

***LA LOI SUR LA PROTECTION  
DES PERSONNES DONT L'ÉTAT  
MENTAL PRÉSENTE UN DANGER  
POUR ELLES-MÊMES  
OU POUR AUTRUI***

**Rapport 1**

**Portrait général  
et revue de littérature**

Rapport de l'Institut québécois de réforme du  
droit et de la justice déposé au ministère de la  
Santé et des Services sociaux  
27 septembre 2024

**Auteur**

Fau, Valentine,  
Chargée de projet, Volet recherche IQRDJ

## **SOMMAIRE EXÉCUTIF**

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (ci-après P-38), adoptée en 1997, permet d'amener une personne et de la placer sous garde dans un établissement de santé et de services sociaux sans qu'elle y ait consenti. À caractère exceptionnel, cette loi permet donc de priver temporairement une personne de sa liberté dans la mesure où elle présente un danger pour elle-même ou pour autrui. L'intervention qui découle de cette loi se décline en plusieurs phases, chacune faisant appel à différents professionnels (intervenants sociaux, policiers, psychiatres, personnel soignant, avocats, juges, etc.).

Dans le cadre d'un projet de recherche mené à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'IQRDJ a réalisé une revue de la littérature et un premier bilan d'application de la P-38 présenté sous la forme du présent rapport. Nous avons décliné cette revue de littérature en trois parties.

La première partie constitue une présentation générale de la garde en établissement ainsi que de son contexte d'application. Elle revient brièvement sur l'histoire de la prise en charge de la maladie mentale au Québec, elle décrit ensuite le cadre juridique de la garde et les étapes de la P-38. Cette première partie présente également les caractéristiques principales des autres modes d'interventions judiciaires en matière de santé mentale, de manière à dresser le contexte général du cadre juridique de ce domaine.

La seconde partie brosse un portrait quantitatif des recours à la P-38. On y rend compte, à l'aide de graphiques et de tableaux, de l'évolution statistique des activités judiciaires en matière de gardes en établissement et d'autorisations judiciaires de soins. Elle permet d'obtenir un aperçu des tendances observables au sujet des placements sous garde au Québec au cours des dix dernières années.

Enfin, la troisième partie, la plus conséquente, met en lumière les difficultés soulevées par la littérature au sujet de l'application de la P-38. Cette dernière partie aborde notamment la question du critère de dangerosité, clé de voute de la P-38, les enjeux juridiques liés au respect des droits des personnes visées par les gardes en établissement, les enjeux pratiques concernant le travail des différents intervenants et les embûches rencontrées tout au long de la trajectoire suivie par les personnes dans le cadre de la P-38. La question de l'accès à la justice est également abordée à travers les données issues de plusieurs études qui ont analysé le processus judiciaire. Enfin, plus globalement, la dernière section décrit le contexte entourant la P-38, notamment les services de première ligne et les questions fondamentales entourant les préjugés et le morcellement du secteur de la santé mentale.

Ce premier tour de la littérature sera complété par une analyse comparative des mécanismes présents dans les autres provinces canadiennes et dans d'autres pays, dans

le cadre d'une étude distincte, à venir. Le portrait de la P-38 ainsi dégagé servira de base pour la suite du projet de recherche. Cette dernière prendra la forme d'entrevues réalisées auprès des acteurs clés, dont les premières personnes concernées, dans la mise en œuvre de la P-38, puis de la tenue de deux forums des acteurs. En parallèle, nous réaliserons un sondage public auprès de la population québécoise et recueillerons les mémoires des organismes et acteurs concernés qui souhaitent s'impliquer. À cette fin, nous joignons au premier rapport une liste des orientations susceptibles de guider les étapes suivantes de la recherche.

### **À propos de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ)**

Créé en 2018, l'Institut est une institution indépendante à vocation publique, vouée à la réforme du droit et de la justice. Ses travaux visent l'ajustement continu de la normativité juridique aux besoins contemporains de la société et de l'État de droit. Ils sont fondés sur la recherche juridique et interdisciplinaire, de même que sur la consultation et la participation continues des membres de la société civile. Pour les fins de ses activités de recherche, l'Institut prend appui sur l'avis d'un Comité scientifique formé de juristes et de chercheurs issus d'autres disciplines que le droit, rattachés à des universités différentes. Sur le plan académique, les rapports de l'Institut constituent des publications évaluées par les pairs.

## SOMMAIRE

|  |       |
|--|-------|
| <b>Sommaire exécutif</b>   | p.3   |
| <b>Sommaire</b>  | p.5   |
| <b>Liste des abréviations</b>  | p.6   |
| <b>Liste des tableaux et des graphiques</b>  | p.7   |
| <b>Introduction</b>  | p.8   |
| <br>   |       |
| <b>Partie 1. Présentation de la garde en établissement : contexte historique et juridique</b>                  | p.11  |
| 1.1. Survol historique   | p.11  |
| 1.2. L'intervention auprès des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui | p.14  |
| 1.3. Les autres types d'interventions judiciaires en matière de santé mentale                                  | p.21  |
| <br>   |       |
| <b>Partie 2. Portrait quantitatif des gardes en établissement au Québec</b>                                    | p.29  |
| 2.1. Les gardes préventives  | p.29  |
| 2.2. Les gardes provisoires  | p.34  |
| 2.3. Les demandes de garde autorisée et de prolongation de garde   | p.37  |
| 2.4. Les demandes d'autorisation judiciaire de soins   | p.40  |
| <br>   |       |
| <b>Partie 3. Principaux enjeux soulevés par la mise en œuvre de la P-38</b>                                    | p.44  |
| 3.1. Le critère de dangerosité : clé de voute de l'intervention  | p.44  |
| 3.2. Les enjeux juridiques : les droits et libertés des personnes mises sous garde                             | p.65  |
| 3.3. Les enjeux pratiques de l'intervention en vertu de la P-38  | p.78  |
| 3.4. L'accès à la justice des personnes mises sous garde   | p.102 |
| 3.5. Autour de la P-38 : contexte de mise en œuvre de l'intervention   | p.124 |
| <br>   |       |
| <b>Conclusion</b>  | p.139 |
| <b>Liste d'orientations pour la suite de la recherche</b>  | p.141 |
| <b>Annexes</b>   | p.144 |
| <b>Bibliographie</b>   | p.147 |
| <b>Table des matières</b>  | p.161 |

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

| <b>Acronyme</b> | <b>Terme en entier</b>  |
|-----------------|---|
| <b>AAOR</b>     | Services d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence  |
| <b>C.c.Q.</b>   | Code civil du Québec  |
| <b>C.p.c.</b>   | Code de procédure civile du Québec  |
| <b>CDPDJ</b>    | Commission des droits de la personne et de la jeunesse  |
| <b>CETM</b>     | Commission d'examen des troubles mentaux  |
| <b>CISSS</b>    | Centre intégré de santé et de services sociaux  |
| <b>CIUSSS</b>   | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  |
| <b>CRAIP</b>    | Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale   |
| <b>DSP</b>      | Directeur des services professionnels   |
| <b>ENA</b>      | Environnement numérique d'apprentissage   |
| <b>GIPP</b>     | Guide d'intervention psychosociale ponctuelle   |
| <b>GISS</b>     | Guides d'intervention Info-Social   |
| <b>IQRDJ</b>    | Institut québécois de réforme du droit et de la justice   |
| <b>LSSSS</b>    | Loi sur les services de santé et les services sociaux   |
| <b>MJQ</b>      | Ministère de la Justice du Québec   |
| <b>MSP</b>      | Ministère de la Sécurité publique   |
| <b>MSSS</b>     | Ministère de la Santé et des Services sociaux   |
| <b>P-38</b>     | Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui |
| <b>PAISM</b>    | Plan d'action interministériel en santé mentale   |
| <b>PASM</b>     | Plan d'action en santé mentale  |
| <b>SASC</b>     | Service d'aide en situation de crise  |
| <b>TAQ</b>      | Tribunal administratif du Québec  |

## **LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES**

|                              |   |        |
|------------------------------|---|--------|
| <b><u>Tableau 1</u></b>      | Nombre de demandes de gardes et de prolongations de gardes déposées dans chaque district judiciaire par année civile  | p.39   |
| <b><u>Tableau 2</u></b>      | Nombre d'autorisations judiciaires de soins déposées dans chaque district judiciaire par année civile                 | p.42   |
| <b><u>Tableau 3</u></b>      | La division des compétences juridictionnelles en matière de santé mentale   | p. 128 |
| <b><u>Graphique 1</u></b>    | Nombre de gardes préventives totales par année de référence   | p.30   |
| <b><u>Graphique 2</u></b>    | Nombre de gardes préventives totales par année de référence   | p.31   |
| <b><u>Graphique 3</u></b>    | Nombre de gardes préventives dans chaque CISSS et CIUSSS par année de référence                                       | p.32   |
| <b><u>Graphique 3bis</u></b> | Nombre de gardes préventives des établissements non fusionnés par années financières                                  | p.33   |
| <b><u>Graphique 4</u></b>    | Nombre total de gardes provisoires exécutées au Québec par année de référence   | p.34   |
| <b><u>Graphique 5</u></b>    | Nombre de gardes provisoires exécutées dans chaque CISSS et CIUSSS par année de référence                             | p.36   |
| <b><u>Graphique 5bis</u></b> | Nombre de gardes provisoires exécutées dans chaque établissement non fusionné par année de référence                  | p.37   |
| <b><u>Graphique 6</u></b>    | Nombre total de demandes de gardes et de prolongations de gardes en établissement déposées au Québec par année civile | p.38   |
| <b><u>Graphique 7</u></b>    | Nombre total de demandes d'autorisations judiciaires de soins déposées au Québec par année civile                     | p.40   |

## **INTRODUCTION**

### **Contexte de la recherche**

Le 17 mai 2023, le ministre responsable des Services sociaux, Lionel Carmant, confiait à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (ci-après IQRDJ) un mandat afin de réaliser des travaux de recherche portant sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (ci-après P-38). Ce mandat s'inscrit dans le cadre de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après MSSS) qui a la charge de l'application de la P-38, tel que le prévoit l'article 24 de cette loi.

Dans le cadre de ce mandat, l'IQRDJ réalisera cinq chantiers de recherche :

- **Chantier 1** : Un bilan d'application et une revue de la littérature en lien avec la P-38.
- **Chantier 2** : Des entretiens semi-dirigés auprès des personnes et acteurs clés dans l'application de la P-38.
- **Chantier 3** : Deux forums réunissant les acteurs clés de l'intervention.
- **Chantier 4** : Un sondage public auprès de la population.
- **Chantier 5** : Le recueil et l'analyse de mémoires des organismes et des institutions concernés.

La structure de cette recherche s'inscrit dans une démarche empirique qui implique la participation des acteurs et des personnes concernés par l'application de la P-38. Ils et elles seront consulté-e-s à plusieurs reprises, soit dans le cadre des chantiers 2, 3 et 5.

L'ensemble des données recueillies dans le cadre de ces cinq chantiers de recherche donneront lieu à une analyse globale et au dépôt d'un rapport final au MSSS, incluant une liste de recommandations visant l'amélioration de la pratique entourant la P-38.

Pour réaliser ce mandat, l'IQRDJ s'est doté d'un Comité d'accompagnement constitué de professeurs et professeures d'université spécialistes de la question. À l'image de l'intervention en vertu de la P-38, ce comité est interdisciplinaire afin d'être en mesure de couvrir tous les angles de la Loi.

Enfin, nous tenons à souligner que ce rapport a pu être réalisé grâce au formidable travail de plusieurs assistantes et assistants de recherche. À ce titre, nous remercions

---

Dans ce rapport, l'utilisation de la seule forme masculine vise à alléger le texte et, selon les circonstances, elle désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Certains documents utilisent plutôt l'abréviation LPP pour désigner cette même loi.



sincèrement Mariya Teodosieva qui a soutenu l'équipe tout au long de cette première étape par un travail de recherche remarquable et minutieux, Ingrid Demoly qui a contribué de manière cruciale aux recherches sur le plan clinique, ainsi que Maude Boucher-Réhel, Chloé Demuynck, Élisabeth Rodrigues et Luka Sanchez qui ont soutenu la rédaction du rapport et participeront à la suite de cette recherche à l'IQRDJ.

## Méthodologie

Dans le cadre de ce rapport de recherche, nous avons analysé plus de 500 sources. Les rapports généraux sur l'application de la P-38 émanant des instances gouvernementales ainsi que des organismes communautaires nous ont tout d'abord permis d'effectuer une première analyse exploratoire de la question et d'identifier certains enjeux récurrents dans la mise en œuvre de la P-38<sup>2</sup>. À la suite de cette première étape, nous avons abordé la littérature scientifique composée principalement d'articles de revue et d'ouvrages. Nous avons également consulté tous les documents, outils et guides pertinents dans le cadre de l'application de la P-38, des sources très nombreuses, extrêmement riches et diversifiées. Par ailleurs, une revue de jurisprudence a été effectuée, particulièrement pertinente pour la question de la dangerosité.

Nous avons également effectué des demandes d'accès à l'information auprès de tous les CISSS et CIUSSS du Québec afin d'obtenir leur protocole ou tout document administratif faisant état du protocole à suivre lors des placements sous garde dans ces établissements, la liste des SASC désignés et des organismes communautaires avec qui les établissements ont des ententes, ainsi que le nombre de gardes préventives réalisées dans les centres intégrés<sup>3</sup>. Cette dernière donnée a été complétée à l'aide des rapports annuels de gestion des centres. En parallèle, une autre demande d'accès à l'information a été effectuée auprès du ministère de la Justice afin d'obtenir les chiffres relatifs aux procédures judiciaires, plus spécifiquement les nombres de demandes de gardes en établissement et d'autorisations judiciaires de soins<sup>4</sup>. L'ensemble de ces documents, complétés par les données issues de la revue de littérature, nous a permis de brosser le portrait quantitatif des gardes au Québec, entre 2012 et 2022 et entre 2016 et 2022 dépendamment du type de gardes.

Ce travail de recherche, de récolte et d'analyse de la littérature a été marqué par l'interdisciplinarité, ce qui nous a obligés à nous pencher sur des documents touchant à de très nombreux domaines (droit, santé, psychiatrie, psychologie, criminologie, travail social, etc.), issus de plusieurs sources (gouvernement, chercheurs, administrations, organismes communautaires, organismes publics, etc.) et sous des formes très variées (article, vidéo, rapport, guide, cadre de référence, protocole, livre, loi, jurisprudence,

---

<sup>2</sup> Citons notamment les rapports et documents du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Protecteur du citoyen, ainsi que des organismes de défense des droits de personne en santé mentale.

<sup>3</sup> Annexe 1.

<sup>4</sup> Annexe 2.

etc.). Par ailleurs, nous avons eu l'opportunité de bénéficier de discussions informelles avec de nombreux acteurs impliqués dans l'application de la P-38. Rappelons néanmoins que des mécanismes de consultation plus formels seront mis en place dans le cadre des prochains chantiers de notre recherche. Ils nous permettront entre autres d'acquérir le savoir expérientiel tant des professionnels que des personnes ayant vécu des interventions en vertu de la loi et d'ainsi compléter le présent travail sur la littérature par la connaissance pratique de toutes les personnes impliquées dans son application.

### **Structure du rapport**

Le rapport est structuré en trois parties. La première partie, à visée introductive, présente les grandes lignes de la P-38 à l'aide d'un rapide survol historique et de la description du cadre juridique entourant les interventions auprès des personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale. Nous y détaillons le déroulement d'une intervention en vertu de la P-38, mais abordons également plus succinctement les autres types d'interventions judiciaires en matière de santé mentale afin de présenter un portrait global de la situation.

Dans une seconde partie, nous brossons un portrait quantitatif des gardes en établissement au Québec, principalement à l'aide des données recueillies à l'issue de nos demandes d'accès à l'information. La troisième partie, la plus conséquente, concerne le volet plus qualitatif de l'application de la P-38 au Québec ; elle revient sur les enjeux principaux soulevés par cette loi, qu'ils soient de nature organisationnelle, juridique, financière, professionnelle ou transversale.

Avant d'aller plus loin dans le rapport, nous tenons à souligner d'entrée de jeu que le mandat qui nous a été confié concerne la Loi sur la protection de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même et pour autrui et sa mise en œuvre. Le processus ainsi ciblé constitue l'une des interventions publiques et judiciaires envisageables en matière de santé mentale. Nous ne pouvons raisonnablement traiter de l'ensemble de ces interventions, bien qu'elles soient toutes liées d'une manière ou d'une autre. Aussi, nous présentons brièvement les différentes procédures liées à la prise en charge judiciaire des enjeux de santé mentale afin de situer l'intervention en vertu de la P-38 dans le portrait global du cadre juridique qui l'entoure. Nous abordons également certains enjeux qui sont généralisables à toutes les interventions en matière de santé mentale. Néanmoins, tout au long de ce rapport, notre cible d'analyse est la P-38.

# PARTIE I. PRÉSENTATION DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT : CONTEXTE HISTORIQUE ET JURIDIQUE

## 1.1. Survol historique

### 1.1.1. L'exclusion et l'internement : première réponse à la maladie mentale

C'est au XVII<sup>e</sup> siècle que les pays occidentaux ont commencé à enfermer les personnes considérées comme différentes ou perturbantes pour la société en raison de leurs particularités psychologiques et psychiatriques<sup>5</sup>, un mouvement qui a pu être assimilé à une forme d'exclusion basée sur la dangerosité alors associée à la maladie mentale<sup>6</sup>. Cette perception de la maladie mentale comme une menace sociale et la réponse d'institutionnalisation des personnes qui l'accompagne se poursuivent durant des années jusqu'à se matérialiser dans la législation québécoise au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle avec l'adoption de l'*Acte pour autoriser la réclusion des personnes aliénées dans le cas où leur mise en liberté pourrait offrir des dangers pour le public*<sup>7</sup>. On y décèle les premières traces législatives des concepts de dangerosité et d'internement. Entre 1925 et 1970, la *Loi sur les asiles d'aliénés*<sup>8</sup> prend le relai et franchit même un pas supplémentaire en autorisant l'internement définitif d'une personne, c'est-à-dire, l'internement à vie<sup>9</sup>.

### 1.1.2. Le point de rupture : la désinstitutionnalisation

Au début des années 1960, une rupture fondamentale se produit dans l'approche québécoise de la maladie mentale. Les dénonciations publiques, impulsées par l'ouvrage capital de Jean-Christophe Pagé « Les fous crient au secours »<sup>10</sup>, ainsi que des critiques émanant des groupements syndicaux et professionnels obligent les institutions à se pencher sur la question de la prise en charge de la maladie mentale. Une forme

---

<sup>5</sup> HENRI DORVIL, « La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental Community tolerance of the mentally ill », (1987) 12-1 *Revue Santé mentale au Québec*, 55.

<sup>6</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), *La garde en établissement – Une loi de protection... une pratique d'oppression*, Montréal, 2009, p. 4; L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, *La P-38.001 en Chaudière-Appalaches – Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014*, 2016, p. 7 et 8.

<sup>7</sup> *Acte pour autoriser la réclusion des personnes aliénées dans le cas où leur mise en liberté pourrait offrir des dangers pour le public*, S. Prov. C. 1851 (14-15 Vict.), c. 83.

<sup>8</sup> *Loi sur les asiles d'aliénés*, RLRQ, c. 4.

<sup>9</sup> JUDITH LAUZON, « L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux », (2003) 33-1-2 *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke* 219, 224.

<sup>10</sup> Jean-Charles PAGÉ, *Les fous crient au secours !*, Éditions du Jour, Montréal, 1961.

d'indignation de la société face aux révélations du traitement des personnes dans les asiles psychiatriques propulse des initiatives gouvernementales de changement. Plusieurs enquêtes sont alors réalisées<sup>11</sup> à la lumière desquelles les services psychiatriques se transforment progressivement<sup>12</sup> : au détriment des asiles psychiatriques, l'accent est dorénavant mis sur la réintégration des personnes et sur le développement des soins au sein de la communauté. Dans les années 1980, on évoque un processus de désinstitutionnalisation influencé par la logique croissante de la « gestion du risque ». La dangerosité n'est plus l'affaire d'une pathologie particulièrement antisociale, mais plutôt le résultat d'un ensemble de facteurs et de conditions dont la combinaison augmente les risques de comportements dangereux<sup>13</sup>. On permet dès lors à un grand nombre de personnes de sortir des asiles dans des perspectives de réinsertion sociale et communautaire parfois limitées par le manque de ressources.

### 1.1.3. La reconnaissance et la valorisation des droits des personnes en matière de santé mentale

L'adoption, en 1972, de la *Loi sur la protection du malade mental*, permet de rétablir certains droits à l'égard des personnes rencontrant des problèmes de santé mentale, ainsi que d'interdire leur détention à la simple discrétion des psychiatres<sup>14</sup>. Plus largement, les années 1970 et 1980 marquent une étape cruciale pour la reconnaissance des droits de la personne avec l'adoption de la *Charte des droits et libertés de la personne*<sup>15</sup> en 1975 et, sept ans plus tard, de la *Charte canadienne des droits et libertés*<sup>16</sup>. En parallèle, un mouvement pancanadien s'opère en faveur du respect des droits et libertés des personnes visées par des internements psychiatriques. En conséquence, les cadres légaux sont revisités afin de mettre davantage l'accent sur la protection des libertés civiles<sup>17</sup>.

Le Québec ne fait pas exception à ce bouleversement. On y affirme que les individus souffrant de troubles mentaux doivent être traités d'abord et avant tout comme des

---

<sup>11</sup> Voir notamment le rapport de Dominique BÉDARD (PRÉSIDENT), Denis LAZURE et Charles-A. ROBERTS, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, déposé au ministère de la Santé de la province de Québec, 1962.

<sup>12</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 7.

<sup>13</sup> Nicolas SALLÉE, Emmanuelle BERNHEIM, Guillaume OUELLET et Pierre PARISEAU-LEGAULT, « Au tribunal des risques. Contrôle, autocontrôle et tensions juridiques à la Commission d'examen des troubles mentaux (Québec, Canada) », (2022) 111-2 *Droit et société*, 360.

<sup>14</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 6.

<sup>15</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12.

<sup>16</sup> *Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982*, (1982) c. 11 (R-U).

<sup>17</sup> Katherine BROWN et Erin MURPHY, « Falling through the Cracks: The Quebec Mental Health System », (2000) 45 *McGill L.J.* 1037-1079 Notons néanmoins que l'ampleur du mouvement et des changements conséquents a été extrêmement variable selon les provinces.

personnes, détentrices de droits et libertés fondamentaux au même titre que les autres. Le fonctionnement de la Commission d'examen des troubles mentaux, visant à évaluer la capacité des personnes à subir leur procès et leur responsabilité criminelle<sup>18</sup>, s'inscrit dans cet élan de reconnaissance des droits et de gestion de la dangerosité<sup>19</sup>. En matière civile, une nouvelle section enchâssée au *Code civil du Québec* vise à régir les gardes en établissement et les évaluations psychiatriques. Ce régime est précisé avec la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*<sup>20</sup>, adoptée le 18 décembre 1997, qui vient redéfinir les balises de l'intervention de crise sur fondement de dangerosité liée à l'état mental des personnes.

La P-38 entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1998 et s'accompagne de modifications dans le *Code civil du Québec*, ainsi que dans le *Code de procédure civile du Québec*. Cette nouvelle Loi a pour principal objectif d'établir un meilleur équilibre entre les droits des personnes souffrant de problèmes de santé mentale et la sécurité publique<sup>21</sup>. La garde en établissement d'une personne contre son gré est un affront grave aux libertés fondamentales, son utilisation doit demeurer exceptionnelle et son cadre législatif doit être rigoureusement suivi<sup>22</sup>.

En outre, la réforme endosse une séparation nette entre les mécanismes de mise sous garde en établissement et ceux liés aux traitements, marquant ainsi un changement culturel majeur<sup>23</sup>. La garde en établissement s'assimile à une hospitalisation involontaire justifiée par la présence d'un danger plutôt qu'à une décision prise dans une visée médicale de traitement des patients. Ce changement a théoriquement déplacé le pouvoir décisionnel des médecins vers les juges, alors considérés comme les gardiens des droits à l'intégrité et au consentement aux soins<sup>24</sup>. La décision de placer une personne sous garde s'appuie à la fois sur une évaluation médicale et sur une évaluation juridique. Le médecin ne peut plus décider seul de la garde de la personne dans un établissement de santé (excepté pour la garde préventive), il doit se référer au tribunal qui analyse de manière impartiale la situation pour atteindre un équilibre entre la protection des droits de la

---

<sup>18</sup> Voir *infra* Section 1.3.3.

<sup>19</sup> À ce sujet, on pourra lire N. SALLÉE, E. BERNHEIM, G. OUELLET et P. PARISEAU-LEGAULT, préc., note 14.

<sup>20</sup> Ci-après et couramment dénommée la P-38, mais que l'on peut retrouver également abrégée par l'acronyme LPP.

<sup>21</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *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 - Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2018, p. 3; ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 7 et 8; JUDITH LAUZON, préc., note 10, 228.

<sup>22</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 3.

<sup>23</sup> Marcio GUTIÉRREZ et Emmanuelle BERNHEIM, *Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique*, Montréal, UQAM, Action Autonomie, 2017, p. 7; Emmanuelle BERNHEIM, « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins », (2012) 57-3 *Revue de droit de McGill*, 559.

<sup>24</sup> M. GUTIÉRREZ et E. BERNHEIM, préc., note 24, p. 7.

personne concernée et la sécurité de tous, y compris bien souvent de la personne elle-même. Le volet juridique a ainsi été renforcé pour prévenir les abus envers les personnes vulnérables en raison de leur état mental ; il constitue dès lors dans ce contexte « l'ultime rempart contre l'atteinte aux droits fondamentaux »<sup>25</sup>.

## **1.2. L'intervention auprès des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui**

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* permet de placer une personne dont l'état mental présente un certain niveau de dangerosité sous garde sans son consentement dans un établissement de santé et de services sociaux. À caractère exceptionnel, cette loi permet donc de priver temporairement une personne de sa liberté.

Le cadre légal interpellé par les gardes en établissement émane de plusieurs sources. De même, plusieurs ressorts disposent de compétences liées à ce processus d'intervention lui-même scindé en plusieurs étapes.

### **1.2.1. Le cadre juridique de la P-38**

L'intervention auprès des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui est encadrée par la P-38. Celle-ci complète les articles 26 à 31 du *Code civil du Québec* qui composent une section entière consacrée aux gardes en établissement et aux gardes en vue d'un examen psychiatrique. Les règles procédurales liées aux gardes en établissement, notamment aux procédures judiciaires, sont contenues dans le *Code de procédure civile du Québec*<sup>26</sup>. Ensemble, ces textes législatifs établissent les critères, les règles et les procédures à suivre pour placer une personne sous garde en établissement contre son gré en raison de sa dangerosité<sup>27</sup>. Notons par ailleurs que, puisqu'elles portent atteinte aux libertés fondamentales, ces dispositions doivent s'interpréter de manière restrictive<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> E. BERNHEIM, préc., note 23, 559 ; JUDITH LAUZON, préc., note 9, 254 à 256; Plusieurs auteurs ont analysé les conséquences de ce changement législatif quant à la magistrature et à la mission qu'elle assume ainsi en termes de défendeur des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux, voir notamment Emmanuelle BERNHEIM, « De la mise en scène de la justice. Accès aux droits, rôle des tribunaux et statut citoyen en santé mentale », (2012) 81-2 *Droit et société*, 267; MARCIO GUTIÉRREZ et EMMANUELLE BERNHEIM, préc., note 23, p. 559.

<sup>26</sup> C.p.c., art. 391 et s., notamment les articles 396 et 397.

<sup>27</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 3.

<sup>28</sup> Voir les décisions citées dans Dominique GOUBAU et Edith DELEURY, *Le droit des personnes physiques*, 5e édition, Montréal (Québec) Canada, Éditions Yvon Blais, 2014, p. 239.

Sur le plan juridictionnel, plusieurs tribunaux peuvent être interpellés<sup>29</sup>. La Cour du Québec détient la compétence d'entendre les demandes de garde et de délivrer les ordonnances de garde provisoire et de garde prolongée en vertu de l'article 38 du Code de procédure civile, selon lequel : « [l]a Cour du Québec a compétence exclusive pour entendre les demandes ayant pour objet, en l'absence de consentement de la personne concernée, la garde dans un établissement de santé ou de services sociaux en vue ou à la suite d'une évaluation psychiatrique. »

En revanche, la P-38 réfère au Tribunal administratif du Québec (ci-après TAQ) pour sa mise en œuvre, notamment en ce qui concerne les contestations des décisions prises en vertu de la P-38, telle que la décision de maintenir une personne sous garde<sup>30</sup>. L'article 21 de la loi encadre cette compétence :

Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre un intérêt particulier, peut contester devant le Tribunal administratif du Québec le maintien de cette garde ou cette décision. Une lettre de la personne sous garde adressée au Tribunal, exposant l'objet et les motifs de contestation, constitue une requête au sens de l'article 110 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3).

Le Tribunal peut également agir d'office et réviser le maintien de toute garde ou toute décision concernant une personne sous garde, prise en vertu de la présente loi.

Le recours formé devant le Tribunal ou son intervention d'office ne suspend pas la garde ou l'exécution de la décision, à moins qu'un membre du Tribunal n'en décide autrement.

La compétence du TAQ liée à la P-38 est également expressément nommée à l'article 22 de la *Loi sur la justice administrative*. En la matière, le TAQ possède aussi un pouvoir d'initiative lui permettant de réviser par lui-même le maintien d'une garde ou une autre décision qui concerne une personne sous garde. Tout établissement doit transférer au TAQ les conclusions des rapports d'examen psychiatriques, de la levée de garde et, si le TAQ le demande, du dossier complet de l'utilisateur, afin que le tribunal soit en mesure d'exercer ses compétences<sup>31</sup>. Les audiences se tiennent généralement en visioaudiences<sup>32</sup> ou dans les établissements de santé dans lesquels se trouvent les personnes placées sous garde afin de faciliter leur présence et celle du personnel de

---

<sup>29</sup> Nous traitons là des compétences relatives aux gardes en établissement encadrées par la P-38 ; notons d'ores et déjà que d'autres tribunaux peuvent intervenir dans le cadre de l'intervention auprès des personnes connaissant des troubles mentaux. Nous discuterons de ces autres types d'intervention, ainsi que de la question du morcellement de l'intervention judiciaire ultérieurement, voir *infra* section 1.3 et section 3.7.2.2.

<sup>30</sup> Sur le recours au TAQ, voir *infra* section 3.6.5.

<sup>31</sup> P-38, art. 20 et 22.

<sup>32</sup> Sur le recours aux visioaudiences, voir *infra* section 3.6.3.4.

santé. Trois juges doivent siéger, dont un avocat, un psychiatre et une autre personne, généralement un travailleur social ou un psychologue<sup>33</sup>.

Les appels des décisions de la Cour du Québec sont entendus par la Cour d'appel du Québec. Puisqu'ils concernent l'intégrité de la personne, il s'agit d'appels de plein droit<sup>34</sup>. Le délai d'appel est de cinq jours<sup>35</sup> et il doit être entendu le plus tôt possible après le dépôt de l'exposé de l'appelant<sup>36</sup>.

Dans certaines circonstances, les personnes peuvent également demander un recours exceptionnel en *habeas corpus*. Ce recours est régi par l'article 398 du *Code de procédure civile du Québec* selon lequel « [t]oute personne privée de sa liberté sans qu'une décision du tribunal compétent l'ait ordonné peut s'adresser à la Cour supérieure afin qu'il soit statué sur la légalité de sa détention et que sa libération soit ordonnée si la détention est illégale. Un tiers peut également agir pour elle. » En tout temps, les demandes d'*habeas corpus* ont priorité sur les autres demandes<sup>37</sup>. En matière de garde en établissement, ce type de recours est par exemple possible si une personne est gardée à l'hôpital contre son gré et sans autorisation judiciaire au-delà du délai prévu pour la garde préventive ou si la garde en établissement a pris fin et qu'elle est maintenue à l'hôpital.

### 1.2.2. Les étapes de l'intervention en vertu de la P-38

On distingue généralement quatre phases dans la mise en œuvre de la P-38. La première consiste en l'intervention de crise en dehors de l'établissement de santé, effectuée par les policiers et les intervenants sociaux, qui peut résulter en un accompagnement de force dans un établissement de santé. Les trois autres phases correspondent à trois sortes de gardes succinctement résumées par Dominique Goubau :

- « La *garde préventive* : une personne peut être gardée temporairement dans un établissement de santé, sans son consentement, sans l'autorisation du tribunal et sans qu'aucun examen psychiatrique n'ait été effectué ;
- La *garde provisoire* : la garde est ordonnée par le tribunal en vue de forcer la personne à se soumettre à une évaluation psychiatrique ;
- La *garde régulière* : la garde est ordonnée par le tribunal à la suite d'une évaluation psychiatrique ; il s'agit d'une véritable mesure d'*internement*. »<sup>38</sup>

<sup>33</sup> *Comment procéder devant le TAQ : Division de la santé mentale du TAQ*, 2022.

<sup>34</sup> C.p.c., art. 30.

<sup>35</sup> C.p.c., art. 361, al. 2.

<sup>36</sup> C.p.c., art. 383.

<sup>37</sup> C.p.c., art. 82.

<sup>38</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 244.



Nous reviendrons sur les enjeux propres à chacune de ces étapes, ainsi que sur les défis transversaux de ce mécanisme tout au long de ce rapport. Nous proposons ici de présenter brièvement chacune des étapes et des modalités qui l’accompagnent.

### **1.2.2.1 L’intervention policière en vue d’amener une personne contre son gré dans un établissement de santé**

Ce premier mécanisme d’intervention est encadré par l’article 8 de la P-38. Ce dernier autorise un agent de la paix à amener une personne contre son gré et sans l’autorisation du tribunal dans un établissement de santé si cette personne présente un danger grave et immédiat, pour elle-même ou pour autrui, en raison de son état de santé. Il pourra le faire à la demande d’un intervenant d’un service d’aide en situation de crise (ci-après SASC) ou d’un proche de la personne. De concert, les policiers et les intervenants sociaux sont donc amenés à jouer un rôle stratégique en tant que premiers intervenants dans le processus pouvant conduire à une garde<sup>39</sup>.

En théorie, c’est l’intervenant social qui réalise l’évaluation de la dangerosité, idéalement en personne, sinon à distance par téléphone. Lorsqu’il évalue la situation, l’intervenant doit tenter de désamorcer la crise à l’aide de tout moyen pertinent, afin d’éviter d’enclencher le processus coercitif de l’article 8. Il cherche alors à gagner du temps afin que la crise retombe, à colliger et transmettre les informations pertinentes, à trouver des alternatives communautaires ou auprès des proches ou encore à obtenir le consentement de la personne pour une trajectoire de soins volontaire<sup>40</sup>. À défaut d’y parvenir, il peut déclencher les procédures pour une mise sous garde, en déposant une demande de garde provisoire auprès du tribunal ou en faisant appel aux agents de la paix s’il estime que le danger est grave et immédiat ; une hospitalisation d’urgence qui ne doit être envisagée qu’exceptionnellement et en dernier recours<sup>41</sup>. Dans ce dernier cas, c’est au policier de conduire la personne au centre hospitalier désigné.

La décision d’imposer ce transport doit être basée sur la conviction de l’agent quant à la présence d’un danger grave et immédiat lié à l’état mental de la personne. Le policier doit alors favoriser la communication pour obtenir la collaboration de la personne et l’informer de la situation et de ses droits. À l’arrivée dans l’établissement de santé, le

---

<sup>39</sup> Cette combinaison policière et sociale dans l’intervention a soulevé de nombreux questionnements, notamment à savoir qui est responsable de l’évaluation et comment se déroule l’intervention en pratique. Nous reviendrons sur ces enjeux et sur les moyens qui ont été imaginés afin de bonifier la collaboration sociopolicière plus loin, voir *infra* section 3.3.2.1.

<sup>40</sup> AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Guide d’application de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P. 38.001)*, Laval, Québec, 2005, p. 8.

<sup>41</sup> *Id.*, p. 4; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 25 et 26.

policier transfère la responsabilité de la personne à l'établissement dès lors qu'il a transmis toutes les informations pertinentes au personnel de triage<sup>42</sup>.

Ainsi, le mécanisme d'intervention prévu à l'article 8 de la P-38 s'arrête ici. C'est à l'établissement de santé de prendre le relai et d'évaluer la pertinence de placer la personne sous garde préventive.

### 1.2.2.2 La garde préventive

Aux urgences, la prise en charge de la personne dont il a été jugé qu'elle présentait un danger grave et immédiat doit se faire rapidement<sup>43</sup>. Le médecin des urgences examine la personne. S'il considère que son état mental présente un danger grave et immédiat, il doit chercher à obtenir le consentement de la personne à demeurer dans l'établissement ou, à défaut, la placer sous garde préventive et en informer le directeur des services professionnels<sup>44</sup>. Par ce mécanisme, il est donc possible de placer une personne sous garde sans recourir au tribunal et sans son consentement, une exception significative aux principes de libre consentement et de droit à la liberté qui ne peut être justifiée qu'en présence d'un danger grave et immédiat.

Ce type de garde a pour objectif principal d'empêcher la personne de commettre un geste dangereux pour sa vie, sa santé ou celle d'autrui ; elle n'a pas pour but d'effectuer des examens de quelque nature que ce soit, ni de fournir des traitements.

Le médecin qui décide de la mise sous garde doit informer la personne et, si nécessaire, son représentant légal, ainsi que consigner toutes les informations pertinentes dans le dossier médical.

La garde préventive ne peut excéder 72 heures, période durant laquelle le médecin doit évaluer l'évolution de la situation<sup>45</sup> et, au besoin, déposer une demande de garde provisoire à la Cour en vue de procéder à une évaluation psychiatrique<sup>46</sup>.

---

<sup>42</sup> Le transfert de responsabilité entre le policier et les établissements de santé a été source de nombreuses confusions ; il est désormais clairement établi par le MSSS dans son cadre de référence, préc., note 20, p. 28.

<sup>43</sup> *Id.*

<sup>44</sup> *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, P-38.001, art. 7.

<sup>45</sup> Il est fréquent que les crises se résolvent dans ce délai.

<sup>46</sup> C.c.Q., art. 26.

### 1.2.2.3 La garde provisoire en vue de procéder à une évaluation psychiatrique

Le tribunal peut, sur demande d'un établissement de santé et de services sociaux ou d'une tierce partie<sup>47</sup>, ordonner la garde provisoire en vue de l'évaluation psychiatrique d'une personne dans un établissement de santé, en l'absence de son consentement, s'il a des motifs sérieux de croire que son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui<sup>48</sup>. Il n'est donc pas nécessaire de passer par la garde préventive et d'atteindre le niveau de dangerosité qui y est associée pour demander une garde provisoire ; il suffit de convaincre le tribunal du sérieux des motifs de danger<sup>49</sup>. La majorité des demandes de gardes provisoires déposées au tribunal émanent d'ailleurs des proches de la personne<sup>50</sup>.

L'objectif de l'évaluation, effectuée distinctement par deux psychiatres<sup>51</sup>, est de déterminer si le degré de dangerosité justifie une garde en établissement. Après les évaluations, si les deux rapports concluent à la présence d'un danger pour la personne ou pour autrui en raison de son état mental, l'établissement doit rapporter ces éléments de preuve au tribunal dans le cadre d'une demande de garde autorisée.

L'article 28 du *Code civil du Québec* encadre les délais de la garde provisoire. Il prévoit que, lorsqu'une ordonnance de mise sous garde est émise, un premier examen doit avoir lieu dans les 24 heures suivant la prise en charge de la personne<sup>52</sup>. Si celui-ci conclut à la dangerosité, un second examen doit avoir lieu dans un délai maximal de 96 heures à compter de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive,

---

<sup>47</sup> Un tiers intéressé est une des personnes désignées dans l'article 8.2 de la P-38, soit le titulaire de l'autorité parentale, le tuteur au mineur ou l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du *Code civil du Québec* : « [I]orsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier ».

<sup>48</sup> C.c.Q., art. 27.

<sup>49</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 19.

<sup>50</sup> Etienne PARADIS-GAGNÉ, Dave HOLMES, Emmanuelle BERNHEIM et Myriam CADER, « The Judicialization of People Living with Mental Illness: A Grounded Theory on the Perceptions of Persons Involuntary Admitted in Psychiatric Institution », (2023) 44-12 *Issues Ment Health Nurs* 1200-1208, 1204; La proportion de demandes émanant des proches s'élevait à 78 % en 1998 et 76 % en 2010, MICHEL ROUSSEAU, *Portrait de famille : Étude exploratoire sur les variables associées au vécu des membres d'associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale*, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 1998, p. 55; OTERO, M., MORIN, D., et LABRECQUE-LEBEAU, L., *Judicialisation, vulnérabilité et maladie mentale à Montréal*, FRSQ, 2010.

<sup>51</sup> Dans son mémoire déposé en 2022, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal propose de permettre à des professionnels de la santé autres que les psychiatres de procéder à l'évaluation de l'état mental d'une personne, SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, *Mémoire concernant la réforme des procédures juridiques en matière de garde en établissement et d'autorisation de soin*, Montréal, 2022.

<sup>52</sup> C.c.Q., art. 28 al. 1.

dans un délai maximal de 48 heures à compter de l'ordonnance. À ces délais s'ajoute une période de 48 heures pour permettre la signification de la demande si celle-ci est déposée au tribunal. Le délai total de la garde provisoire peut ainsi varier de 96 à 144 heures<sup>53</sup>.

Si les deux examens psychiatriques constatent la dangerosité, une demande de garde autorisée doit être déposée à la Cour du Québec. En revanche, si un des médecins conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée immédiatement.

#### 1.2.2.4 La garde régulière ou garde autorisée

La garde régulière ordonnée par la Cour du Québec à la suite de la garde provisoire est couramment appelée « garde autorisée » ou « garde prolongée » selon les cas<sup>54</sup>. Pour que la Cour autorise cette garde, deux rapports d'évaluation psychiatrique (qui sont ceux effectués durant la garde provisoire si celle-ci a eu lieu) doivent conclure à la dangerosité liée à l'état mental de la personne et à la nécessité de la garde, conformément à l'article 30 du *Code civil du Québec*. Néanmoins, ces rapports ne suffisent pas et le tribunal ne peut ordonner la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire<sup>55</sup>.

La durée de la garde autorisée est fixée dans le jugement. Néanmoins, si la nécessité de la garde cesse avant la fin de la période fixée, la personne doit être libérée<sup>56</sup>. De même, la personne doit être libérée automatiquement dès que le délai fixé est expiré<sup>57</sup>. En revanche, si la garde est justifiée au-delà de la période fixée, son prolongement ne peut être autorisé que par le tribunal, à la suite d'une nouvelle procédure judiciaire de demande de prolongation<sup>58</sup>. Il faut alors prévoir un délai suffisant avant l'expiration du délai de garde courant pour effectuer cette demande, réaliser les deux examens psychiatriques nécessaires et signifier la demande aux parties au moins deux jours avant la présentation au tribunal<sup>59</sup>. Si la durée de la garde fixée par le tribunal excède 21 jours, des examens psychiatriques périodiques doivent être effectués pour s'assurer que la garde est toujours nécessaire<sup>60</sup>. Le premier rapport d'examen doit être établi 21 jours après la décision du tribunal, puis des rapports doivent être produits tous les trois mois.

---

<sup>53</sup> C.c.Q., art. 28 al. 2.

<sup>54</sup> Certains la désignent comme « garde en établissement », ce qui peut devenir mélangeant étant donné que « garde en établissement » désigne aussi la garde en général indépendamment de si elle est préventive, provisoire ou autorisée. Pour cette raison, nous privilégierons les termes de garde autorisée ou prolongée.

<sup>55</sup> C.c.Q., art. 30.

<sup>56</sup> C.c.Q., art. 30.1, al. 2.

<sup>57</sup> P-38, art. 12, al. 3.

<sup>58</sup> P-38, art. 10.

<sup>59</sup> Quatre jours minimums : deux jours pour les deux examens (un chaque jour) et deux jours pour le délai de signification.

<sup>60</sup> P-38, art. 10.

Tous les rapports sont consignés par l'établissement dans le dossier de la personne et le TAQ doit être informé des conclusions de ces rapports<sup>61</sup>.

Plusieurs situations peuvent commander la fin de la garde : c'est le cas si le médecin traitant délivre un certificat attestant que la garde n'est plus justifiée, si l'un des psychiatres en charge de l'évaluation de la personne considère qu'elle ne représente plus de danger ou à l'écoulement du délai prévu par le tribunal ; c'est aussi le cas si les délais prévus pour la production des rapports d'examen psychiatriques expirent sans qu'aucun rapport ne soit fourni.

### **1.3. Les autres types d'interventions judiciaires en matière de santé mentale**

Au Québec, le législateur a choisi de diviser l'intervention auprès des personnes en raison de leur état mental en plusieurs secteurs, sollicitant différents acteurs et différentes lois. Par exemple, si une personne peut être hospitalisée sans son consentement en vertu de la P-38, l'équipe soignante ne peut pas la forcer à se soumettre à un traitement. Il faut recourir à un autre procédé judiciaire, impliquant une requête auprès d'un tribunal différent, soit la Cour supérieure du Québec. Nous reviendrons ultérieurement sur les enjeux que soulève ce morcellement en matière de santé mentale<sup>62</sup> et proposons ici de présenter très brièvement ces autres interventions judiciaires possibles. Nous nous arrêterons plus particulièrement sur les autorisations judiciaires de soins, les mesures de représentation, les verdicts de non-responsabilité criminelle ou de non-aptitude à subir son procès et les PAJ-SM.

#### **1.3.1. Les autorisations judiciaires de soins**

Il n'est pas possible de contraindre une personne apte à se soumettre à des soins contre son gré<sup>63</sup>. Il est essentiel de bien comprendre ici que le fait qu'une personne souffre de problèmes de santé mentale ou d'une maladie psychiatrique ne signifie pas automatiquement qu'elle est inapte à consentir aux soins que l'équipe médicale désire lui fournir<sup>64</sup>. En revanche, s'il s'avère que la personne est effectivement inapte, le consentement aux soins peut être obtenu auprès de la personne « autorisée par la loi ou par un mandat de protection »<sup>65</sup> à donner ce consentement, celle-ci étant tenue d'agir

---

<sup>61</sup> *Id.*

<sup>62</sup> Voir *infra* Section 3.7.2.

<sup>63</sup> C.c.Q., art. 11.

<sup>64</sup> *Starson c. Swayze*, [2003] 1 RCS 722 (Cour suprême du Canada).

<sup>65</sup> C.c.Q., art. 11.

dans le seul intérêt de la personne et en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester<sup>66</sup>.

Dans le cas d'un mineur, l'autorisation judiciaire est requise en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir aux soins pour lui, ou, si le mineur de plus de 14 ans refuse les soins sauf s'il y a urgence ou menace à sa vie ou à son intégrité.

Dans le cas d'un majeur inapte, l'autorisation judiciaire est nécessaire dans deux cas de figure<sup>67</sup> : lorsque le consentement substitué ne peut être obtenu ou est refusé sans justification et lorsque la personne inapte refuse catégoriquement des soins non urgents ou qui ne relèvent pas de l'hygiène. Dans tous ces cas de figure, l'autorisation du tribunal est requise pour soumettre la personne aux soins qu'elle refuse ou que la personne habilitée à consentir pour elle refuse.

L'article 16 du *Code civil du Québec* encadre ce principe :

L'autorisation judiciaire est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement ; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il y ait urgence et que sa vie soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

Le terme « soins » englobe deux aspects distincts<sup>68</sup> : d'une part, il inclut toutes les formes d'examen, prélèvements, traitements ou interventions, qu'ils soient d'ordre médical, psychologique ou social, et d'autre part, il couvre l'hébergement en établissement de santé ou dans une ressource d'hébergement, si cette mesure a pour objectif de permettre à la personne de recevoir les traitements appropriés<sup>69</sup>.

Pour obtenir une autorisation du tribunal, une demande d'autorisation de soins doit être déposée à la Cour supérieure du Québec en vertu de ses compétences en tant que

---

<sup>66</sup> C.c.Q., art. 12 et 15.

<sup>67</sup> Pour une présentation succincte et très accessible de l'autorisation judiciaire de soins et des principaux enjeux qu'elle soulève, on lira EMMANUELLE BERNHEIM, « Le droit, la justice et la santé mentale (3) – L'autorisation de soins », *Le Devoir* (19 avril 2023), en ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/789345/idees-le-droit-la-justice-et-la-sante-mentale-3-l-autorisation-de-soins>.

<sup>68</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), *L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins : Je me renseigne, je me prépare*, Guide d'information, Québec, 2014, p. 4.

<sup>69</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 162 et 163.

tribunal de droit commun<sup>70</sup>. Il faut alors démontrer l'inaptitude à consentir aux soins de la personne concernée par une preuve médicale et factuelle, ainsi que la nécessité des soins.

Pour décider de l'inaptitude de la personne, les juges s'appuient sur un test développé dans l'arrêt de la Cour d'appel *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.* en 1994<sup>71</sup>. Ce test inclut les cinq questions suivantes :

- La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- Comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- Saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- Comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
- Sa capacité de comprendre est-elle affectée par la maladie ?

Cette preuve est entièrement à la charge du demandeur, généralement l'établissement de santé<sup>72</sup>. Il doit également démontrer, selon le cas, le refus de la personne habilitée à donner un consentement au nom de la personne visée par l'ordonnance et le caractère injustifié de ce refus ou le refus catégorique des soins par la personne elle-même<sup>73</sup>. Dans ce second cas de figure, la Cour d'appel a élaboré, dans l'arrêt *F. D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria)*<sup>74</sup>, un cadre d'analyse bien précis qui se décline en 6 questions ; les deux premières visent à s'assurer que les critères légaux sont satisfaits et les quatre autres questions délimitent l'exercice de la compétence :

- 1) La personne majeure est-elle inapte à consentir ? (inaptitude)<sup>75</sup>
- 2) la personne majeure refuse-t-elle les soins pour lesquels l'ordonnance est recherchée ? (refus catégorique)
- 3) les soins sont-ils requis et, le cas échéant, décrits avec suffisamment de précision ?
- 4) les effets bénéfiques à tirer de ces soins dépassent-ils leurs effets néfastes ?
- 5) quelle devrait être la durée de l'ordonnance, le cas échéant ?
- 6) au-delà de l'autorisation d'administrer le plan de soins et de sa durée, y a-t-il d'autres conclusions recherchées ? Si oui, peut-on

---

<sup>70</sup> C.p.c., art. 33.

<sup>71</sup> *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 Cour d'appel du Québec 1. Pour développer ce test, la Cour d'appel s'est appuyée sur les critères énoncés dans la *Hospital Act* de la Nouvelle-Écosse.

<sup>72</sup> Emmanuelle BERNHEIM, Guillaume CHALIFOUR et Richard-Alexandre LANIEL, « La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins », (2016) 9-2 *Revue de droit et santé de McGill*, 347.

<sup>73</sup> L'adjectif « catégorique » signifie sans ambiguïté, D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 28, p. 153.

<sup>74</sup> *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill, (Hôpital Royal-Victoria)*, 2015 Cour d'appel du Québec.

<sup>75</sup> Pour répondre à cette première question, il y a lieu de référer au test en 5 volets présenté ci-dessus et développé dans *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, préc., note 71.

et doit-on les accorder dans les circonstances, telles que rédigées ou modifiées, après amendement ?<sup>76</sup>

Pour répondre à ces questions, le juge s'appuie sur les preuves déposées par les médecins qu'il peut également entendre à titre de témoins. Sauf exception, il doit aussi permettre à la personne de s'exprimer<sup>77</sup> et de faire venir un ou des témoins de son choix. Si le juge donne droit à la demande de l'établissement, il doit préciser la nature et la fréquence des soins, ainsi que leur durée (habituellement entre un et cinq ans)<sup>78</sup>. Le patient qui s'oppose à la décision pourra saisir la Cour d'appel dans les cinq jours suivant l'ordonnance, un délai qui est parfois jugé trop court<sup>79</sup>.

L'ordonnance permet à l'établissement d'administrer les soins au patient, si besoin en recourant à la force. Elle permet aussi à la police d'aller chercher et d'amener le patient dans l'établissement dans lequel il doit recevoir les soins prévus.

### 1.3.2. Les mesures de représentation

Les personnes qui rencontrent des enjeux de santé mentale peuvent aussi faire l'objet de mesures de représentation. Ce type de procédure vise à protéger les personnes qui, en raison de leur état de santé, ne sont plus en mesure de prendre soin d'elles-mêmes, de gérer leurs biens ou d'exercer leurs droits civils. À partir du moment où une personne est déclarée inapte, ces mesures permettent à une autre personne désignée d'effectuer certains actes pour elle. Une personne est considérée comme inapte lorsqu'elle est incapable de prendre soin d'elle-même ou d'administrer ses biens. Au Québec, selon les données du Curateur public, le nombre de personnes inaptes s'élève environ à 175 000 personnes et 35 100 adultes bénéficiaient d'un régime de protection au 1<sup>er</sup> mars 2023<sup>80</sup>.

Les mesures de représentation sont strictement encadrées par le *Code civil du Québec* et sont assorties d'un certain nombre de droits et de procédures visant à garantir au

---

<sup>76</sup> On retrouve cette référence à l'arrêt *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill* dans la grande majorité des décisions postérieures à cet arrêt de principe, appliquant systématiquement ce test en 6 questions. Voir par exemple *X.Y. c. Hôpital général du Lakeshore*, 2017 Cour d'appel du Québec.

<sup>77</sup> C.p.c., art. 391.

<sup>78</sup> Éducaloi, *Les soins forcés*, capsule informative disponible en ligne : <<https://educaloi.qc.ca/capsules/les-soins-forces/>>

<sup>79</sup> Emmanuelle BERNHEIM et Jean-François PLOUFFE, *Des mesures d'exception de moins en moins exceptionnelles!*, Conférence organisée par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), en ligne, 28 février 2024.

<sup>80</sup> CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Document de présentation*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 4.



maximum l'autonomie de la personne visée<sup>81</sup>. En 2022, la *Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité*<sup>82</sup> a considérablement modifié les règles en la matière, notamment en supprimant le régime de curatelle. Trois différentes mesures sont maintenant envisageables et expressément reconnues à l'article 154 C.c.Q.

Une première mesure de représentation est constituée par la tutelle au majeur qui est destinée à assurer la protection de sa personne, l'administration de son patrimoine et, en général, l'exercice de ses droits civils<sup>83</sup>. Dans la mesure où la personne est inapte à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens, un tuteur lui est nommé<sup>84</sup>. Selon l'article 260 C.c.Q.,

le tuteur au majeur a la responsabilité de sa garde et de son entretien, à moins que le tribunal n'en décide autrement ; il a également celle d'assurer le bien-être moral et matériel du majeur, en tenant compte de la condition de celui-ci, de ses besoins et de ses facultés, et des autres circonstances dans lesquelles il se trouve.

Le régime de tutelle est étroitement circonscrit par les dispositions du *Code civil du Québec* énoncées dans le cadre du chapitre intitulé « De la tutelle au majeur »<sup>85</sup>.

Une seconde mesure consiste en la mise en place d'un mandat de protection. Ce dernier permet à une personne de prévoir les dispositions qui devront être mises en œuvre lorsqu'elle deviendra inapte. Il devient exécutoire à la survenance de l'inaptitude qui doit être constatée par des rapports d'évaluation médicale et psychosociale et à l'homologation par le tribunal, sur demande du mandataire nommé dans l'acte. Le mandat doit désigner la personne mandataire ainsi que l'étendue et l'organisation du mandat<sup>86</sup>. Le curateur public prend le relais si la personne désignée ne peut agir ou à défaut d'une telle personne<sup>87</sup>. Toute décision relative à l'homologation ou à l'exécution du mandat de protection doit être prise dans l'intérêt de la personne<sup>88</sup>. L'encadrement législatif des règles relatives au mandat de protection est également très précis dans le cadre du chapitre du *Code civil du Québec* relatif au mandat en général<sup>89</sup>.

Un troisième régime est prévu par la loi pour les cas plus temporaires, lorsque, par exemple, les personnes ont besoin d'être représentées pour une situation précise, comme c'est le cas de la signature d'un bail ou de la vente d'une maison. La

---

<sup>81</sup> BARREAU DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec*, 2010, p. 11.

<sup>82</sup> *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*.

<sup>83</sup> C.c.Q., art. 256.

<sup>84</sup> C.c.Q., art. 258.

<sup>85</sup> C.c.Q., art. 256 et s.

<sup>86</sup> C.c.Q., art. 2166.

<sup>87</sup> *Id.*

<sup>88</sup> C.c.Q., art. 2167.2.

<sup>89</sup> C.c.Q., art. 2130 et s.

représentation temporaire permet alors à la personne désignée, le représentant ou la représentante, d'agir au nom de la personne pour un acte spécifique et dans un délai strictement limité dans le temps. L'étendue de la représentation est déterminée par le juge et là encore, c'est le *Code civil du Québec* qui encadre cette fonction, dont les paramètres sont définis dans un chapitre intégralement dédié à la représentation temporaire<sup>90</sup>.

Enfin, une dernière mesure est prévue pour assister les majeurs qui souhaitent être soutenus par un proche dans la prise de décisions et la gestion de leurs biens. Prévue au chapitre « De l'assistance au majeur » du C.c.Q., la procédure est plus simple que les régimes de protection à proprement parler ; grâce à une seule démarche, et au nom de la personne assistée, un assistant peut communiquer des informations à toute organisation ou en recevoir<sup>91</sup>.

### 1.3.3. Les interventions concernant les personnes déclarées non criminellement responsables ou inaptes à subir leur procès

Le droit criminel est érigé sur l'idée que les individus agissent consciemment, en étant capables de distinguer le bien du mal et de juger de la nature et de la qualité des gestes qu'ils posent. Ils sont donc criminellement responsables des actes qu'ils commettent. Néanmoins, les troubles mentaux que rencontre une personne peuvent affecter sa capacité à comprendre ou à agir rationnellement ; ils doivent donc être pris en compte dans la réponse à apporter aux actes. Deux types de mécanismes peuvent être mis en place, selon l'aptitude de la personne à subir son procès ou selon sa responsabilité criminelle.

La Commission d'examen des troubles mentaux (ci-après CETM) est chargée de prendre des décisions concernant les individus accusés d'infractions criminelles et ayant reçu un verdict d'inaptitude à subir leur procès ou un verdict de non-responsabilité criminelle en raison de troubles mentaux. Relevant de la Section des affaires sociales du Tribunal administratif du Québec<sup>92</sup>, la CETM assume la responsabilité d'évaluer l'état mental des individus concernés dans les deux scénarios et de prendre des décisions en fonction. Elle doit ainsi évaluer si une personne est redevenue apte à subir son procès, auquel cas, la Commission renverra la personne devant la Cour criminelle ou, à défaut, la Commission pourra ordonner d'autres mesures telles que la détention dans un établissement psychiatrique ou la libération conditionnelle.

Dans le cas des verdicts de non-responsabilité criminelle, la Commission décide des mesures à prendre qui pourront être de trois types : la libération sans condition, la

---

<sup>90</sup> C.c.Q., art. 297 et s.

<sup>91</sup> CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, préc., note 81.

<sup>92</sup> Sa compétence est prévue à l'article 23 de la *Loi sur la justice administrative*.

libération conditionnelle ou la détention dans un hôpital. Les mesures ne sont pas liées à l’infraction commise et ne visent donc pas un objectif punitif ou réparatoire, comme c’est le cas en matière pénale. Les décisions sont prises en fonction de la dangerosité que la personne représente au moment de la décision. La CETM évalue le risque lié à la personne et prend des mesures appropriées pour contrôler ce risque tout en favorisant la réinsertion sociale de l’individu. Elle repose sur un modèle inquisitoire et non accusatoire ; aussi, elle doit elle-même aller chercher l’information manquante au besoin.

La CETM siège en formation de trois commissaires — avocat, psychiatre et travailleuse sociale ou psychologue. La décision est prise après une audience qui peut avoir lieu dans l’établissement de détention de la personne. Une réévaluation doit être réalisée au minimum tous les 12 mois, ou avant si un changement a lieu<sup>93</sup>.

#### 1.3.4. Les programmes d’accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM)

Les programmes d’accompagnement justice et santé mentale (ci-après PAJ-SM) sont des programmes sociaux qui ont été intégrés à certaines cours municipales et à la Cour du Québec à travers la province<sup>94</sup>. Les PAJ-SM sont fortement inspirés, sinon assimilés à, des tribunaux de santé mentale américains. Ces derniers ont été créés en réponse à l’inadaptation du système de justice traditionnel pour les accusés souffrant de troubles de santé mentale et à la prétention selon laquelle il est préférable de détourner ces personnes du système de justice régulier<sup>95</sup>.

---

<sup>93</sup> Cette section s’appuie principalement sur la capsule vidéo proposée par le Barreau du Québec à titre de formation continue, *Comment procéder devant le TAQ : Division de la santé mentale du TAQ*, 2022 ; Pour un aperçu vulgarisé du processus et des principaux enjeux qu’il rencontre, on pourra consulter EMMANUELLE BERNHEIM, « Le droit, la justice et la santé mentale (4) – La Commission d’examen », *Le Devoir* (20 avril 2023).

<sup>94</sup> OBSERVATOIRE EN JUSTICE ET SANTÉ MENTALE, *Répertoire des programmes et protocoles d’accompagnement et d’adaptabilité à la cour*, 2023, en ligne : <<https://santementalejustice.ca/programmes-daccompagnement-et-dadaptabilite-a-la-cour/>>; VILLE DE MONTRÉAL, *Mémoire de la ville de Montréal : Portrait de la situation et des besoins pour la métropole*, Présenté dans le cadre de la consultation du gouvernement du Québec sur le Plan interministériel en santé mentale, Montréal, 2021.

<sup>95</sup> Luke BIRMINGHAM, « Diversion from custody », (2001) 7-3 *Advances in Psychiatric Treatment*; Annie JAIMES, Anne CROCKER, Évelyne BÉDARD et Daniel AMBROSINI, « Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique », (2009) 34-2 *smq* 171; J L REED et M LYNE, « Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year’s programme of semistructured inspections. », (2000) 320-7241 *BMJ (Clinical research ed.)* 1031; Richard D. SCHNEIDER, Hy BLOOM et Mark HEEREMA, « Mental Health Courts: Decriminalizing the Mentally Ill », (2007) 37-1 *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 133; Emily SLINGER et Ronald ROESCH, « Problem-solving courts in Canada: A review and a call for empirically-based evaluation methods », (2010) 33-4 *International Journal of Law and Psychiatry* 258; S S SMITH, V J BAXTER et M S HUMPHREYS, « Psychiatric Treatment in Prison: A missed opportunity? », (2003) 43-2 *Med Sci Law* 122.

Les personnes accusées qui sont acceptées au sein des PAJ-SM doivent avoir commis une infraction de gravité moindre qui reflète une problématique de santé mentale<sup>96</sup>. Une fois le participant intégré dans le PAJ-SM à la suite de la décision du comité opérationnel (procureur, agent pivot, agent de probation, professionnelle santé mentale justice au PAJ-SM et avocat du client), ce même comité élabore un plan d'action avec le procureur et l'intervenant pivot dans lequel différents objectifs sont établis, tel que la participation à un suivi médical ou psychosocial<sup>97</sup>. Des rencontres régulières suivies d'audiences à la Cour permettent à l'équipe du PAJ-SM d'observer le cheminement du participant.

Lorsque l'accusé complète le programme, son dossier se solde généralement par une sentence qui est atténuée et non privative de liberté<sup>98</sup>. Toutefois, lorsque le participant ne termine pas le programme, soit parce qu'il décide de se retirer du PAJ-SM, soit parce qu'il n'a pas été en mesure de respecter les conditions ou exigences du programme, son dossier judiciaire retourne devant un juge du tribunal régulier où la cause est traitée comme n'importe quelle autre infraction<sup>99</sup>.

Une étude d'envergure est en cours au sujet du déploiement des PAJ-SM au Québec en vue de pouvoir dégager les constats de cette pratique et d'en tirer un premier bilan<sup>100</sup>. Il sera extrêmement intéressant de suivre ces travaux afin de mieux cerner les réalités de cette pratique et d'évaluer si elle répond à ses objectifs. Il sera également nécessaire d'analyser ces travaux à la lumière des enjeux que certains soulèvent quant aux tribunaux en santé mentale<sup>101</sup>.

---

<sup>96</sup> Maude BOUCHER-RÉHEL, *Étude de l'interaction entre les principes de la justice thérapeutique et l'achèvement des Programmes d'accompagnement justice et santé mentale du Québec*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences, École de criminologie, 2023 Accepted: 2024-01-25T16:45:12Z; Audrey-Anne DUMAIS MICHAUD, *Une sociologie de la justice thérapeutique : triple conformité, dangerosité ordinaire et contraintes composites*, Thèse, Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, 2019; E. Lea JOHNSTON, « Theorizing Mental Health Courts », (2012) 89-3 *Washington University Law Review* 519; OBSERVATOIRE EN JUSTICE ET SANTÉ MENTALE, préc., note 95.

<sup>97</sup> M. BOUCHER-RÉHEL, préc., note 97; Audrey-Anne Dumais MICHAUD, Yanick CHARETTE et J. Lemieux A, « Ancrages théoriques et analyses des pratiques sociojudiciaires : l'étude des tribunaux de santé mentale », dans SERVICE DE LA FORMATION CONTINUE DU BARREAU DU QUÉBEC (DIR.), *La protection des personnes vulnérables*, Yvons Blais, 488, Cowansville, 2021, p. 128.

<sup>98</sup> OBSERVATOIRE EN JUSTICE ET SANTÉ MENTALE, préc., note 95.

<sup>99</sup> *Id.*

<sup>100</sup> Ce projet de recherche est réalisé par l'Observatoire en justice et santé mentale. Pour en savoir plus, on pourra consulter leur site Internet : <https://santementalejustice.ca/programmes-daccompagnement-et-dadaptabilite-a-la-cour/>.

<sup>101</sup> Voir par exemple les enjeux soulevés par Doris Provencher associés à la stigmatisation, au caractère volontaire du programme et à la tendance vers la médication, dans « La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance? », (2010) 19-1 *Le Partenaire* 18.

## **PARTIE II. PORTRAIT QUANTITATIF DES GARDES EN ÉTABLISSEMENT AU QUÉBEC**

Afin d’obtenir un portrait quantitatif de l’application de la P-38 au Québec, nous avons recueilli des données par le biais de demandes d’accès à l’information déposées auprès du ministère de la Justice du Québec (ci-après MJQ)<sup>102</sup>, de tous les centres intégrés de la province, ainsi qu’auprès des établissements non fusionnés ou non visés par la *Loi modifiant l’organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l’abolition des agences régionales (LMRSSS)*.<sup>103</sup> Nous avons complété ces données grâce à des documents publics, tels que les rapports annuels de gestion des établissements de santé et centres intégrés. Sur la base de ces chiffres, nous proposons ci-dessous plusieurs graphiques destinés à offrir un aperçu de l’utilisation de la P-38 au Québec. Quatre types de données sont répertoriés : (1) le nombre de gardes préventives et (2) de gardes provisoires effectuées dans les établissements de santé, ainsi que les demandes de gardes en établissement et de prolongation de gardes en établissement (3) et les demandes d’autorisation de soins (4) déposées au tribunal.

Les données ont été étudiées à l’aide d’analyses descriptives. Plus précisément, nous avons réalisé des graphiques à barres, un outil permettant de visualiser rapidement les tendances. Nous avons également conçu des tableaux descriptifs (nombre de demandes d’autorisations de soins et de gardes et de prolongations de gardes déposées par district judiciaire) afin de représenter en couleur les changements à la hausse et à la baisse des demandes pour chaque année observée.

### **2.1. Les gardes préventives**

Le graphique 1 présente le nombre de gardes préventives totales des CISSS et CIUSSS<sup>104</sup> de la province ainsi que des cinq établissements non fusionnés suivants<sup>105</sup> : l’Institut

---

<sup>102</sup> Annexe 2. Mentionnons également ici que nous avons pu constater quelques écarts entre les chiffres du MJQ et ceux émanant des études menées par certains organismes de défense des droits, bien que les tendances globales correspondent, notamment la hausse globale des nombres de gardes. Étant donné la systématisme des chiffres du MJQ, qui concernent tous les districts judiciaires et les années complètes de 2012 à 2022, nous avons retenu ces chiffres pour les fins de l’exposé.

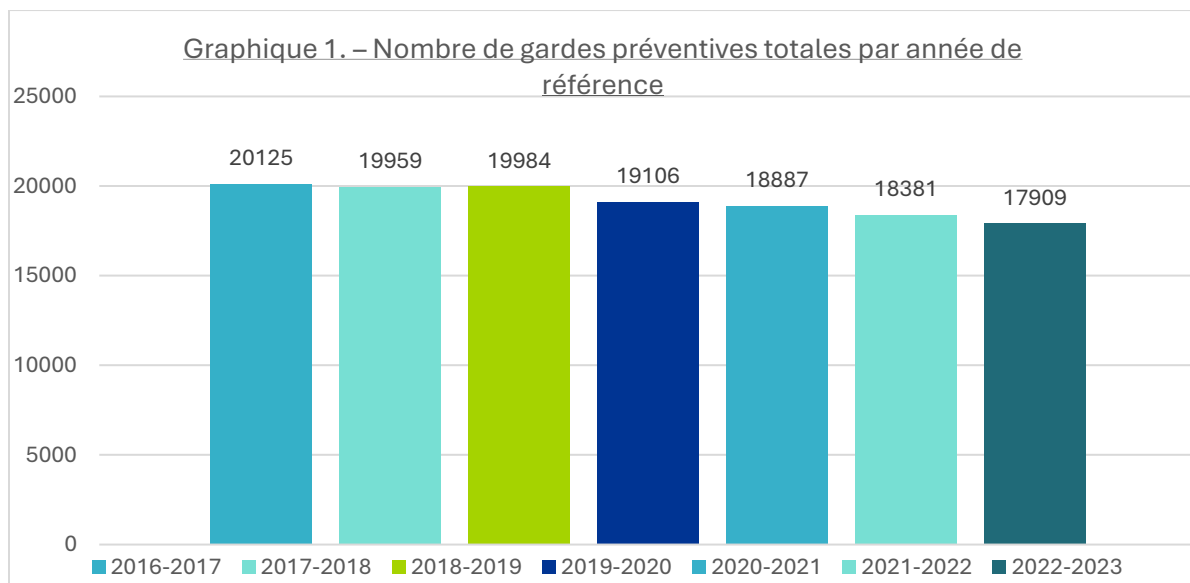
<sup>103</sup> Annexe 1.

<sup>104</sup> Nous avons volontairement exclu les données du CIUSSS du Nord-de-l’île-de-Montréal, car nous ne sommes pas parvenus à obtenir les chiffres de l’année 2022-2023. Nous avons donc enlevé toutes les données de ce centre (que l’on retrouve néanmoins dans le Graphique 3) afin de ne pas nuire à la tendance générale.

<sup>105</sup> Sept établissements non fusionnés ne sont pas inclus en raison de l’absence de leurs données pour les années de 2016 à 2019, à savoir le CHU de Québec – Université Laval, le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et le Centre de santé Inuulitsivik (Baie d’Hudson), de 2016 à 2020 pour l’Institut de cardiologie

universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, pour les années de référence de 2016-2017 à 2022-2023<sup>106</sup>. Les données ont été obtenues à la suite d'une demande d'accès à l'information déposée auprès de chaque établissement de la province ou après consultation de leurs rapports annuels de gestion<sup>107</sup>. Étant donné que la fusion des établissements de santé sous forme de centres intégrés a été réalisée en 2015<sup>108</sup>, les chiffres relatifs aux gardes réalisées avant 2016 n'étaient pas comparables ou disponibles.

Rappelons que la garde préventive constitue la première phase d'hospitalisation involontaire, la seule qui n'exige pas d'autorisation judiciaire. Elle est envisagée lorsque le professionnel de la santé de l'établissement considère que la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et ne peut excéder 72 heures<sup>109</sup>.



de Montréal, et de manière générale pour le CLSC Naskapi (Côte-Nord), le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava) et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Certaines demandes d'accès à l'information sont encore en traitement, nous ajouterons les chiffres correspondants dès que possible.

<sup>106</sup> Les années de référence désignent les années financières qui s'étendent du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars de l'année suivante.

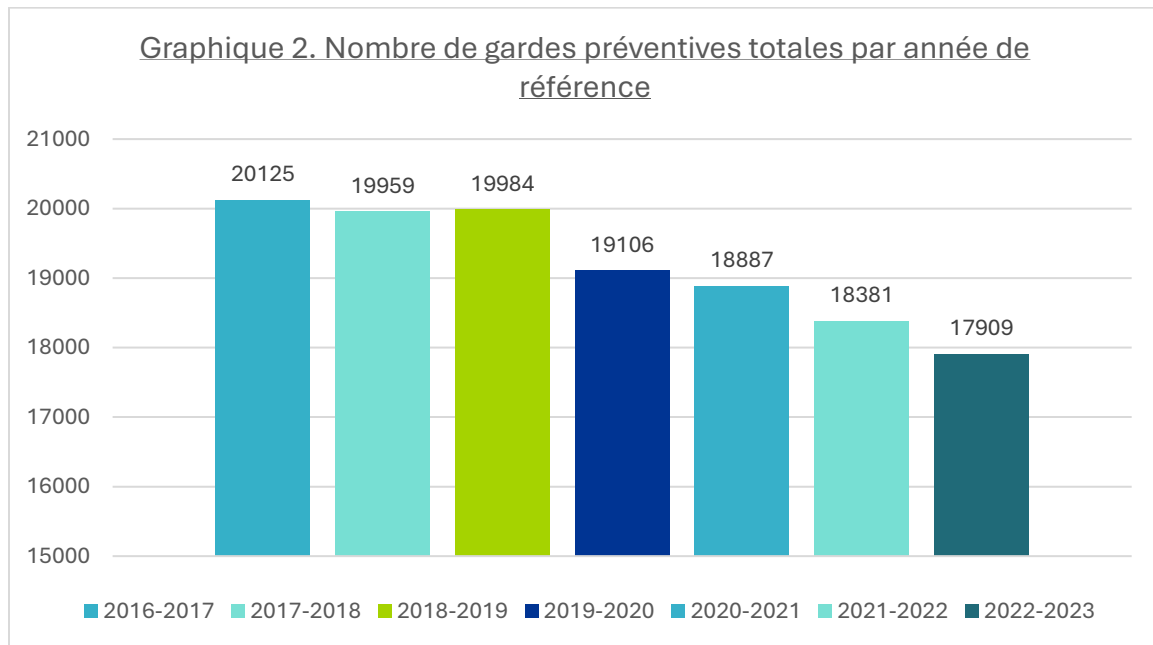
<sup>107</sup> Nous avons vérifié et complété ces données avec celles disponibles dans les rapports annuels de gestion des CISSS et CIUSSS. Puisque les chiffres des rapports annuels de gestion sont publics, en cas de disparité, ce sont ces derniers qui ont été comptabilisés dans le cadre de ce rapport. Cette différence dans les chiffres, bien que rare et mineure, pose néanmoins certaines questions quant aux méthodes de récolte des données.

<sup>108</sup> En vertu de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*, 2015, ch.1. Notons que les

<sup>109</sup> Voir *supra*, Section 1.2.2.2.

De manière globale, le graphique 1 nous permet de constater que le nombre de gardes préventives n’a pas drastiquement changé entre 2016 et 2023. Une légère baisse semble néanmoins se détacher.

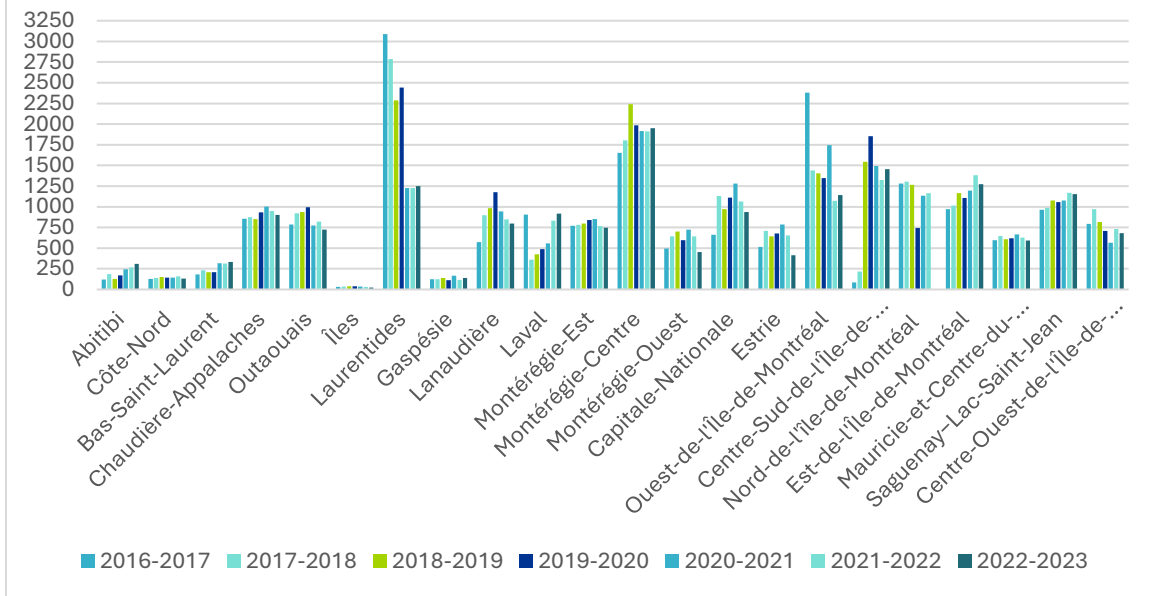
Nous avons observé ce mouvement plus en détail à l’aide du graphique 2 ci-dessous, qui est identique au premier, mais avec l’axe des ordonnées qui est gradué entre 15 000 et 21 000 ; ce qui permet d’envisager les chiffres de manière plus approfondie.



Dans ce second graphique, on descelle une baisse du nombre de gardes préventives à partir de 2019-2020, où le nombre total de gardes est passé de 19 984 à 19 106 entre 2018-2019 et 2019-2020. Ce nombre a continué de diminuer progressivement pour arriver à 17 909 pour l’année 2022-2023, soit une baisse de 2 216 depuis 2016-2017.

À la page suivante, le graphique 3 présente le nombre de gardes préventives de tous les CISSS et CIUSSS de la province par année de référence, ce qui nous permet de visualiser les tendances régionales.

Graphique 3. – Nombre de gardes préventives dans chaque CISSS et CIUSSS par année de référence



Il est intéressant d’observer que la tendance globale constatée dans les graphiques 1 et 2 n’est pas partagée par tous les centres intégrés et qu’au contraire, il est même extrêmement difficile d’y décerner des constantes.

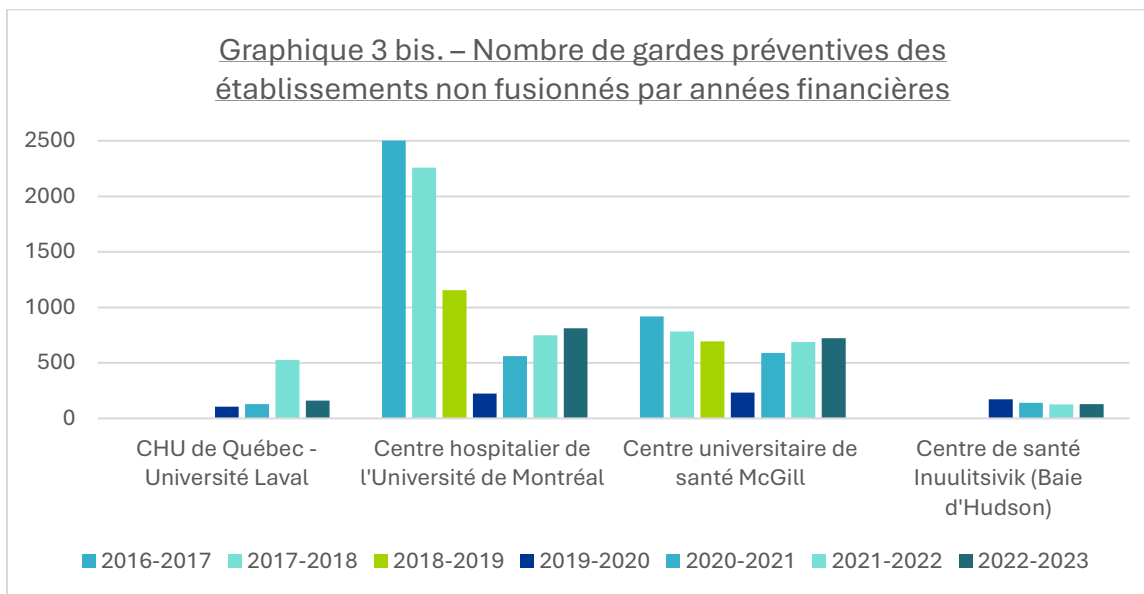
Ainsi, en ce qui concerne la période de 2016-2017 à 2019-2020, le CISSS des Laurentides et les CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal et du Nord-de-l’Île-de-Montréal ont plutôt vu leurs chiffres diminuer. Par ailleurs, la tendance globale à la diminution depuis l’année 2020-2021 n’est pas non plus partagée par tous les centres. Il semble que les chiffres soient plutôt à la hausse pour les CIUSSS du Nord-de-l’Île-de-Montréal, les CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de Laval, de l’Est-de-l’Île-de-Montréal et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (sauf pour la dernière année concernant les 2 derniers centres).

Par ailleurs, pour plusieurs centres intégrés, c’est plutôt l’année 2020-2021 qui représente l’année charnière où l’on observe l’inversement de la tendance à l’augmentation : c’est le cas pour les centres intégrés de Chaudière-Appalaches, Gaspésie, Montérégie-Est, Montérégie-Ouest, Capitale-Nationale, Estrie, Ouest-de-l’Île-de-Montréal et Mauricie-et-Centre-du-Québec.

Enfin, on observe que le nombre de gardes préventives connaît une légère recrudescence dans la dernière année (2022-2023) dans plusieurs centres, tels que celui des Laurentides, de Gaspésie, de Montérégie-Centre, de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal, et du Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal. Il sera intéressant de suivre cette évolution dans les prochaines années afin de savoir si cette augmentation se confirme ou non.



Ci-dessous, le graphique 3 bis présente quant à lui le nombre de gardes préventives pour cinq des douze établissements non fusionnés de la province par année de référence<sup>110</sup>.



On constate sur ce graphique une différence significative du nombre de gardes préventives entre les différents établissements, avec le Centre hospitalier de l'Université de Montréal qui présente des chiffres sensiblement plus élevés, suivi du Centre universitaire de santé McGill. Pour ces deux établissements, une très nette baisse est observable en 2019-2020, pour revenir à une hausse jusqu'en 2022-2023, bien que les chiffres demeurent bien en dessous de ceux antérieurs à 2019. Le centre de santé de la Baie d'Hudson présente des chiffres à peu près stables, tandis que le CHU de Québec a connu une très forte hausse du nombre de garde préventive pour l'année 2021-2022.

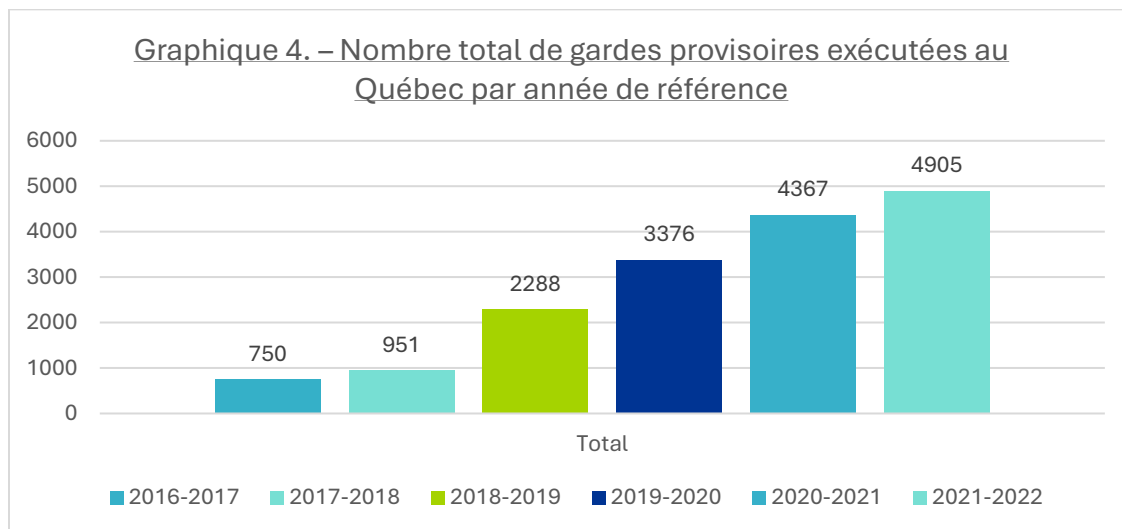
Quoi qu'il en soit, ces chiffres sont d'abord et avant tout révélateurs par leur manque d'uniformité. À la lumière de ce constat, il sera également pertinent d'approfondir ces disparités pour tenter d'identifier si des facteurs particuliers permettent d'expliquer ces différences de tendances (en termes de données sociodémographiques, de disponibilités des services, dont les services alternatifs, etc.).

<sup>110</sup> Nous avons retiré les établissements suivants puisque le graphique ne permettait pas de les visualiser étant donné le trop faible nombre de gardes préventives ( $n < 32$  gardes/an) : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Institut de cardiologie de Montréal, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Pour rappel, nous n'avons pas obtenu les données pour 3 établissements non fusionnés : CLSC Naskapi (Côte-Nord), le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava) et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Certaines demandes d'accès à l'information sont encore en traitement, nous ajouterons les chiffres correspondants dès que possible.

## 2.2. Les gardes provisoires

Tel que nous l'avons vu, la garde provisoire vise à procéder à l'évaluation psychiatrique de la personne. Elle doit être autorisée par un juge et sa durée varie de 96 à 144 heures. Durant cette période, la personne doit subir deux évaluations psychiatriques distinctes afin de déterminer si son état mental présente un danger justifiant son placement sous garde<sup>111</sup>.

Le graphique 4 présente le nombre total de gardes provisoires exécutées par année de référence entre 2016-2017 et 2021-2022 pour 17 CISSS et CIUSSS de la province québécoise et de 5 établissements non fusionnés<sup>112</sup>.



De manière générale, le nombre total de gardes provisoires exécutées a été relativement stable en 2016-2017 et 2017-2018. Une forte augmentation est visible dès 2018-2019, le nombre de gardes provisoires exécutées ayant plus que doublé à ce moment-là. Par la suite, le nombre de requêtes a continué de fortement augmenter jusqu'en 2021-2022.

<sup>111</sup> Voir *supra* section 1.2.2.3.

<sup>112</sup> Les données ont été récoltées par le biais des rapports annuels de gestion de chaque établissement de santé. Les 17 CISSS et CIUSSS sont ceux de la Capitale-Nationale, du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, de l'Estrie, de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière, des Laurentides, Montérégie-Centre, Montérégie-Est et de la Montérégie-Ouest. Les données des CISSS et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, du Nord-de-l'Île-de-Montréal, de la Côte-Nord, de la Gaspésie et des Îles n'ont pas été incluses dans les analyses, puisqu'il manquait des données pour certaines années. Les 5 établissements non fusionnés sont les suivants : l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James. Certaines demandes d'accès à l'information sont encore en traitement, nous ajouterons les chiffres correspondants dès que possible.

L'importante augmentation postérieure à 2018 a vraisemblablement été influencée par la décision de la Cour d'appel de 2018 *J.M. c. Jean-Talon*<sup>113</sup>, qui est venue rappeler « les balises essentielles à l'intervention des établissements de santé et du corps médical en matière de garde préventive, d'évaluation psychiatrique ou de garde en établissement, et de proposer ainsi des repères utiles »<sup>114</sup>. Cette décision a clarifié le fait que le consentement de la personne est nécessaire à son examen psychiatrique. À défaut d'un tel consentement, l'établissement doit obtenir l'autorisation du juge pour examiner la personne ; cela signifie qu'une personne ne peut être soumise à un examen psychiatrique durant la garde préventive, à moins qu'elle y consente explicitement. Il semblerait que cette pratique, pourtant illégale, était courante auparavant. Notons également l'effet probable de la publication du cadre de référence du MSSS la même année qui est également venu clarifier l'application de la loi et rappeler qu'il n'est pas possible de soumettre une personne à un examen psychiatrique contre sa volonté lors de la garde préventive – insistant dès lors sur l'importance de la garde provisoire.

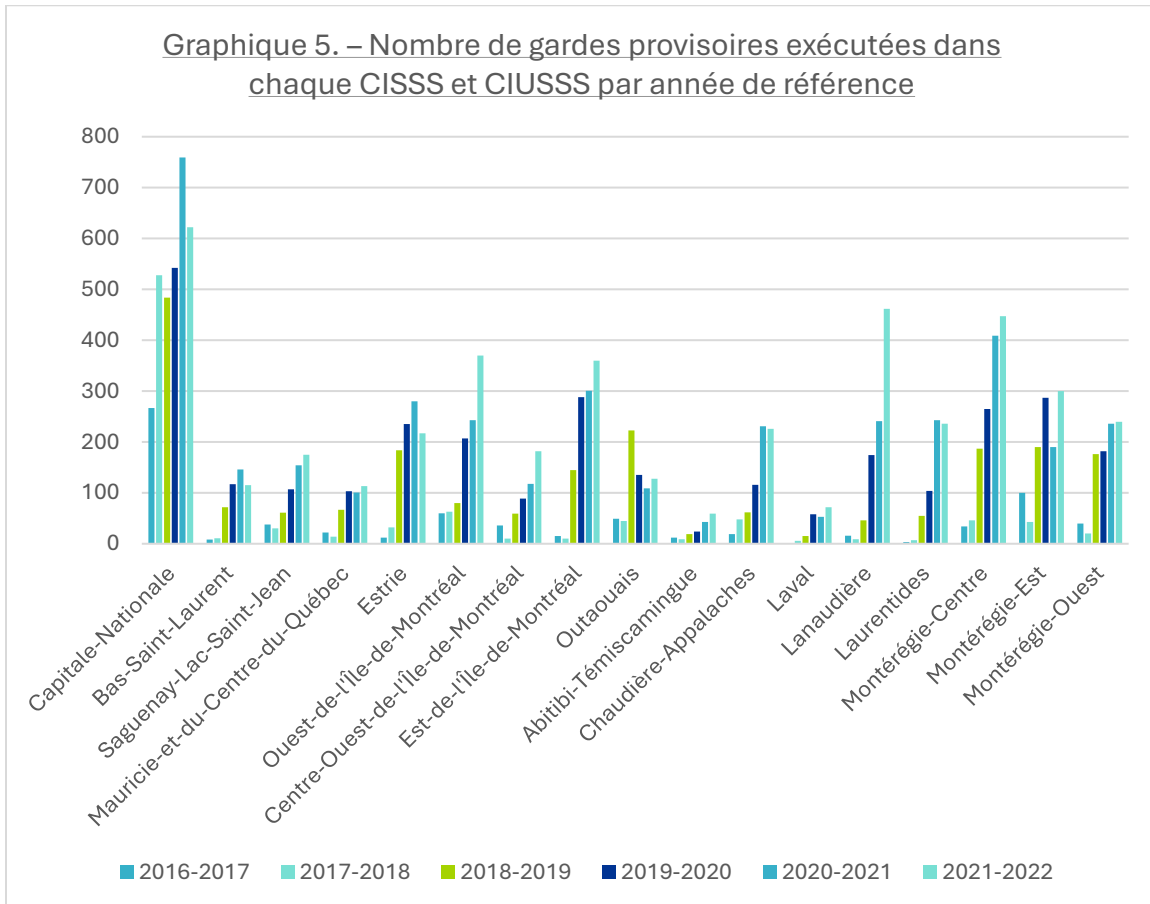
Comme c'était le cas dans l'affaire Jean-Talon, il semble que beaucoup d'établissements ne portaient que peu de considérations au consentement de la personne, que ce soit à l'égard de son refus ou de son inaptitude à consentir, pour la soumettre à des évaluations psychiatriques. Ainsi, les personnes concernées passaient directement de la garde préventive, durant laquelle les évaluations psychiatriques étaient effectuées, à la garde autorisée après que l'établissement ait obtenu l'ordonnance du tribunal. Bien que ce schéma d'action soit tout à fait possible et qu'il arrive que la personne soit apte à consentir et consente effectivement aux examens psychiatriques, la pratique révélait des manquements à ce sujet. L'encadrement plus strict de la garde provisoire découlant de la décision de la Cour d'appel *J.M. c. Hôpital Jean-Talon* s'est très probablement répercuté sur le nombre de gardes provisoires qui a fortement augmenté à la suite de cette décision.

À la page suivante, le graphique 5 présente le nombre de gardes provisoires exécutées pour chacun des CISSS et CIUSSS pour les années de référence de 2016-2017 à 2021-2022.

---

<sup>113</sup> 2018, *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378.

<sup>114</sup> *Id.*, par. 15.

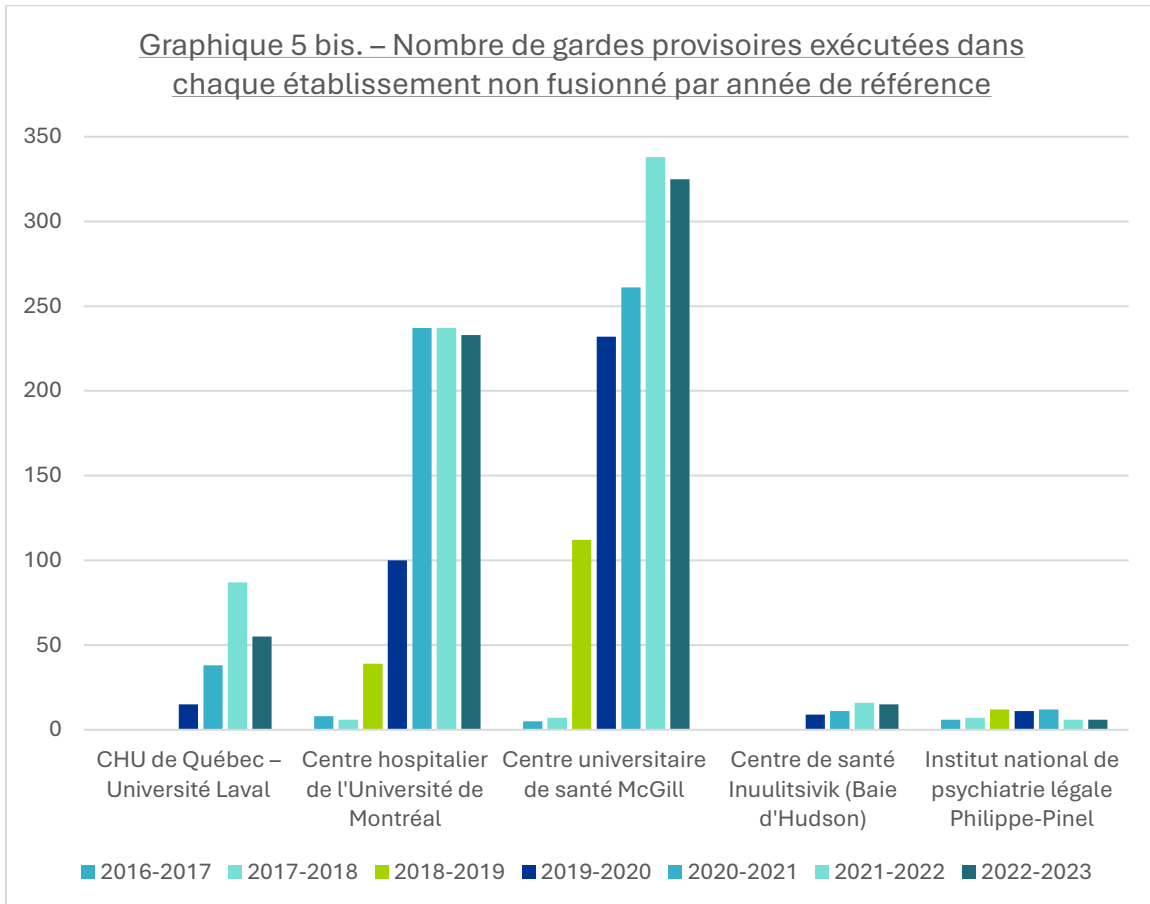


Bien que tous les établissements aient connu une forte augmentation du nombre de gardes provisoires ces dernières années, les courbes ne sont pas systématiquement identiques à celle observée de manière globale au Québec. Les plus fortes augmentations ne sont pas attribuables aux mêmes années, mais oscillent entre 2017-2018 (seulement pour la Capitale Nationale) et les années suivantes. Notons néanmoins que c'est durant l'année 2018-2019 qu'une forte hausse est enregistrée dans la majorité des établissements (11 établissements). Certains établissements ont également connu une baisse du nombre de gardes : en 2017-2018 (pour 8 établissements), en 2018-2019 (pour 1 établissement), en 2019-2020 (pour 1 établissement), en 2020-2021 (pour 3 établissements) et en 2021-2022 (pour 5 établissements).

Le graphique 5 bis situé à la page suivante présente le nombre de gardes provisoires exécutées pour 5 établissements non fusionnés pour les années de référence de 2016-2017 à 2021-2022<sup>115</sup>.

<sup>115</sup> Certains établissements ne comptabilisaient aucune garde provisoire, nous les avons donc retirés du graphique : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, Institut de cardiologie de Montréal, Centre régional de santé et de

Graphique 5 bis. – Nombre de gardes provisoires exécutées dans chaque établissement non fusionné par année de référence



Tout comme dans le Graphique 5, on observe une nette augmentation du nombre de gardes provisoires depuis 2018-2019 pour le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et le Centre universitaire de santé McGill. Au CHU de Québec, les chiffres ont constamment augmenté entre 2019 (nous n'avons pas obtenu les chiffres pour les années précédentes) et 2022 puis ils semblent revenir à la baisse en 2022-2023. Les chiffres du Centre de santé Inuulitsivik et de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel sont trop faibles pour en dégager des constantes significatives.

### **2.3. Les demandes de garde autorisée et de prolongation de garde**

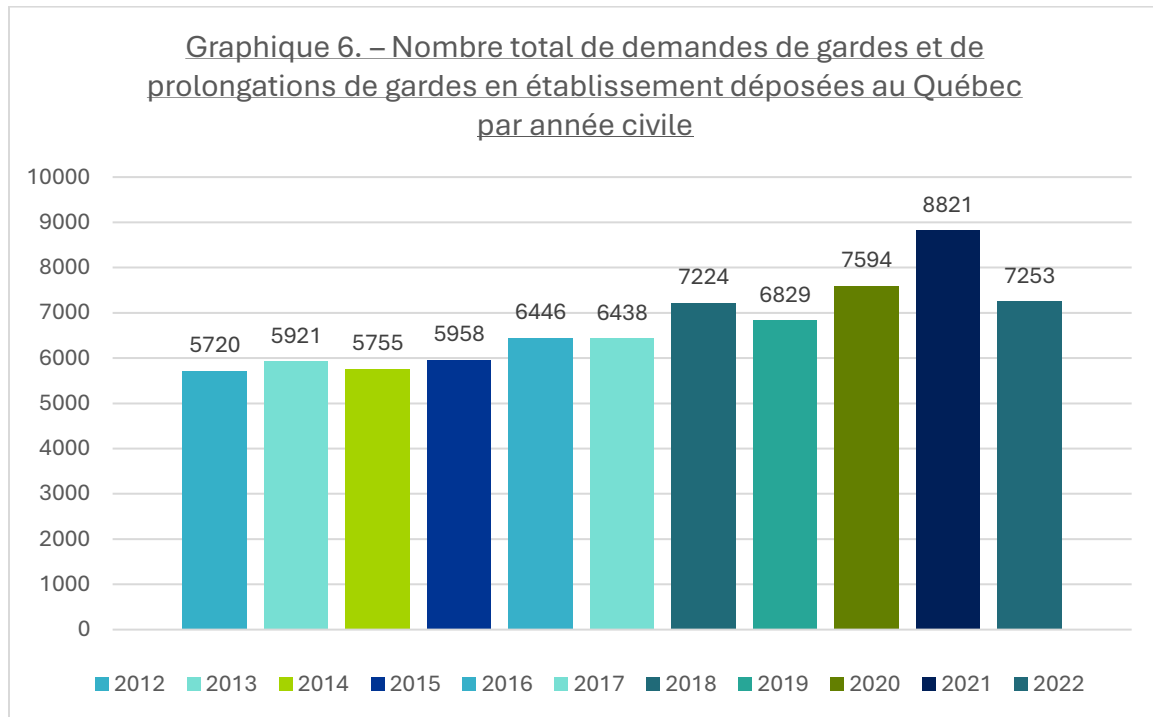
La garde autorisée est le mécanisme qui permet d'hospitaliser une personne contre son gré pour une période plus longue. Elle est autorisée par le juge sur la base des deux rapports psychiatriques qui doivent conclure à la dangerosité de la personne. La personne

---

services sociaux de la Baie-James. Pour rappel, nous n'avons pas obtenu les données pour 3 établissements non fusionnés : CLSC Naskapi (Côte-Nord), le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava) et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. Certaines demandes d'accès à l'information sont encore en traitement, nous ajouterons les chiffres correspondants dès que possible.

placée sous garde doit faire l'objet d'examens psychiatriques réguliers afin de déterminer si la garde est toujours nécessaire. Pour maintenir la garde au-delà du délai fixé par le juge, une demande de prolongation doit être déposée à la Cour du Québec<sup>116</sup>.

Le graphique 6 présente le nombre total de demandes de gardes et de prolongations de gardes au Québec entre les années civiles 2012 et 2022<sup>117</sup>.



De manière générale, une tendance nette à l'augmentation est visible entre 2012 et 2022. En outre, ce graphique nous permet de constater que le nombre de demandes de gardes et de prolongation de garde en établissement a été relativement stable entre les années 2012 et 2017, connaissant une augmentation légère mais quasi continue. Une augmentation plus manifeste s'est fait ressentir en 2018 (786 demandes de plus) ; ce nombre a ensuite légèrement diminué en 2019 pour subir deux fortes augmentations en 2020 et 2021. Enfin, en 2022, le nombre de demandes de gardes et de prolongation de gardes a diminué de manière importante, soit de 1 568 demandes.

À la page suivante, le tableau 2 présente le nombre de demandes de gardes et de prolongations de gardes pour chacun des districts judiciaires du Québec. Un code couleur a été adopté pour permettre de visualiser plus facilement les augmentations et

<sup>116</sup> Voir *supra* section 1.2.2.4.

<sup>117</sup> Les données ont été obtenues à la suite d'une demande d'accès à l'information déposée au ministère de la Justice du Québec, disponible à l'Annexe 2. La réponse à notre demande ne nous a pas permis de discerner les chiffres selon les différents types de gardes demandées ni d'obtenir ceux relatifs aux gardes provisoires.

diminutions du nombre de demandes : les chiffres en rouge indiquent une diminution du nombre de demandes de gardes et de prolongations de gardes déposées en comparaison à l'année précédente, les chiffres en vert représentent une augmentation de ces nombres, tandis que les chiffres en noir témoignent d'une stabilité dans les demandes de garde.

**Tableau 1. – Nombre de demandes de gardes et de prolongations de gardes déposées dans chaque district judiciaire par année civile**

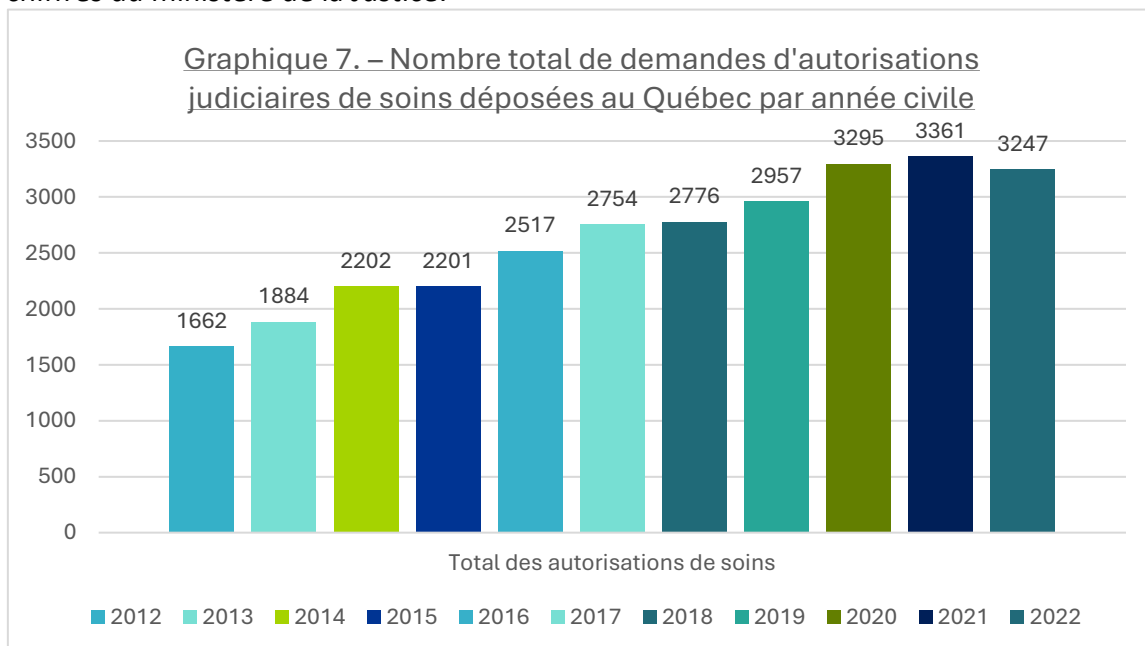
|                 | 2012 | 2013            | 2014            | 2015 | 2016 | 2017 | 2018            | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|------|-----------------|-----------------|------|------|------|-----------------|------|------|------|------|
| Abitibi         | 25   | 29 <sup>a</sup> | 29 <sup>b</sup> | 30   | 36   | 57   | 49 <sup>c</sup> | 36   | 52   | 61   | 80   |
| Arthabaska      | 8    | 4               | 13              | 13   | 12   | 15   | 7               | 13   | 7    | 13   | 13   |
| Beauce          | 27   | 22              | 23              | 34   | 62   | 50   | 58              | 42   | 47   | 55   | 44   |
| Beauharnois     | 106  | 124             | 150             | 151  | 174  | 219  | 287             | 256  | 189  | 210  | 188  |
| Bedford         | 73   | 72              | 81              | 62   | 61   | 65   | 33              | 34   | 40   | 48   | 42   |
| Bonaventure     | 21   | 18              | 28              | 21   | 25   | 22   | 30              | 21   | 26   | 18   | 25   |
| Chicoutimi      | 32   | 54              | 84              | 73   | 75   | 61   | 78              | 71   | 69   | 104  | 104  |
| Drummond        | 55   | 52              | 42              | 49   | 71   | 54   | 44              | 22   | 54   | 71   | 64   |
| Gaspé           | 49   | 50              | 59              | 64   | 35   | 33   | 35              | 31   | 30   | 51   | 73   |
| Baie-Comeau     | 21   | 24              | 10              | 29   | 33   | 23   | 14              | 11   | 27   | 34   | 20   |
| Gatineau        | 398  | 380             | 332             | 325  | 318  | 334  | 339             | 222  | 395  | 380  | 580  |
| Iberville       | 77   | 118             | 87              | 95   | 203  | 209  | 160             | 200  | 314  | 418  | 296  |
| Joliette        | 143  | 152             | 146             | 185  | 229  | 240  | 228             | 171  | 473  | 597  | 408  |
| Kamouraska      | 33   | 35              | 30              | 24   | 88   | 96   | 54              | 39   | 35   | 99   | 80   |
| Labelle         | 22   | 13              | 26              | 59   | 44   | 50   | 51              | 68   | 68   | 76   | 53   |
| Frontenac       | 24   | 25              | 24              | 36   | 31   | 52   | 4               | 11   | 15   | 14   | 29   |
| Mingan          | 387  | 381             | 365             | 394  | 388  | 358  | 509             | 449  | 413  | 481  | 318  |
| Montmagny       | 65   | 37              | 50              | 32   | 52   | 43   | 84              | 49   | 69   | 126  | 116  |
| Montréal        | 2434 | 2519            | 2276            | 2426 | 2388 | 2172 | 3081            | 2873 | 2435 | 2963 | 1964 |
| Québec          | 389  | 359             | 362             | 387  | 411  | 410  | 398             | 422  | 535  | 563  | 551  |
| Richelieu       | 32   | 50              | 41              | 30   | 40   | 36   | 46              | 58   | 60   | 40   | 44   |
| Rimouski        | 25   | 34              | 56              | 48   | 81   | 61   | 110             | 198  | 199  | 204  | 100  |
| Roberval        | 12   | 23              | 22              | 14   | 22   | 17   | 21              | 23   | 60   | 75   | 77   |
| Rouyn-Noranda   | 19   | 21              | 18              | 23   | 18   | 26   | 21              | 27   | 26   | 33   | 29   |
| Charlevoix      | 8    | 4               | 9               | 14   | 18   | 12   | 18              | 10   | 17   | 12   | 20   |
| Saint-François  | 127  | 134             | 124             | 102  | 91   | 135  | 106             | 145  | 174  | 142  | 112  |
| Saint-Hyacinthe | 69   | 58              | 68              | 92   | 71   | 125  | 69              | 90   | 78   | 81   | 77   |
| Saint-Maurice   | 53   | 51              | 76              | 33   | 83   | 67   | 52              | 43   | 52   | 60   | 55   |
| Témiscamingue   | 0    | 5               | 0               | 0    | 0    | 0    | 1               | 0    | 2    | 1    | 3    |
| Terrebonne      | 604  | 681             | 707             | 675  | 789  | 867  | 743             | 668  | 918  | 1067 | 991  |
| Trois-Rivières  | 24   | 32              | 20              | 25   | 24   | 45   | 38              | 29   | 41   | 42   | 32   |
| Laval           | 73   | 73              | 65              | 74   | 138  | 132  | 184             | 204  | 281  | 317  | 327  |
| Longueuil       | 277  | 276             | 321             | 325  | 316  | 335  | 248             | 264  | 343  | 321  | 320  |
| Alma            | 8    | 11              | 11              | 14   | 19   | 17   | 24              | 29   | 50   | 44   | 17   |
| Mégantic        | 0    | 0               | 0               | 0    | 0    | 0    | 0               | 0    | 0    | 0    | 1    |

Ce tableau et le code couleur qui en facilite l’interprétation montrent qu’il est difficile d’établir une tendance quelconque entre les différents districts judiciaires. Par ailleurs, aucun des districts ne duplique parfaitement la tendance globale observée dans le graphique 6 : nous notons néanmoins une certaine correspondance pour les trois dernières années : en effet, la grande majorité des districts (27 districts sur 36) a connu une augmentation du nombre de garde entre 2020 et 2021, tandis qu’une autre majorité (23 districts sur 36) a vu leur nombre baisser en 2022. Enfin, soulignons également que la grande majorité des districts a connu une hausse générale des demandes entre 2012 et 2022 (31 des 36 districts).

#### 2.4. Les demandes d’autorisation judiciaire de soins

Tel que mentionné plus haut, les autorisations de soins sont nécessaires en cas d’empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l’état de santé d’un mineur ou d’un majeur inapte à donner son consentement. Elles le sont également si le majeur inapte refuse catégoriquement de recevoir les soins hors cas d’urgence ou de soins d’hygiène, ou si le mineur de plus de 14 ans les refuse, à moins qu’il y ait urgence et que sa vie soit en danger ou son intégrité menacée<sup>118</sup>.

Ci-dessous le graphique 7 répertorie le nombre total de demandes en autorisations judiciaires de soins pour les années civiles de 2012 à 2022 déposées au Québec, selon les chiffres du ministère de la Justice.



<sup>118</sup> C.c.Q, art. 16. Voir *supra* section 1.3.1.



Entre 2012 et 2021, une tendance constante à la hausse s’observe quant au nombre d’autorisations de soins demandées au Québec qui a plus que doublé en passant de 1 662 en 2012 à 3 361 en 2021. Effectivement, le nombre d’autorisations de soins demandées entre ces années augmente légèrement chaque année, sauf entre 2014 et 2015 où le nombre a diminué d’une demande. La plus grande augmentation a eu lieu entre 2019 et 2020 (338 autorisations de plus).

Néanmoins, la tendance à la hausse semble s’arrêter dans la dernière année puisque le nombre de demandes a, au contraire, diminué : 114 autorisations de soins en moins ont été demandées en 2022 comparativement à 2021. Il sera intéressant de suivre les chiffres pour les prochaines années afin de savoir si cette nouvelle tendance se confirme ou non.

Ces tendances sont également en partie observées par les chercheuses Marie-Hélène Goulet et Clara Lessard-Deschênes, qui constatent une augmentation de 49 % des demandes déposées en autorisations judiciaires de soins entre 2015 et 2020<sup>119</sup>. Elles soulignent par ailleurs que cette augmentation semble aussi partagée à l’échelle internationale.

Le Tableau 2 visible à la page suivante présente le nombre d’autorisations de soins pour chacun des districts judiciaires du Québec entre 2012 et 2022. Le même code couleur que pour le tableau sur les demandes de garde a été utilisé, à savoir, le rouge pour les diminutions, le vert pour les augmentations et le noir lorsque les chiffres sont restés stables.

Ce tableau montre qu’il est, ici encore, difficile d’établir une tendance quelconque entre les différents districts judiciaires et qu’aucun profil ne duplique la tendance globale observée dans le graphique 7. Sur les 340 chiffres, 183 représentent des augmentations, 135 des diminutions et 22 des chiffres stables. Si la majorité va donc à l’augmentation, la tendance est moins nette que dans les chiffres totaux observables dans le graphique précédent.

---

<sup>119</sup> Marie-Hélène GOULET et Clara LESSARD-DESCHÊNES, *Traitement involontaire au Québec : quelles sont les perspectives des différentes parties prenantes sur l’autorisation judiciaire de soins?*, Conférences-midi 2023-2024 organisées par Forensia, Centre de formation intersectoriel en santé mentale, justice et sécurité, 13 mars 2024.

**Tableau 2. – Nombre d’autorisations judiciaires de soins déposées dans chaque district judiciaire par année civile**

|                 | 2012 | 2013            | 2014 | 2015            | 2016 | 2017            | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|-----------------|------|------|------|------|------|
| Abitibi         | 33   | 25 <sup>a</sup> | 14   | 14 <sup>b</sup> | 11   | 40 <sup>c</sup> | 28   | 41   | 45   | 62   | 51   |
| Arthabaska      | 0    | 0               | 1    | 0               | 4    | 10              | 13   | 7    | 5    | 13   | 9    |
| Beauce          | 27   | 50              | 35   | 44              | 22   | 18              | 19   | 23   | 24   | 26   | 19   |
| Beauharnois     | 30   | 16              | 39   | 49              | 30   | 10              | 68   | 72   | 96   | 87   | 66   |
| Bedford         | 16   | 43              | 27   | 26              | 28   | 24              | 30   | 17   | 23   | 40   | 18   |
| Bonaventure     | 4    | 0               | 12   | 4               | 2    | 1               | 8    | 3    | 2    | 6    | 5    |
| Chicoutimi      | 18   | 24              | 27   | 23              | 30   | 30              | 15   | 26   | 28   | 37   | 34   |
| Drummond        | 12   | 32              | 19   | 46              | 59   | 37              | 32   | 36   | 52   | 47   | 50   |
| Gaspé           | 2    | 1               | 5    | 3               | 8    | 4               | 13   | 21   | 17   | 14   | 22   |
| Baie-Comeau     | 21   | 19              | 10   | 18              | 7    | 17              | 7    | 8    | 13   | 39   | 14   |
| Gatineau        | 71   | 74              | 154  | 105             | 119  | 153             | 202  | 148  | 150  | 133  | 26   |
| Iberville       | 0    | 0               | 1    | 0               | 21   | 55              | 74   | 48   | 92   | 83   | 92   |
| Joliette        | 75   | 95              | 86   | 93              | 119  | 101             | 125  | 137  | 111  | 122  | 116  |
| Kamouraska      | 0    | 24              | 24   | 52              | 95   | 75              | 43   | 62   | 60   | 78   | 40   |
| Labelle         | 5    | 7               | 27   | 23              | 28   | 38              | 33   | 45   | 27   | 27   | 23   |
| Frontenac       | 7    | 4               | 9    | 6               | 4    | 43              | 8    | 16   | 13   | 16   | 11   |
| Mingan          | 14   | 24              | 23   | 16              | 7    | 16              | 19   | 14   | 36   | 23   | 35   |
| Montmagny       | 4    | 8               | 6    | 9               | 3    | 8               | 11   | 7    | 2    | 8    | 13   |
| Montréal        | 970  | 1079            | 1243 | 1254            | 1197 | 1209            | 1151 | 1252 | 1307 | 1294 | 1354 |
| Québec          | 156  | 169             | 188  | 179             | 320  | 331             | 374  | 357  | 466  | 424  | 485  |
| Richelieu       | 5    | 0               | 7    | 11              | 10   | 20              | 17   | 24   | 8    | 18   | 14   |
| Rimouski        | 9    | 17              | 25   | 26              | 31   | 41              | 36   | 121  | 87   | 102  | 117  |
| Roberval        | 25   | 23              | 46   | 15              | 16   | 27              | 15   | 14   | 24   | 17   | 17   |
| Rouyn-Noranda   | 15   | 16              | 15   | 14              | 19   | 12              | 3    | 13   | 7    | 14   | 17   |
| Charlevoix      | 1    | 0               | 5    | 3               | 3    | 12              | 5    | 4    | 4    | 6    | 5    |
| Saint-François  | 0    | 0               | 0    | 0               | 2    | 3               | 0    | 8    | 8    | 0    | 1    |
| Saint-Hyacinthe | 38   | 42              | 41   | 66              | 31   | 58              | 52   | 50   | 79   | 63   | 64   |
| Saint-Maurice   | 44   | 55              | 59   | 45              | 58   | 60              | 53   | 59   | 77   | 75   | 80   |
| Témiscamingue   | 0    | 2               | 0    | 0               | 0    | 0               | 0    | 0    | 2    | 7    | 3    |
| Terrebonne      | 1    | 1               | 2    | 1               | 68   | 104             | 116  | 90   | 146  | 167  | 119  |
| Trois-Rivières  | 0    | 0               | 1    | 7               | 17   | 30              | 13   | 10   | 20   | 40   | 49   |
| Laval           | 42   | 21              | 36   | 33              | 62   | 59              | 83   | 86   | 103  | 113  | 113  |
| Longueuil       | 1    | 1               | 1    | 2               | 66   | 90              | 106  | 114  | 146  | 142  | 147  |
| Alma            | 16   | 12              | 14   | 14              | 20   | 18              | 4    | 24   | 15   | 18   | 18   |

Dans l’ensemble, ce portrait quantitatif brossé dans cette seconde partie nous permet de constater que les gardes en établissement ainsi que les autorisations judiciaires de soins ont généralement fortement augmenté durant les dix dernières années. Les différents graphiques et tableaux nous indiquent également une très grande diversité des courbes d’une région à l’autre, laissant supposer que les variations observées renvoient à des réalités de nature régionales plus que nationales. Il serait donc intéressant d’approfondir ces disparités en fonction des différences de pratiques régionales ou encore selon les données sociodémographiques propres à ces régions.

Il nous faut enfin souligner que la pandémie de COVID 19 a possiblement pu jouer un rôle dans ces fluctuations. En effet, cette période a été marquée de fortes particularités en matière de services de santé et de services sociaux, ainsi que dans les pratiques hospitalières. Nous devons donc aborder l'ensemble de ces chiffres avec beaucoup de prudence.

En revanche, ce que ce portrait quantitatif de la situation met en lumière avec certitude c'est le caractère pour le moins discutable de l'exceptionnalité de la P-38. Que dire en effet d'un mécanisme supposé n'être qu'exceptionnel qui est sollicité plus de 16 000 fois par an, qui plus est en ne comptabilisant qu'un seul type de garde sur les trois envisageables (la garde préventive) ?

## **PARTIE III. PRINCIPAUX ENJEUX SOULEVÉS PAR LA MISE EN ŒUVRE DE LA P-38**

### **3.1. Le critère de dangerosité : clé de voute de l'intervention**

Qu'il s'agisse de la garde préventive, de la garde provisoire ou de la garde prolongée, le mécanisme s'appuie intégralement sur la notion de dangerosité. Le titre de la loi est d'ailleurs non équivoque à ce propos et cible directement l'unique critère déclencheur, à savoir la dangerosité liée à l'état mental de la personne. Le questionnement fondamental auquel sont confrontés tous les intervenants amenés à jouer un rôle dans l'application de la P-38 porte donc sur cette notion de dangerosité. Mais que signifie-t-elle ? Comment l'évalue-t-on ? Selon quels éléments ?

#### **3.1.1. Définition**

Selon le MSSS, la « dangerosité » est définie comme « une probabilité élevée d'un passage à l'acte dangereux causé par un état mental perturbé, et qui risque d'entraîner un dommage considérable à l'intégrité de la personne ou d'autrui »<sup>120</sup>. Il précise que si elle est usuellement établie pour prévenir certaines actions, elle peut également découler d'une omission telle que celle de poser les gestes absolument essentiels pour se maintenir en vie. Le cadre de référence du MSSS résume la dangerosité de la façon suivante : « la dangerosité serait tout ce qui menace l'intégrité de la personne ou d'autrui, qui découle de faits observables et tangibles parfaitement descriptibles, qui est actuel ou probable dans un avenir rapproché et suffisamment sérieux pour nécessiter une garde. »<sup>121</sup>.

Une fois cette définition établie, le concept est certainement plus stable théoriquement ; sa mise en pratique demeure néanmoins nébuleuse : sur quels éléments se base-t-on pour évaluer la dangerosité d'une personne, la réalité des menaces qui pèsent sur son intégrité ou celle d'autrui ? Quels types de menaces ?

Le phénomène de la désinstitutionnalisation, abordé plus tôt<sup>122</sup>, a influencé l'évaluation du critère de dangerosité, ainsi que ses motifs. La nouvelle approche axée sur la gestion des risques en psychiatrie a fondamentalement transformé l'appréhension de la dangerosité, passant d'une vision intrinsèque à la nature du danger à une évaluation

---

<sup>120</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2018, p. 3.

<sup>121</sup> Cadre de référence, MSSS, p.23.

<sup>122</sup> Voir *supra*, section 1.1.2.

basée sur le comportement et la probabilité de perte de contrôle<sup>123</sup>. Cette nouvelle vision suppose un rôle essentiel dévolu à l'évaluateur.

### 3.1.1.1 Qui évalue ?

Contribuant à sa complexité, la notion de dangerosité dans le cadre de la P-38 est une notion « médico-légale », plus ou moins intégrée. Si certains y voient le « fruit d'un dialogue entre le système judiciaire et la médecine psychiatrique »<sup>124</sup>, beaucoup s'accordent sur le fait que les deux mondes – médical et légal – s'y confrontent.

Plus encore, la dangerosité n'étant pas strictement définie, son interprétation peut varier selon la personne qui l'évalue. Or, si l'on reprend le parcours d'une personne en vertu de la P-38<sup>125</sup>, sa dangerosité sera évaluée : par l'intervenant de crise de concert avec le policier afin de décider de la conduire dans un établissement de santé, puis par le professionnel de la santé qui l'évalue aux urgences afin de décider de la placer sous garde préventive, par le juge qui autorise la garde provisoire, par deux psychiatres durant cette garde provisoire, puis, à nouveau, par le juge afin d'accorder ou non la garde prolongée. Par la suite, chaque révision de la situation exige une nouvelle évaluation de la dangerosité de la part des psychiatres puis du juge pour prolonger la garde.

Il existe beaucoup de documentation concernant l'évaluation de la dangerosité par les intervenants de la santé et des services sociaux. De même, la jurisprudence abondante sur le sujet nous permet de bien cerner les critères pris en compte par les juges pour procéder à cette évaluation. Nous constatons cependant que peu de données sont disponibles sur la façon dont les policiers évaluent la dangerosité. Bien qu'ils interviennent souvent de concert avec les travailleurs sociaux, il serait tout de même intéressant d'en apprendre davantage sur leur pratique en la matière dans le cadre de la suite de notre recherche. La question du temps que les différents évaluateurs consacrent à l'évaluation de la dangerosité est également centrale, de même que la disponibilité des ressources nécessaires aux différentes évaluations, notamment les psychiatres<sup>126</sup>.

### 3.1.1.2 Comment évaluer la dangerosité ?

Les éléments constitutifs de la dangerosité sont nombreux et divers. Leur importance est par ailleurs difficile à évaluer, car la dangerosité est souvent le produit de leurs

---

<sup>123</sup> Sallée et al., « Au tribunal des risques. Contrôle, autocontrôle et tensions juridiques à la Commission d'examen des troubles mentaux (Québec, Canada) », à la p. 360

<sup>124</sup> Pierre-Marc COUTURE-TRUDEL et Marie-Ève MORIN, « La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie », (2007) 32-1 *smq* 229-244, 231.

<sup>125</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 23.

<sup>126</sup> Si nous n'avons pas trouvé d'éléments à ce sujet dans la littérature, nous pourrions tenter d'approfondir ces points dans la suite de notre recherche.

interactions. Dans son cadre de référence, le MSSS a néanmoins rappelé certains éléments clés nécessaires à la reconnaissance de la dangerosité en vertu de la P-38 ; cinq critères sont ainsi énumérés : (1) le danger doit être réel, (2) il doit concerner la personne visée par la garde et (3) dépendre de son état mental, (4) il doit être assez sérieux pour nécessiter une garde et (5) être actuel<sup>127</sup>. Ces balises sont issues d'un travail jurisprudentiel soutenu sur lequel nous reviendrons ultérieurement<sup>128</sup>.

Par ailleurs, il est difficile de trouver un consensus dans la définition théorique de la dangerosité, une notion « floue par excellence »<sup>129</sup>. Le cadre législatif apporte néanmoins des précisions en distinguant deux degrés de dangerosité : le danger grave et immédiat dans le cas d'une garde préventive<sup>130</sup> et le danger nécessitant une garde pour les gardes provisoires et autorisées<sup>131</sup>. L'ajout du caractère grave et immédiat pour la garde préventive s'explique par une procédure plus rapide et moins contrôlée (pas d'autorisation judiciaire préalable), autrement dit par l'urgence de la situation.

### 3.1.1.3 Le critère pour une garde préventive : le danger grave et immédiat

Deux critères doivent être rencontrés quant au danger que représente la personne pour elle-même ou pour autrui afin que la garde préventive puisse être déclenchée : le danger doit être grave et immédiat :

Immédiat : la garde préventive vise à prévenir la matérialisation prochaine d'un préjudice sérieux, elle est très limitée dans le temps et se justifie par l'imminence du risque, autrement dit l'urgence de la situation<sup>132</sup>. Le MSSS a précisé que cette immédiateté dépend également du temps nécessaire pour contrecarrer le danger : « [p]lus le temps utile pour contrer ce grave danger se rétrécit, plus le danger est immédiat ». Ainsi en va-t-il si le risque que le danger se produise avant l'obtention d'une ordonnance de garde est élevé<sup>133</sup>. L'outil d'évaluation développé par le *Comité d'expertise clinique crise-suicide des Laurentides* va dans le même sens en balisant deux situations d'immédiateté : (1) lorsque la menace ou le geste à la base du danger grave s'est produit dans un passé récent

<sup>127</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 22.

<sup>128</sup> Voir *infra* section 3.1.3.1.

<sup>129</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 28, p. 242, citant M. Otero, « Qu'est-ce que la "folie civile" aujourd'hui? L'alliance volatile des dimensions sociales et mentales », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, vol. 369, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2013, p. 35.

<sup>130</sup> P-38, art. 7 et C.c.Q., art. 27.

<sup>131</sup> C.c.Q., art. 27 et 30. Nous nous arrêtons ici seulement sur le critère pour une garde préventive, le critère de dangerosité plus large pour les autres types de garde étant analysé tout au long des sections 3.1.2 et 3.1.3.

<sup>132</sup> 2018, J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2018 QCCA 378, préc., note 112, par. 54.

<sup>133</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 23.

ou (2) dont « l'exécution est prévue sur le moment ou dans les heures qui suivent ET dont le délai rend impossible de mener à bien une procédure pour obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique de la Cour du Québec, sans compromettre la vie ou l'intégrité de la personne ou la vie ou l'intégrité d'autrui. »<sup>134</sup>

Grave : sur ce point, le MSSS estime que « plus l'atteinte envisagée à l'intégrité de la personne ou d'autrui est importante, étendue, multiple et/ou irréversible, plus le danger est grave ». L'exemple le plus évident est celui de la menace à la vie de la personne (suicide ou homicide)<sup>135</sup>. C'est aussi ce qui ressort de l'interprétation de la gravité développée dans les outils cliniques d'estimation de la dangerosité :

Par danger grave, il est entendu, tout geste, toute intention, toute menace ou toute idée planifiée qui en raison de l'état mental d'une personne : risque de mettre un terme à une vie (la sienne ou celle d'autrui), risque d'infliger des blessures pouvant compromettre sérieusement son intégrité ou celle d'autrui ou risque de l'exposer, elle ou autrui, à un danger présentant une menace pour la vie ou l'intégrité, et ce, de façon intentionnelle ou non.<sup>136</sup>

Le critère d'immédiateté est remis en cause par certains psychiatres, représentés par l'*Association des médecins psychiatres du Québec*, qui le considèrent trop restrictif. Ils favorisent le retrait du caractère immédiat, considérant qu'un « danger peut aisément être important sans être immédiat »<sup>137</sup> et qu'il ne faudrait pas devoir attendre que le danger se perpétue pour pouvoir agir. En ce sens, ils optent pour le remplacement du critère « immédiat », par celui d'« imminent », changement qu'a opéré la loi ontarienne au début des années 2000. Cette opinion est notamment apparue très récemment dans le cadre des auditions liées à l'enquête du coroner au palais de justice de Trois-Rivières au sujet du meurtre de la policière Maureen Breau<sup>138</sup>.

---

<sup>134</sup> COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE DES LAURENTIDES, *Outil d'estimation de la dangerosité dans le cadre de l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001*, 2002, p. 3, en ligne : <<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000019403.pdf>>.

<sup>135</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 23.

<sup>136</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 23.

<sup>137</sup> Ariane LACOURSIÈRE, « Policiers et détresse mentale. Une heure pour éviter le pire », *La Presse* (12 novembre 2023), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/policiers-et-detresse-mentale/une-heure-pour-eviter-le-pire/2023-11-12/les-lois-ne-favorisent-pas-la-prevention.php>>.

<sup>138</sup> Sidhartha BANERJEE, « Mort de la policière Maureen Breau: Un psychiatre ayant déjà suivi Brouillard Lessard témoigne à l'enquête de la coroner », *La Presse*, sect. Justice et faits divers (13 février 2024), en ligne :

<<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2024-02-13/mort-de-la-policiere-maureen-breau/un-psychiatre-ayant-deja-suivi-brouillard-lessard-temoigne-a-l-enquete-de-la-coroner.php>> (consulté le 14 mars 2024); voir aussi l'avis du docteur Mathieu Dufour dans MARIE-ÈVE TRUDEL, « Le Québec « champion » de la non-responsabilité criminelle », *Radio-Canada*, éd. ICI Mauricie-Centre-du-Québec (21 février 2024), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2051118/sante-mentale-danger-responsabilite-criminelle>>.

Ainsi, certaines balises, notamment concernant la garde préventive, ont peu à peu été apportées afin de circonscrire la dangerosité et d'ainsi harmoniser les situations nécessitant une mise sous garde. Pour compléter ces efforts, d'autres précisions ont été apportées tant en matière d'évaluation clinique qu'en matière d'évaluation juridique de la dangerosité, autrement dit pour outiller le soignant (médecin ou psychiatre) ou le juge dans sa prise de décision quant à la dangerosité de la personne. Ces éléments se retrouvent dans deux types de documents : les outils ou grilles d'évaluation clinique et les décisions judiciaires. Nous proposons ici de revenir sur ces éléments, tout d'abord sur les outils d'aide à l'évaluation clinique de la dangerosité, puis, dans un second temps, sur les principes issus de la jurisprudence.

### 3.1.2. L'évaluation clinique de la dangerosité<sup>139</sup>

#### **3.1.2.1 Les différents types de danger**

Bien qu'il soit essentiel à la mise en application de la P-38, le concept juridique de « dangerosité liée à l'état mental » n'a pas été traduit en termes cliniques lors de l'entrée en vigueur de la loi. Ce travail de traduction et d'opérationnalisation a donc été réalisé au fil du temps, grâce à diverses collaborations régionales dans le milieu de la santé<sup>140</sup>.

Afin de soutenir les intervenants mandatés et d'uniformiser l'application de la loi, trois types de dangers ont été distingués, à savoir le suicide, l'agression grave/l'homicide et la menace à l'intégrité<sup>141</sup>. La menace à l'intégrité, pas systématiquement incluse dans les outils, se produit lorsqu'un individu est en proie à une désorganisation psychotique qui l'amène à poser des gestes menaçants, imprévisibles et impulsifs dans un contexte non intentionnel<sup>142</sup>. En d'autres termes, l'état mental de la personne engendre une perception déformée de la réalité pouvant la conduire à adopter des conduites à risque

---

<sup>139</sup> Notons que ces sections relatives à l'évaluation clinique de la dangerosité devront être complétées par les connaissances pratiques issues des entretiens semi-dirigés auprès des cliniciens dans le cadre du chantier 2 du projet de recherche. Il est en effet essentiel d'identifier les outils d'évaluation mis en œuvre quotidiennement par les cliniciens qui peuvent parfois s'avérer quelque peu différents des cadres énoncés dans la littérature.

<sup>140</sup> ACTION AUTONOMIE, Henri DORVIL, Marcelo OTERO et Laurie KIROUAC, *Protection ou coercition – La P-38.001 – Point de vue des personnes interpellées*, Rapport de recherche portant sur l'application de la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Montréal, 2007, p. 27.

<sup>141</sup> COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE DES LAURENTIDES, préc., note 132; AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Estimation de la dangerosité dans le cadre de la loi P-38.001*, Cahier de formation, Montréal, 2005.

<sup>142</sup> COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE DES LAURENTIDES, préc., note 132.



pour elle-même ou pour autrui, et ce, sans intention manifeste. Dans de telles situations, on considère que la personne met son intégrité ou celle des autres en danger.

Une fois ces trois types de danger distingués, il importe de savoir comment les évaluer.

### **3.1.2.2 Le processus d'estimation de la dangerosité**

Il existe deux indications légales quant à la manière d'estimer la dangerosité : la personne en charge de l'évaluation doit procéder elle-même à l'examen, de plus, elle doit différencier les éléments de la dangerosité issus de l'observation directe de ceux communiqués par une tierce partie<sup>143</sup>. Dans cette perspective, l'évaluation de la dangerosité doit reposer sur un contact direct entre la personne dont l'état mental présente un danger et la personne en charge de l'évaluer.

Le MSSS a également précisé dans son Cadre de référence que « [é]valuer ou estimer la dangerosité d'une personne consiste à établir un pronostic. Il s'agit dès lors d'appréhender un ensemble de faits susceptibles de favoriser le passage à l'acte. » Ce type d'évaluation ne peut être que contextuel étant donné la singularité de chaque situation. Néanmoins, cherchant à outiller au maximum les personnes en charge de l'évaluation de la dangerosité, plusieurs documents se sont basés sur une démarche systématique visant à structurer chaque intervention selon une même démarche.

### **3.1.2.3 Les outils et guides d'évaluation du danger**

Afin d'établir leur pronostic quant aux niveaux de danger, les professionnels en charge d'évaluer la dangerosité doivent examiner un ensemble de faits et de facteurs pouvant favoriser le passage à l'acte. Il existe différents outils basés sur une démarche systématique pour les soutenir dans leur décision. Ces instruments, qui prennent généralement la forme de grilles d'analyse, peuvent diminuer les risques d'erreur de jugement tout en facilitant l'intervention auprès de la personne<sup>144</sup>. Constitués des facteurs de risque et de protection associés au type de danger considéré, ils soutiennent le jugement clinique des professionnels en favorisant une décision éclairée quant à la situation évaluée et aux interventions à privilégier auprès des personnes visées<sup>145</sup>. Ils indiquent le niveau de risque qui est bien souvent représenté sous la forme d'un continuum de couleurs, allant du vert (risque faible), en passant par le jaune (risque

---

<sup>143</sup> P-38, art. 3.

<sup>144</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 24.

<sup>145</sup> Mark J. RUSS, Todd KASHDAN, Simcha POLLACK et Senada BAJMAKOVIC-KACILA, « Assessment of Suicide Risk 24 Hours After Psychiatric Hospital Admission », (1999) 50-11 *PS*.

modéré) et l'orange (risque élevé), jusqu'au rouge (risque imminent)<sup>146</sup>. Aussi valides et fiables qu'ils soient, leur utilisation ne peut néanmoins remplacer une formation pertinente, une supervision clinique continue et des protocoles sécuritaires. Dans cette perspective, les outils d'estimation de la dangerosité permettent essentiellement de bonifier le jugement clinique des professionnels et de cibler des leviers d'intervention<sup>147</sup>.

Plusieurs outils d'aide à la décision ont été élaborés au fil des années et sont utilisés dans diverses régions<sup>148</sup>. Si certains visent à évaluer la dangerosité dans sa globalité au sens de la P-38, d'autres sont davantage spécifiques et ne portent que sur l'un des types de danger précédemment identifiés. Le recours à ces instruments n'est pas imposé, mais simplement recommandé par le MSSS ainsi que par différents chercheurs et organismes publics<sup>149</sup>. De ce fait, le choix des outils ainsi que leurs utilisations varient selon les régions, les établissements et les intervenants.

Dans les prochaines sections seront abordés les outils d'aide à la décision dans le cadre général de l'évaluation de la dangerosité au sens de la P-38, puis de l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire et enfin du risque d'homicide.

#### LES OUTILS D'AIDE À L'ÉVALUATION DE LA DANGEROUSITÉ AU SENS DE LA P-38

L'une des premières initiatives concernant l'estimation de la dangerosité au sens de la P-38 a été engagée par le *Comité d'expertise clinique crise-suicide de la Régie régionale des Laurentides*<sup>150</sup>. Les objectifs du comité reposaient sur la volonté de proposer un langage commun et de soutenir les intervenants en situation de crise dans l'estimation de la dangerosité en leur fournissant des indicateurs clairs, et ce, dans le respect des droits de la personne concernée par l'évaluation.

Dans cet outil sont pris en compte les trois types de danger précédemment cités (le risque suicidaire, le risque d'agression grave/homicide et la menace à l'intégrité), évalués en fonction de la présence des facteurs de risque spécifiés. Une fois l'évaluation terminée,

---

<sup>146</sup> Anne-Michel GAUTHIER, « Intervenir auprès d'une personne présentant des idées d'homicide : pour une intervention visant à assurer la sécurité de tous, sans pour autant oublier la détresse vécue par la personne », *Intervention* 2021.152.107.

<sup>147</sup> B. LAVOIE, M. LECAVALIER, P. ANGERS et J. HOULE, *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques.*, Montréal, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal., 2012.

<sup>148</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22.

<sup>149</sup> AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, préc., note 138; COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE DES LAURENTIDES, préc., note 132; J. LANE, J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND, *Prévention du suicide : Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec (QC), Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010; *Id.*, p. 30; PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)*, Québec, 2011.

<sup>150</sup> COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE DES LAURENTIDES, préc., note 132.

le document décrit les différentes avenues possibles pour lesquelles il précise si la P-38 s'applique ou non et les actions à entreprendre conséquemment.

Ultérieurement, un cahier de formation a été élaboré par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal<sup>151</sup>. Celui-ci reprend sensiblement la structure de l'outil développé par le Comité d'expertise clinique crise-suicide. Contrairement à son prédécesseur, le cahier de formation indique des critères cliniques spécifiques à la menace à l'intégrité envers soi et autrui.

Dans son cadre de référence, le MSSS propose deux outils d'aide à la décision. Le premier indique les questions à se poser quant à la dangerosité en incluant les indicateurs de la menace à l'intégrité. Il énumère par ailleurs de façon non exhaustive les facteurs associés aux différents types de danger et précise que le risque suicidaire et le risque homicidaire doivent être évalués en sollicitant les outils développés spécifiquement pour ces derniers. De son côté, le deuxième outil d'aide à la décision propose des pistes d'action relatives aux différentes façons d'intervenir dépendamment des réponses obtenues aux questions.

En outre, le MSSS fait également référence aux Guides d'intervention Info-Social (ci-après GIIS) et notamment à celui intitulé *Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Aujourd'hui, il semble que les établissements utilisent plutôt les Guides d'intervention psychosociale ponctuelle (ci-après GIPP) qui sont destinés aux intervenants d'Info-Social, mais aussi aux intervenants des différents services d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (ci-après AAOR) de la province. Il existe plusieurs GIPP, selon différentes thématiques touchant les problématiques psychosociales. Nous avons eu accès à plusieurs d'entre eux concernant la santé mentale. Parmi ces derniers, certains GIPP sont spécifiques aux risques suicidaires et homicidaires, tandis que d'autres sont propres à l'application de la P-38. L'outil d'évaluation du potentiel de dangerosité auprès d'un tiers est particulièrement pertinent. Ce dernier est composé de 21 questions destinées à identifier la dangerosité de la personne.

D'autres centres intégrés nous ont fait mention de documents similaires<sup>152</sup>. Notons par exemple le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue qui propose un guide de dangerosité en annexe de son protocole d'application de la P-38. Celui-ci se compose de six questions visant à aider l'intervenant à identifier s'il est dans une situation où il doit enclencher un

---

<sup>151</sup> AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Cahier de formation sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)*, Montréal, 2005, en ligne : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/55897> (consulté le 28 juillet 2023).

<sup>152</sup> Nous avons déposé des demandes d'accès à l'information auprès de tous les centres intégrés du Québec, leur demandant notamment de nous communiquer leur protocole ou tout document administratif faisant état du protocole à suivre dans leurs établissements lors des placements sous garde. Dans ce cadre-là, certains nous ont fait parvenir les grilles et outils utilisés par leurs intervenants pour évaluer la dangerosité des personnes, voir Annexe 1.

mécanisme d'intervention en vertu de la P-38 ou non. Ce guide reprend certains principes établis par la jurisprudence pour soutenir les décideurs<sup>153</sup>.

### LES OUTILS D'AIDE À L'ÉVALUATION DU RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Notons d'emblée que l'évaluation du risque suicidaire est un processus complexe et multifactoriel<sup>154</sup>. Il existerait en effet plus de 75 facteurs associés au suicide<sup>155</sup>. En pratique, il s'avère donc impossible d'évaluer la présence de chacun d'entre eux lors de l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire. Dans cette perspective, il est important pour les intervenants de se concentrer sur les facteurs les plus déterminants.

En 2006, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS a mandaté le Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) afin d'effectuer des recherches au sujet des bonnes pratiques en prévention du suicide pour les intervenants des Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS)<sup>156</sup>. Pour répondre à ce mandat, les chercheurs ont préalablement réalisé une analyse des besoins des CSSS en matière de prévention du suicide. L'un des résultats notoires concernait le manque d'uniformité des outils servant à repérer et à évaluer la personne suicidaire. En effet, l'analyse des besoins a révélé que le recours à des outils d'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire variait considérablement d'un établissement à l'autre, et parfois même, d'un intervenant à l'autre. En outre, la diversité des outils utilisés complexifiait l'instauration d'un langage commun dans le milieu de la santé<sup>157</sup>.

Parmi ces outils, la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* élaborée par Suicide Action Montréal et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances<sup>158</sup> a été recommandée par le MSSS, notamment dans son cadre de référence sur la P-38<sup>159</sup>. Cet instrument permet d'élargir l'estimation du danger à d'autres facteurs que le COQ, de privilégier les facteurs proximaux, de situer sur un continuum les facteurs de risque et de protection, mais aussi, de tenir compte des symptômes liés aux problèmes de santé mentale. En son sein sont évalués les sept critères suivants : 1) planification du suicide, 2) tentative de suicide, 3) capacité à espérer un changement,

---

<sup>153</sup> Sur les principes jurisprudentiels relatifs à la dangerosité, voir *infra* section 3.1.3.1.

<sup>154</sup> G. LEBEL, R. STE-MARIE, N. BOUDRIAS et M. MONTREUIL, *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire*, Montréal, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2018.

<sup>155</sup> M. WALTER et I. TOKPANOU, « Identification et évaluation de la crise suicidaire », (2003) 161-2 *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 173.

<sup>156</sup> J. LANE et J. ARCHAMBAULT, *Prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux-Analyse des besoins*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010, p. 43.

<sup>157</sup> B. LAVOIE, M. LECAVALIER, P. ANGERS et J. HOULE, préc., note 144.

<sup>158</sup> J. LANE, J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND, préc., note 146, p. 93; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 24.

<sup>159</sup> B. LAVOIE, M. LECAVALIER, P. ANGERS et J. HOULE, préc., note 144.

4) usage de substances, 5) capacité à se contrôler, 6) présence de proches et 7) capacité à prendre soin de soi. Cette grille semble constituer l'outil le plus accessible et le plus diffusé dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec<sup>160</sup>. Il est à noter qu'une formation de trois jours, dispensée par des formateurs accrédités par l'AQPS, est nécessaire pour utiliser l'outil.

Malgré ces outils, le récent rapport d'enquête de la coroner Julie-Kim Godin portant sur la thématique de suicide laisse supposer que le risque suicidaire n'est pas évalué systématiquement<sup>161</sup>. Le cas échéant, cette évaluation ne semble pas nécessairement reposer sur l'utilisation d'un outil validé et standardisé. Plusieurs défaillances ont ainsi été observées. La coroner a de ce fait formulé de nombreuses recommandations quant au besoin d'élaboration d'outils, de la mise en place de meilleures formations et d'uniformisation des pratiques à l'égard de la prévention du suicide et des troubles mentaux concomitants<sup>162</sup>. En somme, malgré plusieurs initiatives en la matière, le manque d'harmonisation des pratiques et des instruments d'évaluation semble persister.

#### LES OUTILS D'AIDE À L'ÉVALUATION DU RISQUE D'HOMICIDE

Les outils d'aide à l'évaluation du risque d'homicide sont nombreux, plus ou moins spécifiques à certains types de violence. À la suite du rapport du comité d'experts sur les homicides familiaux<sup>163</sup>, le MSSS a mandaté le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean dans le but de développer un outil d'estimation du risque d'homicide ainsi qu'un guide d'intervention et une formation pour en assurer une utilisation adéquate<sup>164</sup>. Le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (ci-après CRAIP), rattaché à ce dernier, a ainsi créé *l'outil d'estimation et de gestion du risque d'homicide*. En 2015, le CRAIP s'est assuré du déploiement provincial de cet instrument et de la formation qui lui est associée. Au regard de l'intérêt porté à l'estimation de la dangerosité dans la présente section, seul l'outil d'estimation du risque d'homicide sera décrit.

---

<sup>160</sup> A.M. OUMET, D. MORIN et C. MONGEAU, *L'expérience d'utilisation de la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » en contexte de CRDITED. Rapport d'analyse de la séance de travail tenue le 22 juillet 2013.*, Montréal, CRDITED de Montréal, 2014, p. 30, en ligne : [https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport\\_-\\_grille\\_sam.pdf](https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport_-_grille_sam.pdf).

<sup>161</sup> Julie-Kim GODIN, *Rapport d'enquête 2019-00257 : Loi sur les coroners. POUR la protection de LA VIE humaine*, 2019-00257, Québec, Bureau du coroner, 2023.

<sup>162</sup> *Id.*

<sup>163</sup> G. TREMBLAY, A. DELORME, C. MÉNARD, É. ROCHETTE, G. CÔTÉ, G. MARTEL, J. LEPAGE, M. MONASTESSE, M. FRÉCHETTE, M. TRÉPANIÉ, M. HAMEL, M. LAVALLÉE, M. DUBÉ, S. GAGNON et S. NADEAU, *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, p. 71, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-02.pdf>.

<sup>164</sup> A.-M. GAUTHIER, préc., note 143.

Ce dernier se constitue de cinq sections : 1) les facteurs de risque, 2) les facteurs de protection, 3) les facteurs aggravants, 4) le scénario de l'homicide (plan de la personne qui présente des idées d'homicide et victimes ciblées) et 5) l'estimation finale. Si l'évaluateur en conclut la présence d'un risque d'homicide, le CRAIP préconise d'intervenir en vue de diminuer le niveau de risque en fonction de la cote obtenue, et ce, en ayant recours à l'*Outil de gestion du risque d'homicide*<sup>165</sup>.

De nombreux autres outils d'évaluation du risque de violence ont également été développés. Les chercheurs Jean-Pierre Guay, Joao Da Silva Guerreiro et Anne G. Crocker ont récemment procédé à un référencement de ces différents outils adressés à des professionnels de la psychiatrie<sup>166</sup>. Ils envisagent notamment le *Dynamic Appraisal of Situational Aggression*<sup>167</sup>, très solide sur le plan psychométrique, ainsi que la *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START), qui permet l'analyse du risque de violence et de la « traitabilité » à court terme, à partir de l'évaluation de 20 facteurs de risque dynamiques, cotés comme vulnérabilités ou comme forces<sup>168</sup>.

Le rapport d'enquête de la coroner Julie-Kim Godin cité plus haut a également soulevé des enjeux quant à ces outils<sup>169</sup>. En effet, la description des circonstances entourant les différents décès ne fait pas état d'évaluation du risque d'homicide, tant chez les suicidés que chez la personne ayant commis un homicide avant de mettre fin à ses jours. Rappelons néanmoins que seuls cinq suicides et un homicide sont décrits dans le rapport du Coroner. Malgré une analyse approfondie et rigoureuse de chacun des cas, il est impossible de généraliser les observations faites en matière d'évaluation du risque à l'ensemble des décès par suicide et/ou homicide. Les consultations que nous aurons l'occasion de mener dans le cadre des autres chantiers de notre recherche pourront nous apprendre davantage sur les pratiques de terrain et l'utilisation de ces différents outils.

#### **3.1.2.4 Les difficultés soulevées par l'évaluation clinique**

L'examen des outils d'évaluation des risques et de leur implantation au sein des réseaux de la santé et des services sociaux a permis de mettre en lumière plusieurs difficultés à l'égard de l'évaluation clinique. On constate entre autres un manque d'uniformité dans les outils utilisés pour estimer la dangerosité. En effet, ces outils, tout comme la fréquence

---

<sup>165</sup> *Id.*

<sup>166</sup> Jean-Pierre GUAY, Joao DA SILVA GUERREIRO et Anne CROCKER, « Les méthodes et enjeux relatifs à l'évaluation du risque de la violence hétérodirigée », (2022) 47-1 *smq* 63.

<sup>167</sup> James R. P. OGLOFF et Michael DAFFERN, « The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients », (2006) 24-6 *Behav Sci Law* 799.

<sup>168</sup> Erik KROPPAN, Kåre NONSTAD, Runar BUSCH IVERSEN et Erik SØNDENAA, « Implementation of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability over two phases », (2017) 10 *JMDH* 321., voir également les informations au sujet du START sur le site de Forensia : <https://forensia.ca/produit/manuel-start-vfr/?fbclid=IwAR1Ytr3lwyPeQ3e0-ePDdgM7eI23QF-kvIw9S-95bIYNlqgXN0ISlbspzcM>.

<sup>169</sup> J.-K. GODIN, préc., note 158, p. 127.

et les modalités de leur utilisation, peuvent varier d'un établissement à l'autre et même d'un intervenant à l'autre. Dans cette perspective, les personnes visées par la P-38 peuvent être évaluées selon des indicateurs cliniques différents, dépendamment des professionnels qu'elles rencontrent ou des structures qui les accueillent. Bien que de nombreuses initiatives aient été engagées afin d'uniformiser l'évaluation de la dangerosité, il semble subsister une disparité dans les pratiques, menant notamment à une diversité d'interprétations du concept de dangerosité lui-même. De surcroît, le rapport de la coroner Julie-Kim Godin suggère que l'évaluation et l'estimation de la dangerosité (notamment le risque de passage à l'acte suicidaire et le risque d'homicide) ne sont pas réalisées de manière systématique, et ce, bien que certains symptômes cliniques alarmants soient présents<sup>170</sup>.

Rappelons néanmoins ici qu'aucun instrument n'est capable de prédire de façon certaine le risque suicidaire ou le risque d'homicide d'une personne<sup>171</sup>. Par exemple, la valeur prédictive des outils évaluant le risque de passage à l'acte suicidaire s'élève à seulement 5,5 %<sup>172</sup>. Il est également important de souligner que ces outils ne peuvent se soustraire au jugement clinique des professionnels, mais agissent comme soutien pour accompagner les intervenants dans leurs prises de décision quant aux actions à entreprendre. De surcroît, comme le précisent Lebel et ses collaborateurs, l'observation, l'écoute, l'interrogation, la réflexion critique et le jugement, compétences essentielles de l'expertise du clinicien, ne peuvent être acquises uniquement en utilisant un outil d'évaluation<sup>173</sup>. Ils ajoutent qu'aucun outil ne peut fournir les compétences interpersonnelles et relationnelles utilisées pour engager avec succès la personne et ses proches dans une relation de confiance.

### 3.1.3. L'évaluation judiciaire de la dangerosité : les balises jurisprudentielles

Tel que nous l'avons mentionné en introduction de cette section, deux types d'évaluation sont réalisés afin de déterminer si les conditions légales pour ordonner une garde sont remplies. Dans un premier temps, deux psychiatres effectuent un examen médical de la personne afin d'évaluer cliniquement sa dangerosité. Si les conclusions contenues dans leurs rapports d'évaluation psychiatrique confirment la dangerosité et la nécessité de la garde, le juge procède à son propre examen. Ainsi, dans un second temps, la situation est présentée au juge, qui doit lui-même avoir des motifs sérieux de croire en la dangerosité

---

<sup>170</sup> *Id.*

<sup>171</sup> C. FERGUSON et F. MCLACHLAN, « Predicting and assessing lethal risk in domestic and family violence situations in Australia », *QUT Centre for Justice Briefing Paper* 2020, 3; Gregory CARTER, Allison MILNER, Katie MCGILL, Jane PIRKIS, Nav KAPUR et Matthew J. SPITAL, « Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales », (2017) 210-6 *Br J Psychiatry* 387, 389; G. LEBEL, R. STE-MARIE, N. BOUDRIAS et M. MONTREUIL, préc., note 151, p. 5.

<sup>172</sup> G. CARTER et al., préc., note 168, 389.

<sup>173</sup> G. LEBEL, R. STE-MARIE, N. BOUDRIAS et M. MONTREUIL, préc., note 151, p. 15.

de la personne, que ce soit envers elle-même ou envers autrui, ainsi qu'en la nécessité de la garde<sup>174</sup>. Au fil des ans, de nombreux jugements sont venus baliser cette évaluation judiciaire de la dangerosité.

### 3.1.3.1 Les balises jurisprudentielles

Si l'on exclut le cas particulier de la garde préventive, c'est aux juges que revient la décision finale d'ordonner ou non la garde en établissement : ceux-ci doivent, en quelque sorte, « tester la conclusion des médecins de recommander la garde en établissement et se faire leur propre opinion quant à la dangerosité de la personne visée et quant à la nécessité de cette garde. »<sup>175</sup>. N'étant pas *a priori* formés pour évaluer la dangerosité d'une personne, les juges ont développé de nombreuses balises au fil du temps afin de circonscrire l'analyse de la dangerosité. Ainsi, plusieurs principes de correspondance ou de non-correspondance entre la dangerosité et d'autres facteurs ont été dégagés et font aujourd'hui office de principes jurisprudentiels. Nous les reprenons succinctement ci-dessous.

#### LA NATURE DU DANGER APPRÉHENDÉ

Il est important de noter qu'il n'existe pas de critères absolus ou exhaustifs définissant la nature du danger<sup>176</sup>. Néanmoins, les juges ont précisé que « [l]a garde en établissement, à titre de mesure privative de liberté, ne peut être autorisée par le tribunal que pour des raisons graves et sérieuses. »<sup>177</sup>. Par ailleurs, dans l'un des arrêts de référence en matière de garde en établissement, la Cour d'appel a posé certaines exigences quant à la nature du danger qui doit être « précisée et explicitée. Il doit également s'agir d'un danger important ou d'un potentiel de danger élevé. »<sup>178</sup>. En outre, son identification doit reposer sur une assise factuelle rigoureuse et non sur des hypothèses<sup>179</sup>.

Le danger doit être intrinsèquement lié à la préservation de la vie ou à l'intégrité de la personne, ce qui est par exemple le cas s'il place la personne ou autrui dans une situation de risque intolérable<sup>180</sup>. Le danger peut être lié à l'intégrité de la personne elle-même (risque suicidaire) ou encore à l'intégrité d'autrui (risque de blessure ou d'homicide).

---

<sup>174</sup> C.C.Q., art. 30 al. 2.

<sup>175</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, 2009 Cour d'appel du Québec, par. 23.

<sup>176</sup> *G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, 2009 Cour d'appel du Québec, par. 43.

<sup>177</sup> *Id.*, par. 41.

<sup>178</sup> *A c. Centre hospitalier de St. Mary*, 2007 Cour d'appel du Québec, par. 17.

<sup>179</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 172, par. 24.

<sup>180</sup> *A c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 175, par. 32.



Enfin, si la dangerosité émane bien souvent de gestes ou de menaces, elle peut également résulter d'une omission<sup>181</sup>.

#### LA DANGÉROSITÉ DANS LE TEMPS

Pour les gardes provisoires et prolongées, il n'est pas nécessaire que le danger soit immédiat comme c'est le cas pour la garde préventive. Néanmoins, le danger doit être prévisible à court terme<sup>182</sup> et clairement envisageable « dans le présent ou dans un avenir relativement proche »<sup>183</sup>. L'utilisation de la conjonction « ou » laisse supposer que ces deux critères temporels peuvent s'appliquer, ce qui peut avoir une influence sur la preuve requise et la portée de la garde<sup>184</sup>. La jurisprudence nous permet d'ailleurs d'observer quelques divergences en ce qui concerne l'imminence du danger pour les gardes provisoires et régulières : certains juges exigent une preuve de danger imminent à court terme, tandis que d'autres acceptent une preuve de dangerosité plus aléatoire qui pourrait se manifester à moyen terme<sup>185</sup>.

Par ailleurs, dans le cadre des contestations déposées devant le TAQ, il ne s'agit pas de savoir si le requérant peut redevenir dangereux après la levée de sa garde, mais bien de déterminer s'il est dangereux au point de justifier le maintien de sa garde actuelle<sup>186</sup>.

#### LA DANGÉROSITÉ ET L'ÉTAT MENTAL DE LA PERSONNE

Il doit nécessairement exister un lien entre l'état mental de la personne et la dangerosité qu'elle présente<sup>187</sup> ; néanmoins, l'état mental comme tel ne suffit pas pour déclencher la garde. Ainsi, un diagnostic de maladie mentale ne présume pas de la dangerosité de la personne concernée<sup>188</sup>.

Les juges rappellent ce principe dans de nombreuses décisions, indifféremment de la conclusion à laquelle ils parviennent au sujet de la dangerosité<sup>189</sup>. Citons par exemple les propos du juge Guy Ringuet selon qui « un diagnostic ne permet pas à lui seul de tirer une conclusion sur le danger. Il faut que le diagnostic soit expliqué. Il faut que cet état d'esprit soit associé à un élément de dangerosité. Le fait d'être porteur d'une maladie mentale ne

<sup>181</sup> JUDITH LAUZON, préc., note 10, 238.

<sup>182</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 242.

<sup>183</sup> *A c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 175, par. 17; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 22.

<sup>184</sup> Dalia TULLIO, *La pierre d'assise de la garde en établissement : le critère de dangerosité*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2020, p. 22.

<sup>185</sup> *Id.*

<sup>186</sup> *D. L. et Complexe Hospitalier de la Sagamie*, 2001 CanLII 54206 (QC TAQ)

<sup>187</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 241.

<sup>188</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 172, par. 27 et 28.

<sup>189</sup> *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. L.T.*, 2011 Cour du Québec ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 171; *Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette c. J.B.*, 2013 Cour du Québec; *G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, préc., note 172.

crée aucune présomption de dangerosité. »<sup>190</sup>. De plus, les inquiétudes basées sur les antécédents de la personne gardée ne justifient pas à eux seuls le maintien de la garde, en particulier si les comportements rapportés sont survenus il y a plusieurs années et ne démontrent pas sa dangerosité actuelle.

#### LA DANGÉROSITÉ ET LE REFUS DE TRAITEMENT

Le refus de traitement est délicat à considérer dans le cadre des évaluations de garde<sup>191</sup> : tout comme le diagnostic de maladie mentale, c'est un critère qui n'est pas pertinent à lui seul, mais qui le devient s'il est associé à la survenance d'un éventuel danger. Autrement dit, « il ne constitue pas en soi une preuve de dangerosité, mais ce refus peut, bien entendu, devenir pertinent lorsque le danger qui en découle est démontré. »<sup>192</sup> Ainsi, en l'absence d'éléments de dangerosité, le refus de traitement ne peut justifier la garde. Les propos suivants émanant d'une décision du TAQ sont régulièrement repris dans la jurisprudence de la Cour du Québec : « [i]l est de jurisprudence constante qu'une personne ne peut être gardée contre son gré dans un hôpital au motif qu'elle refuse de collaborer à un traitement ou de prendre la médication prescrite ou telle que prescrite. »<sup>193</sup>. Les juges pourront néanmoins tenir compte du refus de traitement en évaluant l'effet de l'arrêt de celui-ci en l'absence d'internement<sup>194</sup>.

#### LA DANGÉROSITÉ ET LA « DÉRANGÉROSITÉ »

Il y a un consensus au sein de la doctrine et de la jurisprudence, sur le fléau grandissant associé à la confusion entre la dangerosité et la dérangerosité<sup>195</sup>. La Cour du Québec, dans la décision *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C. J.*, dénonce la tendance des intervenants à assimiler les comportements qui causent du « dérangement » à des comportements dangereux<sup>196</sup>. Il semblerait ainsi que les hôpitaux demandent parfois une garde en établissement pour des personnes perturbant leur environnement en raison de troubles de comportement, de bruit dérangeant les voisins, de gêne pour la famille ou même

<sup>190</sup> *Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup c. M.M.*, 2010 Cour du Québec, par. 25.

<sup>191</sup> D. TULLIO, préc., note 181, p. 33.

<sup>192</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 242.

<sup>193</sup> A. c. Centre hospitalier A, T.A.Q.E. 2007 AD-75 (T.A.Q.), par. 8, repris dans *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 172, par. 29; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. B.B.*, 2013 Cour du Québec, par. 9.

<sup>194</sup> Emmanuelle BERNHEIM, « Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique », (2010) 40-1-2 *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke* 31, 52 et 53, citant *Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski c. H. R.*, 2005 CanLII 18471 (Cour du Québec) aux par. 7-8; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. J.N.*, 2005 CanLII 40895 (C.Q.) et *J.B. c. Hôpital A.*, 2007 QCTAQ 08508 ; voir aussi IAN KRISTIAN LADOUCEUR, « Échecs législatifs et juridiques », *J. Barreau* 2006.2.50.

<sup>195</sup> Doris PROVENCHER et Annie RAINVILLE, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques », dans S.F.C.B.Q., vol. 315, *La protection des personnes vulnérables* (2010), Cowansville, Éditions Yvon Blais,

<sup>196</sup> *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.J.*, Montréal 50040-020311-077 (Cour du Québec) aux par. 2, 4 et 5

simplement parce qu'elles se parlent à elles-mêmes en public<sup>197</sup>. Cela élargit considérablement la notion de dangerosité, transformant ainsi la demande de garde en établissement, selon Me Ian-Ladouceur, en un instrument de contrôle social<sup>198</sup>.

Cette tendance est observée dans les résultats de l'étude de 100 décisions d'admissions de garde involontaire menée par la chercheuse Emmanuelle Bernheim. Celle-ci constate que l'examen du danger et de la menace significative se concentre sur le mode de vie, y compris les relations avec les proches ou les voisins, le logement, l'emploi ou les études, la consommation de drogue ou d'alcool, ainsi que l'alimentation, les dettes et la sexualité. Divers faits y sont interprétés comme des preuves de danger, comme des disputes familiales, des pratiques d'évangélisation importunant les gens jour et nuit, le sans-abrisme ou la vie dans un appartement insalubre, la négligence de l'hygiène, le départ en voyage sans informer les proches, le fait de ne pas verrouiller les portes, ou les risques d'incendie. Parmi ces 100 décisions analysées, seulement quatre étaient basées sur des comportements mettant en danger les individus visés par la garde ou leurs proches<sup>199</sup>.

#### LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS

La garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins sont deux processus bien distincts qui ne sont ni fondés sur les mêmes critères ni utilisés dans les mêmes visées. Le régime de garde en établissement vise principalement à neutraliser et stabiliser un danger plutôt qu'à traiter la personne. Ainsi, la garde n'a pas pour objectif d'imposer un traitement ou des mesures de contention thérapeutique. ; elle ne doit pas être utilisée en vue de traiter la personne<sup>200</sup> ou encore comme une période de transition en attente de la présentation d'une autorisation de traitement<sup>201</sup>. Autrement dit, la garde en établissement n'est pas le véhicule procédural approprié lorsque l'hébergement forcé est considéré comme un soin nécessaire en raison de l'état de santé de la personne.

#### 3.1.3.2 La preuve de la dangerosité

Dans le but d'assurer un équilibre entre la protection des droits fondamentaux des individus soumis à une mesure de garde et la sécurité, tant la leur que celle d'autrui, le

---

<sup>197</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 15.

<sup>198</sup> Me Ian-Kristian LADOUCEUR, « Droit de la santé mentale: Échecs législatifs et juridiques », Le Journal, Barreau du Québec, février 2006, p. 50., cité dans *Id.*

<sup>199</sup> Emmanuelle BERNHEIM, « The Triumph of the "Therapeutic" in Quebec Courts: Mental Health, Behavioural Reform and the Decline of Rights », (2022) 38 *Windsor Yearbook of Access to Justice* 125-147.

<sup>200</sup> *G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, préc., note 172, par. 48; *J.D. c. Hôpital Sacré-Cœur de Montréal*, 2012 Cour d'appel du Québec, par. 16.

<sup>201</sup> *A c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 175, par. 24 et 25.

tribunal doit se comporter comme un tiers impartial, indépendant et autonome<sup>202</sup>. Il doit examiner la preuve de la dangerosité présentée par l'expertise psychiatrique.

Le fardeau de la preuve de la dangerosité repose sur la partie demanderesse, ce qui signifie, dans le cadre de la garde provisoire, que les demandeurs, à savoir l'établissement de santé ou la famille, doivent convaincre le tribunal de la nécessité d'une évaluation psychiatrique<sup>203</sup>. Le tribunal doit avoir des motifs sérieux de croire que l'individu en question représente un danger pour lui-même ou pour autrui, justifiant ainsi de lui imposer une évaluation psychiatrique<sup>204</sup>.

En ce qui concerne la garde régulière, deux rapports distincts d'examen psychiatrique doivent chacun conclure à la nécessité de la garde<sup>205</sup>. Ces rapports produits par les psychiatres et leur témoignage, s'ils sont présents à l'audience<sup>206</sup>, sont considérés comme des pièces maîtresses de la procédure<sup>207</sup>. En effet, ils permettent au juge d'intégrer l'ensemble des éléments constatés par le psychiatre et de prendre, ainsi, une décision éclairée par les deux évaluations effectuées ; encore que, rappelons-le, le juge n'est pas tenu par les conclusions des psychiatres.

Dans cette mesure, le législateur est venu préciser les éléments que doit contenir le rapport d'évaluation psychiatrique :

Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir une tutelle au majeur ou de faire homologuer un mandat de protection à son égard.<sup>208</sup>

En outre, le rapport doit également préciser le diagnostic du psychiatre, son opinion sur la gravité de l'état mental de la personne et ses conséquences probables, ainsi que « les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu'il a lui-même observés et ceux qui lui ont été communiqués par d'autres personnes »<sup>209</sup>. Il incombe ainsi aux psychiatres de démontrer la nécessité de la

---

<sup>202</sup> JUDITH LAUZON, préc., note 10, 255.

<sup>203</sup> *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, 2014 Cour du Québec, par. 61 à 67; Patrick MARTIN-MÉNARD et Jean-Pierre MÉNARD, « Santé mentale et droits des patients : des interventions attendues de la Cour d'appel », (2019) 452, *La protection des personnes vulnérables-Montréal*, Éditions Yvon Blais S.F.C.B.Q., 120.

<sup>204</sup> C.c.Q., art. 27, al. 1.

<sup>205</sup> C.c.Q., art. 30, al. 1.

<sup>206</sup> Nous verrons qu'ils ne le sont quasiment jamais, voir *infra* section 3.3.2.3.

<sup>207</sup> JUDITH LAUZON, préc., note 10, 248.

<sup>208</sup> C.c.Q., art. 29.

<sup>209</sup> P-38, art. 3.

garde en s'appuyant sur leur expertise médicale et en présentant des faits cliniques établissant que l'individu représente un danger<sup>210</sup>.

Bien que la loi soit extrêmement précise sur le contenu des rapports, plusieurs études ont soulevé des manquements dans ceux-ci<sup>211</sup>. Le MSSS cite par exemple une étude qui révèle des lacunes importantes au sujet de l'identification des conséquences probables relatives à l'état mental de la personne<sup>212</sup>. Les tribunaux ont également souvent exprimé leur insatisfaction à l'égard des rapports psychiatriques<sup>213</sup>. La Cour d'appel a notamment rappelé que les médecins ne peuvent pas se contenter de décrire les actions du patient et son état mental<sup>214</sup>. Ils doivent de surcroît expliquer de manière suffisante et exhaustive les éléments cliniques sur lesquels ils fondent leur conclusion de dangerosité<sup>215</sup>. Il est nécessaire qu'ils explicitent clairement les événements survenus, les conséquences, les effets et les risques liés à la maladie diagnostiquée<sup>216</sup> et qu'ils démontrent le danger présent<sup>217</sup>. À ce sujet, la juge Bich dans l'affaire *Jean-Talon* conclut qu'« il ne suffit pas

---

<sup>210</sup> C.c.Q., art. 29.

<sup>211</sup> Voi par exemple DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, *La perte de liberté ça se questionne... Aussi en Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente une dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001)*, Caplan, 2014, p. 19; ACTION AUTONOMIE, *Des libertés bien fragiles... Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, District de Montréal, 2005, p. 27.

<sup>212</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 32 citant LAUZON, J., « Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant*, Cowansville (Québec), Éditions Yvon Blais, 2008, p. 14.

<sup>213</sup> D. TULLIO, préc., note 181, p. 24; Sur ce point, voir entre autres *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, 2007 Cour d'appel du Québec, par. 2 à 5; *A c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 175, par. 38; *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 200, par. 59; *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais c. E.R.*, 2015 Cour du Québec; *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Centre hospitalier régional du Grand-Portage) c. L.P.*, 2017 Cour du Québec, par. 12 et 13; 2018, *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, préc., note 112, 117 à 119; *Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord c. J.L.*, 2020 Cour du Québec, par. 10 et 11.

<sup>214</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 172, par. 37 et 38.

<sup>215</sup> DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec (QC), Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, 2011, p. 20.

<sup>216</sup> 2018, *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, préc., note 112, par. 117.

<sup>217</sup> *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, 2007 QCCA 1382, par. 3; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA, par. 70.

d'affirmer, il faut plutôt faire comprendre »<sup>218</sup>, sans pour autant se limiter à des spéculations.

L'absence ou l'insuffisance de motifs et de faits précis dans des rapports jugés incomplets, succincts ou peu étoffés peut entraver la conviction personnelle du juge quant à la dangerosité et à la nécessité de la garde<sup>219</sup>. Dans de tels cas, le juge est tenu de faire preuve de vigilance et de proactivité en accord avec l'objectif de la P-38, ce qui signifie qu'il ne peut accorder une autorisation de garde si la preuve présentée par l'expert est insuffisante et non prépondérante<sup>220</sup>. Les tribunaux ont également la possibilité d'ordonner une preuve additionnelle plus détaillée et convaincante pour mieux orienter leur décision<sup>221</sup>.

Pour remédier à ces manquements, un formulaire normalisé du réseau de la santé et des services sociaux a été conçu afin d'offrir un modèle aux psychiatres qui doivent réaliser un rapport d'examen. Celui-ci reprend chacun des éléments énoncés dans la loi<sup>222</sup>.

Enfin, notons que les rapports d'évaluation psychiatrique déposés au tribunal doivent rester confidentiels pour assurer le respect du droit à la vie privée des personnes mise sous garde. Aussi, l'article 29 al. 2 du *Code civil du Québec* prévoit que « le rapport ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal ».

Dans le cadre de notre revue de littérature, nous n'avons pas trouvé d'analyse différenciée entre le premier et le second rapport psychiatrique exigé pour les gardes prolongées. Il serait intéressant d'en apprendre davantage sur les pratiques d'évaluation, notamment en vue de déterminer si les deux évaluations se déroulent de la même façon et à quel point le premier rapport peut influencer le second. Le seul élément identifié dans la littérature concerne les délais entre ces deux examens qui étaient parfois de moins de 24 heures. Un délai insuffisant selon Judith Lauzon pour prendre en compte l'évolution de la personne et surtout de la crise qu'elle traverse<sup>223</sup>.

---

<sup>218</sup> *Id.*

<sup>219</sup> C.c.Q., art. 30, al. 2 ; Judith LAUZON, « L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux », (2002-03) 33 R.D.U.S 219, p. 249 et 256 ; Judith LAUZON, « Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril », dans S.F.C.B.Q., vol. 283, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant* (2008), Cowansville, Éditions Yvon Blais, à la page 13 et 35.

<sup>220</sup> *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, EYB 2009-167257 (C.A), par. 36.

<sup>221</sup> C.c.Q., art. 2804 et C.p.c., art. 50 et 158(4).

<sup>222</sup> Ce rapport est disponible sur le site du MSSS à l'adresse suivante :

<http://mssa4.msss.gouv.qc.ca/Intra/formRes.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/5d7cd01aab449c2785256ed90062f294?OpenDocument> .

<sup>223</sup> JUDITH LAUZON, préc., note 10, 250.

### 3.1.4. Les critiques liées au critère de dangerosité

Le régime de garde en établissement soulève de nombreuses préoccupations et suscite de vives critiques en raison des limites du critère central de dangerosité<sup>224</sup>. Certains acteurs estiment que l'imprécision du critère de dangerosité dans le cadre législatif, ou encore, son monopole dans l'évaluation d'une garde en établissement, entraîne une interprétation extensive. Celle-ci ne respecterait pas la nature exceptionnelle de la garde en établissement<sup>225</sup>. Une multiplicité d'interprétations peut en résulter dans des cas aux faits similaires, ou encore, des tendances jurisprudentielles qui s'éloignent des objectifs primaires de ce mécanisme. Pour y remédier, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal propose de remplacer le critère de dangerosité par un critère « de compromission de la santé et de la sécurité de l'usager ou celle d'autrui »<sup>226</sup>.

Bien que, comme nous venons de le voir, de nombreux éléments viennent baliser la notion de dangerosité, celle-ci demeure imprécise à bien des égards, ce qui rend parfois son opérationnalisation aléatoire et subjective<sup>227</sup>. Si les principes jurisprudentiels listés ci-dessus semblent solidement affirmés dans les décisions de principe, il appert que certaines décisions de première instance laissent planer un doute quant à la justesse de leur application. En effet, souvent très brèves, quelques décisions ne reflètent pas des motifs suffisants pour pouvoir déclencher une garde dans les balises énoncées plus haut. Il arrive par exemple que le refus de traitement et le diagnostic de maladie mentale apparaissent être les seuls motifs pris en compte sans qu'il ne soit établi un lien entre eux et la dangerosité de la personne, ou encore, car il serait nécessaire « de la garder en établissement pour y être traitée »<sup>228</sup>.

Les études menées par l'organisme Action Autonomie soulèvent également de nombreux doutes quant à la conformité de l'évaluation de la dangerosité avec les balises établies par la jurisprudence. L'organisme questionne par exemple le respect du droit de refuser

---

<sup>224</sup> D. TULLIO, préc., note 181, p. 3.

<sup>225</sup> ACTION AUTONOMIE, *Quand l'inacceptable se perpétue. 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001)*, Montréal, 2016, p. 113; ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 4, p. 15; ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 99, p. 28 et s.

<sup>226</sup> SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, préc., note 52.

<sup>227</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 243.

<sup>228</sup> *St-Pierre c. M.P.*, 2007 Cour du Québec; D'autres décisions, très laconiques dans les motifs, semblent également révéler une application peu conforme des balises jurisprudentielles, par exemple : *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. M.B.*, 2009 Cour du Québec; *Dubé c. J.B.*, 2017 Cour du Québec.

un traitement et l'utilisation de la garde en établissement comme tremplin pour obtenir une autorisation judiciaire de soins<sup>229</sup>. Il révèle par ailleurs que :

[à] plusieurs occasions, les juges ont même incité les répondants à prendre les médicaments conformément à la demande de leur médecin au moment de rendre leur jugement. Ils soulignaient alors, à la partie intimée, que si elle acceptait de prendre adéquatement les médicaments prescrits, alors elle aurait plus de chance de voir sa garde écourtée sur décision du médecin.<sup>230</sup>

L'organisme conclut que « les pratiques des juges, en matière de mise en application de l'article 30, semblent davantage consacrées à faire la preuve de la présence d'une maladie mentale mal contrôlée qu'à faire la preuve de la dangerosité représentée par l'état mental de la partie intimée »<sup>231</sup>.

Par ailleurs, les données recueillies auprès du Palais de Justice par Action Autonomie mettent en évidence une augmentation des requêtes de garde pour les personnes âgées. Les avocats et avocates ont observé cette tendance, expliquant que cela découle souvent de la perte d'autonomie de ces personnes âgées qui ne sont pas encore placées en établissement. La notion de danger est alors très largement entendue, par le fait que les conditions médicales liées à la vieillesse, comme la démence, augmentent les risques tels que les chutes, les incendies ou la dilapidation de leurs biens. La personne âgée est donc parfois considérée comme étant dangereuse pour elle-même<sup>232</sup>.

L'étude réalisée par l'organisme Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie – Les Îles, qui a répertorié les données des dossiers judiciaires de tous les palais de justice de la Gaspésie et des Îles de la Madeleine entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2012, partage les mêmes conclusions quant à la présence de motifs de dangerosité pour le moins discutables au regard des principes établis par la jurisprudence y sont reprises<sup>233</sup>.

Les observations de la chercheuse Emmanuelle Bernheim laissent par ailleurs planer des doutes sur la place du traitement dans les ordonnances de garde en établissement. En effet, elle identifie que le consentement au traitement est un sujet de débat dans la moitié des audiences d'admission involontaire<sup>234</sup>. Ainsi, l'admission involontaire et le contrôle administratif sont régulièrement ordonnés, car ils sont considérés comme nécessaires pour administrer un traitement. Le refus de traitement, bien qu'il s'agisse de l'exercice d'un droit fondamental, est associé à l'imprévisibilité et au manque de jugement de la

---

<sup>229</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 130 et 131.

<sup>230</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVILLE, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 90.

<sup>231</sup> *Id.*, p. 101.

<sup>232</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 121 et 122.

<sup>233</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 208, p. 20 à 23.

<sup>234</sup> E. BERNHEIM, préc., note 196, 139 et 144.



personne. En revanche, l'adhésion au traitement peut être explicitement invoquée par les tribunaux pour soutenir une décision de libération<sup>235</sup>.

Dans son rapport de maîtrise, Dalia Tullio soulève également de nombreuses incohérences dans l'application judiciaire du critère de dangerosité, notamment quant à l'identification du danger lié aux menaces de suicide et d'homicide, à la prise en compte de la dérangerosité, de l'altération du jugement et de l'autocritique, ainsi qu'au refus de traitement. Elle en conclut à la présence d'interprétations parfois inconciliables du critère de dangerosité<sup>236</sup>.

### **3.2. Les enjeux juridiques : les droits et libertés des personnes mises sous garde**

La garde en établissement implique concrètement d'hospitaliser une personne et de lui imposer des examens psychiatriques, sans qu'elle y ait consenti, au nom de sa protection ou de celle d'autrui. En matière psychiatrique, on se retrouve alors aux confins de deux valeurs fondamentales : « l'autonomie de la personne [et] la bienfaisance et le paternalisme envers l'individu »<sup>237</sup>. En matière juridique, un équilibre sera recherché entre, d'une part, le respect de l'autonomie de la personne, de son droit à la liberté et à l'intégrité et, d'autre part, son besoin de protection et celui d'assurer la sécurité publique.

La personne visée par une intervention en vertu de la P-38 doit avoir un accès aux droits et à la justice comme tout autre individu. Les dispositions spécifiques à la garde en établissement confirment que la maladie mentale n'altère pas la personnalité juridique et le statut de citoyen. Les règles encadrant la garde en établissement soulignent le caractère exceptionnel de cette mesure, exigeant des motifs sérieux pour la justifier, indépendamment de la preuve présentée, et ce même en l'absence de contre-expertise. Cette approche diffère du régime habituel de preuve en matière civile, en écartant la norme de prépondérance et en exigeant une conviction particulière du tribunal<sup>238</sup>. Ces moyens exceptionnels se justifient par l'atteinte tout autant exceptionnelle aux droits fondamentaux sur laquelle résulte la garde en établissement. Nous proposons dans cette section de détailler les principaux droits et libertés engagés dans le cadre des gardes en établissement.

---

<sup>235</sup> *Id.*, 144.

<sup>236</sup> D. TULLIO, préc., note 181, p. 37.

<sup>237</sup> P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 122, 236 et 237.

<sup>238</sup> E. BERNHEIM, préc., note 26, 370.

### 3.2.1. Les droits et libertés de principe

#### **3.2.1.1 Le droit à la liberté**

Tant la Charte québécoise que la Charte canadienne consacrent le principe de la liberté individuelle<sup>239</sup>. Les libertés ainsi reconnues sont nombreuses, que l'on pense à la liberté de religion et d'opinion, la liberté de choisir son mode de vie, la liberté d'expression, la liberté de conscience, etc. La liberté individuelle s'entend également de la liberté physique, autrement dit de pouvoir se déplacer librement, ou, dans son volet négatif, de ne pas être enfermé contre son gré.

Les exceptions à ce principe fondamental sont rares, graves et donc strictement encadrées par la loi. Les motifs qui justifient un tel affront à la liberté individuelle doivent être particulièrement importants, tels que la protection de la personne ou d'autrui. L'existence de ces motifs est d'autant plus cruciale que la mesure de garde en vertu de la P-38 contrevient également au droit à l'intégrité et à l'inviolabilité du corps humain<sup>240</sup>.

#### **3.2.1.2 Le droit à l'intégrité**

Le droit à l'intégrité est un droit fondamental reconnu par le *Code civil du Québec*<sup>241</sup> et par les Chartes canadienne et québécoise<sup>242</sup>. Dans le domaine médical, le droit à l'intégrité est étroitement lié aux principes d'autodétermination et d'autonomie<sup>243</sup>. Il est généralement abordé en relation avec le consentement aux soins<sup>244</sup>, lequel permet à chaque individu d'être maître des décisions concernant son propre corps. L'autre volet du droit à l'intégrité se manifeste dans le droit à l'inviolabilité de la personne et du corps humain : « [t]oute personne est inviolable et a droit à son intégrité »<sup>245</sup>. Les articles 10 et 11 du *Code civil du Québec*, ainsi que l'article 9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, consacrent ce principe de l'inviolabilité de la personne humaine.

---

<sup>239</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 16, art. 1; *Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982*, préc., note 17, art. 7.

<sup>240</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 238.

<sup>241</sup> C.c.Q., art. 3 et 10.

<sup>242</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 16, art. 1. ; *Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982*, (1982) c. 11 (R-U), art. 7.

<sup>243</sup> *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119, 100 D.L.R. (4e) 609, à la p. 134

<sup>244</sup> Emmanuelle BERNHEIM, « Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen », (2009) 54-3 *McGill Law Journal / Revue de droit de McGill*; Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, Yvon Blais, coll. 2e éd, Cowansville, Québec, 2005; Caroline GENDREAU, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement : élaboration d'une norme internationale*, Thémis, Montréal, 1996.

<sup>245</sup> C.c.Q., art. 10.

Le législateur reconnaît la nécessité de lois qui dérogent aux principes fondamentaux du C.c.Q.<sup>246</sup> et de la Charte<sup>247</sup>, mais ces dérogations doivent être justifiées par des objectifs importants liés à des valeurs démocratiques, à l'ordre public et au bien-être des citoyens québécois. Dans le contexte de la garde en établissement, la limitation du droit à l'intégrité est justifiée par la préservation de la vie et de la sécurité de la personne et d'autrui. Le processus mis en place en vertu de la P-38 demeure néanmoins très attentatoire aux droits et libertés des personnes et doit demeurer exceptionnel. Il l'est d'autant plus lorsque l'on envisage spécifiquement la garde préventive qui ne requiert pas d'autorisation judiciaire préalable<sup>248</sup>.

### 3.2.1.3 Le droit de consentir ou de refuser les soins

Découlant du principe de l'inviolabilité du corps humain, le consentement est la pierre angulaire de tout le système lié à la sauvegarde de l'intégrité de la personne<sup>249</sup> ; il est celui qui concrétise le droit à l'autonomie<sup>250</sup>. L'article 11 du *Code civil du Québec* est l'article de principe en la matière : « [n]ul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. »

Dans le cadre d'une autorisation de garde en établissement délivrée en vertu de l'article 30 du *Code civil du Québec*, le patient dispose toujours du droit de refuser des soins. Autrement dit, aucun traitement ni aucune évaluation autre que celle prévue par la loi ne pourra lui être imposé<sup>251</sup>. La garde n'autorise pas à soigner le patient : son refus de soins ou celui de la personne habilitée à le faire doit être respecté tant et aussi longtemps que la Cour supérieure du Québec n'a pas émis une autorisation judiciaire de soins à son égard<sup>252</sup>. Par ailleurs, l'évaluation psychiatrique est considérée comme un soin au même titre que la prise d'un médicament et soumettre une personne à une telle évaluation sans son consentement est une violation de son droit à l'intégrité, sauf si la loi ou une ordonnance émise par le tribunal le permet<sup>253</sup>. Le terme « garde en établissement » a été introduit en remplacement de « cure fermée », afin de souligner

---

<sup>246</sup> C.c.Q., Dispositions préliminaires.

<sup>247</sup> L.R.Q. c. C -12, art. 9.1.

<sup>248</sup> RUBY DHAND et KERRI JOFFE, « Involuntary Detention and Involuntary Treatment Through the Lens of Sections 7 and 15 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms », (2020) 43-3 *Manitoba Law Journal*, 251.

<sup>249</sup> 2018, J.M. c. *Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, préc., note 112, par. 35.

<sup>250</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 113.

<sup>251</sup> *Id.*, p. 253.

<sup>252</sup> Après avoir statué sur l'inaptitude de la personne, en vertu de l'article 16 C.c.Q.

<sup>253</sup> 2018, J.M. c. *Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, préc., note 112.

cette idée selon laquelle l'hospitalisation involontaire n'entraîne pas automatiquement l'administration de médicaments ou de soins<sup>254</sup>.

Au fil du temps, plusieurs organismes ont émis des doutes quant au respect du principe du consentement aux soins des personnes placées sous garde en établissement. Certains avaient notamment pu constater que les évaluations psychiatriques étaient effectuées sans le consentement des personnes et sans l'ordonnance du tribunal<sup>255</sup>. On passait ainsi d'une garde préventive à une garde prolongée, sans qu'une garde provisoire n'ait eu lieu, malgré le refus de la personne visée de s'y soumettre. Différentes stratégies étaient mobilisées en ce sens : échange de privilèges, menace de recourir à une garde autorisée, présomption du consentement en cas d'absence de refus et omission d'informer l'individu de ses droits<sup>256</sup>. À ce sujet, la décision de principe de la Cour d'appel *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*<sup>257</sup> a rappelé que, comme toute autre intervention en matière de soins de santé, l'évaluation psychiatrique nécessite le consentement de la personne qui doit s'y soumettre.

À défaut, l'établissement doit obtenir une ordonnance de garde provisoire pour pouvoir effectuer une telle évaluation<sup>258</sup>. Il semble que cette décision ait eu d'importantes répercussions en pratique, visibles notamment par l'augmentation du nombre de gardes provisoires à la suite de cette décision<sup>259</sup>.

Plus généralement, le contournement du droit de refuser un traitement est un sujet récurrent dans la littérature. L'AGIDD-SMQ notait, en 2009, qu'il était courant d'administrer des médicaments à une personne placée sous garde en établissement sans chercher à obtenir son consentement. Il semble que certains soignants jouaient de la mécompréhension des personnes hospitalisées en laissant perdurer l'idée que l'ordonnance du tribunal autorisant la garde en établissement inclut également l'autorisation d'administrer des médicaments<sup>260</sup>. En 2016, Action Autonomie soulignait également le non-respect du droit de refuser un traitement dans le cadre des gardes en établissement. Les personnes alors interrogées qui avaient vécu une garde mentionnaient que leur droit au consentement libre et éclairé aux soins n'avait pas été respecté. Elles avaient reçu peu d'information sur les médicaments qui leur avaient été prescrits et le fait de refuser le traitement proposé entraînait souvent des conséquences négatives sur

---

<sup>254</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 24.

<sup>255</sup> *Id.*, p. 22 et 23.

<sup>256</sup> *Id.*

<sup>257</sup> 2018, *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, préc., note 112.

<sup>258</sup> PRO-DEF ESTRIE, *Rapport estrien des gardes en établissement*, Estrie, 2021, p. 7.

<sup>259</sup> Voir *supra* section 2.2.

<sup>260</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 24.

leurs conditions d'hospitalisation, telles que la privation de certains privilèges comme les sorties ou les activités<sup>261</sup>. Cette même étude soulignait par ailleurs que les patients qui refusaient la médication prescrite étaient considérés comme des « patients réfractaires » aux yeux des psychiatres et du personnel soignant, pouvant être source de menaces de demandes d'autorisation judiciaire de soins dans le but de les contraindre à accepter un traitement<sup>262</sup>.

Face à ces constats de manquements graves au principe du consentement aux soins, le MSSS a, dans son Cadre de référence, rappelé l'importance du principe et la nécessité de le respecter. En ce sens, il rappelle que

« dans l'objectif de préserver les droits de la personne dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, la première action à entreprendre auprès d'elle consiste à rechercher activement son consentement à une garde en établissement en vue de subir une évaluation psychiatrique et, éventuellement, à recevoir les soins requis par son état de santé mentale. [...] Dès lors, si une personne est, en vertu de la loi, amenée contre son gré dans un établissement, mais qu'elle consent par la suite à y être gardée et à être évaluée afin que lui soient proposés les soins requis par son état de santé, il n'y a pas lieu de mettre en branle le processus judiciaire de mise sous garde forcée (provisoire ou autorisée). La garde de la personne devrait alors être considérée comme un soin auquel elle consent. Si le recours au processus judiciaire de garde forcée est déjà entamé lorsque la personne exprime son consentement à être gardée, il y a alors lieu d'y mettre fin et de fournir à cette personne les soins requis par son état de santé. »<sup>263</sup>

Il est clairement rappelé que la garde en établissement ne permet pas de fournir des soins sans le consentement de la personne sauf s'il s'agit de soins d'urgence ou d'hygiène ou d'exams prévus par le tribunal dans l'ordonnance de garde<sup>264</sup>.

### 3.2.2. Les droits procéduraux

On envisage communément les droits procéduraux comme des droits secondaires, mésestimés par les non-juristes. Pourtant, ils posent bien souvent les conditions *sine qua non* permettant de garantir les droits et libertés fondamentaux. En matière de garde en établissement, mécanisme extrêmement attentatoire aux libertés fondamentales, ils revêtent une importance cruciale pour assurer le respect des droits fondamentaux des personnes.

Les droits procéduraux regroupent généralement les droits de recours et tous les droits relatifs aux procédures judiciaires. Dans le cadre de la P-38, nous pourrions notamment

---

<sup>261</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 130.

<sup>262</sup> *Id.*, p. 131.

<sup>263</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 6 et 7.

<sup>264</sup> *Id.*, p. 7.

évoquer le droit à une défense pleine et entière, le droit à un avocat, le droit de se présenter à la Cour, le droit de recours et d'appel. Nous traiterons de ces différents droits se rapportant au processus judiciaire dans la section ultérieure relative à l'accès à la justice des personnes mises sous garde<sup>265</sup>. Arrêtons-nous ici sur le droit à l'information et le droit à la communication.

### 3.2.2.1. Le droit à l'information

#### LES OBLIGATIONS LÉGALES D'INFORMER

Le droit à l'information est un droit essentiel pour les patients, encadré par la loi et par la *Charte québécoise*<sup>266</sup>. Ce droit est également consacré à de nombreuses reprises dans le cadre légal entourant la garde en établissement. Il doit être assuré par tous les intervenants ayant un rôle à jouer, et ce, à toutes les étapes d'application de la P-38. De manière globale, ces obligations posées aux intervenants visent à ce que la personne soit en mesure de comprendre les tenants et les aboutissants de sa situation, ainsi que l'encadrement prévu par la loi en vue d'assurer sa protection — ou celle des autres — et l'exercice de ses droits<sup>267</sup>. L'information permet à la personne de prendre des décisions éclairées et de comprendre les raisons de sa garde en établissement, même si elle n'a pas le contrôle de la situation<sup>268</sup>.

Ce droit est d'autant plus crucial dans le cadre de la garde en établissement, un processus reconnu comme éminemment complexe. Une étude récente révèle d'ailleurs que les personnes hospitalisées contre leur gré vivent leur admission involontaire comme un épisode de choc, marqué par leur entrée dans un monde inconnu, constitué de procédures, de règles et de protocoles incompréhensibles pour eux<sup>269</sup>.

Selon la P-38, les obligations d'information de la part des intervenants apparaissent à plusieurs étapes :

- L'article 14 de la loi prévoit que l'agent de la paix ou la personne qui agit au titre de l'article 8 doit informer la personne qu'elle est amenée dans un établissement de santé afin d'y subir un examen, du lieu où il l'amène, et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat.
- L'article 15 oblige quant à lui l'établissement à fournir à la personne les informations concernant le lieu où elle est gardée, le motif de cette garde et son

---

<sup>265</sup> Voir *infra* section 3.4.

<sup>266</sup> *Charte des droits et libertés de la personne*, préc., note 15 art. 44 : « Toute personne a droit à l'information, dans la mesure prévue par la loi ».

<sup>267</sup> D. GOUBAU et E. DELEURY, préc., note 29, p. 251.

<sup>268</sup> E. BERNHEIM, préc., note 241, 553.

<sup>269</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1204.

droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat, et ce, dès sa prise en charge ou dès que la personne semble être en mesure de comprendre ces renseignements.

- L'article 16 oblige l'établissement lors du placement sous garde d'une personne et après chaque rapport d'examen de lui remettre le *Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde*. Ce document est disponible en annexe de la Loi, il doit notamment inclure les coordonnées du groupe de défense des droits en santé mentale de la région<sup>270</sup>. Par ailleurs, si la personne est incapable de comprendre les informations du document, l'établissement doit en transmettre une copie à la personne habilitée à consentir à la garde, ou, à défaut, à une personne qui démontre un intérêt particulier pour la personne.

Plusieurs autres obligations sont également comprises dans le cadre du droit à l'information. En ce sens, l'article 18 prévoit que l'établissement doit immédiatement prévenir la personne lorsque la garde est levée et l'article 19 prévoit que l'information doit être transmise au titulaire de l'autorité parentale ou à défaut au tuteur ou, s'il s'agit d'un majeur représenté, au mandataire ou tuteur, au sujet de la mise sous garde préventive, de la nécessité de continuer la garde après chaque examen, des demandes présentées au TAQ et de la fin de la garde. Notons, par ailleurs, les obligations en matière de signification dès lors qu'une demande à la Cour est déposée<sup>271</sup>.

D'autres textes législatifs viennent encadrer le droit à l'information de la personne, notamment sur son état de santé, reconnu par l'article 8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après LSSSS). Notons également l'article 31 C.c.Q., selon lequel : « Toute personne qui est gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et y reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie ». Si la personne est âgée de moins de 14 ans ou si elle est inapte à consentir, l'information est donnée à la personne qui peut consentir à sa place. Aussi, l'établissement se doit de systématiquement vérifier dans les registres des régimes de protection du curateur public, si la personne est légalement représentée, à moins que cette information soit déjà connue du personnel de l'établissement. Cette obligation revient plus précisément au bureau du Directeur des services professionnels (ci-après DSP) qui doit également s'assurer de la traçabilité de cette vérification dans le dossier de la personne concernée<sup>272</sup>. Il appartient ensuite à l'établissement d'informer le représentant légal de toute démarche légale entreprise à l'endroit de la personne ainsi représentée.

<sup>270</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 8.

<sup>271</sup> Nous reviendrons sur ce point dans la section relative à la procédure judiciaire, voir *infra* section 3.4.1.

<sup>272</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 12.

## LES EFFORTS DE VULGARISATION

La transmission formelle de l'information n'est pas toujours suffisante et l'informateur désigné doit de surcroît s'assurer que la personne en ait compris le contenu. Le MSSS spécifie dans son cadre de référence qu'il doit lui fournir « toutes les explications nécessaires à sa compréhension de l'ensemble du processus de garde »<sup>273</sup>, il ajoute plus loin que « l'établissement a le devoir de faciliter, à l'aide de moyens adaptés si nécessaire, son accès à l'information pertinente et à l'exercice de ses droits »<sup>274</sup>. Les concepts et procédures mobilisés dans le cadre de la garde en établissement sont extrêmement complexes, y compris pour les professionnels en charge de les appliquer. Ils sont donc d'autant plus difficiles à comprendre pour les personnes directement interpellées, surtout si l'on tient compte du fait qu'elles sont déjà souvent extrêmement déstabilisées dans les contextes de garde en établissement. Leur état mental peut exacerber leur confusion<sup>275</sup>.

Différents guides et outils visent à vulgariser les procédures, afin de rendre les informations accessibles à chacun. En ce sens, le MSSS fournit un exemple d'outil informatif qui vise à expliquer le processus de garde et ses implications aux personnes mises sous garde et invite les établissements à s'en inspirer<sup>276</sup>. D'autres organismes ont également élaboré des ressources informatives destinées aux proches et aux usagers.

En 2007, l'AGIDD-SMQ a publié le *Guide de survie sur la garde en établissement*<sup>277</sup>. Ce guide définit de manière simple les types de gardes, explicite les droits des personnes visées par la garde, ainsi que les obligations des établissements de santé. Il fournit aussi des conseils aux personnes, par exemple sur l'attitude à adopter durant une audience, et précise les coordonnées de centres communautaires régionaux.

De son côté, l'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale Rive-Sud a élaboré une brochure explicative à l'intention des familles sur la P-38 et sur l'accompagnement à une requête pour l'obtention d'une ordonnance en vue d'une évaluation psychiatrique<sup>278</sup>. Ce document explique ce qu'est la Loi P-38, les types de gardes et leurs caractéristiques et donne des exemples de comportements considérés comme dangereux. Il rappelle les droits et les devoirs des usagers ainsi que des proches (droit d'être présent à l'audience, droit d'être représenté, droit de refuser les soins, etc.).

---

<sup>273</sup> *Id.*, p. 8.

<sup>274</sup> *Id.*, p. 10.

<sup>275</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale*, Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale, Québec (QC), 2018, p. 3.

<sup>276</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 47, voir annexe 2 : « Outils d'information ».

<sup>277</sup> AGIDD-SMQ, *Guide de survie : la garde en établissement*, 2007, en ligne :

<<https://www.agidd.org/publications/guide-de-survie-la-garde-en-etablissement/>>.

<sup>278</sup> Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale Rive-Sud (APAMM-RS) (S.D.), *Brochure explicative à l'intention des familles*, disponible en ligne :

<<http://apammrs.org/wp-content/uploads/2012/09/Brochure-loi-protection-personnes-APAMM-RS.pdf>>



Il reprend également les étapes de la procédure judiciaire à suivre pour compléter une requête en vue de l'obtention d'une ordonnance de garde provisoire. Enfin, cette brochure fournit d'autres informations quant aux obligations légales ou non des usagers et de leurs proches.

Notons pour finir l'initiative du MSSS envers les membres de l'entourage des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui publiait à leur destination un *Guide pratique sur les droits en santé mentale*<sup>279</sup>. Ce guide fournit des réponses à plusieurs questions d'ordre juridique que peuvent se poser les membres de l'entourage des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Rédigé dans un langage accessible à tous, le guide regroupe les questions en huit chapitres. Chacun des chapitres aborde un thème juridique précis et répond aux questions le plus souvent posées sur ce thème. Ce guide propose aussi des tableaux synthèses comprenant les principaux énoncés des droits et libertés de la personne, la liste des tribunaux canadiens et québécois, les recours judiciaires et non judiciaires ainsi que la liste des associations de famille et amis de la personne atteinte de maladie mentale.

Si ces guides permettent de vulgariser les procédures et les droits visés, ils ne suffisent pas toujours à informer correctement la personne. Aussi, devraient-ils être expliqués et non seulement fournis aux personnes. Il semble en effet que les individus en état de crise ne soient généralement pas en mesure de lire un document qui, bien que simplifié, demeure fastidieux. L'échange d'informations verbales ne peut pas être remplacé par un document quel qu'il soit. En ce sens, il est important de permettre à la personne d'avoir accès aux organismes de défense des droits, qui peuvent jouer un rôle essentiel en matière d'accompagnement et de soutien à la compréhension. La région Lanaudière a ainsi fait installer des locaux hébergeant le groupe de défense des droits, l'organisme *Pleins droits de Lanaudière*, au sein même des unités psychiatriques de Repentigny et de Joliette afin d'être immédiatement présents auprès des personnes visées par les gardes en établissement.

#### LES MANQUEMENTS SOULEVÉS EN MATIÈRE D'INFORMATION

Malgré toutes ces obligations légales, de nombreux auteurs soulèvent des doutes sur le respect du droit à l'information des personnes mises sous garde. Le Protecteur du citoyen faisait état de ces manquements dans son rapport de 2011, en indiquant notamment que la simple remise d'un dépliant ne suffisait pas à satisfaire l'obligation d'information. Le médecin devrait en plus expliquer les informations contenues dans ce document<sup>280</sup>. Par ailleurs, le Protecteur du citoyen notait que les établissements n'avaient pas toujours les représentants légaux des personnes du processus de garde, tel que prévu par

---

<sup>279</sup> DIRECTION DES COMMUNICATIONS DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Guide pratique sur les droits en santé mentale : Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*, MSSS, 2009.

<sup>280</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146.

l'article 19 de la P-38. À cette fin, le Registre public des mesures de représentation est facilement accessible aux établissements<sup>281</sup>.

De son côté l'organisme Action Autonomie a également soulevé des manquements quant au droit à l'information des personnes placées sous garde<sup>282</sup>. Il notait par exemple que la distribution du dépliant sur les droits et recours n'était pas vérifiée par le tribunal, alors que de nombreuses expériences des usagers semblaient démontrer qu'ils n'avaient pas reçu ce formulaire<sup>283</sup>. La professeure Line LeBlanc faisait un constat similaire dans son étude relative à l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement dans la région de l'Outaouais<sup>284</sup>. L'organisme AGIDD-SMQ, dans son étude majeure de 2009, affirme que « les personnes sont trop souvent privées d'informations précieuses. Mais elles reçoivent aussi des explications "vagues et imprécises", ce qui constitue également une pratique qui contrevient au droit fondamental à l'information. »<sup>285</sup>

Pour sa part, la Professeure Emmanuelle Bernheim qualifie le droit à l'information en matière de garde en établissement de « grande illusion ». Selon elle, peu de juges s'inquiètent au sujet des informations reçues par les défendeurs en raison de l'urgence et de la charge de travail élevée, privilégiant la rapidité et l'efficacité au détriment de la garantie de connaissances adéquates des personnes<sup>286</sup>. Pourtant, en tant que dernier rempart à la violation des droits des personnes, une meilleure surveillance du respect des procédures d'information par le juge assurerait certainement un plus grand respect des droits de l'utilisateur en général<sup>287</sup>.

Ces manquements en matière d'information, en plus de nuire à l'exercice des autres droits de la personne, exacerbent souvent le déséquilibre de pouvoirs entre les établissements de santé, qui possèdent l'information et la comprennent, et les usagers<sup>288</sup>.

---

<sup>281</sup> *Id.*, p. 22.

<sup>282</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 22; ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 119 à 126.

<sup>283</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 208, p. 49.

<sup>284</sup> Dans son étude, la remise du document d'information était documentée dans 38,3 % des cas en garde préventive et 25% des gardes provisoires Line LeBlanc, « Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement : profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations », (2014) 39-1 *smq* 291.

<sup>285</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 21.

<sup>286</sup> E. BERNHEIM, préc., note 26, 376.

<sup>287</sup> E. BERNHEIM, préc., note 241, 574.

<sup>288</sup> M.-H. GOULET et C. LESSARD-DESCHÊNES, préc., note 117.

### 3.2.2.2. Le droit de communiquer de manière confidentielle

L'article 17 de la P-38 encadre le droit à la communication. Il spécifie que toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne mise sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ou une infirmière spécialisée ne décide, dans l'intérêt de la personne, de lui interdire ou de restreindre certaines communications. Ces restrictions ne pourront être que temporaires et ne pourront pas cibler les communications entre la personne, son représentant légal, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec. Par ailleurs, rappelons que les articles 14 et 15 obligent les policiers et les établissements à informer la personne qu'elle a le droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat<sup>289</sup>.

Pour assurer la confidentialité des communications, l'établissement doit prévoir un espace à cet effet à proximité du lieu où la personne est gardée et auquel elle a accès sur demande<sup>290</sup>. Le MSSS a également précisé que l'accès à un téléphone, en privé, doit être garanti à la personne et que les numéros de téléphone de l'organisme de défense des droits en santé mentale le plus proche, ainsi que d'un bureau d'aide juridique, doivent lui être remis<sup>291</sup>.

### 3.2.3. Les instances en charge du respect des droits et de la loi

Le contexte de la mise sous garde d'une personne est particulièrement attentatoire à ses droits et libertés fondamentaux. C'est pour cela que le processus est strictement encadré par la loi et que le pouvoir attribué au juge, souvent considéré comme le gardien des droits et des libertés de la personne, est aussi important. Qu'ils s'agissent des droits procéduraux ou des droits plus fondamentaux, notamment celui de consentir aux soins, plusieurs manquements sont fréquemment soulevés dans le cadre des pratiques de gardes en établissement. C'est ainsi qu'en 2021, le groupe de défense des droits en santé mentale Action Autonomie a déposé une action collective à l'encontre de tous les centres intégrés du Québec concernant des personnes qui auraient été soumises à une garde illégale dans un établissement de santé et/ou les personnes qui auraient été soumises à une ou des évaluations psychiatriques sans leur consentement. Action Autonomie réclame que les établissements versent des dommages et intérêts à ces personnes.

---

<sup>289</sup> La chercheuse Emmanuelle Bernheim révèle de graves manquements au sujet du droit à la communication durant la pandémie de COVID-19. Elle soulève entre autres les difficultés de communication entre l'avocat et son client, lorsque celui est représenté, en raison des restrictions sanitaires, comme l'impossibilité d'accès à un téléphone pour ne pas risquer la contamination, Emmanuelle BERNHEIM, « Pandemic Injustice in Mental Health: Quebec's Punitive Turn During COVID-19 », (2021) 10 *Annual Review of Interdisciplinary Justice Research* 268.

<sup>290</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 9.

<sup>291</sup> *Id.*, p. 10.

L'organisme soulève notamment des manquements quant à la mise en place de mesures visant à assurer le respect des droits des personnes mises sous garde, ainsi qu'au sujet de la formation du personnel médical et hospitalier relativement à la P-38.

Les enjeux liés au respect des droits sont d'ailleurs systématiquement présents dans les études d'expérience. Une étude récente sur les personnes judiciairisées en matière de santé mentale révèle par exemple que la privation des droits et libertés est un aspect essentiel dans le vécu des personnes. Le fait d'être limités dans leur autonomie les a fortement marqués ; le fait d'être contraint dans leur liberté en étant maintenus en milieu fermé a même été comparé à la prison ou décrit comme déshumanisant par les personnes concernées, même si elles comprennent la perspective de protection et de sécurité à l'origine de l'hospitalisation<sup>292</sup>.

Dans ces contextes délicats, exacerbés par la grande vulnérabilité des personnes, il n'est pas rare que des instances indépendantes soient en charge, directement ou indirectement, de veiller au respect des droits des personnes. C'est le cas par exemple de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse (ci-après CDPDJ) dont la mission est d'assurer la promotion et le respect des principes énoncés dans la *Charte des droits et libertés de la personne*, de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, ou encore de la *Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics*<sup>293</sup>. Tel que mentionné plus haut, la garde en établissement touche indéniablement à la Charte québécoise puisqu'elle constitue une atteinte au droit à l'intégrité et à la liberté de la personne ; aussi, la CDPDJ aurait certainement compétence pour intervenir, ce qu'elle ne semble pas faire en pratique. Notre tour de la littérature nous a en effet amené à constater l'absence de référence à la Commission tant dans les débats publics<sup>294</sup> que dans les recours des particuliers.

Le Protecteur du citoyen est également amené à jouer un rôle en lien avec la mise en œuvre de la P-38. Sa mission est d'assurer le respect des droits des citoyens et citoyennes dans leurs relations avec les services publics québécois, ainsi que de veiller à l'intégrité et à l'amélioration des services publics<sup>295</sup>. Il traite notamment des plaintes à l'égard des ministères et organismes gouvernementaux et des plaintes et signalements visant le réseau de la santé et des services sociaux. Notons par ailleurs que le Protecteur du citoyen, dans le cadre de son pouvoir d'enquête, a joué un rôle crucial dans l'évolution de

---

<sup>292</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1204 et 1205.

<sup>293</sup> Information tirée de leur site Internet :

<https://www.cdpedj.qc.ca/fr/nos-services/a-propos/origine-et-mission>.

<sup>294</sup> Notons néanmoins que la CDPDJ a déjà pris position sur des matières liées à la santé mentale. Elle est par exemple très présente dans les enjeux relatifs à la discrimination liée à l'état de santé mentale ou encore dans le contexte de la protection de la jeunesse, voir notamment son rapport *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*, mai 2017.

<sup>295</sup> Information tirée de leur site Internet : <https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/a-propos/roles-et-mandats>.

la P-38. En 2011, il publiait en effet un rapport sur l'application de la P-38 intitulé *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)*<sup>296</sup>. Ce rapport mettait en lumière les différents enjeux soulevés par l'application de la P-38 et dressait une liste très détaillée de recommandations dont beaucoup furent adoptées par le gouvernement quelques années plus tard. D'ailleurs, en août 2021, le Protecteur du citoyen mettait fin à son suivi auprès du MSSS.

Dans le même élan, le Protecteur du citoyen s'est penché sur les pratiques du TAQ associées à la compétence qui lui est reconnue dans le cadre de la P-38. Le rapport qu'il produisait en 2018 constate le non-respect des délais légaux imposés au TAQ pour la tenue des audiences en contestation des décisions de maintien de garde. Ce rapport conduisait également à l'émission d'un certain nombre de recommandations<sup>297</sup>. D'après nos premières consultations, il semble que le rapport et le suivi de la situation par le Protecteur du citoyen aient porté leurs fruits et que ses recommandations aient été suivies. Les délais, principaux problèmes soulevés dans le rapport, ont notamment été considérablement réduits et suivent actuellement une médiane de 8 jours pour un délai légal de 10 jours.

Les organismes de défense des droits des personnes en santé mentale sont par ailleurs très présents dans le contexte de la P-38. Ils publient régulièrement des rapports au sujet de l'application de cette loi et des enjeux qu'elle rencontre, en s'appuyant notamment sur le savoir expérientiel des professionnels et des usagers, ou encore en menant des études sur les dossiers judiciaires de la Cour du Québec. Leur rôle de soutien et de relai informatif est en outre directement reconnu par le MSSS qui prévoit que le numéro de téléphone de l'organisme de défense des droits en santé mentale le plus proche doit être transmis à la personne<sup>298</sup>. Le travail de recherche et de suivi de l'application de la P-38 mené par les organismes de défense, notamment auprès des premières personnes concernées, constitue une source très riche d'enseignements et de suivi des pratiques judiciaires liées à la P-38.

Finalement, nous constatons que plusieurs instances effectuent des suivis en regard du respect des droits des personnes et de l'application de la P-38 : les organismes de défense, le protecteur du citoyen, les tribunaux civils, le TAQ (qui dispose même d'un pouvoir d'agir d'office en évaluation des décisions de maintien de garde), ou encore le MSSS officiellement chargé, en vertu de l'article 24 de la P-38, de l'application de la Loi. Il serait intéressant d'analyser si cette pluralité d'instances entraîne des conséquences, positives ou négatives, sur le respect de la Loi et s'il y aurait lieu de revoir ces mécanismes. En outre, mis à part le pouvoir du TAQ d'agir d'office, aucune instance externe à

<sup>296</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146.

<sup>297</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, *La contestation du maintien de la garde en établissement devant le Tribunal administratif du Québec : pour un recours accessible et diligent*, Québec, 2018.

<sup>298</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 10.

l'établissement de santé n'a la charge de suivre la situation des personnes placées sous garde au sein de l'établissement de santé. La libération des personnes a lieu dès lors qu'un psychiatre la juge nécessaire ou dès que le délai de garde expire — un suivi par conséquent effectué par l'établissement chargé de la garde que d'aucuns pourraient juger problématique dans le cadre de procédures très attentatoires à la liberté et à l'intégrité des personnes.

### **3.3. Les enjeux pratiques de l'intervention en vertu de la P-38**

#### **3.3.1. La complexité de l'intervention et les efforts pour y remédier**

Le processus prévu pour la mise en application de la P-38 est éminemment complexe : composé de plusieurs étapes ne répondant ni aux mêmes critères ni aux mêmes conditions de réalisation, il fait appel à de nombreux intervenants aux rôles parfois très différents, mais qui doivent tous travailler dans la même direction. Le partage de responsabilité, la continuité du parcours, la compréhension de la loi, l'interprétation du critère de dangerosité sont autant de facteurs qui, en présence de plusieurs intervenants, rendent l'ensemble extrêmement complexe. La multiplicité d'acteurs et de domaines d'intervention nécessite un aiguillage rigoureux que le gouvernement s'est efforcé de préciser au fil du temps à l'aide de nombreux documents ou guides d'application. La désignation d'un « Responsable de l'application de la Loi sur la protection des personnes et de la garde » dans chaque établissement de santé vise également à améliorer sa mise en œuvre, à uniformiser les pratiques et à assurer un suivi minutieux de la pratique et des interventions<sup>299</sup>.

##### **3.3.1.1 Le cadre de référence du MSSS**

Si chaque CIUSSS ou CISSS a pu développer ses propres outils pour soutenir les professionnels dans l'application de la P-38, le MSSS a conçu en 2018 un document majeur visant à répondre aux enjeux qui étaient soulevés précédemment et à éclaircir tous les points de divergence qui persistaient dans la mise en œuvre de la Loi. Il répondait ainsi à de nombreuses recommandations, notamment à l'effet de mieux guider les intervenants et les responsables des établissements<sup>300</sup>.

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 – Garde en établissement* « vise à ce que les intervenants concernés par cette loi adoptent une vision

---

<sup>299</sup> *Id.*, p. 33.

<sup>300</sup> C'était notamment une recommandation du Protecteur du citoyen émise dans son rapport de 2011, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)*, Québec, Protecteur du citoyen, 2011, p. 2.

commune claire du contexte exceptionnel d'une garde en établissement de santé et de services sociaux, qui se traduit en pratiques conformes à la loi et à la protection des droits des personnes. »<sup>301</sup>. Il s'adresse ainsi aux administrateurs et personnels des établissements de santé et de services sociaux qui jouent un rôle dans le cadre de la P-38, ainsi qu'aux autres intervenants publics pouvant être impliqués, tels que les policiers et les professionnels de la justice. Le Cadre de référence revient notamment sur la philosophie d'approche de la P-38, les droits et libertés des personnes, les responsabilités et rôles de chaque intervenant, les éléments d'identification du critère de dangerosité, ainsi que les outils disponibles afin des soutenir les professionnels<sup>302</sup>.

Par ailleurs, le Cadre de référence prévoit que, conformément à l'article 118.2 de la LSSSS, le conseil d'administration des établissements de santé doit adopter un protocole de garde conforme aux orientations décrites dans le Cadre de référence<sup>303</sup>.

### **3.3.1.2 Les protocoles de mise sous garde**

Avant l'obligation émanant de l'article 118.2 de la LSSSS datant de 2017, l'implantation d'un protocole de garde dans la région de l'Outaouais avait fait l'objet d'une évaluation détaillée particulièrement instructive sur les enjeux associés à un tel document<sup>304</sup>.

Les professionnels interrogés dans le cadre de cette étude et à la suite de l'implantation du nouveau protocole exprimaient majoritairement un avis favorable à l'égard de celui-ci. Environ 65,7 % considéraient qu'il aurait un impact positif sur les patients, 64,2 % qu'il est en accord avec leurs valeurs et 61,7 % le jugeaient supérieur à l'ancien protocole. Cependant, les opinions étaient moins positives en ce qui concerne deux autres aspects : environ 55 % estimaient qu'il convenait à leur pratique et 47,5 % trouvaient qu'il est difficile à comprendre et à utiliser<sup>305</sup>.

Les résultats de cette étude soulignent l'importance non seulement de dispenser une formation aux professionnels, mais aussi de préparer l'environnement de travail pour la mise en place réussie de nouvelles pratiques<sup>306</sup>. Par exemple, l'étude démontre que les lacunes se situent souvent au niveau de l'organisation du lieu de travail. Ainsi, lors de la mise en œuvre du protocole de garde en établissement, il serait judicieux d'impliquer les archivistes médicaux pour harmoniser la gestion des dossiers et de rappeler régulièrement aux professionnels de remplir correctement les formulaires liés au protocole. Des évaluations périodiques des dossiers pourraient également contribuer à

---

<sup>301</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 1.

<sup>302</sup> *Id.*, p. 2.

<sup>303</sup> *Id.*, p. 13.

<sup>304</sup> L. LEBLANC, préc., note 281.

<sup>305</sup> *Id.*, 301.

<sup>306</sup> *Id.*, 305.

améliorer en continu la mise en place du nouveau protocole jusqu'à ce qu'il soit pleinement intégré dans les routines de travail<sup>307</sup>.

En 2017, l'adoption de la *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux* permet l'ajout de l'article 118.2 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, selon lequel :

Tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001) doit adopter un protocole encadrant la mise sous garde de personnes dans ses installations. Ce protocole doit tenir compte des orientations ministérielles déterminées en vertu du paragraphe 9° du deuxième alinéa de l'article 431 et être diffusé auprès du personnel de l'établissement, des professionnels de la santé qui exercent leur profession dans ses installations, des usagers concernés et des membres significatifs de leur famille.

Le protocole doit notamment prévoir l'obligation d'inscrire ou de verser au dossier de l'utilisateur sous garde :

- 1° la durée, incluant la date du début et de la fin de toute mise sous garde, en précisant l'heure dans le cas d'une mise sous garde préventive ou provisoire ;
- 2° une description des motifs de danger justifiant la mise sous garde ainsi que son maintien ;
- 3° une copie des rapports d'examen psychiatrique, des demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement et de tout jugement ordonnant la mise sous garde ;
- 4° si une évaluation psychiatrique a été effectuée sans ordonnance de mise sous garde provisoire, une note attestant l'obtention du consentement de l'utilisateur à subir cette évaluation ;
- 5° la date à laquelle a été transmise à l'utilisateur l'information visée à l'article 15 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le directeur général de l'établissement doit, au moins tous les trois mois, faire rapport au conseil d'administration sur l'application de ce protocole. Ce rapport doit notamment indiquer, pour la période concernée, le nombre de mises sous garde préventives ou provisoires, le nombre de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil et le nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement. Ces données doivent être présentées pour chaque mission exploitée par l'établissement. L'établissement doit inclure un résumé de ces rapports dans une section particulière de son rapport annuel de gestion.

Pour donner suite à cette nouvelle exigence légale et de concert avec la publication du Cadre de référence, le MSSS a élaboré en 2018 un modèle de protocole<sup>308</sup>. Ce dernier constitue un document de soutien destiné aux personnes qui seront chargées d'élaborer le protocole désigné à l'article 118.2 de la LSSSS dans les différents établissements de santé. Il vise « à traduire en actions sur le terrain, les règles à respecter et les procédures

<sup>307</sup> *Id.*

<sup>308</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 118.



à utiliser lorsqu'une personne représentant un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental doit être gardée, contre son gré, dans un ESSS ».

Dans le cadre de notre recherche, nous avons effectué une demande d'accès à l'information auprès de tous les centres intégrés afin d'obtenir leur protocole de mise sous garde et tout autre document pertinent adopté en application des directives du MSSS<sup>309</sup>. Sur les 22 centres intégrés, deux ne nous ont pas envoyé de protocole ; deux autres CISSS nous ont envoyé un document intitulé « procédure », qui reprend en tout ou partie les éléments du protocole. Parmi les 20 documents reçus, la majorité datait de 2019 (13), 3 avaient été révisés en 2020, 1 en 2021, 1 en 2022 et 1 en 2023.

Rappelons que le modèle de protocole élaboré par le MSSS énumère 70 consignes à suivre et à appliquer. Il précise également que chaque établissement de santé doit indiquer à quel personnel, à quel service ou à quelle direction s'adresse chaque consigne<sup>310</sup>. Dans les documents que nous ont envoyés les établissements de santé, nous avons pu constater que sur les 20 protocoles ou procédures, 12 n'apportent aucune précision sur le destinataire de chaque consigne, tandis que 8 l'ont fait, parmi lesquels 3 l'ont indiqué en annexe du document.

Par ailleurs, le modèle de protocole invite également chaque établissement à ajouter ou adapter certaines consignes selon les particularités propres à son organisation de services<sup>311</sup>. Les établissements ont majoritairement répondu à cette consigne puisque sur les 18 protocoles reçus, 12 contenaient des particularités régionales alors que 6 n'intégraient que les consignes générales du modèle du MSSS. Nous avons également pu constater une certaine diversité dans les précisions apportées au modèle de protocole, ainsi que dans les efforts de mise en page afin de rendre l'ensemble plus compréhensif. En ce sens, deux protocoles nous paraissent plus soignés que les autres, celui du CISSS de Laval, ainsi que celui du CISSS des Laurentides qui intègre un code couleur particulièrement appréciable.

Notons en outre que tous les protocoles incluent en annexe des formulaires types tels que des avis de dépôt, des certificats médicaux, des formulaires de consentement et des rapports d'examen. Ces formulaires, qui doivent être consignés au dossier des usagers, permettent une certaine uniformisation des pratiques, ainsi qu'un meilleur suivi du respect des procédures durant les gardes. Si chaque établissement en dispose, leur nombre et leur objet diffèrent d'un établissement à l'autre.

De nombreux centres intégrés disposent également de guides d'application ou d'aide-mémoire qui visent à soutenir les intervenants tout au long des procédures liées à la garde. Certains centres ont élaboré plusieurs guides selon les professionnels à qui ils

---

<sup>309</sup> Voir Annexe 1.

<sup>310</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 118, p. iii.

<sup>311</sup> *Id.*

s'adressent ou selon les étapes de garde concernées. 10 établissements nous ont fait parvenir ce type de documents. 10 établissements également ont choisi d'accompagner le protocole de schémas, toujours à destination du personnel. Ces derniers visent parfois un récapitulatif des différents types de gardes et des procédures à respecter dans chaque cas, certains établissements se sont également munis d'outils d'aide au calcul des délais. D'autres documents visent à soutenir la prise de décision avec des grilles de décisions, des canevas liés à la dangerosité, des algorithmes de cheminement ou de consentement ou des lignes du temps imaginées.

Ces différents documents que les CIUSSS et CISSS nous ont fait parvenir mettent en évidence une disparité des pratiques régionales, ou du moins, des outils soutenant les intervenants dans les procédures et décisions liées aux gardes en établissement. Dans la suite de nos recherches, il sera intéressant de connaître l'avis de professionnels sur ces outils et la pratique qu'ils en font.

### 3.3.2. La collaboration entre les différents acteurs

La P-38, nous l'avons vu, implique l'intervention de nombreux acteurs de différents secteurs. Beaucoup sont amenés à collaborer, soit pour intervenir ensemble, soit pour assurer une continuité dans la prise en charge de la personne. Pour que leur collaboration se passe au mieux, dans le respect de la loi et dans l'intérêt de la personne auprès de qui ils interviennent, les acteurs doivent avoir une certaine vision commune de l'intervention et de ses objectifs. Ils doivent également s'accorder sur la marche à suivre et sur les responsabilités respectives de chacun<sup>312</sup>.

Une telle harmonisation n'est pour le moins pas évidente dans la mesure où les acteurs impliqués sont issus de milieux professionnels très différents, au sein desquels les manières d'agir ne correspondent pas toujours à celles des autres. Plusieurs outils, tels que le Cadre de référence et le Modèle de protocole que nous avons analysés précédemment, ont notamment pour objectif de simplifier et d'améliorer ces collaborations.

Dans les sections suivantes, nous analyserons plus en détail certaines collaborations nécessaires entre des professionnels dans le cadre de l'application de la P-38.

---

<sup>312</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 6.

### 3.3.2.1. La collaboration entre les intervenants de crise et les policiers

La première collaboration possible dans le cadre de l'application de la P-38 est celle, émanant de l'article 8 de la P-38, entre les policiers et les intervenants de crise.

De manière générale, les chercheurs en criminologie s'entendent à reconnaître que les policiers ont de plus en plus à faire avec des cas liés à la santé mentale depuis les années 70<sup>313</sup>. Les chiffres révèlent par exemple qu'au Canada, de 5 à 15 % des appels à la police sont reliés à des personnes dont l'état mental est perturbé<sup>314</sup>. Inversement, il appert que les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont plus souvent en contact avec les policiers au cours de leur vie. Ainsi, selon la chercheuse Audrey-Anne Dumais-Michaud, deux personnes ayant un problème de santé mentale sur cinq seront arrêtées au cours de leur vie et 26 % des personnes ayant un problème de santé mentale auront en moyenne plus de cinq interactions avec la police comparativement à 4 % pour les personnes sans problème de santé mentale<sup>315</sup>. Son collègue Yannick Charrette met par ailleurs en évidence la prévalence des personnes avec un problème de santé mentale dans la population carcérale (10 fois plus que pour la population sans problème de santé mentale), le taux de condamnation et d'incarcération également plus élevé que pour la population générale (6,3 fois plus de chances d'être condamné et 9 fois plus de chances d'être incarcéré pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale que pour le reste de la population).

Face à ce constat de l'augmentation des interventions policières auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale, plusieurs recherches ont été réalisées. Ces dernières mettent de l'avant trois alternatives susceptibles d'améliorer les interventions policières<sup>316</sup> :

- Mettre en place des équipes mixtes composées de policiers et d'intervenants sociaux (*Co-response Team*) : une telle intervention nécessite un milieu suffisamment sécuritaire pour que le travailleur social puisse y participer. Plusieurs équipes mixtes ont vu le jour ces dernières années au Québec.
- Former les policiers à intervenir spécifiquement auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale : ils doivent alors être outillés pour mieux comprendre comment intervenir auprès de ces personnes. Au Québec, on pensera par exemple aux patrouilleurs Réponse en Intervention de Crise

---

<sup>313</sup> Les conférenciers Annie Gendron et Bruno Poulin soulignent que le phénomène de la désinstitutionnalisation de la santé mentale a probablement joué un rôle dans cette augmentation, voir ANNIE GENDRON et BRUNO POULIN, *Les policiers face aux enjeux de santé mentale*, Conférence du Centre international de criminologie comparé, novembre 2023.

<sup>314</sup> *Id.*

<sup>315</sup> Audrey-Anne DUMAIS-MICHAUD, *Évaluation des programmes d'accompagnement justice santé mentale (PAJSM) au Québec*, Conférence du Centre international de criminologie comparé, 14 novembre 2023.

<sup>316</sup> *Id.*; A. GENDRON et B. POULIN, préc., note 310.

(patrouilleurs RIC) introduits en 2013, qui ont suivi une formation spécifique de quatre jours portant sur l'intervention de première ligne auprès de personnes en crise à risque de violence<sup>317</sup>.

- Mener des interventions impliquant seulement des travailleurs sociaux : cette alternative ne semble pas encouragée au Québec.

Dans le cadre de la P-38, le choix du modèle d'intervention est explicitement prévu par la loi et favorise la collaboration entre les intervenants sociaux de crise et les policiers.

C'est dans ce cadre collaboratif que plusieurs initiatives ont vu le jour, les deux principales et plus anciennes étant UPS-J (Urgence psychosociale-Justice) dans le centre-ville de Montréal et P.E.C.H. (Programme d'encadrement clinique et d'hébergement) dans la ville de Québec. Dans ces deux projets, les intervenants sociaux sont rendus disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ils répondent, entre autres, aux appels de la police et se déplacent sur les lieux de l'intervention policière. Comme le relevait déjà le *Rapport sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes*, « [c]es initiatives contribuent certainement à faciliter le travail de la police auprès de ces personnes tout en favorisant leur non-judiciarisation. »<sup>318</sup> Notons également L'Escouade 24/7 dans la région du Bas-Saint-Laurent, un service accessible en tout temps qui prévoit le déplacement d'un intervenant de crise sur place avec pour objectif de désamorcer la crise<sup>319</sup>. Il s'agit d'une ressource alternative qui vise à éviter le recours aux hospitalisations forcées et à l'intervention policière.

Malgré les bénéfices envisagés, très peu d'études ont été menées afin de référencer et d'évaluer ces programmes. Notons néanmoins le récent rapport de Gabrielle Dupont dans le cadre de son essai doctoral qui a répertorié les projets qui s'intègrent dans une approche de « sécurité communautaire ». D'autres recherches de ce type pourraient permettre d'évaluer ces initiatives et éventuellement de dégager des bonnes pratiques et de profiter des enseignements de celles-ci afin de développer et d'améliorer les interventions mixtes policiers et intervenants de crise<sup>320</sup>.

---

<sup>317</sup> Voir l'information disponible sur le site Internet du SPVM : <https://spvm.qc.ca/fr/Pages/Decouvrir-le-SPVM/Qui-fait-quoi/Patrouilleurs-RIC-Reponse-en-intervention-de-crise>

<sup>318</sup> Christiane CARDINAL, *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Rapport remis au Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), 2000, p. 7.

<sup>319</sup> Voir l'information disponible sur leur site Internet : <https://spvm.qc.ca/fr/Pages/Decouvrir-le-SPVM/Qui-fait-quoi/Patrouilleurs-RIC-Reponse-en-intervention-de-crise>

<sup>320</sup> Emmanuelle Bernheim nomme par exemple des études menées ailleurs au Canada et aux États-Unis au sujet de ces interventions en équipe mixte qui ne présentent pas que des effets positifs. Elle réfère notamment à des États dans lesquels le législateur a plutôt opté pour des mécanismes dépendant exclusivement des intervenants sociaux, à l'exclusion des policiers. EMMANUELLE BERNHEIM et AMÉLIE MORIN, *Webinaire du mois de février : Santé mentale et judiciarisation : quels impacts sur les personnes ?*,

En ce sens, le *Plan d'action interministériel en santé mentale* (ci-après PAISM) 2022-2026 prévoit de « mettre en œuvre et consolider des pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières de proximité » en reconnaissant que les expériences de ces pratiques démontrent des résultats favorables dans le désamorçage des crises et permettent d'estimer plus efficacement la dangerosité. Cette action sera portée par le MSSS et le MSP pour un financement total de 59,5 M\$ dans le but « d'assurer aux personnes qui traversent une situation de crise une réponse adaptée à leurs besoins et de limiter les hospitalisations, la judiciarisation ou le recours à des ressources spécialisées lorsque cela n'est pas nécessaire »<sup>321</sup>. Quelques années avant, en 2018, la stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale encourageait également « une collaboration plus étroite entre les services d'aide en situation de crise et les services de police »<sup>322</sup>.

Promouvoir la collaboration entre ces deux acteurs suppose également d'explicitier les rôles et responsabilités de chacun, chose relativement ambiguë dans la formulation de la P-38. Certains se sont notamment inquiétés que les policiers ne sollicitent pas l'avis des intervenants et prennent seuls la décision d'amener la personne dans un établissement de santé<sup>323</sup>. Le fait que les policiers n'aient pas été formés à assumer ce nouveau rôle régi par la P-38 a également été l'objet de critique<sup>324</sup>. Face à ces enjeux, le MSSS a tenté de clarifier les choses dans son cadre de référence en explicitant le rôle de chacun<sup>325</sup>. Il y propose aussi des modèles d'entente afin de faciliter les interventions collaboratives entre les policiers et les intervenants de crise. Dans le même élan, certains encouragent la formation d'unités d'intervention de crise (UNIC) composées de policiers et d'intervenants sociaux ou encore la conclusion d'accords entre les services de police et les services d'aide en situation de crise<sup>326</sup>.

Bien que les collaborations tendent à atténuer ces difficultés, l'alliance entre un policier et un intervenant social dans le cadre de la gestion d'une crise n'est pas toujours évidente. Des différences quant aux modalités d'intervention et aux buts qui y sont associés ont notamment rendu l'arrimage entre l'intervention des policiers et celle des intervenants de crise difficile. En ce sens, certains ont soulevé la problématique relative au temps d'intervention respectif, que les policiers doivent minimiser pour garantir un temps de réponse rapide aux citoyens. Le milieu de l'intervention de crise ne rencontre pas les

---

Association Canadienne pour la santé mentale (ACSM) Montréal, 29 février 2024, en ligne : <<https://www.youtube.com/watch?v=Kye52AgrKuE>>.

<sup>321</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *S'unir pour un mieux-être collectif*, Plan d'action interministériel en santé mentale, Québec, Canada, 2022, p. 29 et 30, voir l'action 2.4.

<sup>322</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 272, p. 16.

<sup>323</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVILLE, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 15 à 18 et 26.

<sup>324</sup> *Id.*, p. 25 à 27.

<sup>325</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 26.

<sup>326</sup> Jessica BERGERON, *La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001) : constats, défis et recommandations*, Essai présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, 2021, p. 31.

mêmes contraintes et dispose d'un temps de mobilisation bien plus élevé. En ce sens, l'intervenant social va chercher à désamorcer la crise en proposant des alternatives. Le temps est son allié puisqu'il espère que la crise s'estompe ou encore, il cherche à obtenir le consentement de la personne pour une intervention consentie. Ainsi, « la temporalité se vit de façon différente, presque antinomique » entre les deux acteurs<sup>327</sup>. Ces différences fondamentales entre les deux types d'intervenants, qui ont « des intérêts, des valeurs et des schèmes d'action »<sup>328</sup> parfois aux antipodes l'un de l'autre sont autant de contraintes pour une pratique collaborative. Elles ont pour conséquence que l'évaluation de l'intervenant de crise se fait majoritairement par téléphone pour ne pas perdre de temps<sup>329</sup>.

Par ailleurs, la communication entre ces deux acteurs constitue un élément clé de la réussite de leur intervention commune. Il est donc important qu'ils disposent de canaux de communication rapides, simples et efficaces. C'est d'ailleurs l'objet d'une autre action du *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* : « Favoriser le travail intersectoriel, notamment en renforçant les partenariats entre Info-Social et les premiers répondants, notamment le 911, par le numéro unique 811 ». Cette action est portée par le MSSS et financée pour un montant total de 5,75 M\$<sup>330</sup>.

### **3.3.2.2. La collaboration entre les intervenants de crise, les policiers et le personnel soignant**

Après l'intervention sur les lieux assurée de concert par les policiers et les intervenants de crise, la personne peut être conduite par le policier dans un établissement de santé s'il estime qu'elle présente un danger grave et immédiat. Il en va de même lorsque l'agent de la paix agit en vertu d'une ordonnance de garde délivrée par un juge de la Cour du Québec. L'agent de la paix doit alors coordonner son intervention avec l'établissement. Le Cadre de référence du MSSS précise ce que cette coordination implique, en soulignant notamment son devoir de prévenir le personnel du service des urgences de l'établissement de l'arrivée de la personne, d'autant plus s'il s'agit d'une intervention auprès d'une personne qui présente un danger grave et immédiat. Il peut également coordonner son arrivée avec les services préhospitaliers d'urgence. Par ailleurs, l'agent de la paix doit également transmettre toute l'information pertinente à l'agent de triage des urgences<sup>331</sup>.

---

<sup>327</sup> C. CARDINAL, préc., note 315, p. 11.

<sup>328</sup> *Id.*

<sup>329</sup> *Id.*, p. 9.

<sup>330</sup> Voir l'Action 2.1, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318, p. 27.

<sup>331</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 27.

Si le moment du transfert de responsabilité entre l'agent de la paix et l'établissement de santé a longtemps été l'objet de doutes<sup>332</sup>, le cadre de référence est venu clarifier ce point en précisant que

le moment tout indiqué est celui de la transmission des informations pertinentes par l'agent de la paix au personnel infirmier affecté au triage au service des urgences. Une fois l'échange d'informations entre l'agent de la paix et le personnel infirmier affecté au triage terminé, la prise en charge par l'établissement devient effective. L'agent de la paix peut alors être dégagé de sa responsabilité, à moins que sa présence au service des urgences soit requise, en appui aux mesures de sécurité que l'établissement doit avoir prévues, pour assurer la sécurité des personnes et des lieux. Une fois cette sécurité jugée assurée par l'agent de la paix, celui-ci est libéré de sa responsabilité envers la personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.<sup>333</sup>

Il est plus loin clarifié que le début de la garde préventive coïncide avec le moment officiel de la prise en charge par l'établissement<sup>334</sup>.

Les possibilités de divergence d'opinions quant à la présence de la dangerosité peuvent constituer un point d'accroche entre les différents intervenants, notamment entre les intervenants de crise et les médecins des urgences. Cette divergence résulte alors sur la libération de la personne alors que les intervenants de crise la considéraient comme présentant un danger grave et immédiat<sup>335</sup>. Par ailleurs, la question du pouvoir des psychiatres qui suivent leur patient sur une base régulière a également été soulevée dans la mesure où, si ceux-ci ont assez d'éléments pour penser que la personne représente un danger grave et immédiat, ils ne peuvent agir pour autant puisqu'ils doivent au préalable obtenir une ordonnance du tribunal autorisant la mise sous garde provisoire<sup>336</sup>.

### **3.3.2.3. La collaboration des acteurs dans le cadre judiciaire**

Les tribunaux sont des lieux d'interactions privilégiés entre les différents acteurs impliqués dans la P-38. Ces derniers jouent des rôles particuliers dans le cadre des audiences et leur participation, directe ou indirecte, peut entraîner des répercussions importantes sur le processus de mise sous garde<sup>337</sup>.

La principale interaction ciblée ici met en relation les juges et les psychiatres. Ces derniers sont en charge des évaluations psychiatriques qui sont indispensables dans un dossier de demande de garde autorisée et constituent généralement l'unique preuve déposée à la

<sup>332</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146, p. 24.

<sup>333</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 17.

<sup>334</sup> *Id.*, p. 19.

<sup>335</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 20 à 23.

<sup>336</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 136, p. 153.

<sup>337</sup> Nous ne traitons pas ici des interactions entre le juge et les usagers puisque notre section concerne les enjeux liés à la collaboration des professionnels. Nous reviendrons sur la présence et la participation des usagers à l'audience, enjeu particulièrement important, ultérieurement, voir *infra* section 3.4.3.1.

Cour. Tel que nous l'avons mentionné plus tôt, il appert en effet que les rapports psychiatriques constituent l'élément central sur lequel s'appuient les juges pour décider de la dangerosité de la personne et donc de sa mise sous garde<sup>338</sup>. Dès lors, ces rapports ne peuvent pas se contenter d'établir un diagnostic médical, ils doivent expliciter les éléments cliniques de la dangerosité et les facteurs la soutenant<sup>339</sup>. Les juges ne disposant pas d'une formation en psychiatrie, les aspects cliniques liés à la dangerosité doivent leur être expliqués à défaut de quoi, ils ne pourront prendre des décisions parfaitement éclairées.

Bien que le *Code de procédure civile du Québec* reconnaisse que le rapport de l'expert tient lieu de témoignage<sup>340</sup>, on pourrait présumer que la présence des psychiatres à l'audience est particulièrement bénéfique en matière de garde en établissement ; elle permettrait notamment un échange avec le juge susceptible de répondre à ses questionnements. Qui plus est, la participation des psychiatres à l'audience assurerait un plus grand respect des droits de la défense, la personne visée par la demande ou son avocat pouvant dès lors la contre-interroger, et ainsi mieux saisir les arguments en faveur de la garde et les contester au besoin. Pourtant, on constate en pratique que la présence des psychiatres aux audiences est extrêmement rare<sup>341</sup>. Les propos des chercheurs Marcio Gutiérrez et Emmanuelle Bernheim à ce sujet sont sans équivoque :

les psychiatres ayant procédé aux évaluations ne sont jamais présentes aux audiences ; les juges n'ont donc pas la possibilité de les interroger et les avocates des hôpitaux n'ont pas les connaissances leur permettant de donner des explications satisfaisantes. Les rapports psychiatriques sont courts et souvent peu détaillés ; leur contenu factuel est souvent contesté, mais il n'est pas toujours évident de pouvoir démontrer la provenance des faits sur lesquels les psychiatres fondent leur opinion.<sup>342</sup>

Les juges et les psychiatres doivent tous deux se prononcer sur la dangerosité liée à l'état mental des personnes, les premiers s'appuyant en grande partie sur l'avis des seconds, même s'il ne les lie pas. Le taux d'acceptation des requêtes extrêmement élevé<sup>343</sup>, sur la base parfois exclusive des rapports psychiatriques, laisse supposer que les juges confèrent une valeur extrêmement importante à l'avis des psychiatres. Du fait de cette mission

---

<sup>338</sup> Voir *supra* section 3.1.3.2 et *infra* section 3.4.4.1.

<sup>339</sup> DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 212, p. 20; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 172; 2018, J.M. c. *Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, préc., note 112.

<sup>340</sup> C.p.c., art. 293.

<sup>341</sup> Dans une étude estrienne réalisée entre 2008 et 2009, on notait que, sur un total de 226 requêtes en matière de garde, le tribunal n'avait demandé qu'une seule fois à entendre l'un des deux psychiatres qui avait rédigé le rapport psychiatrique, DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, *Portrait des gardes en établissement et étude des audiences de la Cour du Québec*, Gatineau, Québec, 2010, p. 72; Voir aussi les chiffres dans DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 207, p. 44.

<sup>342</sup> M. GUTIÉRREZ et E. BERNHEIM, préc., note 24, p. 13.

<sup>343</sup> Souvent supérieur à 90 %, voir *infra* section 3.4.4.2.



commune, une coopération étroite entre ces acteurs, impliquant *a minima* quelques échanges, apparaît naturelle. Or, en l'état actuel, la collaboration entre ces acteurs se fait de manière complètement indirecte, via des rapports psychiatriques, parfois lacunaires, laissés aux mains des juges.

La chercheuse Emmanuelle Bernheim a approfondi la question de la nature des interactions entre le juge et l'expert-psychiatre en s'appuyant sur une recherche documentaire dans la jurisprudence, associée à l'observation directe d'audiences et la réalisation d'entrevues semi-dirigées auprès de juges de la Cour supérieure du Québec et de la Cour du Québec<sup>344</sup>. Dans le cadre des procédures relatives aux gardes en établissement, elle relève la brièveté des jugements (3 pages en moyenne incluant la page de garde) et leur ressemblance les uns avec les autres (souvent les mêmes phrases et la même structure de texte), ainsi que la place centrale qu'occupe l'expertise psychiatrique, premier et parfois seul élément justifiant la décision<sup>345</sup>. La chercheuse soulève également les enjeux liés au manque de temps dont le juge dispose pour décider, ainsi qu'aux difficultés d'accès à la contre-expertise, à l'absence systématique du psychiatre et à celle, récurrente, d'un avocat pour défendre la personne visée par la demande<sup>346</sup>.

#### 3.3.2.4. Le partage des renseignements en matière de santé

Pour assurer une certaine continuité dans la prise en charge en vertu de la P-38, il est indispensable que tous les intervenants partagent les informations pertinentes au sujet de la personne et de leur intervention. Ces canaux de communication sont essentiels afin de ne rien échapper dans la prise en charge. De plus, ils permettent à chaque professionnel de travailler en connaissance de cause et de s'assurer que ses actions correspondent aux besoins de la personne.

Néanmoins, l'autre volet non moins important résultant du partage d'informations est celui de l'atteinte à la vie privée. C'est d'ailleurs le droit fondamental à la source de toutes les normes protectrices des renseignements personnels : les informations appartiennent à la personne, on ne peut les divulguer sans son consentement. Ce principe est notamment au cœur du devoir de confidentialité des médecins. Le droit à la vie privée fait partie intégrante des droits et libertés des personnes, y compris des personnes qui ont des enjeux de santé mentale. Un juste équilibre doit donc être recherché entre les besoins de l'intervention, incluant des besoins de protection de la personne visée et d'autrui, et le respect de la confidentialité des informations la concernant, d'autant plus

---

<sup>344</sup> Emmanuelle BERNHEIM, « Perspective Luhmannienne sur l'interaction entre droit et psychiatrie : théorisation de deux modèles dans le contexte particulier de l'expertise psychiatrique », (2008) 13-1 *Lex Electronica*.

<sup>345</sup> *Id.*, 52.

<sup>346</sup> *Id.*, 63.

en matière de santé mentale, un domaine parasité par de nombreux préjugés et à risque de profilage<sup>347</sup>.

Le rapport de la coroner Me Julie-Kim Godin au sujet des enquêtes sur la vague de suicides ayant impliqué le décès de six personnes mettait en évidence des bris de communication entre les différents acteurs des interventions en matière de prévention du suicide. Ses recommandations au sujet de la bonification et de la facilitation du partage de l'information sont généralisables à toutes les interventions en matière de santé mentale. La coroner dénonce les règles liées à la confidentialité et au secret professionnel interprétées de manière trop restrictive et limitant ainsi la cohérence des interventions. Elle souligne notamment qu'un « accès limité aux renseignements pertinents est susceptible de nuire à leur évaluation, leur prise en charge, à l'arrimage des services, au déploiement d'un filet de sécurité et à la collaboration entre les différents secteurs d'intervention »<sup>348</sup>.

Face à ce constat, la Coroner émet les deux recommandations suivantes :

« R45. de créer un comité consultatif d'experts qui aura le mandat de se pencher sur la révision du cadre juridique entourant le partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel afin de prévenir des actes de violence et des décès par suicide ;

R46. de revoir les règles en matière de partage des renseignements protégés par la confidentialité et le secret professionnel afin de mieux prévenir des décès violents ou par suicide. »<sup>349</sup>

Une recommandation similaire était émise plus récemment par le coroner dans son rapport d'enquête sur les décès de Mohamed Belhaj, André Lemieux, Alex Lévis-Crevier et Abdulla Shaikh<sup>350</sup>.

Notons qu'en matière de renseignements de santé, une réserve s'impose dans la mesure où le cadre juridique de partage d'informations en matière de santé vient tout juste d'être révisé. La *Loi 5 sur les renseignements de santé et de services sociaux*, qui entrera en vigueur dans les prochaines semaines, vise à :

assurer la protection des renseignements, tout en permettant l'optimisation de l'utilisation qui en est faite et leur communication en temps opportun, en vue d'améliorer la qualité des services offerts à la population et de permettre une gestion

---

<sup>347</sup> EMMANUELLE BERNHEIM et AMÉLIE MORIN, préc., note 316. Sur les préjugés en matière de santé mentale, voir *infra* section 3.5.4.

<sup>348</sup> J.-K. GODIN, préc., note 158, p. 83.

<sup>349</sup> *Id.*, p. 87.

<sup>350</sup> Géhane KAMEL, *Rapport d'enquête, Loi sur les coroners, concernant les décès de Mohamed Belhaj, André Lemieux, Alex Lévis-Crevier et Abdulla Shaikh*, Québec, Bureau du Coroner, 2023, p. 40.

du système de santé et de services sociaux basée sur la connaissance des besoins des personnes et de la consommation de services.<sup>351</sup>

On retrouve dans ce nouveau cadre juridique les règles relatives au partage d'information entre les différents services de santé et services sociaux. En outre, certaines règles visent expressément le partage des renseignements avec les services de police. Nous reproduisons ici l'article 69 de cette Loi que nous pensons particulièrement pertinent dans le contexte de la P-38 :

69. Un organisme peut communiquer un renseignement qu'il détient à un corps de police lorsqu'il est nécessaire à la planification ou à l'exécution d'une intervention adaptée aux caractéristiques d'une personne ou de la situation, dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1° le corps de police intervient, à la demande de l'organisme, pour lui apporter de l'aide ou du soutien dans le cadre des services qu'il fournit à une personne ;

2° l'organisme et le corps de police agissent en concertation ou en partenariat dans le cadre de pratiques mixtes d'interventions psychosociales et policières. Un renseignement ainsi communiqué ne peut être utilisé qu'aux fins prévues au premier alinéa.

Bien que, comme le souligne la coroner Me Kim Godin dans son rapport, cette nouvelle loi ne révolutionne pas les règles touchant la levée du secret professionnel<sup>352</sup>, nous pouvons penser qu'elle aura un impact sur le partage d'information dans le cadre des processus de mise sous garde. Il sera donc important de rester attentif à son application dans les prochains mois, ainsi que de sonder l'avis des professionnels et des usagers à son sujet, notamment quant à l'équilibre entre le droit au respect de la confidentialité et le droit à la protection des personnes.

### **3.3.2.5. La signature d'ententes**

Dans son cadre de référence, le MSSS attribue aux CIUSSS et CISSS le rôle de « [r]éunir les acteurs locaux pour la signature d'ententes de collaboration entre les SASC désignés, les centres hospitaliers et les agents de la paix »<sup>353</sup>. Ces ententes locales visent à structurer la collaboration entre les différents intervenants désignés dans l'article 8 de la P-38, à savoir les SASC, les agents de la paix et les services des urgences des centres hospitaliers. Elles ciblent les « mécanismes d'accueil, d'orientation, de liaison, de suivi conjoint des usagers, de modalités de collaboration et, lorsque cela est permis, de partage de renseignements en conformité avec les règles de confidentialité prévues par la loi »<sup>354</sup>.

<sup>351</sup> Notes explicatives au projet de loi.

<sup>352</sup> J.-K. GODIN, préc., note 158, p. 86.

<sup>353</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 32.

<sup>354</sup> *Id.*, p. 14.

Elles peuvent par exemple inclure l'accès à des lignes partenaires du 811, ou tout autre moyen de communication. Ces ententes doivent favoriser une réponse rapide et concertée aux besoins des personnes dont l'état mental présente un danger grave et immédiat, plus précisément une réponse harmonieuse où chacun sait exactement ce qui doit être fait et par qui<sup>355</sup>.

Les centres intégrés sont responsables de la mise en place de ces ententes, de leur application et de leur révision. Un comité de suivi ou d'arrimage de ces ententes est également indiqué en tant qu'outil indispensable « pour parfaire la complémentarité et l'harmonisation des pratiques des uns et des autres »<sup>356</sup>.

Dans son cadre de référence, le MSSS propose un modèle d'entente qui pourrait être signée entre un SASC, un centre hospitalier et un service de police. Cette entente décrit les rôles et responsabilités de chacun au fur et à mesure de l'évolution de la situation. Avec ce modèle très général, plusieurs mécanismes locaux de coordination et de collaboration pourraient être intégrés à ce type d'entente. Il serait d'ailleurs intéressant d'en connaître l'utilisation et l'efficacité en pratique<sup>357</sup>.

Si de telles ententes peuvent améliorer la pratique à l'échelle locale, d'autres envisagent des ententes plus structurelles entre les différents ministères impliqués. Récemment, la coroner Me Géhane Kamel déposait son rapport d'enquête au sujet du triple meurtre de 2022. Notant un manque de communication entre les différents intervenants et un bri dans le transfert d'information, elle invitait les ministères à réfléchir à la conclusion d'une entente-cadre nationale entre le MSP, le MJQ, le MSSS et le Directeur des poursuites criminelles et pénales (DPCP) dans le cadre de la prise en charge des personnes suivies par la CETM<sup>358</sup>. L'intervention en vertu de la P-38 impliquant également les compétences de plusieurs ministères, une collaboration étroite entre ces différentes entités pourrait certainement bénéficier à la mise en œuvre de la loi. On peut penser aux ententes-cadres ou encore à toute forme d'échange, de soutien, de discussion et de partage qui renforcent l'harmonisation de la loi et la protection des personnes prises en charge. En la matière, le plan d'action en santé mentale de 2015-2020 prévoyait que chaque centre intégré mette en place et anime « des mécanismes de concertation territoriale entre les différents partenaires du réseau public et communautaire, tant du secteur de la santé que des autres secteurs »<sup>359</sup>. De plus, il prévoyait l'adoption d'une stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale, partagée par le MSP, le MSSS et le MJQ pour la psychiatrie légale<sup>360</sup>. Une recommandation qui a été suivie par le biais de l'organisation

---

<sup>355</sup> *Id.*

<sup>356</sup> *Id.*, p. 33.

<sup>357</sup> Nous essaierons d'investiguer cette question lors des chantiers ultérieurs de notre recherche.

<sup>358</sup> G. KAMEL, préc., note 347, p. 36.

<sup>359</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Faire ensemble autrement*, Plan d'action en santé mentale (PASM), Québec, Canada, 2015, p. 43.

<sup>360</sup> *Id.*, p. 58.

du Forum justice et santé mentale, lequel donnait lieu, en 2018, à l'adoption de la Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale *Agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale*<sup>361</sup>.

Il est par ailleurs notable que le plan d'action en santé mentale suivant (2022-2026) soit un plan d'action interministériel, un effort apparent de collaboration nationale<sup>362</sup>.

### 3.3.3. La formation des intervenants

La P-38 implique la participation de divers professionnels aux parcours académiques parfois très différents. Pour assurer une collaboration harmonieuse et appropriée, il est essentiel que ces intervenants comprennent clairement leurs rôles respectifs et adoptent une certaine conception uniforme de la loi. En ce sens, des recommandations pour mettre en place une formation commune à ces intervenants au sujet de la P-38 ont régulièrement été émises<sup>363</sup>.

Plus récemment, le Plan d'action en santé mentale de 2015-2020 prévoyait que les trois ministères impliqués (MJQ, MSSS et MSP) élaborent ensemble une formation sur la P-38 afin de pouvoir l'offrir conjointement dans leur réseau respectif<sup>364</sup>.

Conformément à cette mesure, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté en 2018 le Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale (CRAIP) du CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean pour concevoir cette formation nationale. En avril 2021, cette formation a été déployée sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA). Elle est rendue disponible pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux, pour les partenaires externes ayant une entente de collaboration avec un établissement de santé dans le cadre de la P-38, tels que les centres de crise, ainsi que pour le corps policier (par le biais de l'École nationale de police du Québec).

Conformément au PAISM 2022-2026, le MSSS assure, en collaboration avec le CRAIP, le déploiement de cette formation nationale pour les années 2020 à 2024<sup>365</sup>. Selon les données fournies par le MSSS en date du 22 février 2024, 12 465 personnes avaient complété cette formation nationale sur l'ENA.

---

<sup>361</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 272.

<sup>362</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318.

<sup>363</sup> J. BERGERON, préc., note 323, p. 31; PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146, p. 12 et 13; ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, *Ensemble pour s'en sortir et s'en défaire : Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle*, 2006, p. 12.

<sup>364</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 356, p. 59.

<sup>365</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318, p. 76.

Outre cette formation, les CIUSSS et CISSS peuvent également mettre en place des outils et des activités de développement des compétences du personnel<sup>366</sup>, notamment sur une base locale afin de favoriser la collaboration et la bonne entente des différents acteurs.

Notons que nous n'avons trouvé aucune information concernant la formation des acteurs judiciaires. Le groupe de travail du Barreau du Québec avait pourtant constaté l'importance de développer les connaissances et les capacités d'intervention des acteurs judiciaires agissant auprès de personnes ayant des troubles mentaux. Il recommandait même de favoriser l'implantation de cours spécialisés sur la représentation de ce groupe de personnes au Cégep, à l'Université, au Barreau du Québec et en formation continue<sup>367</sup>. Pour les juges, nous n'avons pas non plus identifié de formations particulières, bien qu'il nous a été mentionné que certaines formations dispensées dans le cadre de la formation continue concernaient les affaires relatives à la santé mentale. Rappelons que des enjeux relatifs à la subjectivité des décisions, notamment selon l'expérience personnelle du juge en matière de santé mentale<sup>368</sup> ou encore selon une mauvaise perception de son propre rôle<sup>369</sup>, ont été soulignés. Il semblerait aussi que les juges les plus expérimentés en matière de garde en établissement n'aient pas toujours le même raisonnement que ceux qui commencent dans cette pratique.

#### 3.3.4. La disponibilité des ressources

Comme tous les mécanismes liés à des services publics, le bon fonctionnement de la P-38 est tributaire de la disponibilité des ressources mobilisées pour l'appliquer. Lors de l'entrée en vigueur de la loi, le manque de disponibilité et la précarité des SASC<sup>370</sup> ont été fortement décriés. Ils constituaient une barrière à la mise en œuvre de la loi, et plus particulièrement, à la collaboration policière et sociale en vertu de l'article 8 P-38<sup>371</sup>. La couverture géographique incomplète des SASC, la méconnaissance de leur implication et les délais d'attente trop élevés étaient principalement ciblés. Par ailleurs, il existait un flou dans l'identification de ces services pour chaque établissement de santé.

Le MSSS a progressivement précisé l'organisation des services et mis en place des directives. Il a ainsi désigné trois types de services comme étant les SASC chargés d'assurer le mandat dévolu par la P-38 : le service d'accueil, analyse, aide et référence (AAOR), celui de la consultation téléphonique psychosociale (Info-Social), accessible en

---

<sup>366</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 24 et 25.

<sup>367</sup> BARREAU DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 7.

<sup>368</sup> M.-H. GOULET et C. LESSARD-DESCHÊNES, préc., note 117.

<sup>369</sup> E. BERNHEIM, préc., note 196.

<sup>370</sup> L'article 8 de la P-38 précise qu'on entend par SASC « un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux. ».

<sup>371</sup> DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 212, p. 23 et s.

tout temps au numéro 8-1-1, et le service d'intervention de crise dans le milieu 24/24, 7/7<sup>372</sup>. Depuis janvier 2015, la totalité des régions sociosanitaires, à l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la Baie-James, doit avoir mis en place le service Info-Social, accessible au numéro 8-1-1. Ces aménagements visent à simplifier l'accès et le fonctionnement des intervenants sociaux, tant pour les personnes que pour les policiers intervenant dans le cadre de l'article 8<sup>373</sup>. Ainsi, les appels reçus qui semblent concerner des enjeux de santé mentale sont transférés au 8-1-1 même lorsqu'ils proviennent d'appels au 9-1-1 (ce qui semble très fréquent en pratique), permettant une meilleure utilisation des ressources SASC et de favoriser la collaboration avec les policiers<sup>374</sup>.

Notons également que le PAISM 2022-2026 dispose d'une action visant à améliorer ce mécanisme en renforçant les partenariats entre Info-Social et les premiers répondants, notamment le 9-1-1, par le numéro unique 8-1-1. Cette action, financée à hauteur de 5,75 M\$ a pour but d'améliorer le service Info-Social afin qu'il puisse répondre aux demandes de nature psychosociale provenant des premiers répondants et, ainsi, assurer une meilleure réponse à la population. En outre, le MSSS consolidera une trajectoire entre le service Info-Social et les premiers répondants dans le but d'assurer une consultation téléphonique psychosociale 24/7 dans un délai de quatre minutes dans l'ensemble de la province.<sup>375</sup> Le MSSS prévoit de surcroît d'injecter 10 M\$ afin de soutenir les SASC<sup>376</sup>.

La question de la disponibilité des ressources alternatives à la garde en établissement ou encore des services de premières lignes qui devraient notamment permettre la prise en charge classique des personnes et ainsi favoriser le caractère exceptionnel de la P-38, est également centrale dans le domaine. Nous l'aborderons plus en détail dans une section ultérieure<sup>377</sup>.

Enfin, soulignons également le manque de psychiatres dans certaines régions dont le rôle est pourtant essentiel en matière de P-38. La dernière enquête du Coroner a notamment mis en lumière ce manque de ressource, plus particulièrement dans la région de Laval<sup>378</sup>.

---

<sup>372</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 15.

<sup>373</sup> *Id.*

<sup>374</sup> JESSICA BERGERON, préc., note 301, p. 21 et 22.

<sup>375</sup> Action 2.1 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318, p. 27.

<sup>376</sup> *Id.*, p. 28 et 29.

<sup>377</sup> Voir *infra* section 3.5.3.

<sup>378</sup> G. KAMEL, préc., note 347, p. 24 et 25.

### 3.3.5. Les enjeux relatifs au cheminement de la personne en vertu de la P-38 dans les établissements de santé

#### **3.3.5.1 Le transport et l'accueil aux urgences**

Il arrive fréquemment que les policiers fassent appel aux services ambulanciers afin de transporter la personne qu'ils considèrent présenter un danger grave et immédiat dans un établissement de santé. Dans ces cas-là, les policiers accompagnent parfois la personne dans l'ambulance. L'utilisation de ces services préhospitaliers d'urgence engendre des coûts. En plus des éventuelles embûches en termes d'arrimage entre les services policiers et les services ambulanciers, la question des frais engendrés par le transport a longtemps été soulevée<sup>379</sup>. Qui doit payer ? Il est pour le moins délicat d'obliger la personne à le faire dans la mesure où ce n'est pas elle qui a requis le service et que bien souvent, elle y a été contrainte. La facture devrait-elle revenir aux policiers ? Aux SASC ? À une mesure de recouvrement des frais ? Le Protecteur du citoyen soulevait cet enjeu dans son rapport de 2011 auquel le MSSS répondait que des négociations dans le cadre d'un nouveau contrat de service étaient en cours<sup>380</sup>.

Depuis lors, le gouvernement a confirmé qu'une personne qui est transportée contre son gré vers un centre hospitalier n'aura pas de frais à payer<sup>381</sup>. Des contrats de service ont été conclus afin que l'entreprise ambulancière obtienne le remboursement des coûts des transports effectués par l'entreprise en vertu de la P-38.

#### **3.3.5.2 Les urgences**

La question des urgences est extrêmement difficile à aborder à l'échelle nationale puisqu'il existe une grande variété de services selon les régions. Aussi, certains établissements sont intégralement dédiés à la psychiatrie, tandis que d'autres disposent de services spécialisés en psychiatrie, notamment d'urgence psychiatrique, alors que d'autres n'ont aucun service particulier de prise en charge psychiatrique. Dans ce dernier cas, l'adaptation des urgences aux personnes en proie à des problèmes de santé mentaux devient un enjeu prédominant. Comme l'indique l'organisme Droits-Accès de l'Outaouais dans son rapport en 2010, « [l]es urgences des hôpitaux généraux ont été pensées en fonction des besoins de la santé physique et sont généralement très mal adaptées aux besoins des personnes en crise »<sup>382</sup>. Cet organisme soulevait également des enjeux relatifs à la priorité de la prise en charge des personnes amenées en vertu de la P-38 souvent sous-estimée. Pourtant, comme l'indique le MSSS dans son cadre de référence,

---

<sup>379</sup> DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 212, p. 35.

<sup>380</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146, p. 25.

<sup>381</sup> Voir l'information sur le site gouvernemental à l'adresse suivante

<https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/services-prehospitaliers-urgence/droits-personne>.

<sup>382</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 84.



« à l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), révisée en 2008, une priorité de niveau 1 a été accordée à la personne présentant un comportement violent ou homicide ou un comportement bizarre non contrôlé »<sup>383</sup>. Il serait donc intéressant d'en apprendre davantage sur la pratique du triage afin de pouvoir évaluer sa capacité à respecter l'ETG dans les faits.

Les urgences psychiatriques, bien que plus spécialisées dans la prise en charge des problèmes liés à l'état mental des personnes, semblent également faire face à plusieurs enjeux selon l'organisme Pro-Def Estrie. Ce dernier souligne en effet la pratique des portes barrées, qui « restreint la liberté de tous ses occupants, indépendamment qu'ils soient sous garde préventive ou en attente d'être évalués par un psychiatre pour statuer sur la nécessité d'une telle garde ou non »<sup>384</sup>. Il est vrai que les personnes amenées aux urgences en vertu de la P-38 ont un profil particulier et surtout très varié, qui ne correspond pas toujours au profil des usagers habituels des services d'urgence psychiatrique.

Notons également que, selon les usagers qui ont eu l'occasion de s'exprimer sur leur expérience, l'arrivée au service d'urgence est généralement mal vécue du fait de la froideur de la salle d'attente, du temps d'attente jugé trop long, mais aussi du manque d'intimité et de confidentialité<sup>385</sup>.

### 3.3.5.3 Le respect des délais

Plusieurs organismes et chercheurs ont noté des manquements réguliers au respect des délais légaux. Les membres de l'AGIDD-SMQ soulevaient notamment des durées de garde préventive plus longues que permises, mais possibles en raison de l'absence de consensus sur le début du calcul des 72 heures<sup>386</sup>. Le MSSS ayant clarifié le moment à partir duquel les délais de la garde préventive doivent commencer à courir, en l'assimilant au moment officiel de la prise en charge par l'établissement<sup>387</sup>, le calcul des délais devrait s'être harmonisé.

En outre, il semble demeurer des enjeux particuliers liés aux délais de notification qui réduisent *de facto* les temps d'évaluation prévus par la P-38<sup>388</sup>. En ce sens, plusieurs acteurs ont porté à notre attention le fait que le délai minimal de 48 heures prévu pour

---

<sup>383</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 16.

<sup>384</sup> PRO-DEF ESTRIE, préc., note 255, p. 4.

<sup>385</sup> Mathilde MERIAUX, Jennifer DENIS, Véronique MICHEL et Stephan HENDRICK, « Accueillir le patient en crise aux urgences psychiatriques : étude du vécu subjectif », (2019) 177-6 *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 526, 529.

<sup>386</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 22.

<sup>387</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 19.

<sup>388</sup> C.p.c., art. 396

la notification de la demande avant que celle-ci soit présentée au tribunal exige des médecins qu'ils statuent très vite sur la dangerosité de la personne. Prenons le cas de la garde préventive : celle-ci ne peut excéder 72 heures ; or, si le médecin décide de déposer une demande de garde provisoire, il doit la notifier 48 heures avant. Autrement dit, il devra décider de déposer la demande — et donc avoir terminé son évaluation de la dangerosité — au maximum 24 heures après le début de la garde préventive<sup>389</sup>. Certains soulignent que cela leur laisse trop peu de temps pour pouvoir observer l'évaluation de la situation ou encore pour permettre à la crise de se résorber.

Cet enjeu relatif au délai de notification semble directement affecter le respect de l'obligation même de notification. En effet, tel que nous le verrons ultérieurement, les manquements en matière de notification pour les gardes provisoires sont monnaie courante<sup>390</sup>. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qui a récemment déposé un mémoire concernant la réforme des procédures juridiques en matière de garde en établissement et d'autorisation de soins, propose de modifier l'article 396 C.p.c. afin de remplacer le délai actuel de deux jours par l'expression suivante : « dans les meilleurs délais, vu le contexte d'urgence, et ce, avant l'échéance de la garde [préventive/provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique/en établissement] en vigueur »<sup>391</sup>. Il propose également de modifier l'article 28 du *Code civil du Québec* concernant les gardes provisoires pour permettre de maintenir la personne sous garde provisoire pour un délai additionnel maximal de 3 jours complets si les deux psychiatres concluent à la nécessité de la garde<sup>392</sup>.

#### 3.3.5.4 Les obligations de consignation au dossier

Toute information relative au cheminement de la personne en vertu de la P-38 doit être consignée au dossier de l'utilisateur : les motifs de la garde, les communications effectuées, les documents transmis, les décisions médicales, etc. Ce maintien à jour du dossier est primordial sous plusieurs aspects : il permet d'assurer le suivi avec toute l'équipe médicale, qui peut être très diversifiée et tournante, il témoigne également de l'attitude du personnel médical et du respect de ses obligations, notamment en matière d'information. Par ailleurs, le dossier s'avère également crucial en termes cliniques afin de suivre l'évolution de l'état mental de la personne, et plus précisément, de la dangerosité qu'il présente. Les professionnels doivent ainsi tenir le dossier à jour du début jusqu'à la levée de la garde.

---

<sup>389</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 19.

<sup>390</sup> Voir *infra* section 3.4.1.

<sup>391</sup> SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, préc., note 52.

<sup>392</sup> *Id.*

Certains acteurs ont soulevé des manquements dans les dossiers médicaux. Pour y remédier, le Protecteur du citoyen soutenait une meilleure sensibilisation des professionnels à l'importance de la consignation de notes exhaustives au dossier<sup>393</sup>.

### 3.3.6. L'expérience des premières personnes concernées

La mesure de l'expérience des personnes qui ont été placées sous garde est centrale dans l'évaluation de la P-38. Les prochaines étapes de notre recherche visent d'ailleurs à recueillir ce savoir expérientiel. Nous avons ici compilé les données que nous avons trouvées sur le sujet, bien que les recherches impliquant les premières personnes concernées soient rares dans le cadre précis de la garde en établissement au Québec. Nous les avons donc complétées avec d'autres études internationales concernant l'hospitalisation involontaire.

Selon ces études, de nombreux usagers pensent que les hospitalisations involontaires n'ont pas été bénéfiques pour eux, voire qu'elles leur ont été préjudiciables<sup>394</sup>. Cette expérience vécue comme négative est assez commune chez l'ensemble des usagers et se retrouve également au Québec<sup>395</sup>. Les personnes vivent l'hospitalisation involontaire comme une expérience traumatique, humiliante et souvent effrayante, notamment lorsque les forces de l'ordre sont impliquées<sup>396</sup>. Les usagers se sentent criminalisés et honteux du fait d'être menottés et placés dans la voiture de police<sup>397</sup>. On retrouve chez ces personnes un sentiment d'incompréhension de la situation<sup>398</sup>, souvent source de stress, voire de colère et de frustration<sup>399</sup>, ainsi que de fortes émotions négatives telles que la terreur, l'anxiété et la peur, ou encore une sensation de perte de contrôle<sup>400</sup>. Les usagers se sentent généralement humiliés, marginalisés et punis pour leurs

---

<sup>393</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146, p. 19.

<sup>394</sup> EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux*, LU, Publications Office, 2012, p. 46; Anne-Marie BOUCHER, « Ajouter la violence à la souffrance », *Liberté* 2022.333.65-68, 67; Syeda Ferhana AKTHER, Emma MOLYNEAUX, Ruth STUART, Sonia JOHNSON, Alan SIMPSON et Sian ORAM, « Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis », (2019) 5-3 *BJPsych open* 1-10,

<sup>395</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222.

<sup>396</sup> Tara SEED, John R. E. FOX et Katherine BERRY, « The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies », (2016) 61 *International Journal of Nursing Studies* 82.

<sup>397</sup> S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 6.

<sup>398</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 58 et 76.

<sup>399</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1205.

<sup>400</sup> EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, préc., note 391, p. 42 à 53; T. SEED, J. R. E. FOX et K. BERRY, préc., note 393, 88; S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 3 et 7.

problématiques de santé mentale<sup>401</sup>. Il ressort chez certains un sentiment d'injustice directement associé à la privation de droits et libertés<sup>402</sup>.

Selon les usagers, ce vécu négatif serait engendré par plusieurs facteurs tels qu'un manque d'information, une forte médication, une atmosphère froide ou violente, l'absence de qualités humaines chez le personnel soignant et l'usage du pouvoir par ce dernier<sup>403</sup>.

La médication forcée est une source de détresse particulière, notamment lorsque les usagers ne savent pas quels médicaments leur sont administrés. Certains usagers indiquent qu'ils auraient accepté le traitement si la possibilité de prendre une décision éclairée leur avait été offerte, mais ils se sont souvent vu proposer ce qu'ils percevaient comme un « faux choix » et une menace de sanction<sup>404</sup>.

D'autre part, l'arrivée au service d'urgence est généralement mal vécue par les usagers<sup>405</sup>; ils reprochent aux agents de la paix de ne pas respecter le fait de demeurer responsables d'eux jusqu'à ce qu'ils soient pris en charge par l'établissement, ce qui les conduit à attendre seuls dans les salles d'attente ou même parfois, à être « surveillés » par les gardiens de nuit<sup>406</sup>.

À l'inverse, lorsqu'une communication claire et que des caractéristiques telles que de l'empathie, l'écoute et le respect sont présentes chez le personnel soignant, les usagers ont tendance à vivre l'hospitalisation involontaire comme positive<sup>407</sup>. La revue systématique d'Akther et ses collaborateurs révèle par ailleurs que le fait d'impliquer les usagers dans leur parcours de soins ou de leur donner la permission de quitter temporairement le service réduit également la perception de coercition. La contribution des soignants aux décisions est particulièrement appréciée lorsque l'état de détresse des patients est trop important, mais elle peut aussi participer à un sentiment d'exclusion chez ces derniers. Certains usagers suggèrent que la participation aux décisions concernant leurs soins devrait augmenter à mesure que les symptômes commencent à

---

<sup>401</sup> S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 5.

<sup>402</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1206.

<sup>403</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137; ACTION AUTONOMIE, préc., note 222; EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, préc., note 391; S. F. AKTHER et al., préc., note 391; T. SEED, J. R. E. FOX et K. BERRY, préc., note 393.

<sup>404</sup> S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 4.

<sup>405</sup> M. MERIAUX, J. DENIS, V. MICHEL et S. HENDRICK, préc., note 382.

<sup>406</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 61 et 62.

<sup>407</sup> *Id.*, p. 57; EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, préc., note 391, p. 47; T. SEED, J. R. E. FOX et K. BERRY, préc., note 393, 89; S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 3 à 6; M. MERIAUX, J. DENIS, V. MICHEL et S. HENDRICK, préc., note 382, 529.

s'atténuer, sachant que le fait de se voir confier la responsabilité de faire des choix est un aspect essentiel au rétablissement<sup>408</sup>.

À la suite de leur hospitalisation involontaire, la revue systématique d'Akther et ses collaborateurs révèle que de nombreux usagers rapportent une estime de soi affaiblie. Ils ont le sentiment d'être réduits à leur diagnostic et que les variations normales observées dans leurs comportements et émotions sont considérées comme des symptômes. Bien que certains d'entre eux reconnaissent que le placement sous garde était nécessaire, ils sont nombreux à décrire leur expérience comme déshumanisante et à exprimer leur inquiétude concernant son potentiel stigmatisant<sup>409</sup>. Certaines personnes ont mis plus de temps à se remettre de l'hospitalisation involontaire que la période de l'hospitalisation elle-même. Elles ont souffert de traumatismes pendant des mois, voire des années après cet épisode, remettant en question l'efficacité des soins prodigués<sup>410</sup>.

D'autres aspects de la vie des usagers peuvent être affectés par les gardes en établissement. Comme le précise le Protecteur du citoyen, les personnes placées sous garde peuvent éprouver des difficultés à respecter leurs obligations quotidiennes (entretien du logement, paiement des factures, maintien de leur emploi) lorsqu'elles n'ont pas de soutien de la part d'un tiers ou d'un proche<sup>411</sup>.

Dans cette continuité, les usagers soulignent l'impact des hospitalisations involontaires sur leurs relations amicales et familiales. Si certains mettent en exergue le support qu'ils ont reçu de leurs familles et amis leur permettant de mieux accepter l'hospitalisation involontaire, d'autres expliquent que la mise sous garde a été une source de tension importante dans leurs relations sociales<sup>412</sup>.

Finalement, cette hospitalisation reste inscrite dans leur dossier médical et peut entraîner davantage d'exclusion et de discrimination. Pour certains, plusieurs hospitalisations successives peuvent conduire à une sorte de « carrière psychiatrique », rendant plus facile l'imposition de nouvelles hospitalisations<sup>413</sup>.

L'ensemble de cette section nous a permis de faire le tour des enjeux pratiques liés à la mise en œuvre de la P-38, souvent exacerbés par la complexité du mécanisme et la pluralité des acteurs amenés à y jouer un rôle. Nous avons volontairement omis tout un pan de l'intervention, à savoir celle qui se déroule au tribunal. Nous proposons de

---

<sup>408</sup> S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 3.

<sup>409</sup> *Id.*, 6.

<sup>410</sup> A.-M. BOUCHER, préc., note 391, 67.

<sup>411</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 294, p. 8.

<sup>412</sup> S. F. AKTHER et al., préc., note 391, 5 et 6. Nous reviendrons sur cet aspect de la relation avec les proches ultérieurement, voir *infra* section 3.5.6.

<sup>413</sup> A.-M. BOUCHER, préc., note 391, 67.

l'aborder au sein de la section suivante intégralement consacrée à l'accès à la justice des personnes placées sous garde en établissement.

### **3.4. L'accès à la justice des personnes mises sous garde**

Les demandes en matière de garde en établissement sont entendues par la Cour du Québec. Elles font partie des demandes relatives à l'intégrité des personnes et connaissent, à ce titre, un certain nombre de règles procédurales particulières reconnues dans le *Code de procédure civile du Québec*. Elles ont notamment préséance sur les autres demandes à l'exception des demandes d'*habeas corpus*<sup>414</sup>. Les audiences se tiennent à huis clos, mais la personne a la possibilité de se faire accompagner par « une personne que celle-ci considère apte à l'aider ou à la rassurer de même que toute autre personne que le tribunal considère apte à le faire »<sup>415</sup>. Par ailleurs, la compétence reconnue au greffier pour exercer la compétence du juge en l'absence de celui-ci ou au greffier spécial dans une procédure non contentieuse est exclue pour les matières relatives à l'intégrité de la personne<sup>416</sup>. La signification d'une demande introductive d'instance doit être faite en mains propres<sup>417</sup>.

Le jugement rendu en matière de garde est exécutoire immédiatement, il doit être transmis par le greffier au TAQ<sup>418</sup> et notifié aux personnes qui ont reçu la notification de la demande initiale<sup>419</sup>.

Nous reviendrons ici sur les différents enjeux relatifs aux procédures judiciaires en matière de santé mentale. Nous nous appuyons en grande partie sur les données recueillies par les organismes de défense des droits en santé mentale qui ont régulièrement procédé à des analyses de dossiers judiciaires à l'issue desquelles ils présentaient plusieurs chiffres révélateurs du déroulement des audiences. Néanmoins, les données ainsi recueillies par les organismes de défense des droits ne sont pas toujours récentes. Par ailleurs, les données du ministère de la Justice, obtenues à la suite de notre demande d'accès à l'information, n'étaient pas suffisamment précises pour nous permettre de broser un portrait global de la situation<sup>420</sup> ; aucune donnée en la matière

---

<sup>414</sup> C.p.c., art. 82, al. 3 : « En toutes circonstances, les demandes d'*habeas corpus*, celles relatives à l'intégrité de la personne et les demandes considérées urgentes par la loi ou le juge en chef ont, dans cet ordre, priorité sur toutes les autres demandes. »

<sup>415</sup> C.p.c., art. 13.

<sup>416</sup> C.p.c., art. 71. al.2. et art. 73 al.2.

<sup>417</sup> C.p.c., art. 121.

<sup>418</sup> Ce transfert est pertinent dans la mesure où, comme nous l'avons vu, le TAQ peut agir d'office afin de réviser une décision de maintien sous garde.

<sup>419</sup> C.p.c., art. 397.

<sup>420</sup> Le MJQ n'a pas donné suite à plusieurs de nos demandes, notamment concernant le taux d'accueil des demandes, l'identification de l'auteur de la demande (établissement de santé ou individu), la signification de la demande, le taux de contestation des demandes et les délais de traitement.

ne semble d'ailleurs faire l'objet d'un recueil centralisé et systématique, du moins le ministère n'a pas été en mesure de nous y donner accès.

### 3.4.1. En amont du processus judiciaire : le droit à l'information et à la notification

#### **3.4.1.1 Le droit à l'information générale sur le processus judiciaire**

Nous avons déjà abordé la question du droit à l'information des personnes placées sous garde<sup>421</sup>, d'autant plus essentiel dans le cadre d'un mécanisme d'intervention pour le moins complexe. Sans y revenir en détail ici, il nous faut néanmoins mentionner que les informations visées incluent celles relatives au processus judiciaire. Le système judiciaire dans son ensemble est connu pour être « un monde à part » dont la logique organisationnelle et fonctionnelle échappe aux non-juristes. Cet effet d'étrangeté sera certainement exacerbé chez les personnes qui rencontrent des problèmes de santé mentale et peuvent se trouver dans un état de trouble important, parfois alimenté par la prise de certains psychotropes.

Ajoutons à cela la complexité propre à la prise en charge judiciaire des problèmes liés à la santé mentale qui, selon la situation, peut exiger des procédures devant la Cour du Québec, devant la Cour supérieure du Québec, devant la CETM ou la division santé mentale du TAQ ou encore devant les cours municipales. L'ensemble de ces facteurs rend essentielles la transmission et la vulgarisation des informations relatives au processus judiciaire. Ce sera le devoir des établissements de santé, mais également, lorsque présent, des avocats et des organismes de défense des droits<sup>422</sup>, ainsi que du juge. Idéalement, tous devraient s'assurer que la personne comprenne le mécanisme judiciaire qui l'entoure, son fonctionnement et l'objectif de chaque démarche. L'étude récente sur la judiciarisation des personnes rencontrant des problèmes de santé mentale menée par Étienne Paradis-Gagné, Dave Holmes, Emmanuelle Bernheim et Myriam Cader a soulevé les enjeux liés à la complexité des procédures judiciaires et au « jargon juridique » qui les accompagne. Ces enjeux peuvent être source de stress et d'anxiété, mais diminuent lorsque les personnes disposent d'informations pertinentes, notamment issues d'expériences passées<sup>423</sup>.

En pratique pourtant, il semble demeurer une méconnaissance généralisée chez les personnes visées par la P-38 à l'égard de leur statut juridique<sup>424</sup>. Par ailleurs, les

---

<sup>421</sup> Voir *supra* section 3.2.2.1.

<sup>422</sup> « Le mandat des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale consiste à promouvoir et à défendre les droits des personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale. Ils travaillent avec ces personnes afin qu'elles aient un pouvoir sur leur vie et dans la société à laquelle elles appartiennent », MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 18, p. 11. Ces groupes permettent donc d'assurer l'information des usagers en santé mentale, mais également de la population en général.

<sup>423</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1206.

<sup>424</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 103.

obligations d’informer la personne sont principalement dévolues à l’établissement, qui n’est autre que la partie adverse au tribunal, celle qui initie les demandes de garde à l’encontre de la personne elle-même. Un manque d’objectivité peut certainement être soulevé, sinon un certain conflit d’intérêts, notamment quant au soutien dans les démarches visant à aider la personne à se faire représenter par avocat<sup>425</sup>. En ce sens, l’idée d’une personne-ressource indépendante de l’hôpital qui soit responsable de la transmission de l’information et des explications avait été soulevée par Action Autonomie en 2016<sup>426</sup>. Rappelons également l’initiative de la région Lanaudière qui a fait installer des locaux accueillant l’organisme *Pleins droits de Lanaudière* au sein même des unités psychiatriques de Repentigny et de Joliette afin notamment d’informer systématiquement les personnes visées par les gardes en établissement.

#### **3.4.1.2 La notification des demandes**

L’information en matière judiciaire repose en grande partie sur le dépôt et la notification de la requête. L’article 393 C.p.c. prévoit en ce sens que toute demande qui touche l’intégrité, l’état ou la capacité d’une personne lui soit notifiée. Ainsi, une demande qui concerne la garde d’une personne dans un établissement de santé et de services sociaux en vue d’une évaluation psychiatrique ou à la suite d’une telle évaluation doit lui être notifiée<sup>427</sup>. La signification doit se faire en mains propres<sup>428</sup> et au moins deux jours avant la présentation au tribunal<sup>429</sup>. La demande doit également être signifiée soit au titulaire de l’autorité parentale et au tuteur si la personne est mineure, soit au tuteur, au curateur ou au mandataire du majeur ou, s’il n’est pas représenté, à un membre de sa famille ou à la personne qui en a la garde ou qui démontre un intérêt particulier à son égard. À défaut, la demande et les pièces justificatives sont signifiées au curateur public<sup>430</sup>.

La signification de la demande revêt une importance cruciale, elle permet aux personnes de se préparer à l’audience, d’y assister et de solliciter des témoins, de se faire représenter, etc. En bref, elle est essentielle à la présentation d’une défense pleine et entière<sup>431</sup>.

Exceptionnellement, le juge peut dispenser le requérant de signifier la personne en vertu de l’article 123 du *Code de procédure civile du Québec* qui encadre cette exception :

---

<sup>425</sup> SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L’OUEST-DE-L’ÎLE-DE-MONTRÉAL, préc., note 52.

<sup>426</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 118.

<sup>427</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 30.

<sup>428</sup> C.p.c., art. 121.

<sup>429</sup> C.p.c., art. 396. Nous avons déjà soulevé les enjeux relatifs aux délais de notification plus tôt, voir *supra* section 3.3.5.3.

<sup>430</sup> *Id.*

<sup>431</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 30.



« Exceptionnellement, le tribunal peut soustraire de la notification la demande concernant la garde d'une personne dans un tel établissement en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation, s'il considère que la notification serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui ou s'il y a urgence. »

La demande de dispense doit reposer sur une argumentation claire et étoffée en sa faveur ; seule la présence de motifs sérieux permet au juge de l'autoriser<sup>432</sup>.

### 3.4.1.3 En pratique

En 2005, l'organisme de défense des droits Action Autonomie notait que sur 2 095 requêtes de garde en établissement (provisoire et prolongée), 1 658 personnes (79 %) avaient été signifiées, tandis que 437 personnes (21 %) ne l'avaient pas été. Parmi ces dernières, la grande majorité concernait des demandes de garde provisoire (88,8 %). En fait, parmi les 391 demandes de garde provisoire, seulement 3 avaient été notifiées, par opposition à un pourcentage de 97 % pour les gardes prolongées et de 99 % pour les renouvellements<sup>433</sup>. Il notait par ailleurs que cela représentait une amélioration par rapport aux chiffres obtenus en 1999.

Cette tendance impliquant un bon taux de signification pour les gardes prolongées et les renouvellements, contrairement aux cas des requêtes en matière de garde provisoire, se confirmait en 2014 : sur les 3 021 dossiers au Palais de justice de Montréal pour l'année 2014, 30 % des personnes visées par une requête de garde en établissement en général n'avaient pas été signifiées. Le taux de signification avoisinait les 95 % pour les gardes prolongées et les renouvellements, tandis qu'il ne concernait que 22,78 % des demandes en matière de garde provisoire (55,83 % pour les établissements), avec un taux de signification pratiquement nul pour la garde provisoire des personnes qui ne sont pas passées par la garde préventive<sup>434</sup>.

En 2012, la même tendance s'observait dans le référencement effectué en Estrie : tandis que les gardes prolongées étaient majoritairement signifiées aux personnes, l'inverse s'observait en matière de garde provisoire pour lesquelles 13 dispenses sur 17 avaient été demandées<sup>435</sup>.

L'organisme A-DROIT de Chaudière-Appalaches a également procédé à la recension des taux de signification dans une étude portant sur 423 jugements provenant de quatre Palais de justice desservant la région de la Chaudière-Appalaches (Montmagny, Québec,

---

<sup>432</sup> *Id.*

<sup>433</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 208, p. 23 et 24.

<sup>434</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 47 et 48.

<sup>435</sup> PRODEFESTRIE, *Rapport estrien des gardes préventives et des gardes en établissement*, 2012, p. 15.

Saint-Joseph-de-Beauce et Thetford Mines)<sup>436</sup>. Leur rapport révèle que la signification était absente dans 10,58 % des dossiers examinés, alors qu'une dispense avait été obtenue dans 12,50 % des dossiers examinés<sup>437</sup>. La majorité de ces dispenses était basée sur des motifs liés à l'urgence (37 des 52 dispenses)<sup>438</sup>.

Soulignons également que dès lors qu'ils avaient des données susceptibles de s'y prêter, les organismes ayant mené ces différentes études ont remarqué la disparité des pratiques en termes de significations selon les établissements de santé.

Il semble par ailleurs que le très faible taux de signification concernant les gardes provisoires ne soit pas étranger aux problèmes de délais que l'obligation de notification engendre et dont nous parlions plus haut<sup>439</sup>. L'organisme *Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie-Les Îles* a précisément analysé le respect des délais de signification dans le cadre d'une étude portant sur les demandes de gardes en établissement déposées dans les deux districts judiciaires de la région de 2006 à 2012. Il en ressort que sur un total de 261 requêtes, seulement 34 ont été signifiées dans les délais prescrits ; autrement dit, seulement 13 % des personnes concernées ont été signifiées dans le délai prescrit par la loi<sup>440</sup>.

Il serait intéressant de disposer de données plus récentes quant au taux de signification des requêtes pour pouvoir évaluer la tendance. Peut-être l'adoption d'un protocole de garde dans les différents CIUSSS et CISSS qui rappelle à de nombreuses reprises, y compris dans le cadre des demandes de garde provisoire et dans différents formulaires, les obligations de signification des demandes, a-t-il changé la donne ? Les prochains chantiers de recherche impliquant des consultations pourront peut-être nous éclairer sur ce sujet.

### [3.4.2. La question de l'adaptation du processus judiciaire aux situations de garde en établissement](#)

#### **3.4.2.1 L'inadaptation des lieux**

L'inadaptation des palais de justice à la présence des justiciables est souvent mise de l'avant tant pour des groupes de personnes en particulier, tels que les mineurs, que pour tous les justiciables en général. Elle l'est certainement pour les personnes concernées par des demandes en matière de garde en établissement, fréquemment sujettes à une certaine déstabilisation mentale, parfois aggravée par la prise de médication. Le

---

<sup>436</sup> Tous les dossiers concernent une requête d'une ordonnance de garde traitée par le tribunal entre janvier 2012 et décembre 2014

<sup>437</sup> Une légère différence de chiffre pour le moins étrange que l'organisme n'a pu expliquer.

<sup>438</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 27 et 28.

<sup>439</sup> Voir *supra* section 3.3.5.3.

<sup>440</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 208, p. 30.

processus judiciaire peut être stressant, voire traumatisant, d'autant plus pour des personnes qui ne comprennent pas nécessairement ce qui leur arrive. Les retombées sur leur état mental, déjà à la source de leur présence au tribunal, peuvent être extrêmement graves<sup>441</sup>.

L'inadaptation des lieux a notamment été soulevée par les acteurs interrogés par les membres d'Action Autonomie en 2007. Une intervenante observe entre autres que le Palais de Justice de Montréal n'a pas les installations appropriées pour accueillir les personnes que le juge souhaite interroger avant de décider de l'ordonnance d'évaluation psychiatrique. Elle mentionne que le tribunal n'est pas adapté pour gérer des situations où une personne pourrait réagir violemment à cette décision. De plus, lorsque le juge ordonne l'hospitalisation pour l'évaluation psychiatrique, la personne est temporairement placée près des cellules destinées aux criminels au Palais de justice, sous la surveillance de nombreux agents, jusqu'à l'arrivée des policiers<sup>442</sup>. Une situation non moins déstabilisante.

#### **3.4.2.2 Manque de sensibilisation et de formation des professionnels du droit**

Les professionnels du droit, notamment les juges, avocats et greffiers, ne sont généralement pas formés à intervenir auprès de personnes atteintes de troubles mentaux. Les pratiques juridiques sont souvent marquées de formalisme et de déférence ; ce qui les rend anxiogènes pour les personnes qui y sont mal préparées. La compréhension du processus judiciaire fait souvent défaut pour les individus visés par des gardes en établissement qui se sentent dépassés par les événements. Ils ont besoin d'une justice plus proximale et plus humaine que seuls des professionnels sensibilisés aux enjeux particuliers de la santé mentale peuvent leur offrir. En ce sens, le Barreau du Québec soulignait qu'il y avait lieu de « développer les connaissances et les capacités d'intervention des avocats agissant auprès de personnes ayant des troubles mentaux ou présentant une déficience intellectuelle afin qu'ils soient sensibilisés et informés sur les droits et les caractéristiques de ces individus ». Il recommandait ainsi d'offrir des cours spécialisés sur la représentation de personnes ayant des troubles mentaux tant au Cégep, à l'Université, au Barreau du Québec qu'en formation continue<sup>443</sup>.

#### **3.4.2.3 La gestion en urgence des dossiers**

La P-38, initialement prévue comme un mécanisme d'exception, semble victime de son succès. Le nombre de requêtes déposées quotidiennement en matière de garde en établissement est bien plus élevé que prévu. Ces demandes sont traitées de manière

<sup>441</sup> E. BERNHEIM et A. MORIN, préc., note 317.

<sup>442</sup> ACTION AUTONOMIE, H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC, préc., note 137, p. 33.

<sup>443</sup> BARREAU DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 6 et 7.

prioritaire par les juges, elles ont préséance sur les autres à l'exception des demandes d'*habeas corpus*<sup>444</sup>. Toutefois, leur ampleur ne permet pas de les traiter en urgence et avec toute l'attention qu'elles méritent. En outre, cette gestion en urgence des dossiers constitue des irritants pour les juges qui ne peuvent s'appuyer sur une organisation et une préparation adéquates, d'autant plus qu'ils doivent rendre leur décision « sur le banc ». En ce sens, la professeure Emmanuelle Bernheim a pu noter que plusieurs juges se plaignent de l'urgence dans laquelle ils doivent agir, les contraintes de temps étant bien réelles pour eux<sup>445</sup>.

### 3.4.3. Le déroulement de l'audience

#### **3.4.3.1 La présence des personnes visées par les demandes de garde en établissement à leur audience**

##### EN THÉORIE

L'article 391 C.p.c. énonce le principe selon lequel les personnes concernées par des demandes qui portent sur leur intégrité, telles que les demandes en matière de garde en établissement, doivent être entendues personnellement :

Le majeur ou le mineur apte à témoigner doit, s'il est concerné par une demande qui porte sur son intégrité, son état ou sa capacité, être entendu personnellement qu'il s'agisse de recueillir ses observations ou son avis ou de l'interroger, avant qu'une décision du tribunal saisi ne soit rendue ou, le cas échéant, qu'un procès-verbal de ses opérations et de ses conclusions ne soit dressé par le notaire saisi de la demande.

Il est fait exception à cette règle s'il est impossible d'y procéder ou s'il est manifestement inutile d'exiger les observations, l'avis ou le témoignage du majeur ou du mineur en raison de l'urgence ou de son état de santé ou s'il est démontré au tribunal que cela pourrait être nuisible à la santé ou à la sécurité de la personne concernée ou d'autrui d'exiger son témoignage.

Le corolaire va de soi : pour que le juge puisse entendre la personne personnellement, celle-ci doit être présente à l'audience<sup>446</sup>. En outre, selon les directives du MSSS, le médecin et l'établissement de santé sont supposés favoriser la présence de la personne à l'audience<sup>447</sup>.

Notons que certains mécanismes sont prévus par le C.p.c. afin de faciliter l'audition de la personne visée. Soulignons particulièrement l'article 296 C.p.c. qui permet le témoignage à distance ou par un intermédiaire habilité par le tribunal si la maladie ou le handicap

---

<sup>444</sup> C.p.c., art. 82, al. 3.

<sup>445</sup> E. BERNHEIM, préc., note 26, 371.

<sup>446</sup> Même si l'on envisage la visioaudience, la personne sera virtuellement présente.

<sup>447</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 31.

d'un témoin l'empêche de se rendre à l'audience, ou encore l'article 291 qui permet d'interroger de la personne là où elle réside ou est gardée ou en tout autre lieu jugé approprié par le juge.

Si le tribunal a l'obligation d'interroger le défendeur dans les procédures de gardes en établissement, cette obligation est parfois perçue comme une recommandation visant à assurer une écoute attentive plutôt qu'une garantie procédurale. De plus, la plupart des juges estiment que l'obligation d'interroger n'existe que lorsque la personne est présente, sans lien avec la règle *audi alteram partem* (le droit d'être entendu par l'autre partie)<sup>448</sup>.

### EN PRATIQUE

Selon les études menées par les organismes de défense des droits en santé mentale qui ont procédé à l'analyse systématique des dossiers de justice, les audiences en matière de garde en établissement sont fréquemment marquées par l'absence de la personne visée par les procédures.

À Montréal, en 2004, les chiffres d'Action Autonomie étaient alarmants : seulement 520 personnes (24,3 %) étaient présentes aux auditions et 1 616 (75,5 %) étaient absentes. Le plus haut taux d'absence (99,5 %) était enregistré dans le cas des auditions pour demande de garde provisoire, suivi des auditions liées à la garde autorisée à 71,6 % et finalement, 63,9 % dans le cas d'auditions pour un renouvellement de garde. Les auteurs notaient néanmoins une progression générale depuis 1996 alors que « le nombre de personnes présentes à la cour est passé de 76 (4,8 %) en 1996 à 274 (16,9 %) en 1999 et à 523 en 2004 (24,5 %) »<sup>449</sup>.

Dix ans plus tard, les chiffres demeurent très bas à Montréal, avoisinant les 30 % pour l'ensemble des requêtes de garde en établissement. Ainsi, Action Autonomie note une faible progression en dix ans : 24,5 % en 2004, 28,5 % en 2008 et 29,7 % en 2014<sup>450</sup>.

Les chiffres recueillis en Estrie sont plus encourageants. De 77 % de présence des personnes à leur audience pour une demande de garde prolongée en 2006-2007, le chiffre passait à 92 % puis 90 % les deux années suivantes, 85 % en 2009-2010, puis 88 % en 2010-2011, et enfin 92 % en 2011-2012. Pour cette dernière année, une seule demande de dispense avait été déposée et quatre personnes avaient manifesté leur refus de se présenter. Il nous faut néanmoins souligner que ces chiffres sont propres aux demandes de gardes prolongées uniquement. Pour les demandes de gardes provisoires, seules les données de 2011-2012 sont disponibles et révèlent 6 présences sur

<sup>448</sup> E. BERNHEIM, préc., note 26, 376 et 377.

<sup>449</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 208, p. 39.

<sup>450</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 8.

17 audiences, avec 6 demandes de dispenses<sup>451</sup> ; donc une présence toujours bien plus faible pour les gardes provisoires.

L'étude réalisée par l'organisme Droit-Accès de l'Outaouais à partir des 226 audiences s'étant déroulées de 2008 à 2009 dans le district judiciaire de Hull révèle également des chiffres plus favorables qu'à Montréal avec un taux d'absentéisme de 17,3 %. L'étude constate également que dans 22 % des cas où les personnes étaient présentes au tribunal, aucun signe n'indique qu'elles aient été interrogées<sup>452</sup>.

En Chaudière-Appalaches, bien que le taux élevé d'absence d'information à ce sujet rende les chiffres peu représentatifs (dans 23 % de dossiers), le calcul laisse croire que les défendeurs sont présents à leur audience dans un peu plus de la majorité des cas (55,94 %) et qu'ils présentent des témoignages dans la majorité de leurs audiences (70,21 %). Cependant, un interrogatoire du défendeur est mentionné dans seulement 23,70 % des dossiers examinés<sup>453</sup>.

Du côté de la Gaspésie et des Îles de la Madeleine, il semble que seulement 25,8 % (66 sur 261 requêtes) des personnes ont été interrogées lors de leurs audiences en matière de garde en établissement pour la période 2006 à 2012<sup>454</sup>.

Plusieurs raisons peuvent justifier l'absence des personnes à leurs audiences, dont le manque d'information à ce sujet, l'absence de notification, ainsi que l'ignorance de leur droit d'être entendues<sup>455</sup>. Il peut également arriver qu'elles n'aient pas suffisamment de temps pour se trouver un avocat, et que, conséquemment, elles préfèrent ne pas se présenter seules à la Cour<sup>456</sup>. Quoiqu'en soit la raison, l'absence de la personne à son audience est une sérieuse embûche à l'exercice de ses droits, qui ne devrait être permise que de manière exceptionnelle sur la base de motifs importants.

---

<sup>451</sup> PRODEFESTRIE, préc., note 432, p. 10 et 11.

<sup>452</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 71.

<sup>453</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 44 et s.67 et 68.

<sup>454</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 208, p. 19.

<sup>455</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 7, p. 21.

<sup>456</sup> AGIDD-SMQ, *Le vécu des personnes hospitalisées involontairement : un premier bilan national*, 2001, p. 33.

### 3.4.3.2 Le droit à la représentation par avocat

#### EN THÉORIE

Le droit à la représentation par avocat est un droit fondamental consacré par la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* dans son article 34 : « [t]oute personne a droit de se faire représenter par un avocat ou d'en être assistée devant tout tribunal. »

Deux types d'avocats peuvent être sollicités dans le cadre des gardes en établissement : ceux qui représentent les établissements de santé et ceux qui représentent les personnes visées par les demandes de garde.

Le juge peut ordonner la représentation d'une personne mineure ou majeure non représentée qu'il estime inapte s'il la considère nécessaire pour assurer la sauvegarde de ses droits et de ses intérêts<sup>457</sup>. Néanmoins, les critères sont particulièrement restreints et ne permettent pas d'englober toutes les demandes en matière de santé mentale, telles que les demandes de garde en établissement. Aussi, le groupe de travail du Barreau du Québec recommandait en 2010 de modifier cet article<sup>458</sup> pour ajouter que « lorsque sont mises en cause l'inviolabilité, l'intégrité, la sécurité, l'autonomie ou la liberté de la personne en raison de son état mental, la personne doit être représentée d'office sauf si la personne refuse d'être représentée et que le juge estime que le refus est approprié »<sup>459</sup>. Autrement dit, le Barreau recommandait d'élargir la possibilité d'ordonner la représentation d'une personne pour tous les cas liés à l'intégrité de la personne, incluant les cas de demande de garde en établissement. Cette recommandation n'a pas été suivie et la formulation de l'article dans le nouveau *Code de procédure civile du Québec* n'est pas plus permissive que l'ancien.

Par ailleurs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal soulève des enjeux quant au financement des avocats de la défense, principalement en raison de l'article 160 C.p.c. qui prévoit la possibilité pour le tribunal de statuer sur les honoraires payables à l'avocat désigné, lesquels sont à la charge du majeur inapte. Selon le CIUSSS, cela limiterait le nombre d'avocats de la pratique privée qui acceptent ce type de mandat étant donné le risque de ne pas être payé. Ce mécanisme pourrait nuire à l'accès à la représentation par avocat, d'autant plus si l'on considère les conditions limitées d'accès à l'aide juridique. En effet, l'aide juridique n'est pas accessible à toutes les personnes et le nombre d'avocats de l'aide juridique en charge des mandats liés aux gardes en établissement et autorisations de soins (6 pour l'ensemble de l'île de Montréal et de Laval) est très limité. Ainsi, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal soulève le fait qu'il n'existe pas de représentation systématique en matière de gardes en établissement alors que ce type de procédure s'apparente à une détention. Selon eux, les personnes visées par les demandes

<sup>457</sup> C.p.c., art. 90.

<sup>458</sup> Cette disposition se trouvait alors à l'article 394.1 de l'ancien *Code de procédure civile*.

<sup>459</sup> BARREAU DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 13.

de garde devraient pouvoir bénéficier d'une représentation légale d'office payée par l'État, peu importe leur situation financière, comme c'est le cas en matière criminelle et pénale ou encore en matière de jeunesse<sup>460</sup>.

La pratique officieuse de certains avocats du privé qui accepteraient des mandats sur le tard dans les couloirs du Palais de Justice sans vraiment s'y préparer semble également peu propice au respect des droits de la personne visée par une demande de garde<sup>461</sup>. L'organisme Droit-Accès de l'Outaouais a notamment décrit le contexte parfois dramatique de la représentation de la personne au tribunal<sup>462</sup> :

« Encadrée de gardiens ou d'un préposé de l'hôpital, elle attend fébrilement son tour dans cette nouvelle salle d'urgence. Lorsque c'est l'heure, la Cour se rend compte qu'elle n'a pas, plus sept fois sur dix, d'avocat pour la représenter. On demande alors à ce qu'on aille dans les corridors du Palais de justice en quérir un qui serait disponible et qui accepterait le cachet de l'Aide juridique pour tenir le rôle de ce qui sera, au mieux, une performance inattendue ou, au pire, un rôle de figurant de la justice durant les brèves minutes que cela durera. Cet avocat rencontre parfois très brièvement son nouveau client, mais pas dans tous les cas. L'audience procède ensuite séance tenante et se terminera probablement comme on le savait avant même d'y entrer. Évidemment, le résultat de cette parodie de justice ne peut, au bout du compte, qu'être mitigé, discutable et extrêmement frustrant pour la personne qui reprend ensuite le chemin de l'enfermement. »<sup>463</sup>

Du côté des établissements, ils disposent tous d'équipes juridiques spécialisées dans ce type de procédures, formées de quelques avocats qui cumulent ces mandats. Ils sont donc très familiers avec ces procédures, sinon avec le palais de justice et les juges eux-mêmes. Ainsi spécialisés dans cette pratique, ils se déplacent quasi systématiquement lors des audiences – l'étude réalisée au sein de quatre palais de justice de la région Chaudière-Appalaches du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014 révèle qu'un avocat représente le demandeur dans 96 % des 423 jugements analysés<sup>464</sup>. Un tel pourcentage, mis en parallèle avec le faible taux de représentation des usagers ne peut que laisser perplexe quant à l'équilibre des forces en présence. Une conclusion que partage la chercheuse Emmanuelle Bernheim à l'issue de son enquête de terrain :

On retrouve donc, d'un côté deux psychiatres, sous la direction d'un expert du droit et de l'autre un profane à la fois en regard du droit et en regard de la psychiatrie n'ayant

<sup>460</sup> SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, préc., note 52.

<sup>461</sup> Emmanuelle Bernheim accuse également cette pratique dans E. BERNHEIM et A. MORIN, préc., note 317.

<sup>462</sup> Les consultations informelles que nous avons réalisées avec certains acteurs ont confirmé ce contexte particulièrement difficile.

<sup>463</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 88.

<sup>464</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 32.



pour sa défense que ce qu'il croit à propos de dire. Il existe dans cette situation un déséquilibre des forces évident.<sup>465</sup>

Dans ce cadre-là, un approfondissement des questions liées à la représentation par avocat dans le cadre des gardes en établissement nous semble indispensable.

### EN PRATIQUE

Les études qui ont permis d'évaluer le taux de représentation par avocat dans les audiences concernant les gardes en établissement sont unanimes sur le fait que c'est loin d'être systématique.

Pour le district de Montréal, Action Autonomie notait en 2004, que le taux de présence des avocats à l'audience est de 15,4 %. Ce chiffre monte à 17,7 % si l'on considère uniquement les gardes autorisées (une augmentation de plus de 10 % par rapport à 1999). Le taux augmente encore pour les renouvellements de garde pour lesquelles un avocat est présent dans presque 24 % des cas. En revanche, seulement deux personnes ont bénéficié de l'assistance d'un avocat pour un total de 391 audiences en matière de garde provisoire<sup>466</sup>. Les chiffres de 2014 attestent d'une évolution positive, bien que la représentation par avocat demeure largement minoritaire. Le taux de représentation des personnes par avocat lors des audiences de garde en établissement est de 34,9 %. Ce chiffre est d'à peine 10 % pour les gardes provisoires, mais augmente à 40 % pour les audiences en matière de garde autorisée et à 48 % pour les renouvellements<sup>467</sup>.

L'étude réalisée par l'organisme Droit-accès de l'Outaouais en 2010 rapportait une représentation par avocat dans environ 30 % des cas pour l'année 2008-2009<sup>468</sup>. En revanche, la région de l'Estrie se dénote par des chiffres bien meilleurs, allant de 55 % en 2006-2007, à 68 % en 2010-2011 et 61 % l'année suivante en termes de taux de représentation par avocat lors d'une requête pour garde en établissement.

En Gaspésie – Les Îles, la récolte de données auprès de tous les palais de justice de la région pour la période s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au le 31 décembre 2012 révèle que seulement 19,2 % des personnes visées par une demande de garde (50 personnes sur 261) étaient représentées par un avocat lors de leur audience devant la Cour du Québec<sup>469</sup>.

<sup>465</sup> E. BERNHEIM, préc., note 341, 56.

<sup>466</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 208, p. 41.

<sup>467</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 73 à 75.

<sup>468</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 71.

<sup>469</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 208, p. 32.

En Chaudière-Appalaches, les chiffres sont plus bas puisque, selon les dossiers, les personnes bénéficient d'une représentation par avocat dans une proportion de 15 %<sup>470</sup>. Plus spécifiquement, le taux est de 100 % pour les dossiers impliquant une prolongation de garde (4 dossiers sur 4), 28,80 % pour les dossiers de garde autorisée (55 dossiers sur 191) et 11,11 % pour ceux liés aux gardes provisoires (3 dossiers sur 27)<sup>471</sup>. En revanche, la représentation par avocat durant les audiences est plus élevée puisqu'elle avoisine les 22 %. Cet écart de chiffres est intéressant puisqu'il semble révéler que des parties sont représentées à l'audience, alors même que cette représentation n'était pas notée dans la requête<sup>472</sup>. Cela laisse supposer une pratique que certains échanges informels ont également révélée : des avocats acceptent les mandats à la dernière minute, dans les couloirs du palais de justice, parfois sans même prendre le temps de discuter plus de 5 min avec leur client avant l'audience<sup>473</sup>. Le rapport note par ailleurs très justement que :

dans 96 % des cas à l'étude, un avocat représentait le demandeur tandis qu'il était largement plus qu'incertain qu'un avocat représentait la personne visée par la demande de garde en établissement. Ainsi, on peut se questionner sur les forces en présence. Une telle disparité ne peut que relancer le débat sur l'accessibilité à la justice et à l'aide juridique, entre autres choses<sup>474</sup>.

Certaines études, dont celle de Chaudière-Appalaches ont croisé les données relatives à la représentation par avocat à celles relatives à la décision des juges ; le lien est sans appel : « le pourcentage de décisions accueillies diminue de 10.84 % lorsque le défendeur y est représenté par avocat »<sup>475</sup>. Le rapport estrien met en évidence que pour les deux seules requêtes rejetées pour garde provisoire, les deux personnes étaient représentées par avocat. Quant aux cinq requêtes rejetées pour la garde en établissement, quatre d'entre elles impliquaient une représentation par avocat<sup>476</sup>.

Là encore, les données ne sont pas récentes. Il serait intéressant de savoir si la tendance à la hausse du taux de représentation par avocat se confirme ces dernières années.

### 3.4.3.3 La durée des audiences

Sans pouvoir identifier avec exactitude une durée minimale d'audience, il est certain que celle-ci devrait être suffisamment longue pour que le juge soit en mesure de former sa propre opinion au sujet de la dangerosité de la personne et de la nécessité de la garde.

<sup>470</sup> Néanmoins, la valeur des données doit être relativisée dans la mesure où l'information manquait dans presque la moitié des dossiers.

<sup>471</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 31 à 34.

<sup>472</sup> Ici encore, la forte proportion de données manquantes exige de prendre ces chiffres avec beaucoup de prudence, *Id.*, p. 52.

<sup>473</sup> Emmanuelle Bernheim accuse également cette pratique dans E. BERNHEIM et A. MORIN, préc., note 317.

<sup>474</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 32.

<sup>475</sup> *Id.*, p. 78.

<sup>476</sup> PRODEFESTRIE, préc., note 432, p. 12 et 15.

Elle devrait également lui permettre d'entendre toutes les parties, de s'assurer que les droits de la personne ont été respectés et que les exigences légales relatives au déroulement de la garde ont été et sont encore rencontrées — et nous parlons là du strict minimum exigé dans la loi pour les cas les plus simples.

Le peu d'études qui ont recueilli des données quant à la durée des audiences révèle une pratique véritablement alarmante, sinon peu croyable. Par exemple, en Estrie, pour l'année 2008-2009, la répartition des durées des audiences était la suivante :

- 24 % (54/227) des audiences ont duré moins de 3 minutes,
- 40 % (91/227) des audiences ont duré moins de 5 minutes,
- 57 % (129/227) des audiences ont duré moins de 10 minutes,
- 60 % (136/227) des audiences ont duré moins de 15 minutes,
- 69 % (157/227) des audiences ont duré moins de 20 minutes,
- 86 % (195/227) des audiences ont duré moins de 30 minutes,
- 9 % (20/227) des audiences ont duré 30 minutes ou plus<sup>477</sup>.

Les chiffres sont tout autant ridiculement bas dans les autres régions : en Chaudière-Appalaches, la moitié (50,51 %) des audiences ont duré moins de 10 minutes et plus de 25 % des audiences (26,78 %) ont duré entre 3 et 5 minutes<sup>478</sup>. À Montréal en 2014, la majorité des audiences dans le cadre de requêtes de garde provisoire ont duré moins de 10 minutes, 46,68 % d'entre elles moins de 5 minutes et 35,76 % entre 5 et 10 minutes. Pour les gardes autorisées, 57,42 % des audiences se sont également déroulées en moins de 5 minutes, pour un chiffre équivalent (57,78 %) en matière de renouvellement de garde<sup>479</sup>. Les chiffres de 2004 mettaient aussi en exergue la forte proportion de dossiers traités en moins de 5 minutes<sup>480</sup>.

Du côté de la Gaspésie – Les Îles de la Madeleine, les chiffres confirment cette tendance avec 72,4 % des audiences (189 sur 261) qui durent moins de 15 minutes et presque la moitié (46,4 %, soit 121 sur 261) qui se règle en moins de 5 minutes<sup>481</sup>.

Compilant plusieurs données recueillies en la matière pour la période de 1998 à 2017, l'AGIDD-SMQ conclut que la durée moyenne d'une audience en matière de garde en établissement est de 6 minutes<sup>482</sup>.

<sup>477</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 72.

<sup>478</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 80.

<sup>479</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 90 à 93.

<sup>480</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 208, p. 44.

<sup>481</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 208, p. 42.

<sup>482</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), *Psychiatrie. Un profond changement de modèle s'impose. Constats et alternatives concernant les mécanismes d'exception : Mesures de contrôle Garde en établissement Autorisation judiciaire de soins*, 2018, p. 11.

Ici encore, certains organismes ont croisé ces données avec l'issue de l'audience (requête accueillie ou rejetée) démontrant ainsi une corrélation dont on se doute fortement : plus la durée de l'audience est longue, plus les probabilités que les requêtes se voient modifiées en faveur de l'intimé ou rejetées sont grandes<sup>483</sup>. Action Autonomie relève en ce sens que « c'est dans la catégorie des audiences de 30 minutes et plus que nous retrouvons le plus grand nombre de requêtes accordées partiellement »<sup>484</sup>.

#### 3.4.3.4 Le recours aux téléaudiences

Au Québec comme au Canada, la vidéocomparution est possible lors des audiences, tant en matière civile<sup>485</sup> que criminelle<sup>486</sup>. La pandémie du COVID 19 l'a même rendue nécessaire. Son application est encadrée par différents guides d'utilisation<sup>487</sup>.

La vidéocomparution présente des avantages non négligeables comme un gain de temps, un coût financier moindre pour les parties et les tribunaux<sup>488</sup> ou encore un bilan carbone neutre<sup>489</sup>. En outre, les enjeux liés au procès équitable, qui ont nécessairement été soulevés lors de téléaudiences, n'ont pas été jugés comme des obstacles à l'utilisation de celles-ci<sup>490</sup>. Plus encore, il a même été reconnu que la télécomparution peut au contraire favoriser le respect des règles de procès équitable<sup>491</sup>.

En revanche, certains enjeux demeurent bien présents lorsque l'on envisage les télécomparutions, notamment lorsqu'on pense au respect de la vie privée<sup>492</sup>, ou encore,

---

<sup>483</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 95.

<sup>484</sup> *Id.*, p. 92.

<sup>485</sup> C.p.c., art. 158 ; *Règlement de la Cour supérieure du Québec en matière civile*, RLRQ, c. C-25.01, r. 0.2.1.

<sup>486</sup> *Code criminel*, art. 650 et suivants ; *Règles de la Cour d'appel du Québec en matière criminelle*, TR/2018-96, art. 34, 55.

<sup>487</sup> Voir les nombreux guides pratiques d'utilisations de la vidéoconférence en audience publiés pendant la pandémie ; au Québec le ministère de la Justice en a publié un qui fait autorité : MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Audiences par moyens technologiques (TEAMS). Guide d'utilisation à l'intention des professionnelles et professionnels du droit et autres partenaires, des participantes et participants et du public*, Québec, 24 mai 2021.

<sup>488</sup> *R v. Heynen*, [2000] Y.J. No 6 (CTY) [ci-après « *Heynen* »].

<sup>489</sup> Sur l'impact des clients de vidéoconférences, dans l'espace juridique, scolaire ou personnelle, sur le climat, voir : Kelley TRAVERS, « How can you reduce the environmental impact of your next virtual meeting? », *MIT Energy Initiative* (5 mars 2021), en ligne : <energy.mit.edu/news/how-can-you-reduce-the-environmental-impact-of-your-next-virtual-meeting/>.

<sup>490</sup> Voir notamment les arrêts *Gibson* et *Dancause*, dans lesquels les juges ont établi que la vidéoconférence ne présente pas une atteinte aux normes de procès équitable, *R. v. Gibson*, 2003 BCSC 524 et *R. c. Dancause*, 2018 QCCS 1563.

<sup>491</sup> *Chamale Santizo c. Commission des relations du travail*, 2011 QCCS 2990, au par. 37 : « Étant donné la condition socio-économique du requérant, l'utilisation de la visioconférence lui aurait permis d'exercer ses droits. »

<sup>492</sup> Jane BAILEY et Jacquelyn BURKELL, « Revisiting the Open Court Principle in an Era of Online Publication: Questioning Presumptive Public Access to Parties' and Witnesses' Personal Information » (2018) 48-1

à l'altération de la communication et à l'exacerbation des biais<sup>493</sup>. Des atteintes sont également reconnues en ce qui a trait à la dimension symbolique revêtue par la Justice<sup>494</sup>.

Malgré ces enjeux, les différents acteurs ayant recouru à la visioconférence semblent avoir majoritairement apprécié son utilisation<sup>495</sup>.

Qu'en est-il en matière d'audiences liées à la santé mentale des personnes et plus particulièrement en matière de garde en établissement ? L'AGIDD-SMQ indique dans son rapport de 2018 que la visioconférence est utilisée dans 7 régions sur 11, notamment pour les audiences concernant la P-38. Sans entrer dans les détails de cette problématique, l'organisme indique que les avis au sujet de cette pratique sont partagés et que les raisons invoquées pour justifier son recours sont la non-disponibilité des juges et la difficulté de respecter les délais prescrits par la Loi<sup>496</sup>.

Emmanuelle Bernheim, dans son article *Pandemic Injustice in Mental Health : Quebec's Punitive Turn During*<sup>497</sup> évoque certaines difficultés survenues pendant la pandémie pour les personnes les plus fragiles, notamment celles confinées dans les hôpitaux. En interrogeant des avocats, l'auteur découvre que les audiences en vidéoconférence dans ce cadre-là sont apparues comme déshumanisantes, certaines personnes hospitalisées pouvant être accueillies en blouse d'hôpital lors de leurs audiences en ligne<sup>498</sup>. La professeure Bernheim, dans un autre article portant plus particulièrement sur l'expérience des cliniques juridiques lors de la pandémie, évoque d'autres difficultés pour les populations les plus précaires ou souffrant de troubles mentaux<sup>499</sup>. Elle souligne par exemple la fracture numérique et les difficultés d'accès à Internet pour certaines

---

Ottawa L. Rev. 143, 148, voir aussi le constat du juge Kasirer dans *Sherman (Succession) c. Donovan*, 2021 CSC 25, au par 80.

<sup>493</sup> Voir : Susan A. BANDES et Neal Feigenson, « Virtual Trials : Necessity, Invention, and the Evolution of the Courtroom » (2020) 68-5 *Buff. L. Rev.* 1275, aux p. 1292–300; Meredith ROSSNER et David TAIT, « Presence and participation in a virtual court » (2021) 23-1 *Criminology & Criminal Justice* 135. Les auteurs pensent que la communication par ce visioaudience peut être propice à la création de biais négatif ou à une concentration altérée négativement par la multiplicité de « vignettes ».

<sup>494</sup> Richard SUSSKIND, *Online Courts and the Future of Justice*, Oxford, Oxford University Press, 2019 à la p 102 ; Richard SUSSKIND, *Tomorrow's Lawyers. An Introduction to Your Future*, 3<sup>e</sup> éd, Oxford, Oxford, University Press, 2023

<sup>495</sup> Voir l'étude du Cabinet BVC sur l'utilisation de la vidéoconférence dans les audiences du CISR : Nicolas VERMEYS et Valentin CALIPEL, [Rapport sur le sentiment d'accès à la justice associé aux audiences virtuelles tenues devant la CISR du Canada au moyen de MS Teams](https://www.irb.gc.ca/443/fr/transparence/revues-verifications-evaluations/Pages/rapport-acces-a-justice-audiences-virtuelles-2022.aspx), Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, 8 juillet 2022, en ligne : <[irb.gc.ca:443/fr/transparence/revues-verifications-evaluations/Pages/rapport-acces-a-justice-audiences-virtuelles-2022.aspx](https://www.irb.gc.ca/443/fr/transparence/revues-verifications-evaluations/Pages/rapport-acces-a-justice-audiences-virtuelles-2022.aspx)>.

<sup>496</sup> ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), préc., note 479, p. 8.

<sup>497</sup> E. BERNHEIM, préc., note 286.

<sup>498</sup> *Id.*, 284.

<sup>499</sup> Alexandra BAHARY-DIONNE et Emmanuelle BERNHEIM, « L'accès à la justice en temps de pandémie : leçons apprises dans une clinique juridique », (2021) 53-1 *Revue de droit d'Ottawa* 249.

populations, pointant alors l'importance des centres communautaires pour l'accès à la justice. Les difficultés d'accès à l'environnement numérique œuvrent contre l'accès à la justice pour les personnes les plus fragiles, alors même que les développements de la justice numériques peuvent faciliter l'accès à la justice pour la majorité des autres personnes. Dès lors, elle rappelle les « impacts différenciés de la vidéoconférence sur différents groupes d'utilisateurs », c'est-à-dire une justice à deux vitesses et la nécessité d'une vision plus élargie sur le sujet<sup>500</sup>. Des constats que l'on peut aisément retenir à propos des personnes visées par les gardes en établissement, y compris hors temps de pandémie.

De son côté, il y a quelques années déjà, le Barreau du Québec avait émis des doutes quant à l'opportunité d'utiliser la visioconférence pour les personnes qui présentent des enjeux de santé mentale, notamment en raison de l'absence de contact direct avec l'individu qui ne serait pas propice à l'évaluation de son état mental. Il recommandait alors que la procédure de vidéoconférence ne soit pas utilisée à l'occasion de l'évaluation de l'état mental<sup>501</sup>.

Plus récemment, le Protecteur du citoyen, qui a mené une enquête d'envergure au sujet des contestations des maintiens de garde devant le TAQ, envisage la visioaudience comme une solution pour contrecarrer les délais trop longs ayant cours à ce moment-là<sup>502</sup>. Elle permettrait notamment d'éviter les délais dus aux déplacements des juges d'un établissement à l'autre. Dans cette perspective, l'alternative de la visioaudience semble pertinente. Les audiences sont d'ailleurs davantage maintenues lorsqu'elles ont lieu en visioconférence : la proportion des audiences fixées et tenues en visioaudience est en effet deux fois plus élevée que celle relative aux audiences en présentiel. En outre, la durée du traitement des requêtes par visioaudience est deux fois plus courte que celles qui se déroulent en établissement<sup>503</sup>.

Le rapport du Protecteur ne passe pas pour autant sous silence les enjeux propres à la visioconférence en rappelant notamment les difficultés que cela peut présenter pour s'assurer de l'état mental de la personne (capacité à participer à la visioconférence), mais aussi du fait que l'établissement de santé doit disposer du matériel nécessaire. Le Protecteur du citoyen en conclut néanmoins « qu'en plus de réduire les délais de traitement, privilégier l'usage de la visioaudience permettrait plus de flexibilité dans la planification des audiences et une hausse du nombre d'audiences fixées et tenues »<sup>504</sup>.

Notons que la question s'est également posée dans le cadre des audiences à la Cour du Québec. Dans son mémoire, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a notamment

---

<sup>500</sup> *Id.*

<sup>501</sup> BARREAU DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 23.

<sup>502</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 294, p. 32 à 35.

<sup>503</sup> *Id.*, p. 34.

<sup>504</sup> *Id.*, p. 35.

énuméré un certain nombre d'avantages à recourir aux visioaudiences qui se sont révélés à la lumière de la pratique rendue nécessaire en temps de pandémie. Le CIUSSS met ainsi de l'avant la présence de salles au sein des établissements de santé assurant la confidentialité de l'audience, l'augmentation des possibilités d'être entendu pour les usagers, la réduction des délais d'attente avant l'audience, la réduction des coûts liés aux audiences en présence et le problème de la non-disponibilité du personnel soignant lorsqu'ils doivent se déplacer à la Cour. En outre, les déplacements entre l'hôpital et le Palais de justice de Montréal peuvent être éprouvants pour les patients vulnérables ou encore favoriser les risques de fugue ou d'agression envers les accompagnateurs. Par ailleurs, les installations du palais de justice ne sont absolument pas adaptées pour les personnes rencontrant des problèmes de santé mentale. Enfin, les taux de contestation ont augmenté durant la crise sanitaire laissant supposer les bienfaits de la visioconférence, notamment en faveur d'un meilleur accès à la justice<sup>505</sup>.

Il sera intéressant d'approfondir cette pratique dans le cadre de nos consultations futures afin d'évaluer le recours au visioaudience depuis la fin de la pandémie et les opinions qui en découlent.

#### 3.4.4. Le jugement

Rappelons ici que l'opinion favorable à la garde par les deux psychiatres qui ont évalué la personne ne suffit pas à autoriser le placement sous garde. Le pouvoir décisionnel est laissé au juge qui doit ordonner la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire<sup>506</sup>. Comme nous le verrons dans le cadre de notre analyse comparée, c'est là l'une des particularités du Québec vis-à-vis des autres provinces : le Québec est sans aucun doute la province dans laquelle le juge a le plus de pouvoir en matière de garde. D'ailleurs, dans plusieurs autres provinces, les psychiatres détiennent seuls le pouvoir de décider des hospitalisations involontaires. Néanmoins, si le pouvoir décisionnel laissé aux mains des juges québécois est considérable, certains auteurs émettent des doutes quant à savoir s'il l'est véritablement en pratique. En ce sens, ils estiment que les juges québécois s'appuient quasi exclusivement sur les rapports psychiatriques et se contentent ainsi d'avaliser les décisions prises au préalable par les psychiatres. Le taux d'acceptation des requêtes en matière de garde contribue à cette idée.

---

<sup>505</sup> SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, préc., note 52.

<sup>506</sup> Art. 30 C.c.Q.

#### 3.4.4.1 La preuve : prépondérance des rapports psychiatriques

Les décisions judiciaires en matière de garde en établissement semblent se fonder en très grande partie, sinon en exclusivité, sur les rapports d'examens psychiatriques. Ainsi, certains prétendent que, contrairement à toute autre audience civile ou criminelle, la Cour du Québec n'aborderait pas ces requêtes de garde sur des motifs de droit et de fait, mais sur une base essentiellement clinique pour laquelle les prétentions des requérants et de leurs experts seraient admises d'emblée comme des vérités non questionnables. Cet état de fait inverse le fardeau de la preuve sur les épaules des intimés, qui sont bien souvent mal, sinon pas représentés<sup>507</sup>. On parle aussi d'une délégation de pouvoir des juges vers les psychiatres ; face à eux, les juges accorderaient peu de crédibilité au témoignage de la personne qui ne constituerait qu'une « preuve profane »<sup>508</sup>.

En outre, cette délégation ne se ferait pas directement au tribunal, par exemple par le témoignage de l'expert directement, mais plutôt par les rapports d'évaluation. En effet, la présence des requérants au tribunal est plutôt rare, et celle des psychiatres qui ont procédé aux évaluations l'est encore plus. Ainsi, dans l'étude de l'A-DROIT de Chaudière-Appalaches, il est constaté que les requérants sont présents dans seulement 28 % des audiences<sup>509</sup>. De plus, seulement 7,11 % de l'ensemble des dossiers examinés ont noté qu'il y avait eu un interrogatoire du requérant<sup>510</sup>. En Estrie, le rapport de l'organisme de défense des droits de 2010 révèle que pour 226 requêtes en matière de garde, le tribunal n'a demandé qu'une seule fois à entendre l'un des deux psychiatres qui avaient conclu à la dangerosité de la personne<sup>511</sup>. Marcio Gutiérrez et Emmanuelle Bernheim confirment cette tendance dans leur étude<sup>512</sup>.

Globalement, cette absence des experts, pourtant décisifs dans les décisions de placement sous garde en établissement, est source de diverses inquiétudes. Elle entraîne plusieurs conséquences néfastes pour la tenue d'un procès juste et équitable, notamment le fait que ni le juge ni le défendeur n'a la possibilité d'interroger les psychiatres et d'obtenir des explications supplémentaires sur l'état mental de la personne. Les décisions semblent donc reposer en très grande partie sur les rapports psychiatriques qui sont souvent parfois peu détaillés et incomplets<sup>513</sup>.

<sup>507</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 74; ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 111.

<sup>508</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 121.

<sup>509</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 39.

<sup>510</sup> *Id.*, p. 66.

<sup>511</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 72.

<sup>512</sup> M. GUTIÉRREZ et E. BERNHEIM, préc., note 24, p. 13.

<sup>513</sup> *Id.*, voir *supra* section 3.1.3.2.



#### 3.4.4.2 Le taux d'acceptation des demandes

Les différentes études que nous avons citées précédemment possèdent généralement des données au sujet de l'issue des requêtes. Ces données peuvent être classées en deux catégories : accueillies ou rejetées, associées parfois à une troisième variable constituée des requêtes partiellement accueillies. Dans ce domaine, les études sont relativement similaires et démontrent toutes un très fort taux d'acceptation des demandes.

En 2004 à Montréal, 93 % des requêtes de garde en établissement (1990 sur 2 136) avaient été accueillies par la Cour du Québec du district de Montréal<sup>514</sup>. Ce chiffre s'élevait à 92 % pour les requêtes de garde autorisée et 94 % pour les demandes de renouvellement. Sur l'ensemble des requêtes de garde autorisée et de renouvellement, seulement 14 ont été rejetées, soit 0,01 % de l'ensemble des requêtes déposées<sup>515</sup>. Dix ans plus tard, les chiffres ont diminué pour atteindre des taux de 77,09 % de requêtes accueillies, 2,85 % de requêtes rejetées et 11,12 % de requêtes accueillies partiellement<sup>516</sup>.

La tendance est encore plus forte en Outaouais en 2009 où seulement 3 requêtes sur 226 ont été rejetées, soit 98,68 % des requêtes accueillies par le tribunal<sup>517</sup>. En Chaudière-Appalaches, pour l'ensemble des requêtes déposées entre 2012 et 2014, le taux de requêtes accueillies est de 93,72 %<sup>518</sup>.

En Estrie, aucune tendance ne semble se dégager en termes d'évolution du nombre de rejets qui demeure extrêmement faible de 2006 à 2012. Pour la dernière année, on dénombre par exemple 2 rejets sur 17 requêtes en garde provisoire et 5 rejets sur 88 requêtes de garde autorisée<sup>519</sup>. L'organisme a également réussi à obtenir des données plus récentes pour les années 2016-2017 jusque 2019-2020 et la proportion de demandes rejetées y est toujours extrêmement faible (entre 0 et 7 % pour les demandes de gardes provisoires et entre 4 et 7 % pour les demandes de garde autorisée)<sup>520</sup>.

En Gaspésie Îles-de-la-Madeleine, les chiffres sont tout autant alarmants : sur 261 requêtes déposées dans les quatre palais de justice de la région entre 2006 et 2012, deux requêtes seulement ont été rejetées contre 256 accueillies. Le pourcentage d'accueil des requêtes est conséquemment de l'ordre de 99,2 %<sup>521</sup>.

<sup>514</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 208, p. 15.

<sup>515</sup> *Id.*, p. 39.

<sup>516</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 59.

<sup>517</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 68 et 72.

<sup>518</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 70.

<sup>519</sup> PRODEFESTRIE, préc., note 432, p. 12.

<sup>520</sup> PRO-DEF ESTRIE, préc., note 255, p. 10.

<sup>521</sup> DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, préc., note 208, p. 18.

Concluons ici avec les propos qu'en déduisent les membres de l'A-Droit de Chaudière-Appalaches,

« [b]ien qu'il soit possible que les avocats pour le requérant et leurs témoins soient tout simplement très efficaces et convaincants dans leurs exposés, il est aussi possible que ces chiffres soient un indice de la mesure dans laquelle ces audiences sont banalisées, malgré qu'elles concernent le droit fondamental à la liberté. »<sup>522</sup>.

#### 3.4.5. La contestation auprès du TAQ

En vertu des articles 20 à 22 de la P-38, le TAQ a compétence pour entendre les contestations relatives au maintien d'une garde en établissement ou toute autre décision prise en vertu de la P-38. L'article 21 prévoit ainsi que :

Toute personne qui n'est pas satisfaite du maintien d'une garde ou d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre un intérêt particulier, peut contester devant le Tribunal administratif du Québec le maintien de cette garde ou cette décision. Une lettre de la personne sous garde adressée au Tribunal, exposant l'objet et les motifs de contestation, constitue une requête au sens de l'article 110 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3).

Le Tribunal peut également agir d'office et réviser le maintien de toute garde ou toute décision concernant une personne sous garde, prise en vertu de la présente loi.

Il est rare que les personnes contestent les requêtes de garde en établissement. L'étude menée auprès de quatre palais de justice de la région Chaudière-Appalaches a enregistré une audience au TAQ dans seulement 5 dossiers sur 423 pour la période allant de 2012 à 2014<sup>523</sup>. Dans la mesure où les personnes ne consentent pas à la garde, il est étonnant que ce chiffre ne soit pas plus élevé.

Dans son rapport de 2016, Action Autonomie rapporte la parole de certains professionnels au sujet de cette procédure possible devant le TAQ, notamment des avocats de la défense qui considèrent le TAQ comme un recours d'urgence inefficace pour réviser une décision de garde en établissement ; aucun d'entre eux ne se souvient d'un cas en 2015 où leurs clients ont obtenu une audience du TAQ avant la fin de leur garde. Par conséquent, les avocats sont de moins en moins enclins à recommander cette démarche en raison de son inutilité et de la crainte de donner de faux espoirs, même si la P-38 précise que les personnes qui font appel au TAQ pour réviser leur mise sous garde doivent être entendues en urgence<sup>524</sup>.

<sup>522</sup> L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, préc., note 7, p. 68 et 69.

<sup>523</sup> *Id.*, p. 15.

<sup>524</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 124 et 125.

Le Protecteur du citoyen a effectué une enquête importante concernant les délais du TAQ dans le traitement des requêtes pour contester le maintien d'une garde en établissement. Son rapport, rendu public en 2018, a soulevé de nombreuses embûches que nous examinons rapidement ici<sup>525</sup>.

Au niveau des chiffres, l'enquête révèle déjà que seulement 17 % des dossiers fermés par le TAQ ont fait l'objet d'une décision en audience durant les années 2015-2016 et 2016-2017<sup>526</sup>. Ce sont donc 83 % des dossiers qui ont été fermés en raison de la levée ou de la fin de la garde ou encore, du désistement de la personne requérante. De surcroît, le rapport met en lumière que le TAQ respecte très peu les délais prescrits. Bien qu'un délai de 10 jours était initialement visé, les délais moyens pour fixer une première audience suivant la réception de la requête par le TAQ étaient de 18,7 jours en 2015-2016 (pour 83 dossiers) et de 14,5 jours en 2016-2017 (pour 90 dossiers)<sup>527</sup>. Si une amélioration est observable, le Protecteur du citoyen considère néanmoins que ces délais privent les personnes sous garde d'un recours « auquel elles ont droit et qui doit être instruit et jugé d'urgence »<sup>528</sup>. En dépit des exigences légales à cet égard, le recours devant le TAQ apparaît donc difficile d'accès, voire impossible à exercer.

En cherchant à comprendre ces retards dans les délais, le Protecteur du citoyen a identifié trois facteurs principaux : le manque de disponibilité des psychiatres pour se rendre aux audiences, le manque de juges administratifs psychiatres menant à l'annulation ou au report des journées d'audience<sup>529</sup>, ainsi que les déplacements liés à la tenue des audiences dans les établissements de santé<sup>530</sup>. Les difficultés d'arrimage entre les emplois du temps des juges et ceux des psychiatres semblent également rendues plus ardues par les journées fixes d'audience prévues par le TAQ (les mercredis et les vendredis)<sup>531</sup>.

Tel que nous le mentionnons plus haut<sup>532</sup>, le Protecteur du citoyen recommande le recours aux visioaudiences qui pourrait, selon lui, grandement améliorer les délais en matière de contestation de maintien de garde. Elles permettraient notamment de contourner l'une des plus lourdes contraintes actuelles qui pèsent sur les retards, à savoir les déplacements des juges dans les établissements de santé pour réaliser les audiences.

En plus de cette recommandation au sujet des visioaudiences, le Protecteur du citoyen encourage une meilleure transmission d'informations aux personnes au sujet de

---

<sup>525</sup> Protecteur du citoyen. (2018). La contestation du maintien de la garde en établissement devant le Tribunal Administratif du Québec : pour un recours accessible et diligent.

<sup>526</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 294, p. 5.

<sup>527</sup> *Id.*, p. 9.

<sup>528</sup> *Id.*, p. 28.

<sup>529</sup> Le rapport fait néanmoins mention des démarches entreprises par le TAQ afin de pourvoir les postes vacants et d'ainsi remédier au manque de juges administratifs.

<sup>530</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 294, p. 29.

<sup>531</sup> *Id.*, p. 30.

<sup>532</sup> Sur le recours aux visioaudiences, voir *supra* section 3.4.3.4.

l'existence et des modalités des recours devant le TAQ, ainsi que de documenter de manière continue les pratiques du TAQ.

Mentionnons ici que selon nos premières consultations, il semble y avoir une véritable évolution des pratiques en matière de contestation de maintien de garde au TAQ, notamment après l'adoption des recommandations émises par le Protecteur. À ce titre, les délais des audiences seraient aujourd'hui maintenus autour de 8 jours, respectant ainsi les délais légaux maximums de 10 jours. Par ailleurs, la pratique des visioaudiences semble avoir perduré à la suite de la pandémie de COVID 19 et la grande majorité des audiences du TAQ se tiennent dorénavant en ligne.

En guise de conclusion sur les aspects judiciaires des gardes en établissement, nous pourrions dire que le défaut de signification, encore bien présent pour les demandes de gardes provisoires, l'absence des intimés à leur propre audience et celle quasi systématique des psychiatres, la faible proportion de personnes représentées par avocat, la durée ridiculement courte des audiences ou encore le taux extrêmement haut d'acceptation des requêtes par le tribunal, sont autant de signes inquiétants pour les droits des défendeurs, l'équité du procès et le respect des procédures. Étant donné les liens établis entre ces manquements et l'acceptation des requêtes, l'accès à la justice des personnes visées par des gardes en établissement s'en trouve indéniablement restreint.

### **3.5. Autour de la P-38 : contexte de mise en œuvre de l'intervention**

Nous le rappelions au tout début de ce rapport, la P-38 ne représente qu'une infime partie du portrait global de la prise en charge de la santé mentale au Québec. Un portrait qui s'inscrit dans une histoire particulière, dans des choix politiques et sociétaux et dans un contexte socio-économique précis. En ce sens, bien que la P-38 soit un mécanisme en soi, avec ses propres objectifs et modalités, son application n'est pas étrangère aux autres pratiques et paradigmes en santé mentale<sup>533</sup>. On peut penser ici aux autres mécanismes d'intervention ou de services en santé mentale dont la P-38, en tant que loi d'exception, est largement tributaire, au morcellement juridique du secteur, aux stigmatisations quotidiennement véhiculées à propos de la santé mentale et de la violence ou encore au filet social, familial et communautaire qui entoure la personne. La P-38 s'inscrit dès lors dans une vague de questionnements et de mouvements systémiques qui l'influencent tout autant qu'elle l'influence. Nous proposons dans cette section de nous arrêter sur plusieurs de ces aspects qui fondent le contexte général de l'application de la P-38 et sur les questionnements qu'ils subissent.

---

<sup>533</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, préc., note 338, p. 82.

### 3.5.1. La philosophie d'intervention, entre paternalisme et autonomie : à la recherche d'un équilibre

L'analyse de la jurisprudence et des lois encadrant la garde en établissement, ainsi que des points de vue des personnes concernées, met en lumière deux valeurs fondamentales au cœur de la psychiatrie : l'autonomie individuelle et le paternalisme bienveillant. Ces valeurs, souvent perçues comme opposées, sont pourtant véhiculées par la discipline psychiatrique, chacune apportant sa perspective unique, comme le décrivent Pierre-Marc Couture-Trudel et Marie-Ève Morin<sup>534</sup> :

- D'un côté, l'autonomie et la liberté d'une personne, considérées comme des principes centraux de la société moderne, reposent sur le respect de la volonté individuelle et de son inviolabilité. Ce postulat d'autonomie de la volonté est devenu une pierre angulaire de la pratique psychiatrique.
- D'un autre côté, le paternalisme, valeur médicale traditionnelle, implique une intervention bienveillante envers le patient, un rôle également assumé par l'État en tant que *parens patriae*. Ce rôle de l'État soulève la question de l'autorité légitime et du besoin d'agir pour le bien commun, souvent exprimé à travers le prisme du paternalisme bienveillant.

Tel que le soulèvent encore ces auteurs, la tension entre ces deux valeurs se manifeste clairement dans le contexte des mesures de garde en établissement : la nécessité de protéger les individus peut entrer en conflit avec le respect de leur liberté individuelle.

La pratique semble parfois révéler la prévalence d'une dimension sur l'autre. En ce sens, la professeure Emmanuelle Bernheim a observé des audiences lors desquelles l'approche de protection prédomine sur l'autonomie d'un patient : les juges croient que l'hébergement en établissement s'apparente à « offrir gîte et couvert aux personnes internées », ou encore, considèrent un séjour psychiatrique comme un « moindre mal » en raison de la difficulté à évaluer la dangerosité. Ainsi, la privation de droits est perçue comme moins grave que le risque lié au rejet d'une requête. Cette tendance s'illustre dans la décision *Grizenco c. X*, où il est souligné que la protection du patient est un principe généralement prioritaire<sup>535</sup>.

Cette approche paternaliste peut parfois flouer les besoins réels d'un patient placé sous garde. De nombreuses personnes interrogées au cours de l'enquête menée par Action Autonomie ont ainsi révélé une frustration et une incompréhension quant à la réponse du système de santé à leur situation, caractérisée par la coercition et l'internement, des interventions jugées inadaptées à leurs besoins<sup>536</sup>.

<sup>534</sup> P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 122, 236 et 237.

<sup>535</sup> E. BERNHEIM, préc., note 26, 374.

<sup>536</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222.

Ainsi, le débat entre les valeurs utilitaristes et déontologiques demeure, illustrant la complexité inhérente à la recherche d'un équilibre entre l'autonomie individuelle et le devoir de protection dans le contexte psychiatrique<sup>537</sup>. Dans cette quête perpétuelle d'équilibre, le législateur québécois, comme la plupart des autres législateurs, a opté pour la distinction des situations, spécifiant pour chacune d'elle le but recherché, sinon la valeur à prioriser.

### 3.5.2. Le morcellement du secteur de la santé mentale

Actuellement, le droit en matière de santé mentale émane de plusieurs lois : principalement, la P-38, le *Code civil du Québec*, le *Code de procédure civile du Québec* et le *Code pénal*. Les juridictions pouvant entendre les procédures liées à la santé mentale se déclinent également au pluriel : la Cour du Québec, la Cour supérieure du Québec, le TAQ (Division santé mentale et CETM) et les PAJ-SM. Si ce morcellement du secteur de la santé mentale peut engendrer de la complexité et soulever plusieurs enjeux, il est aussi le reflet de choix politiques et sociaux justifiés par certains principes fondamentaux nécessitant des procédures distinctes selon les situations et les objectifs visés<sup>538</sup>.

#### **3.5.2.1 La législation**

Si, dans ce rapport, nous nous sommes attachés à l'analyse de la P-38, nous avons rapidement évoqué les autres types d'intervention en matière de santé mentale<sup>539</sup>. Que l'on pense aux ordonnances de soins, aux mesures liées au verdict de non-responsabilité criminelle ou encore aux régimes de protection, le morcellement du secteur de la santé mentale est indéniable.

La distinction entre le mécanisme d'imposition d'un traitement et celui d'imposition d'une garde en établissement en vertu de la P-38 a longtemps été questionnée : cette séparation est fondée sur l'idée selon laquelle ces mesures coercitives — placements sous

---

<sup>537</sup> P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 122, 238.

<sup>538</sup> Soulignons ici que le morcellement des lois et le morcellement des tribunaux ne sont pas forcément tributaires l'un de l'autre. La P-38 prévoit par exemple le recours à la Cour du Québec pour les ordonnances de gardes et le recours au TAQ pour contester les maintiens de garde : deux recours devant deux tribunaux différents émanant d'une seule et même loi et d'une seule et même matière, soit la garde en établissement. À l'inverse, on pourrait tout à fait envisager un regroupement des affaires liées à la santé mentale sous la juridiction d'un même tribunal sans pour autant confondre les procédures en matière criminelle, en matière de garde ou en matière de soins. Chaque cas pourrait faire l'objet de procédures particulières aux modalités distinctes, mais être entendu au sein d'une même juridiction, qui pourrait d'ailleurs disposer de chambres distinctes selon les affaires traitées. Nous envisageons là des situations hypothétiques, non pas pour nous prononcer en faveur de telle ou telle solution ou encore quant à leur faisabilité, mais plutôt pour éviter toute confusion entre les droits et procédures applicables en matière de santé mentale et les tribunaux compétents pour entendre les affaires liées à la santé mentale.

<sup>539</sup> Voir *supra* section 1.3.

garde et soins imposés — doivent être conçues de manière à restreindre minimalement les droits. Aussi, si l'exercice d'un droit est entravé, par exemple le droit de ne pas être enfermé contre son gré, la personne dispose toujours du droit de refuser les soins, et inversement<sup>540</sup>. Par ailleurs, les raisons permettant de déclencher l'un ou l'autre des mécanismes, autrement dit de léser l'un ou l'autre des droits, ne sont pas les mêmes. Si la garde en établissement est justifiée uniquement par la dangerosité de la personne, l'autorisation judiciaire de soins se fonde sur l'incapacité à consentir aux soins — deux motifs différents qui nécessitent deux réponses différentes.

Si la distinction est très claire pour certains cas, d'autres situations sont plus confuses. Aussi, il peut arriver que les deux mécanismes soient nécessaires pour intervenir auprès d'une personne. On rentre alors parfois dans un mécanisme stratégique cherchant à optimiser la garde en établissement en attendant d'obtenir une autorisation judiciaire de soins. Il arrive aussi qu'une demande d'hébergement en établissement soit formulée en complément à une demande d'autorisation de traitement<sup>541</sup>. Dans ce cas-là, un seul mécanisme est engagé puisque le placement sera envisagé seulement en vue de procéder au traitement.

Bien que la garde en établissement ne soit pas considérée comme un « soin », et que les critères législatifs diffèrent, certains auteurs suggèrent que des confusions demeurent, notamment au regard de certaines décisions judiciaires<sup>542</sup>. Les auteurs Couture-Trudel et Morin citent deux décisions en exemple : dans le premier cas, une patiente schizophrène a été placée en garde autorisée en raison du danger qu'elle représentait, lié à son incapacité à suivre correctement son traitement de dialyse péritonéale vital pour sa survie<sup>543</sup>. Dans le deuxième cas, une personne fragile refusait une hospitalisation forcée, mais la Cour supérieure n'a pas reconnu le refus de soins ni la nécessité de la détention, car la dangerosité n'était pas plaidée<sup>544</sup>.

### 3.5.2.2 Les compétences juridictionnelles

L'illustration évidente qui découle de ce morcellement du secteur de la santé mentale est liée aux compétences juridictionnelles partagées entre la Cour du Québec, la Cour supérieure du Québec, le TAQ et les Cours municipales. Notons également la possible compétence de la Chambre de la Jeunesse de la Cour du Québec pour autoriser des soins pour les mineurs. Nous rappelons la division des compétences juridictionnelles et leur cadre législatif dans le tableau présenté à la page suivante.

<sup>540</sup> M. GUTIÉRREZ et E. BERNHEIM, préc., note 24, p. 7.

<sup>541</sup> P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 122, 234.

<sup>542</sup> *Id.*, 235.

<sup>543</sup> *A. c. B., T.A.Q.*, no SAS-Q-057825-9912, 18 janvier 2000.

<sup>544</sup> *Centre hospitalier universitaire de Québec c. Loretta Rochette*, REJB 200021356 (C.S.).

**Tableau 3 : La division des compétences juridictionnelles en matière de santé mentale**

| TRIBUNAL  |  | COMPÉTENCES   | LOI HABILITANTE  |
|---|--|---|--|
| Cour du Québec  |  | Demandes concernant le placement d'une personne sous garde en établissement en vue ou à la suite d'une évaluation psychiatrique                                       | Art. 38 C.p.c.   |
|   |  |   | Art. 79 et 81 <i>Loi sur les tribunaux judiciaires</i>                     |
| Cour Supérieure du Québec                                       |  | Demandes d'autorisation judiciaire de soins   | Art. 33 C.p.c.   |
|   |  | Demandes liées aux régimes de protection des majeurs  | Art. 33 C.p.c.   |
|   |  | Demandes en <i>habeas corpus</i>  | Art. 398 C.p.c.  |
| Tribunal administratif du Québec, section des affaires sociales |  | Demandes de contestation portant sur le maintien de garde ou les décisions prises à l'égard d'une personne sous garde en vertu de la P-38                             | Art. 18 et 22 <i>Loi sur la justice administrative</i>                     |
|   | Commission d'examen des troubles mentaux | Mesures visant un accusé qui fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou qui a été déclaré inapte à subir son procès | Art. 21 P-38<br><br>Art. 23 de la <i>Loi sur la justice administrative</i> |

Ce partage juridictionnel n'est pas sans coût pour les justiciables, sinon pour la justice elle-même. Le Barreau du Québec soulignait en 2010 l'impossibilité pour les intervenants judiciaires de se faire un portrait global de la personne vulnérable en raison de cette multiplicité des juridictions. En outre, cela oblige « la personne qui présente des troubles mentaux ou une déficience intellectuelle à faire face à plusieurs décideurs, ce qui exacerbe d'autant plus la difficulté de ces personnes à faire face à l'appareil judiciaire »<sup>545</sup>. Conscient des enjeux de stigmatisation, le groupe de travail du Barreau du Québec recommandait que

Les différents processus en matière civile, soit la garde en établissement, l'autorisation de traitement et les régimes de protection, incluant le remplacement des représentants légaux et des mandataires, soient guidés par des principes et procédures similaires afin d'uniformiser le traitement qui est accordé à la personne ayant des troubles mentaux ou présentant une déficience intellectuelle<sup>546</sup>.

L'étude sur la judiciarisation des personnes rencontrant des difficultés liées à la santé mentale menée par Etienne Paradis-Gagné, Dave Holmes, Emmanuelle Bernheim et

<sup>545</sup> BARREAU DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 8.

<sup>546</sup> *Id.*, p. 9.



Myriam Cader soulève également les enjeux liés à cette diversité des trajectoires judiciaires envisageables en matière de santé mentale<sup>547</sup>. Selon les témoignages recueillis, les personnes concernées peuvent se sentir mêlées par les différentes modalités et rencontrer des difficultés à discerner à quelle procédure judiciaire elles ont à faire<sup>548</sup>.

Le morcellement judiciaire des compétences en matière de santé mentale est souvent décrié au regard des choix des autres provinces canadiennes. Nous y reviendrons dans notre étude comparée, mais notons d’ores et déjà que les provinces n’ont pas non plus réuni l’ensemble des compétences en matière de santé mentale sous un même toit judiciaire. Les tribunaux en santé mentale, qui sont souvent plus développés dans les autres provinces qu’au Québec, ne disposent généralement de compétences qu’en matière criminelle. Ils sont certes de belles inspirations en termes de spécialisation de la justice, mais ne constituent pas une solution unifiée à la prise en charge judiciaire de la santé mentale. Par ailleurs, les tribunaux en santé mentale ne sont pas formellement régis par le législateur. Ils sont souvent issus de projets pilotes ou d’initiatives particulières qui ne disposent pas encore d’un cadre légal formel. Aussi, leur présence n’implique pas le retrait des compétences aux cours traditionnelles, de même leurs propres compétences ne sont pas toujours les mêmes selon les tribunaux. Notons qu’au Québec les PAJ-SM sont souvent désignés comme des tribunaux en santé mentale.

Pour ce qui est des compétences en matière civile, notamment les gardes en établissement et les autorisations de soins, celles-ci sont fréquemment prises en charge par une même instance juridictionnelle contrairement au Québec. Il s’agit généralement d’instances quasi judiciaires composées entre autres de membres professionnels du droit et de la psychiatrie, à l’image de la division de la santé mentale du TAQ au Québec. Néanmoins, ces instances n’ont pas compétence en matière criminelle.

Le CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal s’est récemment prononcé contre la création d’une compétence conjointe de la Cour du Québec et de la Cour supérieure du Québec, soulevant notamment l’augmentation des délais que cela produirait. Ce faisant, il envisageait le cas précis de la fusion des demandes de gardes et de soins au sein d’une seule et même audience<sup>549</sup>.

Pour conclure, soulignons qu’il est certain que le morcellement des compétences juridictionnelles en matière de santé mentale présente des avantages et des inconvénients qu’il sera important d’approfondir dans le cadre de la suite de nos recherches.

---

<sup>547</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51.

<sup>548</sup> *Id.*, 1203.

<sup>549</sup> SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L’OUEST-DE-L’ÎLE-DE-MONTRÉAL, préc., note 52.

### 3.5.3. La question de la première ligne de services et des services communautaires

Nous l'avons déjà évoqué, l'atteinte aux droits et libertés fondamentaux qui découle du placement sous garde en établissement est extrêmement grave ; aussi, doit-elle demeurer exceptionnelle et n'avoir lieu que dans les cas précis strictement encadrés par la loi. Elle ne doit être envisagée qu'en dernier recours, « lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été tentées et ont échoué, la personne s'opposant catégoriquement à être gardée en établissement malgré une recherche active de son consentement. »<sup>550</sup>.

Il est certain que pour que le recours à la P-38 n'ait lieu qu'exceptionnellement, les personnes doivent pouvoir bénéficier de services de première ligne afin d'éviter de se rendre jusqu'à la situation extrême de dangerosité nécessitant une garde en établissement. De même, une fois que la personne est libérée de sa garde, elle doit être suivie et redirigée vers des services de soutien et d'accompagnement, des services psychiatriques, psychologiques ou autres appropriés afin d'éviter une recrudescence de la crise. En résumé, le réseau du système de santé et des services sociaux doit permettre une prise en charge de la personne hors crise afin de conserver le caractère exceptionnel de la P-38. Le mécanisme de mise sous garde en établissement ne doit pas servir à pallier l'insuffisance des ressources du système sociosanitaire<sup>551</sup>. Il doit exister des services de sécurité communautaire qui visent à prévenir la crise plutôt qu'à réagir face à sa survenance.

Dans son cadre de référence, le MSSS a notamment rappelé l'importance d'accompagner la personne lorsqu'elle est libérée de la garde. Les établissements de santé doivent alors lui assurer un « filet de sécurité » au retour dans la communauté, notamment en l'orientant vers un « service approprié à sa situation et susceptible de prévenir la récurrence de toute nouvelle nécessité de garde en raison d'un danger associé à son état mental ». Les infirmières de liaison des centres hospitaliers peuvent favoriser les contacts avec les autres services, ou encore avec les membres de son entourage. D'ailleurs, ces derniers doivent être informés et redirigés au besoin vers les services aptes à leur fournir du soutien, comme la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)<sup>552</sup>.

Bien que ces services soient explicitement prévus et que les structures existent, il semble assez évident qu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour répondre aux besoins de la population québécoise en matière de santé mentale. Les mesures sociales sont généralement sous-financées<sup>553</sup> et le « filet de sécurité » que le réseau de la santé et des services sociaux est supposé assurer aux personnes connaît de nombreuses défaillances.

<sup>550</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 3 et 6.

<sup>551</sup> BARREAU DU QUÉBEC, préc., note 82, p. 8.

<sup>552</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 32.

<sup>553</sup> P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 122, 238.

Ce manque de services de première ligne en matière de santé mentale est à la source du phénomène des portes tournantes visible dans les urgences psychiatriques et qui implique que les mesures d'exception, telles que celles prévues par la P-38, deviennent les seules susceptibles d'aboutir. Elles sont donc surutilisées pour des cas qui pourraient être pris en charge autrement, et surtout avant qu'une situation de crise ne se déclenche. L'étude sur la judiciarisation des personnes ayant des enjeux de santé mentale menée par Etienne Paradis-Gagné, Dave Holmes, Emmanuelle Bernheim et Myriam Cader soulève cet enjeu lié au manque de services en santé mentale et à la détérioration de l'état de santé des personnes qui s'ensuit inévitablement; les personnes se heurtent constamment à des portes closes, ce qui ne fait qu'exacerber les contextes de crise potentiels<sup>554</sup>.

Le rapport d'Action Autonomie révèle qu'aucune des personnes ayant vécu une garde en établissement n'a discuté de prévention ou d'alternatives à l'hospitalisation avec son psychiatre pendant la garde, et aucune offre de suivi n'a été faite au moment de sa libération. Le rapport dénote également que bien souvent, les personnes n'ont que peu ou pas d'accès aux outils leur permettant de faire face à leurs problèmes de santé mentale, ce qui les rend impuissantes et entrave leur capacité à gérer leurs symptômes et à reprendre le contrôle sur leur vie<sup>555</sup>.

Ce manque de ressource est également décrié par les proches des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ces derniers finissent par s'en référer au tribunal faute d'avoir réussi à obtenir de l'aide autrement; ils se sentent démunis face au manque de ressources et ne parviennent pas à accéder aux services de première ligne<sup>556</sup>. Ils soulèvent ainsi la grande difficulté d'accès aux soins psychiatriques et aux soins à domicile; ils doivent constamment « se battre » pour y avoir accès<sup>557</sup>.

Notons également que, si les services communautaires peuvent indéniablement participer à une meilleure prise en charge pré- et post-crise, ils peuvent aussi proposer des alternatives à la garde en établissement permettant de réduire les hospitalisations forcées et leurs conséquences néfastes sur les personnes et leur entourage. On parle alors de la diversification de l'offre de services pour répondre aux besoins en matière de santé mentale<sup>558</sup>. Certains organismes communautaires disposent ainsi de services d'intervention de crise, proposant même un hébergement temporaire. Comme souvent, ces services manquent cruellement de financement et donc de places pour les personnes

---

<sup>554</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1203.

<sup>555</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 132.

<sup>556</sup> Katharine LAROSE-HÉBERT, « Judiciarisation de l'accès aux services de santé mentale : le rôle complexe des proches-aidants », *Intervention* 2020.151.47.

<sup>557</sup> Etienne PARADIS-GAGNÉ, Jean-Daniel JACOB et Pierre PARISEAU-LEGAULT, « What lies at the intersection of law and psychiatric nursing? Exploring the process of judiciarization in the context of mental health », (2020) 2-2 *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse* 3, 77.

<sup>558</sup> D. PROVENCHER, préc., note 102.

nécessiteuses. Dans son dernier plan d'action en santé mentale, le gouvernement semble néanmoins s'engager à améliorer ces services et leur financement, après avoir reconnu que plusieurs régions ne sont pas couvertes par une gamme complète de services de crise. Le MSSS prévoit un investissement de 10 M\$ afin de « promouvoir l'expertise des centres de crise communautaires et d'offrir des services de crise intégrés en complément aux services existants » et de poursuivre la « mise en place et la consolidation du service d'intervention de crise dans le milieu 24/7 dans les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de l'Estrie »<sup>559</sup>.

#### 3.5.4. Les préjugés sur la santé mentale

L'approche choisie par le législateur dans le cadre de la P-38 est parfois critiquée pour les préjugés qu'elle génère. Plaçant l'état mental de la personne et la dangerosité comme les deux critères déclencheurs de l'intervention, les liens entre ces deux éléments ont vite été sous-entendus. Ainsi, le critère de dangerosité utilisé pour décider de la garde en établissement devient souvent une étiquette stigmatisante pour les personnes souffrant de troubles mentaux<sup>560</sup>. Les psychiatres eux-mêmes sont préoccupés par cette stigmatisation, conscients que les diagnostics qu'ils posent sont des étiquettes aux conséquences significatives<sup>561</sup>. En appliquant le critère de dangerosité pour décider de la garde en établissement, une association inévitable se crée entre les troubles mentaux et la dangerosité, ce qui renforce le double stigmate qui pèse sur les patients psychiatriques.

La société développe des stéréotypes et des jugements défavorables à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, les percevant comme particulièrement dangereuses, violentes et imprévisibles<sup>562</sup>. D'un point de vue social, de nombreuses

---

<sup>559</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318, p. 28.

<sup>560</sup> D. TULLIO, préc., note 180, p. 59; P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 121, 20; Emmanuelle BERNHEIM, « Des « étiquettes juridiques ». La catégorisation par le droit en santé mentale », *Isp* 2012.67.107, 118 et 119; Patricia BOUCHARD, *Schizophrénie, violence et stigmatisation : l'expérience des familles*, Rapport de stage en criminologie, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 2017, p. 12; Etienne PARADIS-GAGNÉ et Dave HOLMES, « Violence familiale, santé mentale et justice : une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents », (2019) 11 *Aporia* 16, 22; ÉTIENNE PARADIS-GAGNÉ, *Familles victimes de violence perpétrée par un proche souffrant de troubles mentaux sévères : une théorisation du phénomène*, Thèse de doctorat, Ottawa, Faculté des sciences de la santé – École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, 2019, p. 121.

<sup>561</sup> Andréanne WASSEF, « Questionnements et malaises d'une future psychiatre : prix d'écriture Louis-Guérrette », (2017) 42-1 *smq* 445, 445.

<sup>562</sup> ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM)*, Québec, 2014, p. 12; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, « Santé mentale et justice », (2017) 21-1 *Défi schizophrénie*, p.4; Marie-Ève HUOT, *L'implication des personnes ayant vécu un problème de santé mentale : repères pour réduire la stigmatisation et la discrimination*, Mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Québec à Montréal, 2018, p. 10, 11 et 66; Min YIN, Zheng Li et Chenxi

études témoignent de la persistance au sein de l'opinion publique de la croyance en « l'idée fausse du malade mental dangereux »<sup>563</sup>.

Dans une étude menée par Emmanuelle Bernheim, plusieurs juges avouent ressentir de l'inconfort par rapport à la maladie mentale, ce qui se reflète dans leur façon de parler des défendeurs. Ils ont du mal à nommer la maladie mentale et certains mots qu'ils utilisent témoignent d'une opinion négative à son égard. De plus, on observe des signes de préjugés courants sur la maladie mentale, tels que la croyance en la perte de contact avec la réalité, l'agressivité, la manipulation ou le mensonge<sup>564</sup>.

Les préjugés affectent également la crédibilité des personnes concernées aux yeux des décideurs, « tout ce qu'elles disent est interprété à travers le prisme de leur problème de santé mentale »<sup>565</sup>. Action Autonomie remarque qu'une plus grande importance est accordée aux informations provenant d'un tiers plutôt que celles issues du témoignage de la personne<sup>566</sup>. Les premières personnes concernées se sentent dès lors jugées et victimes de stigmatisation et de préjugés par les différents intervenants<sup>567</sup>. Le recours aux policiers serait également source d'aggravation des préjugés, d'autant plus lorsque l'on considère la stigmatisation des personnes dans le cadre même des pratiques policières<sup>568</sup>.

Il est crucial de poursuivre les efforts de sensibilisation du public aux questions en rapport avec la psychiatrie. En normalisant la compréhension des crises et des symptômes pathologiques, nous pouvons contribuer à diminuer la stigmatisation et la peur associée à ces situations. Nous ne pouvons pas non plus omettre le rôle des médias qui véhiculent ces idées : Yannick Charrette révèle que 40 % des articles de presse qui parlent de santé mentale parlent aussi de violence, danger et criminalité<sup>569</sup>.

---

ZHOU, « Experience of stigma among family members of people with severe mental illness : A qualitative systematic review », (2020) 29 *International Journal of Mental Health Nursing*, p. 150.

<sup>563</sup> Pierre-Marc COUTURE-TRUDEL et Marie-Ève MORIN, « La garde en établissement au Québec : enjeux de détention civile en psychiatrie », (2007) 32-1 *Santé mentale au Québec*, p. 229 ; Doris PROVENCHER et Annie RAINVILLE, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques », dans S.F.C.B.Q., vol. 315, *La protection des personnes vulnérables* (2010), Cowansville, Éditions Yvon Blais, à la page 155 et 168; Action autonomie, « Quand l'inacceptable se perpétue. 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001) », p. 115

<sup>564</sup> E. BERNHEIM, préc., note 26, 372.

<sup>565</sup> D. PROVENCHER, préc., note 102.

<sup>566</sup> ACTION AUTONOMIE, préc., note 222, p. 111.

<sup>567</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1205.

<sup>568</sup> E. BERNHEIM et J.-F. PLOUFFE, préc., note 80.

<sup>569</sup> Yannick CHARETTE, *Judiciarisation et déjudiciarisation de la santé mentale*, Conférence du Centre international de criminologie comparé, novembre 2023.

### 3.5.5. Le manque de données

L'analyse de la mise en œuvre de la P-38, tout comme celle de n'importe quel mécanisme, exige l'obtention de données de terrain. Pour recueillir les expériences et le vécu des personnes, l'analyse suppose des enquêtes empiriques impliquant du temps et des moyens considérables. Nous pensons néanmoins que beaucoup d'enjeux rencontrés par la P-38 pourraient être facilement documentés par un effort d'évaluation continue et systématique<sup>570</sup>.

Des initiatives en ce sens ont déjà été mises en place, comme l'obligation d'inclure une section relative au nombre de gardes en établissement dans les rapports annuels de gestion de tous les établissements visés par la P-38<sup>571</sup>. Une exigence qui, comme le rappelle justement le MSSS, permet « de collecter, à l'échelle nationale un minimum de données sur la garde en établissement, nécessaires à l'amélioration des pratiques en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes »<sup>572</sup>. La récolte de ces chiffres sur les gardes par les établissements est déjà une source extrêmement riche d'apprentissages, encore faut-il qu'elle soit exploitée.

Par ailleurs, et ce rapport le démontre encore, la mise en œuvre de la P-38 est l'affaire de plusieurs acteurs, n'intervenant pas toujours dans les établissements de santé. Les données provenant du secteur policier, des intervenants de crise ou encore du milieu judiciaire sont peu, voire pas, accessibles ; et tout porte à croire que même si elles existent, elles ne sont pas suivies ni analysées de manière systématique, et encore moins mises en perspective avec les données de chaque secteur respectif.

Enfin, nous avons pu constater qu'au Québec, il existe peu d'études qui ont sondé les usagers au sujet de leurs expériences vécues en vertu de la P-38, une recommandation récemment soutenue par l'organisme Pro-Def Estrie<sup>573</sup>. Il est pourtant extrêmement important de connaître l'avis des usagers et les retombées cliniques et sociales qu'ont pu avoir les gardes en établissement<sup>574</sup>.

Les premières personnes concernées peuvent aussi participer à l'évaluation et à l'amélioration de la loi et des mécanismes et services qui y sont associés. Plusieurs initiatives existent en ce sens et favorisent la prise de parole collective dans le but de

---

<sup>570</sup> PROTECTEUR DU CITOYEN, préc., note 146, p. 13.

<sup>571</sup> Une mesure émanant du PASM 2015-2020 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 356, p. 59.

<sup>572</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 13.

<sup>573</sup> PRO-DEF ESTRIE, préc., note 255, p. 15; On retrouve également ce point dans E. PARADIS-GAGNÉ, D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, préc., note 51, 1207.

<sup>574</sup> Nous avons néanmoins pu rendre compte de certaines études en ce sens, voir *supra* section 3.3.6. Par ailleurs, dans le cadre de la suite de nos recherches, nous mènerons des entrevues avec les premières personnes concernées par les services en santé mentale, nous les consulterons également sous d'autres formes dans le cadre des autres chantiers.

promouvoir une véritable participation citoyenne dans le domaine de la santé mentale. Ces concertations constituent également de précieux moments de partage et d'expression essentiels pour les personnes. Citons, par exemple, l'organisme ReprésentACTION santé mentale Québec qui permet « aux personnes de se rencontrer et de s'exprimer sur ce qu'elles vivent dans les services en santé mentale, sur les améliorations qu'elles souhaitent et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, tout en favorisant la création de liens et le partage de vécu »<sup>575</sup>. Ce projet est issu du Cadre de partenariat pour la mise en place des Rencontres régionales de personnes utilisatrices de services en santé mentale, qui avait été mis en place en 2006 et dont l'évaluation avait permis de mettre en lumière les nombreux bénéfices associés à cette pratique<sup>576</sup>.

### 3.5.6. L'implication des familles, communautés et aidants

Selon plusieurs auteurs, l'inclusion de l'entourage est l'un des premiers facteurs ayant un impact positif sur l'expérience d'aide<sup>577</sup>. Il est dès lors important d'inclure les membres de l'entourage dans le processus décisionnel concernant la garde dès lors que le contexte s'y prête. Le MSSS évoque également l'implication des proches comme un facteur à prioriser durant l'intervention, « [l]a personne ou son représentant légal et ses proches doivent être parties prenantes de la démarche et mis à contribution, afin de participer à l'évaluation de la situation et à la recherche de solutions. L'objectif poursuivi est que le recours à la loi se fasse en toute transparence vis-à-vis de ces personnes. »<sup>578</sup>.

Le partenariat avec les membres de l'entourage était aussi l'une des trois valeurs fondamentales mises de l'avant par le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020<sup>579</sup>, idée que l'on retrouve également indirectement dans la troisième valeur du PAISM 2022-2026, à savoir celle de l'engagement et de la responsabilité collective<sup>580</sup>. Dans ce dernier plan d'action, soulignons particulièrement l'action 3.4 qui consiste à « outiller les familles et l'entourage des personnes présentant des troubles mentaux ainsi que les intervenants pour favoriser l'utilisation de pratiques permettant d'éviter le recours aux mesures exceptionnelles ». L'action consiste plus particulièrement à soutenir un projet piloté par l'organisme communautaire national le Réseau Avant de craquer<sup>581</sup>, qui vise à élaborer des « outils destinés aux familles et à l'entourage ainsi qu'aux intervenants qui les accompagnent afin de les soutenir dans l'utilisation d'approches et

---

<sup>575</sup> Information tirée de leur site Internet : <https://www.representationsmq.org/apropos>.

<sup>576</sup> GROUPE DE RECHERCHE SUR L'INCLUSION SOCIALE, L'ORGANISATION DES SERVICES ET L'ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE, *Évaluation du Cadre de partenariat pour la mise en place des Rencontres régionales de personnes utilisatrices de services en santé mentale*, 2012.

<sup>577</sup> J. BERGERON, préc., note 323, p. 32.

<sup>578</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 22, p. 6.

<sup>579</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 356, p. 9.

<sup>580</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318.

<sup>581</sup> Aujourd'hui renommé Cap Santé mentale.

de services permettant d'éviter le recours aux mesures exceptionnelles, dont le recours à la LPP »<sup>582</sup>.

Dans le cadre des demandes de gardes provisoires, l'entourage des personnes peut se trouver dans une situation délicate, partagé entre la volonté d'aider la personne et le sentiment de la trahir en engageant des procédures contre son gré. Il peut en effet arriver que la personne concernée par une demande de garde provisoire se sente trahie par les proches à l'origine de la demande. C'est alors son filet social, sinon familial, qui se trouve atteint alors qu'il est reconnu comme essentiel pour la personne, pour son rétablissement et sa prise en charge. Ainsi, la procédure de garde provisoire peut parfois placer les proches en porte à faux à l'égard de la personne quand bien même ils sont préoccupés et animés de bonnes intentions; ceci peut conséquemment entraîner de fortes répercussions sur la vie de la personne et de celle de ceux qui l'entourent. L'étude de Katharine Larose-Hébert révèle ainsi que dans 23 % des cas, la relation entre le proche aidant et la personne malade s'est rompue à la suite de la demande de garde provisoire et qu'elle est demeurée tendue dans 31 % des cas<sup>583</sup>.

Ce double rôle du proche peut générer un sentiment de culpabilité et de détresse chez les membres de l'entourage<sup>584</sup>. Pourtant, il ne doit pas amoindrir l'importance du rôle des proches dans le cadre du placement sous garde de la personne. La famille est en effet appelée à collaborer étroitement avec l'équipe médicale et les autorités judiciaires. Elle est une source privilégiée d'informations sur l'état de santé de la personne et ses comportements, tels que la présence de symptômes psychiatriques et le suivi du traitement médicamenteux. Par la suite, les proches doivent assimiler les comportements autorisés et attendus par le système médical et judiciaire<sup>585</sup>. À nouveau, ils se trouvent partagés entre leur rôle d'aidant et celui de « surveillant » que le processus de garde peut générer<sup>586</sup>.

Reconnaissant cet enjeu, le MJQ a lancé en 2021 un programme pilote dénommé « Parenthèse ». Ce programme offre la possibilité aux proches qui désirent déposer une demande de garde provisoire de bénéficier de l'écoute et du soutien d'un intervenant psychosocial. Ce dernier discutera avec les proches des étapes préalables et postérieures à la demande judiciaire ainsi que des répercussions possibles sur le lien affectif. Grâce à son expertise et aux collaborations avec les différents services, l'intervenant pourra faire le suivi des personnes auprès des services pertinents si elles décident d'explorer d'autres avenues que la demande de garde provisoire. Si la personne décide de poursuivre la demande judiciaire, l'intervenant pourra l'accompagner dans les démarches relatives au dépôt de la demande et à la programmation de l'audience. Dans le cadre de ce

---

<sup>582</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 318, p. 35 et 36.

<sup>583</sup> K. LAROSE-HÉBERT, préc., note 553.

<sup>584</sup> E. PARADIS-GAGNÉ, J.-D. JACOB et P. PARISEAU-LEGAULT, préc., note 554.

<sup>585</sup> *Id.*

<sup>586</sup> K. LAROSE-HÉBERT, préc., note 553.



programme, c'est le greffier qui réfère la personne à l'intervenant situé à même le Palais de Justice (ou disponible sur appel). Ce programme est actuellement déployé dans les villes de Montréal, Longueuil et Joliette. Il est prévu qu'il soit évalué dans le cadre d'un projet de recherche mené par l'Observatoire justice et santé mentale depuis l'automne 2022 afin d'en mesurer l'efficacité et de l'ajuster si nécessaire en vue de son éventuelle pérennisation<sup>587</sup>.

### L'EXPÉRIENCE DES PROCHES

Au Québec, une étude menée par Katharine Larose-Hébert a permis de mettre en lumière le vécu des personnes qui ont cherché à déposer une demande de garde provisoire pour un proche entre 2015 et 2018. Les résultats rendent compte des difficultés que rencontrent ces personnes et des sentiments de culpabilité et de détresse qui y sont associés. 27 % des participants ont ainsi rapporté souffrir de problèmes de santé causés par leur rôle d'aidant : dépression, anxiété, maladies psychosomatiques, insomnies, arrêts temporaires de travail liés à l'épuisement et consommation de médicaments psychotropes. De plus, 77 % de ces participants ont subi des conséquences sociales et matérielles associées à ce rôle : isolement, problèmes financiers, stigmatisation, exposition à des jugements face à leurs compétences parentales ou d'aidants.

Par ailleurs, la revue systématique réalisée par Stuart et ses collaborateurs a analysé les études relatives aux expériences vécues par les proches de personnes hospitalisées contre leur gré. Elle met en exergue cinq thèmes principaux concernant le vécu des proches qui soutiennent et prodiguent des soins aux personnes ayant été mises sous garde<sup>588</sup> :

- L'impact émotionnel de l'hospitalisation involontaire sur la personne aidante : de nombreuses émotions sont présentes chez les aidants en réponse à l'hospitalisation involontaire de leur proche. Si l'émotion la plus décrite est la détresse, ils indiquent aussi ressentir de la colère, de la déception, de la culpabilité, de la peur et de la frustration. Néanmoins, des émotions positives telles que du soulagement, de l'espoir et de la gratitude sont aussi présentes chez eux.
- Disponibilité d'un soutien pour les aidants : avant l'hospitalisation involontaire, les aidants expliquent être submergés par trop de responsabilités, tout en étant isolés

---

<sup>587</sup> L'information sur ce projet nous a été transmise directement par le ministère de la Justice. Une présentation de ce programme est néanmoins accessible publiquement dans Olivia STROZ-BRETON, Maria-José ACOSTA, Fany VINCENT et Audrey TURMEL, *Projet Parenthèse : la santé mentale une affaire de justice?*, Vidéo d'Équijustice Réparation et médiation, 29 juin 2023, en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=eGTPcO8t8zA>.

<sup>588</sup> Ruth STUART, Syeda Ferhana AKTHER, Karen MACHIN, Karen PERSAUD, Alan SIMPSON, Sonia JOHNSON et Sian ORAM, « Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis », (2020) 6-2 *BJPsych Open*.

des sources de soutien. Ils sont censés gérer des situations pour lesquelles ils ne sont pas équipés jusqu'à ce qu'une aide soit disponible. Dans cette perspective, les aidants expliquent qu'ils ont besoin de soutien avant l'hospitalisation involontaire, mais aussi pendant, afin de pouvoir comprendre ce qu'il s'est passé et quel est leur rôle.

- L'implication des aidants dans le parcours de soin des usagers : ne pas être impliqués dans la planification de la sortie d'hospitalisation involontaire est une source de frustration pour de nombreux aidants. Bien qu'ils comprennent la complexité des enjeux de confidentialité, les aidants expliquent avoir besoin d'informations pertinentes pour optimiser les soins de leur proche, mais aussi pour protéger leur famille.
- La relation des aidants avec leur proche et le personnel soignant durant l'hospitalisation involontaire : de nombreux aidants indiquent que leur proche les tient responsables de l'hospitalisation involontaire et se sentent trahis par les aidants. Par ailleurs, de nombreux aidants considèrent leur relation avec le personnel soignant comme insatisfaisante. Durant les hospitalisations, ils se sont sentis ignorés et traités comme des étrangers par le personnel soignant qui, selon eux, ne les impliquait pas dans une collaboration efficace et qui ne prenait pas en compte l'impact que l'hospitalisation involontaire pouvait avoir sur eux.
- La qualité des soins : les aidants souhaitent désespérément trouver une aide préventive plutôt que de devoir attendre que leur proche soit en état de crise et présente un risque pour lui-même ou pour autrui. De nombreux aidants indiquent que les services de santé n'étaient pas proactifs ou pas suffisamment réactifs à leurs besoins et à ceux de leur proche.

Bien que cette revue de littérature ne concerne pas d'études québécoises, les thèmes identifiés sont étonnamment cohérents avec les enjeux soulevés par les proches dans le cadre de la P-38.

## **CONCLUSION**

Ce rapport vise à présenter un portrait des gardes en établissement au Québec, des défis que celles-ci engendrent et des éléments principaux qui ressortent de la littérature à son sujet. Nous y avons notamment soulevé des enjeux relatifs au critère de dangerosité, dont le flou inquiète certains, mais dont la flexibilité est appréciée par d'autres ; un concept au sujet duquel de nombreux efforts d'opérationnalisation ou d'outillage ont été produits, mais dont les résultats demeurent encore trop aléatoires pour quelques chercheurs, notamment au regard de l'incohérence de certaines décisions judiciaires.

Nous avons ensuite révélé des enjeux plus pratiques liés notamment à la grande complexité du processus de mise sous garde, à la pluralité des acteurs amenés à y intervenir et à leurs collaborations, ainsi qu'aux difficultés rencontrées dans le cheminement des personnes placées sous garde. Ici encore, nous avons pu constater plusieurs initiatives visant à améliorer la compréhension du processus, notamment par le biais de l'adoption du cadre de référence et du modèle de protocole de mise sous garde en 2018.

Par ailleurs, il semble persister de nombreuses embûches liées à l'accès à la justice des personnes placées sous garde qui ne sont pas toujours informées de leurs droits et des procédures, qui ne sont pas nécessairement présentes à leurs audiences et peu représentées par avocat. Des enjeux qui se répercutent sur le déroulement du processus judiciaire avec des audiences particulièrement courtes et se concluant très souvent en faveur de l'établissement. Ce contexte de judiciarisation des personnes confrontées à des problèmes de santé mentale semble ainsi marqué par un fort déséquilibre des parties concernées au détriment des usagers. En théorie pourtant, l'intervention du juge vise justement à renforcer les droits des premières personnes concernées en interposant un décideur neutre et impartial entre les intervenants de la santé et ces mêmes personnes — on peut dès lors se demander si la pratique judiciaire qui se dessine en pratique permet réellement d'atteindre ce but.

Enfin, nous avons terminé par des considérations plus générales liées au contexte entourant la P-38, à savoir le morcellement du secteur de la santé mentale au Québec, la question de la disponibilité des services et de l'implication des proches, ainsi que des préjugés encore extrêmement présents dans la société qui véhiculent des idées de correspondance entre la santé mentale et la violence.

Cette revue de la littérature nous aura donc permis de révéler les enjeux principaux que semble rencontrer l'application de la P-38. En réalisant ce premier rapport, nous avons néanmoins pu constater que la littérature disponible au sujet de la P-38 est parfois ancienne, étant pour une bonne partie produite avant 2018. Il est donc possible que

plusieurs nouveaux enjeux soient apparus<sup>589</sup> ou encore que certaines questions n'aient pas encore été abordées dans ces études antérieures, notamment si l'on considère les travaux effectués par le MSSS qui se sont conclus par l'adoption du cadre de référence et du modèle de protocole en 2018 — travaux qui pourraient avoir influencé la pratique. Nous invitons en ce sens la communauté des lecteurs à nous suggérer des enrichissements qui pourraient venir compléter cet état des lieux. Notons par ailleurs que peu de recherches québécoises se sont appuyées sur des approches qualitatives dans le but de comprendre comment les acteurs, les premières personnes concernées et leurs proches vivent les expériences de gardes en établissement.

Sur la base de ces enjeux répertoriés dans ce premier rapport, nous entendons poursuivre notre étude de manière à tenir compte de l'expérience des professionnels et des premières personnes concernées par sa mise en application. Cette étude sera également l'occasion d'en apprendre davantage sur les bonnes pratiques et les nouvelles initiatives qui voient régulièrement le jour au Québec, mais qui ne font pas toujours l'objet d'analyses systématiques. La suite de notre étude vise ainsi à compléter le portrait des conditions d'application de la P-38 telles qu'elles sont expérimentées par les acteurs du domaine et des problèmes associés aux contraintes actuelles de la pratique, de manière à obtenir une compréhension plus exhaustive de ces expériences et des avenues susceptibles d'y remédier.

Nous proposons pour finir une liste d'orientations visant à structurer la suite de nos recherches sur la base des éléments issus de ce premier rapport.

---

<sup>589</sup> Que l'on pense par exemple aux nombreux problèmes que la pandémie de COVID 19 a révélés en matière d'organisation du système de santé et de services sociaux.

## **LISTE D'ORIENTATIONS POUR LA SUITE DE LA RECHERCHE**

Cette liste d'orientations vise à cibler les paramètres essentiels devant baliser la suite des recherches de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice dans le cadre de son mandat relatif à l'application de la P-38. Elle comporte également une liste non exclusive d'éléments que la recherche devra approfondir et que le présent bilan de situation a permis de mettre en lumière.

### **LES PARAMÈTRES DE LA RECHERCHE**

#### **Paramètre 1 (Chantier 2 et 5)**

Recueillir et analyser l'expérience et l'opinion de tous les professionnels sollicités par la P-38, incluant les policiers, les travailleurs sociaux, les psychiatres, le personnel hospitalier, les membres des professions liées à la santé mentale les avocats, les juges et les organismes communautaires de services alternatifs, de défense des droits ou de tout autre domaine en lien avec la santé mentale.

#### **Paramètre 2 (Chantier 2 et 5)**

Recueillir et analyser l'expérience et l'opinion des premières personnes concernées par la P-38 et de leurs proches.

#### **Paramètre 3 (Chantier 3)**

Favoriser le travail intersectoriel en encourageant les différents acteurs et les personnes concernées à contribuer à l'identification des enjeux et à la recherche de solutions.

#### **Paramètre 4 (Tous les chantiers)**

Tenir compte, dans la mesure du possible, de la diversité sociodémographique des régions du Québec et de ses répercussions dans la mise en œuvre de la P-38.

#### **Paramètre 5 (Chantier 4)**

Identifier les attentes des citoyens québécois en matière d'intervention en santé mentale.

#### **Paramètre 6 (Tous les chantiers)**

Identifier les bonnes pratiques et les initiatives locales liées à la P-38.

### **LES THÈMES À APPROFONDIR**

#### **Thème 1. Le critère de dangerosité**

Les pratiques d'évaluation de la dangerosité mises en œuvre par les policiers, les intervenants sociaux, les professionnels de la santé, dont les psychiatres et les juges  
Les outils sollicités pour l'évaluation de la dangerosité  
Les critères de la dangerosité

La définition et l'interprétation de la dangerosité par tous les acteurs  
La question des rapports psychiatriques et de leur rôle dans la décision judiciaire

### Thème 2. Les enjeux juridiques liés à la P-38

Le respect des droits des personnes concernées par les gardes en établissement, notamment le droit de refuser les soins  
Le rôle et le fonctionnement des instances en charge du respect de ces droits  
La mise en œuvre du droit à l'information des personnes et de celui de communiquer de manière confidentielle

### Thème 3. Les enjeux pratiques liés à la P-38

La compréhension des mécanismes prévus par la P-38, notamment des rôles de chacun  
L'évaluation de l'adoption du cadre de référence par le MSSS et des protocoles de mise sous garde par les établissements  
La collaboration des intervenants, notamment des policiers, des intervenants de crise, du personnel hospitalier et des acteurs judiciaires  
La place respective des juges et des psychiatres, ainsi que leurs interactions  
Le partage des renseignements sur la santé des personnes entre les professionnels, notamment dans le cadre de la nouvelle loi  
La signature d'ententes entre les différents acteurs et leurs conséquences sur la pratique  
Le respect des délais légaux des gardes en établissement  
L'expérience vécue par les premières personnes concernées par les gardes en établissement

### Thème 4. Les enjeux liés à l'accès à la justice des personnes concernées par les gardes en établissement

La communication des informations liées aux procédures judiciaires  
Les obligations de notification des demandes  
L'adaptation des tribunaux aux personnes concernées par des problèmes de santé mentale  
La formation des juges et des avocats en matière de santé mentale  
La gestion en urgence des demandes de gardes en établissement  
La participation à l'audience des personnes visées par les demandes de gardes en établissement  
La représentation par avocat des personnes visées par les demandes de gardes en établissement  
L'accès à l'aide juridique et les questions liées au financement du service des avocats  
La durée des audiences  
Le recours aux visioaudiences

Le taux d'acceptation des demandes  
Le recours au TAQ pour contester les maintiens de garde

Thème 5. Les enjeux liés au contexte entourant la mise en application de la P-38

Le morcellement du secteur de la santé mentale  
Le partage des compétences juridictionnelles entre plusieurs tribunaux  
Les services de première ligne et de suivi des personnes concernées par une garde en établissement  
Les préjugés liés à la santé mentale  
Le manque de données  
L'implication des proches

## ANNEXES

### Annexe 1 : Demande d'accès à l'information déposée aux établissements de santé

Valentine Fau  
Chargée de projet recherche,  
Institut québécois de réforme  
du droit et de la justice  
valentine.fau@iqrдж.ca

À l'attention de **Prénom, Nom**  
**Coordonnées**

#### Objet : Demande d'accès à l'information

**Me X,**

L'institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) a été récemment mandaté par le ministère de la Santé et des Services Sociaux afin d'évaluer l'intervention en vertu de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même et pour autrui*. Dans le cadre de ce mandat et conformément l'article 9 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, nous sollicitons votre contribution afin d'obtenir les informations suivantes :

- Le nombre de gardes préventives effectuées dans les établissements de santé affiliés au **Centre intégré X** pour les années paires situées entre 2012 et 2022 (2012, 2014, 2016, 2018, 2020 et 2022)
- Le protocole ou tout document administratif faisant état du protocole à suivre dans ces établissements lors des placements sous garde en établissement (préventive, provisoire ou autorisée)
- La liste des Services d'aide en situation de crise (SASC) des services sociaux généraux de votre CIUSS.
- La liste des organismes communautaires en matière de santé mentale avec qui vous disposez d'ententes d'affiliation, de collaboration, de partenariat ou d'association.

Je demeure entièrement disponible pour tout complément d'information concernant cette demande et vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à cette demande,  
Valentine Fau



## Annexe 2 : Demande d'accès à l'information déposée au ministère de la Justice du Québec

Valentine Fau  
Chargée de projet recherche,  
Institut québécois de réforme du  
droit et de la justice  
valentine.fau@iqrj.ca

À l'attention de Me Marie-Claude Daraiche  
Responsable de l'accès aux documents et de la protection des  
renseignements personnels  
Direction du Bureau du sous-ministre et du secrétariat général  
Ministère de la Justice

### Objet : Demande d'accès à l'information

Me Daphné-Maude Thivierge,

L'institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) a été récemment mandaté par le ministère de la Santé et des Services Sociaux afin d'évaluer l'intervention en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même et pour autrui. Dans le cadre de ce mandat et conformément l'article 9 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, nous sollicitons votre contribution afin d'obtenir les informations suivantes :

Pour tous les districts judiciaires du Québec, ainsi que pour l'ensemble de la province du Québec, pour les années paires entre 2012 et 2022 (2012, 2014, 2016, 2018, 2020 et 2022):

- Le nombre de demandes de garde provisoire, garde autorisée et renouvellement de garde autorisée, ainsi que le nombre d'audiences correspondantes ;
- Le nombre de demandes d'ordonnance de soins et de renouvellement, ainsi que le taux de ces demandes qui sont accueillies, partiellement accueillies ou rejetées (ou pourcentage), ;
- Pour chaque demande de garde en établissement (provisoire, autorisée et renouvellement) :
  - L'auteur de la demande (établissement de santé ou individu),
  - La personne visée par la demande a-t-elle été signifiée de la demande,
  - Le nombre de demandes contestées par la personne visée par la demande,
  - Le nombre de gardes accueillies, partiellement accueillies ou rejetées (ou pourcentage),
  - Le taux de représentation par avocat pour les personnes visées par la demande et pour les requérants
  - Le délai de traitement des demandes

Je demeure entièrement disponible pour tout complément d'information concernant cette demande et vous remercie par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à cette demande,  
Valentine Fau

## **BIBLIOGRAPHIE**

### TABLE DE LA LÉGISLATION

- **Textes québécois**

*Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12

*Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64

*Code de procédure civile*, RLRQ, c. C-34

*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, P-38.001

*Loi sur les tribunaux judiciaires*, RLRQ, c. T-16

- **Textes fédéraux**

*Charte canadienne des droits et libertés, Partie 1 de la Loi constitutionnelle de 1982*, (1982) c. 11 (R-U)

## JURISPRUDENCE

- **Cour suprême du Canada**

*Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119

*Starson c. Swayze*, [2003] 1 RCS 722

- **Cour d'appel du Québec**

*Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994

*A c. Centre hospitalier de St. Mary*, 2007

*N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, 2007

*Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, 2009

*G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, 2009

*J.D. c. Hôpital Sacré-Coeur de Montréal*, 2012

*F.D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015

*X.Y. c. Hôpital général du Lakeshore*, 2017

*J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018

- **Cour du Québec**

*St-Pierre c. M.P.*, 2007

*Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. M.B.*, 2009

*Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup c. M.M.*, 2010

*Chamale Santizo c. Commission des relations du travail*, 2011

*Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. L.T.*, 2011

*Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. B.B.*, 2013

*Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette c. J.B., 2013*

*CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B., 2014*

*Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais c. E.R., 2015*

*Dubé c. J.B., 2017*

*Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Centre hospitalier régional du Grand-Portage) c. L.P., 2017*

*Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord c. J.L., 2020*

## DOCTRINE

- **Monographies et ouvrages collectifs**

GENDREAU, C., *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement : élaboration d'une norme internationale*, Thémis, Montréal, 1996.

GOUBAU, D. et E. DELEURY, *Le droit des personnes physiques*, 5<sup>e</sup> édition, Montréal (Québec) Canada, Éditions Yvon Blais, 2014.

KOURI, R. P., et S. PHILIPS NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, Yvon Blais, coll. 2e éd, Cowansville, Québec, 2005.

PAGÉ, J.-C., *Les fous crient au secours !*, Éditions du Jour, Montréal, 1961.

### Chapitres de livres

DUMAIS MICHAUD, A.-A., Y. CHARETTE et A. J. LEMIEUX, « Ancrages théoriques et analyses des pratiques sociojudiciaires : l'étude des tribunaux de santé mentale », dans SERVICE DE LA FORMATION CONTINUE DU BARREAU DU QUÉBEC (DIR.), *La protection des personnes vulnérables*, Yvons Blais, 488, Cowansville, 2021, p. 128.

MARTIN-MÉNARD, P. et J.-P. MÉNARD, « Santé mentale et droits des patients : des interventions attendues de la Cour d'appel », (2019) 452, *La protection des personnes vulnérables-Montréal*, Éditions Yvon Blais S.F.C.B.Q.

- **Articles de revue**

AKTHER, S. F., E. MOLYNEAUX, R. STUART, S. JOHNSON, A. SIMPSON et S. ORAM, « Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis », (2019) 5-3 *BJPsych open* 1.

BAHARY-DIONNE, A. et E. BERNHEIM, « L'accès à la justice en temps de pandémie : leçons apprises dans une clinique juridique », (2021) 53-1 *Ottawa Law Review* 249.

BAILEY, J. et J. BURKELL, « Revisiting the Open Court Principle in an Era of Online Publication: Questioning Presumptive Public Access to Parties' and Witnesses' Personal Information » (2018) 48-1 *Ottawa L. Rev.* 143.

BANDES, S. A., et N. Feigenson, « Virtual Trials: Necessity, Invention, and the Evolution of the Courtroom » (2020) 68-5 *Buff. L. Rev.* 1275.

BERNHEIM, E., G. CHALIFOUR et R.-A. LANIEL, « La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins », (2016) 9-2 *Revue de droit et santé de McGill*.

BERNHEIM, E., « Perspective Luhmannienne sur l'interaction entre droit et psychiatrie : théorisation de deux modèles dans le contexte particulier de l'expertise psychiatrique », (2008) 13-1 *Lex Electronica*.

—, « Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen », (2009) 54-3 *McGill Law Journal / Revue de droit de McGill*.

—, « Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique », (2010) 40-1-2 *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke* 31.

—, « De la mise en scène de la justice. Accès aux droits, rôle des tribunaux et statut citoyen en santé mentale », (2012) 81-2 *Droit et société*.

—, « Des « étiquettes juridiques ». La catégorisation par le droit en santé mentale », (2012) 67 *Lien social et Politiques* 107.

—, « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec ? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins », (2012) 57-3 *Revue de droit de McGill*.

—, « Pandemic Injustice in Mental Health: Quebec's Punitive Turn During COVID-19 », (2021) 10 *Annual Review of Interdisciplinary Justice Research* 268.

—, « The Triumph of the "Therapeutic" in Quebec Courts: Mental Health, Behavioural Reform and the Decline of Rights », (2022) 38 *Windsor Yearbook of Access to Justice* 125.

BIRMINGHAM, L., « Diversion from custody », (2001) 7-3 *Advances in Psychiatric Treatment*.

BOUCHER, A.-M., « Ajouter la violence à la souffrance », *Liberté* 2022.333.65-68.

BROWN, K. et E. MURPHY, « Falling through the Cracks: The Quebec Mental Health System », (2000) 45 *McGill L.J.* 1037-1079.

CARTER, G., A. MILNER, K. MCGILL, J. PIRKIS, N. KAPUR et M. J. SPITTAL, « Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales », (2017) 210-6 *Br J Psychiatry* 387.

COUTURE-TRUDEL, P.-M. et M.-È. MORIN, « La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie », (2007) 32-1 *smq* 229-244.

DHAND, R. et K. JOFFE, « Involuntary Detention and Involuntary Treatment Through the Lens of Sections 7 and 15 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms », (2020) 43-3 *Manitoba Law Journal*

DORVIL, H., « La tolérance de la communauté à l'égard du malade mental Community tolerance of the mentally ill », (1987) 12-1 *Revue Santé mentale au Québec*.

FERGUSON, C. et F. MCLACHLAN, « Predicting and assessing lethal risk in domestic and family violence situations in Australia », *QUT Centre for Justice Briefing Paper 2020*.

GAUTHIER, A.-M., « Intervenir auprès d'une personne présentant des idées d'homicide : pour une intervention visant à assurer la sécurité de tous, sans pour autant oublier la détresse vécue par la personne », (2021) 152 *Intervention* 107.

GUAY, J.-P., J. DA SILVA GUERREIRO et A. CROCKER, « Les méthodes et enjeux relatifs à l'évaluation du risque de la violence hétérodirigée », (2022) 47-1 *smq* 63.

JAIMES, A., A. CROCKER, É. BÉDARD et D. AMBROSINI, « Les Tribunaux de santé mentale : déjudiciarisation et jurisprudence thérapeutique », (2009) 34-2 *smq* 171.

JOHNSTON, E. L., « Theorizing Mental Health Courts », (2012) 89-3 *Washington University Law Review* 519.

KROPPAN, E., K. NONSTAD, R. B. IVERSEN et E. SØNDENAA, « Implementation of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability over two phases », (2017) 10 *JMDH* 321.

LADOUCEUR, I., K., « Échecs législatifs et juridiques », (2006) 2 *J. Barreau* 50.

LAROSE-HÉBERT, K., « Judiciarisation de l'accès aux services de santé mentale : le rôle complexe des proches-aidants », (2020) 151 *Intervention* 47.

LAUZON, J., « L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux », (2003) 33-1-2 *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke* 219.

LEBLANC, L., « Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement : profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations », (2014) 39-1 *smq* 291.

MERIAUX, M., J. DENIS, V. MICHEL et S. HENDRICK, « Accueillir le patient en crise aux urgences psychiatriques : étude du vécu subjectif », (2019) 177-6 *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 526.



OGLOFF, J. R. P. et M. DAFFERN, « The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients », (2006) 24-6 *Behav Sci Law* 799.

PARADIS-GAGNÉ, E. et D. HOLMES, « Violence familiale, santé mentale et justice : une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents », (2019) 11 *Aporia* 16.

PARADIS-GAGNÉ, E., D. HOLMES, E. BERNHEIM et M. CADER, « The Judicialization of People Living with Mental Illness: A Grounded Theory on the Perceptions of Persons Involuntary Admitted in Psychiatric Institution », (2023) 44-12 *Issues Ment Health Nurs* 1200.

PARADIS-GAGNÉ, E., J.-D. JACOB et P. PARISEAU-LEGAULT, « What lies at the intersection of law and psychiatric nursing? Exploring the process of judicialization in the context of mental health », (2020) 2-2 *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse* 3.

PROVENCHER, D., « La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance? », (2010) 19-1 *Le Partenaire* 18.

REED, J. L. et M. LYNE, « Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. », (2000) 320-7241 *BMJ (Clinical research ed.)* 1031.

SCHNEIDER, R., D., H. BLOOM et M. HEEREMA, « Mental Health Courts: Decriminalizing the Mentally Ill », (2007) 37-1 *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* 133.

ROSSNER, M. et D. TAIT, « Presence and participation in a virtual court » (2021) 23-1 *Criminology & Criminal Justice* 135.

RUSS, M. J., T. KASHDAN, S. POLLACK et S. BAJMAKOVIC-KACILA, « Assessment of Suicide Risk 24 Hours After Psychiatric Hospital Admission », (1999) 50-11 *PS*.

SALLÉE, N., E. BERNHEIM, G. OUELLET et P. PARISEAU-LEGAULT, « Au tribunal des risques. Contrôle, autocontrôle et tensions juridiques à la Commission d'examen des troubles mentaux (Québec, Canada) », (2022) 111-2 *Droit et société*.

SEED, T., J. R. E. FOX et K. BERRY, « The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies », (2016) 61 *International Journal of Nursing Studies* 82.

SLINGER, E. et R. ROESCH, « Problem-solving courts in Canada: A review and a call for empirically-based evaluation methods », (2010) 33-4 *International Journal of Law and Psychiatry* 258.

SMITH, S. S., V. J. BAXTER et M. S. HUMPHREYS, « Psychiatric Treatment in Prison: A missed opportunity? », (2003) 43-2 *Med Sci Law* 122.

STUART, R., S. F. AKTHER, K. MACHIN, K. PERSAUD, A. SIMPSON, S. JOHNSON et S. ORAM, « Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis », (2020) 6-2 *BJPsych Open*.

WALTER, M. et I. TOKPANOU, « Identification et évaluation de la crise suicidaire », (2003) 161-2 *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 173.

WASSEF, A., « Questionnements et malaises d'une future psychiatre : prix d'écriture Louis-Guérrette », (2017) 42-1 *smq* 445.

YIN, M., Z. LI ET C. ZHOU, « Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review », (2020) 29 *International Journal of Mental Health Nursing*.

- **Documents publics, rapports de recherche, rapports gouvernementaux et d'organismes publics**

ACTION AUTONOMIE, *Des libertés bien fragiles... Étude sur L'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, District de Montréal, 2005.

—, *Quand l'inacceptable se perpétue. 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001)*, Montréal, 2016.

ACTION AUTONOMIE, (dirigé par H. DORVIL, M. OTERO et L. KIROUAC), *Protection ou coercition – La P-38.001 – Point de vue des personnes interpellées*, Rapport de recherche portant sur l'application de la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Montréal, 2007.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Guide d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P. 38.001)*, Laval, Québec, 2005.

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Cahier de formation sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., chapitre P-38.001)*, Montréal, 2005.

— — —, *Estimation de la dangerosité dans le cadre de la loi P-38.001*, Cahier de formation, Montréal, 2005.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), *Le vécu des personnes hospitalisées involontairement : un premier bilan national*, 2001.

— — —, *Ensemble pour s'en sortir et s'en défaire : Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle*, 2006.

— — —, *Guide de survie : la garde en établissement*, 2007.

— — —, *La garde en établissement – Une loi de protection ... une pratique d'oppression*, Montréal, 2009.

— — —, *L'ABC de l'autorisation judiciaire de soins : Je me renseigne, je me prépare*, Guide d'information, Québec, 2014.

— — —, *Psychiatrie. Un profond changement de modèle s'impose. Constats et alternatives concernant les mécanismes d'exception : Mesures de contrôle Garde en établissement Autorisation judiciaire de soins*, 2018.

BARREAU DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec*, 2010.

BÉDARD D. (PRÉSIDENT), D. LAZURE et C.-A. ROBERTS, *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, déposé au ministère de la Santé de la province de Québec, 1962.

CARDINAL, C., *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Rapport remis au Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), 2000.

COMITÉ D'EXPERTISE CLINIQUE CRISE-SUICIDE DES LAURENTIDES. *Outil d'estimation de la dangerosité dans le cadre de l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001*, 2002.

CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC, *Document de présentation*, Québec, Gouvernement du Québec.

DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec (QC), Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux, 2011.

DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE-LES ÎLES, *La perte de liberté ça se questionne... Aussi en Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine. Étude sur l'application de la Loi sur la protection*

*des personnes dont l'état mental présente une dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001), Caplan, 2014.*

DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, *Portrait des gardes en établissement et étude des audiences de la Cour du Québec*, Gatineau, Québec, 2010.

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *Placement involontaire et traitement involontaire de personnes souffrant de troubles mentaux.*, LU, Publications Office, 2012.

GODIN, J.-K., *Rapport d'enquête 2019-00257 : Loi sur les coroners. POUR la protection de LA VIE humaine*, 2019-00257, Québec, Bureau du coroner, 2023.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Agir ensemble pour une justice adaptée aux enjeux de santé mentale*, Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale, Québec (QC), 2018.

— — —, *S'unir pour un mieux-être collectif*, Plan d'action interministériel en santé mentale, Québec, Canada, 2022.

GROUPE DE RECHERCHE SUR L'INCLUSION SOCIALE, L'ORGANISATION DES SERVICES ET L'ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE, *Évaluation du Cadre de partenariat pour la mise en place des Rencontres régionales de personnes utilisatrices de services en santé mentale*, 2012.

GUTIÉRREZ, M. et E BERNHEIM, *Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique*, Montréal, UQAM, Action Autonomie, 2017.

L'A-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, *La P-38.001 en Chaudière-Appalaches – Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2014*, 2016.

LANE, J. et J. ARCHAMBAULT, *Prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux-Analyse des besoins*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2010.

LANE, J., J. ARCHAMBAULT, M. COLLINS-POULETTE et R. CAMIRAND, *Prévention du suicide : Guide des bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec (QC), Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

LAVOIE, B., M. LECAVALIER, P. ANGERS et J. HOULE, *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques.*, Montréal, Centre DollardCormier – Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal., 2012.

LEBEL, G., R. STE-MARIE, N. BOUDRIAS et M. MONTREUIL, *Cadre de référence du Guide d'évaluation de la personne à risque suicidaire*, Montréal, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2018.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Audiences par moyens technologiques (TEAMS). Guide d'utilisation à l'intention des professionnelles et professionnels du droit et autres partenaires, des participantes et participants et du public*, Québec, 24 mai 2021.

KAMEL, G., *Rapport d'enquête, Loi sur les coroners, concernant les décès de Mohamed Belhaj, André Lemieux, Alex Lévis-Crevier et Abdulla Shaikh*, Québec, Bureau du Coroner, 2023.

ROUSSEAU, M., *Portrait de famille : Étude exploratoire sur les variables associées au vécu des membres d'associations de familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale*, Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide pratique sur les droits en santé mentale : Réponse aux questions des membres de l'entourage de la personne ayant des problèmes de santé mentale*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2009.

— — —, *Faire ensemble autrement*, Plan d'action en santé mentale (PASM), Québec, Canada, 2015.

— — —, *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 - Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2018.

— — —, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2018.

OBSERVATOIRE EN JUSTICE ET SANTÉ MENTALE, *Répertoire des programmes et protocoles d'accompagnement et d'adaptabilité à la cour*, 2023, en ligne : <https://santementalejustice.ca/programmes-daccompagnement-et-dadaptabilite-a-la-cour/>.

OTERO, M., MORIN, D., et LABRECQUE-LEBEAU, L., *Judiciarisation, vulnérabilité et maladie mentale à Montréal*, FRSQ, 2010.

OUMET, A. M., D. MORIN et C. MONGEAU, *L'expérience d'utilisation de la « Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire » en contexte de CRDITED. Rapport d'analyse de la séance de travail tenue le 22 juillet 2013.*, Montréal, CRDITED de Montréal, 2014, en ligne :

<[https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport\\_-\\_grille\\_sam.pdf](https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport_-_grille_sam.pdf)>.

PRO-DEF ESTRIE, *Rapport estrien des gardes en établissement*, Estrie, 2021.

— — —, *Rapport estrien des gardes préventives et des gardes en établissement*, Estrie, 2012.

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., c. P-38.001)*, Québec, 2011.

— — —, *La contestation du maintien de la garde en établissement devant le Tribunal administratif du Québec : pour un recours accessible et diligent*, Québec, 2018.

SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, *Mémoire concernant la réforme des procédures juridiques en matière de garde en établissement et d'autorisation de soin*, Montréal, 2022.

TREMBLAY, G., A. DELORME, C. MÉNARD, É. ROCHETTE, G. CÔTÉ, G. MARTEL, J. LEPAGE, M. MONASTESSE, M. FRÉCHETTE, M. TRÉPANIER, M. HAMEL, M. LAVALLÉE, M. DUBÉ, S. GAGNON et S. NADEAU, *Rapport du comité d'experts sur les homicides intrafamiliaux*, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-803-02.pdf>>.

VILLE DE MONTRÉAL, *Mémoire de la ville de Montréal : Portrait de la situation et des besoins pour la métropole*, Présenté dans le cadre de la consultation du gouvernement du Québec sur le Plan interministériel en santé mentale, Montréal, 2021.

- **Rapports de stage, mémoires de maîtrise et thèses de doctorat**

BERGERON, J., *La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001) : constats, défis et recommandations*, Essai présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, 2021.

BOUCHARD, P., *Schizophrénie, violence et stigmatisation : l'expérience des familles*, Rapport de stage en criminologie, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 2017.

BOUCHER-RÉHEL, M., *Étude de l'interaction entre les principes de la justice thérapeutique et l'achèvement des Programmes d'accompagnement justice et santé mentale du Québec*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Faculté des arts et des sciences, École de criminologie, 2023

DUMAIS MICHAUD, A.-A., *Une sociologie de la justice thérapeutique : triple conformité, dangerosité ordinaire et contraintes composites*, Thèse, Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, 2019.

Marie-Ève HUOT, *L'implication des personnes ayant vécu un problème de santé mentale : repères pour réduire la stigmatisation et la discrimination*, Mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Québec à Montréal, 2018

PARADIS-GAGNÉ, E., *Familles victimes de violence perpétrée par un proche souffrant de troubles mentaux sévères : une théorisation du phénomène*, Thèse de doctorat, Ottawa, Faculté des sciences de la santé – École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, 2019.

TULLIO, D., *La pierre d'assise de la garde en établissement : le critère de dangerosité*, Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, 2020.

- **Conférences et présentations vidéo**

BARREAU DU QUÉBEC, *Comment procéder devant le TAQ : Division de la santé mentale du TAQ*, Formation en ligne, 2022.

BERNHEIM, E. et A. MORIN. *Webinaire du mois de février : Santé mentale et judiciarisation : quels impacts sur les personnes ?*, Association Canadienne pour la santé mentale (ACSM) Montréal, 29 février 2024.

BERNHEIM, E. et J.-F. PLOUFFE. *Des mesures d'exception de moins en moins exceptionnelles!*, Conférence organisée par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), en ligne, 28 février 2024.

CHARRETTE, Y. *Judiciarisation et déjudiciarisation de la santé mentale*, Conférence du Centre international de criminologie comparé, novembre 2023.

DUMAIS MICHAUD, A.-A. *Évaluation des programmes d'accompagnement justice santé mentale (PAJSM) au Québec*, Conférence du Centre international de criminologie comparé, 14 novembre 2023.

GENDRON, A. et B. POULIN. *Les policiers face aux enjeux de santé mentale*, Conférence du Centre international de criminologie comparé, novembre 2023.

GOULET, M.-H. et C. LESSARD-DESCHÊNES. *Traitement involontaire au Québec : quelles sont les perspectives des différentes parties prenantes sur l'autorisation judiciaire de soins?*, Conférences-midi 2023-2024 organisées par Forensia, Centre de formation intersectoriel en santé mentale, justice et sécurité, 13 mars 2024.

STROZ-BRETON, O., M.-J. ACOSTA, F. VINCENT, et A. TURMEL. *Projet Parenthèse : la santé mentale une affaire de justice?*, Vidéo d'Équijustice Réparation et médiation, 29 juin 2023.

- **Billets de blogues et articles de journaux**

BANERJEE, S., « Mort de la policière Maureen Breau: Un psychiatre ayant déjà suivi Brouillard Lessard témoigne à l'enquête de la coroner », *La Presse*, sect. Justice et faits divers (13 février 2024), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2024-02-13/mort-de-la-policiere-maureen-breau/un-psychiatre-ayant-deja-suivi-brouillard-lessard-temoigne-a-l-enquete-de-la-coroner.php>> (consulté le 14 mars 2024).

BERNHEIM, E., « Le droit, la justice et la santé mentale (3) – L'autorisation de soins », *Le Devoir* (19 avril 2023), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/789345/idees-le-droit-la-justice-et-la-sante-mentale-3-l-autorisation-de-soins>>.

— — —, « Le droit, la justice et la santé mentale (4) – La Commission d'examen », *Le Devoir* (20 avril 2023).

LACOURSIÈRE, A., « Policiers et détresse mentale. Une heure pour éviter le pire », *La Presse* (12 novembre 2023), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/policiers-et-detresse-mentale/une-heure-pour-eviter-le-pire/2023-11-12/les-lois-ne-favorisent-pas-la-prevention.php>>.

TRUDEL, M.-E., « Le Québec « champion » de la non-responsabilité criminelle », *Radio-Canada*, éd. ICI Mauricie-Centre-du-Québec (21 février 2024), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2051118/sante-mentale-danger-responsabilite-criminelle>>.



## TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| SOMMAIRE EXÉCUTIF .....  | 3  |
| SOMMAIRE.....  | 5  |
| Liste des abréviations .....   | 6  |
| LISTE des TABLEAUX et graphiques .....   | 7  |
| INTRODUCTION.....  | 8  |
| Contexte de la recherche.....  | 8  |
| Méthodologie.....  | 9  |
| Structure du rapport.....  | 10 |
| Partie I. PRÉSENTATION DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT : CONTEXTE HISTORIQUE ET JURIDIQUE.....  | 11 |
| 1.1.    Survol historique .....  | 11 |
| 1.1.1.    L’exclusion et l’internement : première réponse à la maladie mentale... ..   | 11 |
| 1.1.2.    Le point de rupture : la désinstitutionnalisation.....   | 11 |
| 1.1.3.    La reconnaissance et la valorisation des droits des personnes en matière de santé mentale.....                           | 12 |
| 1.2.    L’intervention auprès des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui .....            | 14 |
| 1.2.1.    Le cadre juridique de la P-38.....   | 14 |
| 1.2.2.    Les étapes de l’intervention en vertu de la P-38 .....   | 16 |
| 1.2.2.1    L’intervention policière en vue d’amener une personne contre son gré dans un établissement de santé.....                | 17 |
| 1.2.2.2    La garde préventive .....   | 18 |
| 1.2.2.3    La garde provisoire en vue de procéder à une évaluation psychiatrique .....   | 19 |
| 1.2.2.4    La garde régulière ou garde autorisée.....  | 20 |
| 1.3.    Les autres types d’interventions judiciaires en matière de santé mentale   | 21 |
| 1.3.1.    Les autorisations judiciaires de soins.....  | 21 |
| 1.3.2.    Les mesures de représentation.....   | 24 |
| 1.3.3.    Les interventions concernant les personnes déclarées non criminellement responsables ou inaptes à subir leur procès..... | 26 |
| 1.3.4.    Les programmes d’accompagnement justice et santé mentale (PAJ-SM)  | 27 |

|   |    |
|---|----|
| Partie II. PORTRAIT QUANTITATIF DES GARDES EN ÉTABLISSEMENT AU QUÉBEC .....             | 29 |
| 2.1.    Les gardes préventives .....  | 29 |
| 2.2.    Les gardes provisoires .....  | 34 |
| 2.3.    Les demandes de garde autorisée et de prolongation de garde .....               | 37 |
| 2.4.    Les demandes d'autorisation judiciaire de soins .....                           | 40 |
| PARTIE III. PRINCIPAUX ENJEUX SOULEVÉS PAR LA MISE EN ŒUVRE DE LA P-38 .....            | 44 |
| 3.1.    Le critère de dangerosité : clé de voute de l'intervention.....                 | 44 |
| 3.1.1.    Définition.....   | 44 |
| 3.1.1.1    Qui évalue ?.....  | 45 |
| 3.1.1.2    Comment évaluer la dangerosité ?.....  | 45 |
| 3.1.1.3    Le critère pour une garde préventive : le danger grave et immédiat ..        | 46 |
| 3.1.2.    L'évaluation clinique de la dangerosité .....                                 | 48 |
| 3.1.2.1    Les différents types de danger.....  | 48 |
| 3.1.2.2    Le processus d'estimation de la dangerosité.....                             | 49 |
| 3.1.2.3    Les outils et guides d'évaluation du danger .....                            | 49 |
| Les outils d'aide à l'évaluation de la dangerosité au sens de la P-38.....              | 50 |
| Les outils d'aide à l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire .....         | 52 |
| Les outils d'aide à l'évaluation du risque d'homicide.....                              | 53 |
| 3.1.2.4    Les difficultés soulevées par l'évaluation clinique.....                     | 54 |
| 3.1.3.    L'évaluation judiciaire de la dangerosité : les balises jurisprudentielles .. | 55 |
| 3.1.3.1    Les balises jurisprudentielles .....   | 56 |
| La nature du danger appréhendé .....  | 56 |
| La dangerosité dans le temps .....  | 57 |
| La dangerosité et l'état mental de la personne.....                                     | 57 |
| La dangerosité et le refus de traitement .....  | 58 |
| La dangerosité et la « dérangerosité » .....  | 58 |
| La garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins .....                   | 59 |
| 3.1.3.2    La preuve de la dangerosité.....   | 59 |
| 3.1.4.    Les critiques liées au critère de dangerosité.....                            | 63 |
| 3.2.    Les enjeux juridiques : les droits et libertés des personnes mises sous garde   | 65 |
| 3.2.1.    Les droits et libertés de principe.....                                       | 66 |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
| 3.2.1.1  | Le droit à la liberté .....  | 66  |
| 3.2.1.2  | Le droit à l'intégrité.....  | 66  |
| 3.2.1.3  | Le droit de consentir ou de refuser les soins.....   | 67  |
| 3.2.2.   | Les droits procéduraux.....  | 69  |
| 3.2.2.1. | Le droit à l'information .....   | 70  |
|          | Les obligations légales d'informer .....   | 70  |
|          | Les efforts de vulgarisation.....  | 72  |
|          | Les manquements soulevés en matière d'information.....   | 73  |
| 3.2.2.2. | Le droit de communiquer de manière confidentielle.....   | 75  |
| 3.2.3.   | Les instances en charge du respect des droits et de la loi.....  | 75  |
| 3.3.     | Les enjeux pratiques de l'intervention en vertu de la P-38 .....   | 78  |
| 3.3.1.   | La complexité de l'intervention et les efforts pour y remédier .....   | 78  |
| 3.3.1.1  | Le cadre de référence du MSSS .....  | 78  |
| 3.3.1.2  | Les protocoles de mise sous garde .....  | 79  |
| 3.3.2.   | La collaboration entre les différents acteurs .....  | 82  |
| 3.3.2.1. | La collaboration entre les intervenants de crise et les policiers .....                                      | 83  |
| 3.3.2.2. | La collaboration entre les intervenants de crise, les policiers et le personnel soignant.....                | 86  |
| 3.3.2.3. | La collaboration des acteurs dans le cadre judiciaire.....   | 87  |
| 3.3.2.4. | Le partage des renseignements en matière de santé .....  | 89  |
| 3.3.2.5. | La signature d'ententes .....  | 91  |
| 3.3.3.   | La formation des intervenants .....  | 93  |
| 3.3.4.   | La disponibilité des ressources.....   | 94  |
| 3.3.5.   | Les enjeux relatifs au cheminement de la personne en vertu de la P-38 dans les établissements de santé ..... | 96  |
| 3.3.5.1  | Le transport et l'accueil aux urgences .....   | 96  |
| 3.3.5.2  | Les urgences.....  | 96  |
| 3.3.5.3  | Le respect des délais .....  | 97  |
| 3.3.5.4  | Les obligations de consignation au dossier .....   | 98  |
| 3.3.6.   | L'expérience des premières personnes concernées .....  | 99  |
| 3.4.     | L'accès à la justice des personnes mises sous garde .....  | 102 |

|         |  |     |
|---------|--|-----|
| 3.4.1.  | En amont du processus judiciaire : le droit à l’information et à la notification .....               | 103 |
| 3.4.1.1 | Le droit à l’information générale sur le processus judiciaire .....                                  | 103 |
| 3.4.1.2 | La notification des demandes.....  | 104 |
| 3.4.1.3 | En pratique.....   | 105 |
| 3.4.2.  | La question de l’adaptation du processus judiciaire aux situations de garde en établissement.....    | 106 |
| 3.4.2.1 | L’inadaptation des lieux.....  | 106 |
| 3.4.2.2 | Manque de sensibilisation et de formation des professionnels du droit .....                          | 107 |
| 3.4.2.3 | La gestion en urgence des dossiers .....   | 107 |
| 3.4.3.  | Le déroulement de l’audience .....   | 108 |
| 3.4.3.1 | La présence des personnes visées par les demandes de garde en établissement à leur audience .....    | 108 |
|         | En théorie.....  | 108 |
|         | En pratique.....   | 109 |
| 3.4.3.2 | Le droit à la représentation par avocat .....  | 111 |
|         | En théorie.....  | 111 |
|         | En pratique.....   | 113 |
| 3.4.3.3 | La durée des audiences.....  | 114 |
| 3.4.3.4 | Le recours aux téléaudiences.....  | 116 |
| 3.4.4.  | Le jugement.....   | 119 |
| 3.4.4.1 | La preuve : prépondérance des rapports psychiatriques .....  | 120 |
| 3.4.4.2 | Le taux d’acceptation des demandes .....   | 121 |
| 3.4.5.  | La contestation auprès du TAQ.....   | 122 |
| 3.5.    | Autour de la P-38 : contexte de mise en œuvre de l’intervention .....                                | 124 |
| 3.5.1.  | La philosophie d’intervention, entre paternalisme et autonomie : à la recherche d’un équilibre ..... | 125 |
| 3.5.2.  | Le morcellement du secteur de la santé mentale .....   | 126 |
| 3.5.2.1 | La législation .....   | 126 |
| 3.5.2.2 | Les compétences juridictionnelles.....   | 127 |
| 3.5.3.  | La question de la première ligne de services et des services communautaires .....                    | 130 |

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 3.5.4.  | Les préjugés sur la santé mentale.....   | 132 |
| 3.5.5.  | Le manque de données.....  | 134 |
| 3.5.6.  | L'implication des familles, communautés et aidants.....                                      | 135 |
|   | L'expérience des proches.....  | 137 |
| CONCLUSION.....   |  | 139 |
| LISTE D'ORIENTATIONS POUR LA SUITE DE LA RECHERCHE..... |  | 141 |
| ANNEXES.....  |  | 144 |
|   | Annexe 1 : Demande d'accès à l'information déposée aux établissements de santé               | 144 |
|   | Annexe 2 : Demande d'accès à l'information déposée au ministère de la Justice du Québec..... | 145 |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                      |  | 147 |
|   | TABLE DE LA LÉGISLATION.....   | 147 |
|   | JURISPRUDENCE.....   | 148 |
|   | DOCTRINE.....  | 150 |
| TABLE DES MATIÈRES.....                                 |  | 161 |