance vécues dans le passé.

Un autre enjeu est le partage d'informations personnelles entre plusieurs acteur.trice.s du réseau, incluant la police et le réseau de la santé. Même si la loi prévoit certaines limites, cela augmente les risques d'atteintes à la vie privée et s'avère souvent être sans réel contrôle des informations par la personne concernée. De plus, ce processus peut mener à des mesures plus contraignantes, comme une mise sous garde. Il ne s'agit donc pas d'une alternative claire à la contrainte mais plutôt d'une étape qui peut y mener. On ne mentionne pas spécifiquement les informations qui peuvent être transmises : nommer un diagnostic, par exemple, à un.e policier.e, qui n'a aucune expertise clinique, ouvre la voie à une plus grande stigmatisation plutôt qu'à un travail rigoureux dans le respect de la personne qui se trouve devant lui ou elle.

Enfin il n'y a pas beaucoup de solutions basées sur le soutien volontaire, comme l'accompagnement dans la communauté ou les ressources alternatives. L'approche reste centrée sur la gestion du risque et le contrôle des personnes plutôt que sur leur bien-être et le respect des choix de la personne.

Déjà, sur le terrain, nous entendons, provenant de personnes que nous accompagnons, plusieurs histoires de stigmatisation et de non-respect de la confidentialité. Nous jugeons que les mécanismes de concertation en place sont suffisants pour une application respectueuse de la P38. En fait, nous pensons que la loi dans sa mouture actuelle offre un rempart de sécurité pour les personnes en préservant leur droit à la confidentialité. Le projet de loi pourrait, s'il est appliqué en l'état, permettre d'outrepasser la validation continue du consentement nécessaire au respect des droits et également au maintien d'une relation de confiance lors de l'intervention.

⁴ Doré, Isabelle et Jean Caron (2017). « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants », *Revue scientifique québécoise Santé mentale au Québec*, vol 42 no 1, pp.125-145.

À plusieurs niveaux, le PL23 semble proposer de légaliser ce qui est présentement fait de façon illégale dans l'application de la loi P38. C'est exactement ce que semble permettre le processus d'action concertée. Nous encourageons les dirigeant.es à mettre en application les recommandations pour un meilleur respect de la confidentialité et une meilleure coordination intersectorielle avant de s'embarquer dans une réforme qui ouvre la porte à des dérives importantes en lien avec les droits fondamentaux des personnes.

Recommandation de Droits-Accès de l'Outaouais

Selon Droits-Accès de l'Outaouais, même si ces mécanismes sont présentés comme une amélioration, ils permettent surtout d'intervenir plus facilement et souvent sans consentement. Dans une perspective de défense des droits, cela soulève des inquiétudes importantes quant au respect de l'autonomie, de la vie privée et du droit de refuser des soins.

C'est pour cette raison que :

- Nous recommandons de retirer le processus d'action concertée du projet de loi.

Conclusions et recommandations

Le projet de loi 23 comporte plusieurs dérives possibles quant au respect des droits des personnes vivant ou ayant vécu avec un trouble de santé mentale.

Mais surtout, en augmentant les mesures contraintes et la coercition en santé mentale, le projet de loi ne donne aucune place aux expériences vécues des personnes premières concernées qui affirment vivre de la détresse et des traumatismes graves en lien avec les hospitalisations forcées, les mesures de contrainte associées et la coercition (formelle et informelle).

Outre la stigmatisation qui associe l'altération de l'état mental au danger, plusieurs mesures prévues dans ce projet de loi reposent sur la bonne volonté et la bienveillance du personnel soignant et des intervenant.e.s désigné.e.s, laissant beaucoup de place à l'arbitraire dans la manière dont seront considérées les personnes premières concernées. Le principe d'un État de droit est pourtant de s'assurer que les personnes ne sont pas soumises à l'arbitraire mais sont protégées par les mêmes droits.

De plus, plusieurs dispositions de la loi sont pensées pour un système de santé bien financé, avec tout le personnel requis, en nombre suffisant et suffisamment formé en santé mentale. Or, le système de santé à bout de souffle et les urgences déjà surchargées devront composer avec davantage de personnes en situation de crise, et les personnes devront composer avec un personnel de moins en moins présent, de plus en plus stressé et sollicité. L'IQRDJ est pourtant formel à cet égard : il ne faut pas rendre plus facile l'application de la répression et des mesures coercitives, mais rendre réellement accessibles, pour tou.te.s, les soins et services en santé mentale.

Renforcer l'accessibilité aux services suppose que soit amélioré l'arrimage entre les services de santé mentale et les services sociaux et communautaires, de manière à apporter une réponse rapide, concertée et cohérente aux difficultés de santé mentale. **Il s'agit notamment de développer un véritable continuum d'intervention ouvrant la porte à une intervention en amont de la crise, d'offrir une alternative à l'hospitalisation et de soutenir les personnes dans leur milieu de vie, dans une logique de prévention, d'accompagnement, de proximité et de respect de l'autonomie, plutôt que de coercition.** L'accès aux services de premières lignes est indispensable pour favoriser les prises en charge préventives, mais la mobilisation des services et programmes spécialisés doit aussi être renforcée. De multiples programmes existent au Québec afin de répondre aux besoins de services en santé mentale en contextes variés, que l'on pense aux équipes de suivi intensif ou d'intensité variable, au traitement intensif bref à domicile ou encore aux équipes d'accompagnement bref en communauté. Les organismes communautaires offrent également de nombreuses formes de soutien et d'accompagnent des personnes. Ces services spécialisés doivent être accessibles à tous et être structurés de manière à offrir un accompagnement rapide et adapté aux personnes en difficultés de santé mentale. Il s'agit d'alternatives à l'hospitalisation qui, lorsqu'elles sont adéquatement mobilisées,

favorisent une prise en charge consentie, susceptible de réduire le recours à la P-38. (*Nous soulignons*; (IQRDJ rapport 5 :15)

Il ne fait pas de doutes que les hospitalisations involontaires et l'augmentation des mesures contraintes ne sont pas une réponse adéquate aux besoins actuels en santé mentale. Les personnes premières concernées réclament des soins et des services empathiques, volontaires, en amont des situations de crise, qui maintiennent et renforcent leur dignité, leur intégrité et leur liberté.

À cet égard, voici nos recommandations et observations générales :

- Les personnes que nous accompagnons témoignent du fait que non seulement, lors des hospitalisations, elles ne trouvent pas de soutien et d'accompagnement, vivent des expériences traumatiques et n'ont pas de suivi à leur sortie, mais que lorsqu'elle quittent l'hôpital, elles vivent de la stigmatisation par leurs proches et dans leur milieu, elles ont parfois perdu leur emploi, leur logement, n'arrivent plus financièrement parce qu'elles n'ont plus reçu de salaire, se retrouvent désorganisées, isolées. Rendre plus facile la garde involontaire ne fera qu'amplifier le problème.
- La loi P-38 dans son état actuel existe déjà pour les situations d'urgence, où il existe un danger. Nous n'améliorerons pas la situation en augmentant la stigmatisation, la coercition et la répression des personnes. Nous croyons qu'un projet de loi comme le PL23 ne devrait pas être adopté, et surtout pas de manière précipitée comme c'est le cas actuellement.
- Nous croyons qu'il faut un réinvestissement massif dans le système de santé public et le milieu de l'action communautaire autonome en santé mentale.
- Il faut investir dans les soins de proximité, les centres de répit, les centres de crise, les suivis dans la communauté, le soutien, l'accueil et l'écoute des personnes vivant avec des troubles de santé mentale.
- Le recul des droits pour une catégorie de personnes est un recul des droits pour toutes les personnes, et plusieurs dispositions de la présente loi devraient inquiéter l'ensemble des citoyen.ne.s quant au respect de leurs droits fondamentaux. Toute personne est à risque de voir son état mental s'altérer, y compris suite à une agression ou parce que ses conditions de vie se sont dégradées rapidement.

- Les inégalités sociales et la dégradation du filet social sont à la base de beaucoup de situations de crise et avec le PL23, on « gère » les personnes dont on juge que l'état mental est altéré comme des menaces à la sécurité publique, plutôt que d'agir avec empathie et d'investir, avec une vision sociale globale et anti-discriminations, dans les soins de proximité, le logement social, l'aide sociale, l'accompagnement des personnes, l'éducation, la santé en général, les conditions de travail, etc.

Plus spécifiquement, voici rassemblées les recommandations de Droits- Accès de l'Outaouais en lien avec le projet de loi 23 :

1. L'usage de la coercition devrait faire l'objet d'un registre systématique et public (en ce moment, il n'y a pas de données fiables sur l'usage des mesures de contrôle) qui soit inclus dans le projet de loi;
2. L'AGIDD-SMQ devrait faire partie des groupes nommés par l'article 13.9 du projet de loi prévoyant leur participation à l'élaboration de l'entente-cadre ;
3. Nous recommandons qu'aucun changement ne soit apporté à la loi P38 concernant la durée de la garde. Il revient à un tribunal de juger de la nécessité exceptionnelle de retirer les droits fondamentaux d'une personne; la garde préventive de 72 heures sans passer devant un juge, qui est effective actuellement, devrait être le délai maximal de privation de liberté;
4. Nous recommandons de conserver la nécessité du consentement pour les évaluations psychiatriques;
5. Nous recommandons de garder le caractère exceptionnel dans le libellé du titre de la loi, ou du moins garder le mot « danger » pour éviter que la loi n'ajoute à la stigmatisation vécue par les personnes premières concernées;
6. Nous recommandons de conserver le critère de dangerosité grave et immédiat comme critère d'application de la loi P38;
7. Nous recommandons d'agir en prévention en mettant sur pied des centres de répit et de crise dans toutes les régions du Québec, ainsi que des unités mobiles composées uniquement d'intervenant.e.s sociaux qui peuvent agir en désescaladant les crises et en redirigeant les personnes vers les services appropriés, communautaires et publics (qui doivent exister et être financés adéquatement);
8. Nous recommandons que les audiences pour les causes d'intégrité de la personne demeurent à la Cour du Québec et à la Cour supérieure, comme c'est actuellement le cas;
9. Nous recommandons que les audiences en personne soient non seulement privilégiées mais obligatoires, sauf cas exceptionnels;

10. Nous recommandons que l'aide juridique gratuite pour toutes personnes mises sous garde s'applique également en deuxième instance, pour les recours sur les gardes et les autorisations judiciaires de soins;
11. Nous recommandons de revenir à un vocabulaire légal qui balise l'évaluation du risque par des termes laissant le moins de place possible à l'interprétation;
12. Nous recommandons que des critères spécifiques liées au danger soient transférés depuis le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*⁵ à la loi elle-même;
13. Nous recommandons que soit ajoutée à la loi l'obligation pour le ou la professionnel.le de la santé de fournir à la personne toutes les informations sur ses droits, sur les médications proposées, sur le déroulement et les conséquences de l'hospitalisation ainsi que toute l'information sur les alternatives à l'hospitalisation et les ressources communautaires disponibles;
14. Nous recommandons qu'un protocole rigoureux en matière de consentement libre et éclairé pour les directives psychiatriques anticipées soit mis en place;
15. Nous recommandons que la personne conserve le droit de consentir ou de refuser l'application du contenu de ses directives psychiatriques anticipées ; si elle refuse, le médecin devra aller devant une Cour de justice demander que la personne soit déclarée inapte par un juge. De plus, la personne devrait pouvoir négocier des éléments de ses directives psychiatriques anticipées au moment de leur application sans que l'on puisse conclure à un refus catégorique de tout soin possible. Nous recommandons donc d'enlever l'article 13.26 du PL23;
16. Nous recommandons que les directives psychiatriques anticipées puissent être signées par deux témoins, comme c'est le cas pour les directives médicales anticipées, et non par le ou la professionnel.le de la santé;
17. Nous recommandons qu'une trousse d'accueil sur son parcours et ses droits (comprenant une liste d'avocat.e.s à jour, les coordonnées du groupe de défense de droits ainsi que des informations spécifiques sur la situation de garde, les suivis externes et les ressources communautaires disponibles à sa sortie) soit remise à chaque personne dès son arrivée en hospitalisation forcée;
18. Nous recommandons d'investir massivement dans le système de santé afin d'assurer de meilleures conditions de travail au personnel soignant, qui pourra prendre le temps de parler avec la personne, de l'accompagner dans le difficile processus de la mise sous garde, de lui fournir les ressources disponibles pouvant l'aider à vivre cette expérience traumatisante et à reprendre du pouvoir sur sa vie et d'ainsi établir une alliance thérapeutique fondée sur le respect de la dignité humaine;
19. Nous recommandons de retirer le processus d'action concertée du projet de loi.

⁵ MSSSQ (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, pp. 22-23.

Bibliographie

Bernheim Emmanuelle et Jean-Laurent Domingue. « Traitements forcés », résultats de recherche présentés lors de la Journée de réflexion *Traitements forcés au Canada : enjeux actuels et débats*, Université d'Ottawa, 14 mai 2026.

Doré, Isabelle et Jean Caron (2017). « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants », *Revue scientifique québécoise Santé mentale au Québec*, vol 42 no 1, pp.125-145.

Droits-Accès de l'Outaouais et ReprésentACTION santé mentale Outaouais (2024). « Hospitalisations forcées : la loi P-38.001. Résultats de la consultation publique du 15 mai 2024 », *Mémoire déposé à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice et au Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec*, en ligne : <https://droitsaccés.com/wp-content/uploads/2024/12/Hospitalisations-forcees-la-Loi-P-38.001-resultat-de-la-consultation-publique-du-15-mai-2024-1.pdf>

Goulet, Marie-Hélène, « Non aux mesures de contrôle, Oui à l'écoute et à l'accompagnement », conférence présentée dans le cadre de la *Journée Non aux mesures de contrôle*, organisée par l'AGIDD-SMQ, 15 mai 2026.

Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2024). *Rapport 4 : Étude qualitative*, en ligne : <https://iqrj.ca/wp-content/uploads/2025/10/Rapport-4.-P-38-Enquete-qualitative.pdf>

Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2025). *Rapport 5 : Recommandations finales*, en ligne : <https://iqrj.ca/wp-content/uploads/2025/05/Rapport-5-IQRDJ-Recommandations-finales.pdf>

MSSSQ (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>

MSSQ (2024) *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale, en ligne* :
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003753/>

Projet de loi no 23, *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*, deuxième session, 43e législature, 2026.