

**Mémoire pour l'Institut québécois de réforme du droit et  
de la justice en lien avec les travaux de recherche  
entourant l'application de la Loi sur la protection des  
personnes dont l'état mental présente un danger pour  
elles-mêmes ou pour autrui (P-38) : constats expérientiels  
de deux psychiatres généralistes.**

Par Dr Dany Boudreau, M.D. et Dre Julie Grandmont, M.D., FRCPC

1er décembre 2024

## Plan du mémoire

Plan du mémoire .....	i
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iii
Liste des abréviations .....	iii
1. Introduction .....	1
2. Les constats concernant les problèmes liés à la LPP actuelle .....	4
2.1. Les problèmes liés à sa philosophie générale .....	4
2.1.1. L’orientation légale et restrictive plutôt que clinique et médicale.....	4
2.1.2. La séparation des lois permettant d’amener et de garder les patients à l’hôpital de celles pour soigner contre le gré.....	7
2.1.3. Le caractère exceptionnel vs une exception pour soigner les anosognosiques	9
2.1.4. La stigmatisation et la discrimination inscrites dans la loi .....	10
2.1.5. La logique légale binaire plutôt que la logique thérapeutique d’accompagnement .....	13
2.1.6. La mise en tutelle de la psychiatrie et des soins par le système de la justice .	14
2.2. Les problèmes liés au libellé et à la structure actuelle de la LPP.....	16
2.2.1. Garder sans évaluer.....	16
2.2.2. Le critère de dangerosité.....	17
2.3. Les problèmes liés à l’application de la LPP.....	21
2.3.1. Le préhospitalier .....	21
2.3.1.1. Le transport de la personne sous LPP .....	21
2.3.1.2. L’évaluation de la dangerosité .....	22
2.3.1.3. La communication .....	22
2.3.1.4. La mécanique complexe des interventions préhospitalières .....	22
2.3.1.5. La complexité de la garde provisoire en préhospitalier .....	23
2.3.1.6 Les médecins et psychiatres ne peuvent pas faire de gardes de l’extérieur de l’hôpital.....	24
2.3.2. Le service des urgences .....	24

2.3.2.1.	Le triage .....	24
2.3.2.2.	L'évaluation par l'urgentologue.....	26
2.3.3.	L'évaluation psychiatrique.....	27
2.3.4.	L'articulation entre le milieu judiciaire et la psychiatrie.....	28
3.	Les solutions concernant les problèmes liés à la LPP actuelle .....	30
3.1.	Les solutions liées au libellé, à la structure actuelle de la LPP et à son application	31
3.2.	Les solutions liées à la philosophie générale de la LPP .....	35
3.2.1	Protéger le droit à la sécurité avec les mêmes lois que celles prévues pour les maladies physiques.....	35
3.2.2.	Changement de paradigme : adopter une orientation clinique, non discriminatoire et positive. ....	36
3.2.3	Protéger le droit à la santé.....	39
4.	Autres considérations cliniques liées aux lois régissant les soins aux patients anosognosiques.....	40
4.1.	Les ordonnances de traitements contre le gré.....	41
4.1.1.	Problèmes actuels liés aux ordonnances de traitement contre le gré.....	41
4.1.2.	Les solutions liées aux ordonnances de traitement.....	42
4.1.2.1	Créer un tribunal spécialisé et un comité de révision .....	42
4.1.2.2	Solution : les directives médicales anticipées .....	42
5.	Conclusion .....	43
6.	Références.....	45
7.	Bibliographie .....	47

## Remerciements

Nous voulons d’abord remercier nos patients, qui sont une source quotidienne d’apprentissages. Nous remercions aussi nos collègues, sur lesquels nous avons testé certaines de nos idées. Nous voulons aussi remercier Mme Madeleine Boudreau, qui est à l’origine de notre intérêt pour les travaux de l’IQRDJ, et Mme Clara Campeau, pour le soutien technique et littéraire.

## Résumé

Nous souhaitons qu’au terme de cette lecture, vous soyez convaincus de la nécessité d’une réforme en profondeur des lois et des pratiques encadrant la dangerosité liée à des états mentaux perturbés. Nous tentons de démontrer que le régime législatif actuel est discriminatoire envers les patients atteints de maladies psychiatriques. Nous remettons en question la prépondérance des critères de dangerosité comme justificatif des mesures coercitives. Nous proposons une fusion des lois actuelles pour qu’elles s’appliquent sans discrimination, peu importe la nature de la maladie. Nous argumentons pour démontrer la nécessité de prévoir une législation appropriée pour garantir le droit à la santé des patients anosognosiques. Nous présentons un ensemble de problèmes liés aux lois actuelles, ainsi qu’une série de solutions.

## Liste des abréviations

Acronyme	Terme en entier
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CISSS	Centre intégré de santé et de service sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IQRDJ	Institut québécois de réforme du droit et de la justice
LPP	Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MATO	Maladie à traitement obligatoire
ONU	Organisation des Nations Unies
SASC	Service d’aide en situation de crise
TAQ	Tribunal administratif du Québec

# 1. Introduction

Nous sommes deux médecins psychiatres qui travaillons au Centre intégré en santé et services sociaux du sud de Lanaudière depuis 2001 pour le Dr Boudreau et depuis 2010 pour le Dr Grandmont. Nous nous intéressons de près aux conséquences cliniques des lois actuelles, car nous sommes aux premières loges pour en constater la nécessité, les bienfaits, les écueils et les limites. Nous sommes essentiellement des cliniciens, par conséquent nos carrières sont toutes centrées sur notre mission de prodiguer les meilleurs soins psychiatriques possibles aux personnes souffrant de maladies psychiatriques.

Nous nous sommes lancés dans ce projet ambitieux pour honorer notre devoir de servir au mieux les intérêts des patients et pour continuer à respecter notre code de déontologie, dont nous insérons ici quelques-uns des articles les plus en lien avec l'écriture de ce mémoire.

« 4. Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne. D. 1213-2002, a. 4.

5. Le médecin doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité et loyauté. D. 1213-2002, a. 5.

6. Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques.

7. Le médecin doit ignorer toute intervention qui ne respecte pas sa responsabilité professionnelle. D. 1213-2002, a. 7.

12. Le médecin doit utiliser judicieusement les ressources consacrées aux soins de santé. D. 1213-2002, a. 12.

13. Le médecin doit s'abstenir de participer à une action concertée de nature à mettre en danger la santé ou la sécurité d'une clientèle ou d'une population. D. 1213-2002, a. 13

14. Le médecin doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans le domaine où il exerce. D. 1213-2002, a. 14.

15. Le médecin doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de la profession par le partage de ses connaissances et de son expérience, notamment avec ses confrères, les résidents et les étudiants en médecine, ainsi que par sa participation aux activités, cours et stages de formation continue et d'évaluation. »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Code de déontologie des médecins, RLRQ c M-9, r 17

Ayant des ressources limitées pour produire ce mémoire ainsi que des semaines bien remplies par les soins aux patients, nous sommes conscients que nous avons manqué de temps pour développer toutes les idées que nous aurions aimé soumettre à l'attention de l'Institut. Il est important de noter que nous ne sommes pas des chercheurs, que nous n'avons pas accès à des assistants de recherche pour nous aider à recenser la littérature pertinente, et que nous ne sommes ni des juristes ni des éthiciens. Nous profitons néanmoins de l'invitation de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) pour transmettre par écrit plusieurs de nos observations et de nos réflexions au sujet de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (LPP). Nous soumettons aussi nos idées sur les changements que nous jugeons susceptibles de servir au mieux les divers droits et intérêts des patients.

Nous partons des prémisses suivantes concernant les maladies en général et concernant la psychiatrie :

- Certaines maladies entraînent une perte de la capacité à s'autodéterminer
- Certaines maladies s'accompagnent dans certaines de leurs phases de dangers importants, voire même extrêmes, pour la personne qui en souffre et/ou pour la population
- Les soins volontaires sont l'option à privilégier en tout temps
- La coercition ne doit être utilisée en médecine qu'en dernier recours et que pour des situations éthiquement justifiables, au service du patient
- Les personnes aptes à consentir ou à refuser les soins devraient voir leur droit de refus respecté, peu importe la nature de la maladie, sauf dans de très rares cas, comme dans le cas particulier des maladies à traitement obligatoire
- La psychiatrie a une histoire marquée par certains abus
- La psychiatrie est une spécialité médicale et de ce fait, ses fondements sont scientifiques
- Les psychiatres sont des médecins spécialistes qui soignent les maladies mentales les plus sévères
- Les maladies psychiatriques existent

- Les maladies psychiatriques sévères sont parmi les maladies les plus complexes de la médecine, car elles impliquent non seulement l'organe le plus complexe du corps humain, mais aussi les fonctions les plus complexes de cet organe<sup>2</sup>
- Les traitements psychiatriques ont évolué et sont plus sécuritaires qu'auparavant

Nous utiliserons à l'occasion des cas cliniques qui sont issus de notre imagination et toute ressemblance avec certains patients qui sont ou ont été sous nos soins est le fruit du hasard, nous ne divulguons aucun secret qui nous serait parvenu dans l'exercice de nos fonctions.

Nous souhaitons qu'au terme de cette lecture, vous soyez convaincus de la nécessité d'une réforme en profondeur des lois et des pratiques régissant l'accès aux soins pour les patients incapables de façon momentanée, intermittente, partielle ou permanente de consentir ou de refuser les soins requis par leur état de santé en raison de l'anosognosie ou du déni de leur maladie. Nous aimerions vous convaincre que le régime actuel est discriminatoire envers les patients atteints de maladies psychiatriques ou de manifestations comportementales de maladies physiques. Selon nous, il est impératif de fusionner les lois actuelles pour qu'elles s'appliquent sans discrimination, que la maladie se situe principalement dans le cerveau, ou qu'elle se situe principalement dans un ou plusieurs autres organes. Nous aimerions également vous convaincre que les choix de la société québécoise de donner préséance au juridique sur le médical en adoptant des mesures davantage restrictives et contraignantes que plusieurs autres juridictions dans le monde, les autres provinces du Canada ainsi que bien d'autres pays entraînent des conséquences réelles dans l'accès aux soins d'une catégorie substantielle de personnes malades.

Dans l'état actuel de pénurie de ressources en santé, avec les problèmes d'accès aux soins qui semblent s'accroître, il est encore plus important de protéger le droit à la santé des personnes incapables d'apprécier leurs besoins en soins avec des lois et des pratiques ramenant le droit à une vie digne et le droit d'avoir accès aux soins susceptibles de mener à une récupération de la pleine capacité à l'exercice réel des droits fondamentaux dont tous devraient jouir également.

Nous supposons que notre lectorat cible connaît bien la LPP alors nous ne la résumons pas dans notre mémoire. Nous référons le lecteur non initié au texte de la loi de la LPP<sup>3</sup> et au

---

<sup>2</sup> Maldonado KA, Alsayouri K. Physiology, Brain. 2023 Mar 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. PMID: 31869182.

<sup>3</sup> *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, P-38.001

rapport 1 de l'IQRDJ<sup>4</sup> qui présente bien l'ensemble des lois régissant les soins aux patients atteints de maladies mentales.

## 2. Les constats concernant les problèmes liés à la LPP actuelle

### 2.1. Les problèmes liés à sa philosophie générale

La LPP actuelle a une orientation davantage légale et restrictive que médicale et clinique. La mécanique entière de cette loi implique de démontrer une dangerosité qui serait liée à des perturbations de l'état mental de la personne, cette démonstration menant à la suspension temporaire des droits fondamentaux au service de la protection du public et/ou de la personne concernée. Les valeurs mises en opposition sont celles de la liberté et de la protection. La loi vise à obtenir un équilibre entre ces deux principes, et c'est le système de justice qui se porte garant de maintenir cet équilibre.

Dans ce modèle, les psychiatres jouent un rôle particulier, limité et délicat : constater les états mentaux perturbés et leur lien avec la présence d'une dangerosité et en convaincre les divers acteurs du monde juridique. C'est le juge qui a le dernier mot et qui ordonne ou pas la mise sous garde des patients en fonction de critères qui sont surtout cliniques.

#### 2.1.1. L'orientation légale et restrictive plutôt que clinique et médicale

La loi actuelle permet d'amener de force une personne et de la garder contre son gré à l'hôpital, qu'elle soit apte ou pas à consentir ou à refuser les soins, sur la base de la présence d'une dangerosité. Elle peut ainsi s'apparenter à une forme de détention préventive visant les gens ayant un état mental perturbé et dont le but est de les empêcher de commettre des gestes dangereux. Il s'agit d'une orientation qui est principalement légale, car elle justifie la suspension exceptionnelle de droits fondamentaux par la présence d'un danger pour la personne et/ou pour la société. Les droits fondamentaux qui sont en jeu sont principalement ceux de l'inviolabilité de la personne, du droit à la liberté et du droit à l'autodétermination. La dangerosité doit être grave, spécifique à un état mental perturbé et un pronostic doit être établi quant à la probabilité de la survenue du danger dans un futur rapproché. Cette orientation est restrictive dans la mesure où les critères utilisés sont très spécifiques. Il est difficile de rassembler les éléments nécessaires pour amener une personne à l'urgence et

---

<sup>4</sup> Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

l'hospitaliser, et ceci n'est possible que si le critère de dangerosité est présent. Toutes ces restrictions et ces contrôles des interventions médicales par le monde juridique se voient justifiés par l'étendue de l'atteinte aux libertés fondamentales de l'individu ainsi visé par cette loi. Il n'y est pas question de soigner des personnes malades ni d'apprécier leur capacité à s'autodéterminer.

Ce choix particulier d'orientation des lois régissant la dangerosité liée aux états mentaux a des conséquences cliniques réelles que nous allons développer tout au long de ce mémoire. À titre d'exemple, un article mentionne que des critères plus restrictifs concernant l'hospitalisation involontaire aux États-Unis ont contribué à augmenter de façon significative le nombre de personnes détenues en prison. Certains auteurs mentionnent que les critères axés sur la dangerosité, depuis les années 1970 aux États-Unis, ont amené une criminalisation de la maladie mentale.<sup>5</sup>

Cette loi nous place, les médecins, dans un conflit éthique entre le rôle de protecteur de la société et celui de soignant au service de notre patient. Nous avons des motifs cliniques et moraux valides et légitimes de vouloir hospitaliser contre leur gré certaines personnes dont l'état de santé requiert une hospitalisation, mais qui sont dans l'incapacité de pouvoir apprécier ce fait. Cependant, nous devons alors détourner les gardes de leur but premier de moyen de contrôle et d'évaluation de la dangerosité pour plutôt les placer au service du soin. Les valeurs éthiques de bienfaisance sont ce qui guide nos interventions médicales, mais ceci n'est pas pris en compte dans cette loi.

Le monde médical n'a pas le même regard que le monde juridique sur le concept d'autonomie du patient. Il fait une distinction entre le principe général de droit à l'autodétermination et la capacité effective et réelle à s'autodéterminer. Nous prenons compte d'une réalité qui est à notre avis méconnue et minimisée par le monde juridique, soit le fait que le lieu d'élaboration de la volonté, des préférences, des valeurs et donc le lieu de l'élaboration du consentement est le cerveau, et que ces capacités peuvent être affectées à des degrés divers par plusieurs maladies qui affectent cet organe.

Ainsi, les soins aux patients anosognosiques ne sont pas perçus d'un point de vue médical comme portant atteinte à l'autonomie des patients qui ont justement perdu cette autonomie du fait d'un processus pathologique affectant leurs fonctions mentales supérieures. Nous percevons nos actions, coercitives ou pas, comme étant au service de la pleine restauration de cette capacité. Ceci crée un fossé entre le monde juridique et médical ainsi que de

---

<sup>5</sup>Saya, A. et al.(2019) Criteria, procédures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review; Frontiers in psychiatry; volume 10 ; article 271..

nombreux malentendus, car nous voyons les soins comme un moyen pour retrouver la capacité à l'autodétermination plutôt qu'une violation de l'autodétermination.

Un exemple de malentendu est la discordance entre le désir d'offrir des soins aux patients sous garde et la perception du monde juridique de cette offre. Il semble que le désir des médecins de soigner les patients sous garde fasse l'objet de reproches par certains groupes cités dans le rapport 1 de l'IQRDJ<sup>6</sup>. Cette offre de soins peut être perçue comme une violation du droit des patients à refuser les soins. La démarche même d'aller chercher une ordonnance de soins contre le gré, la seule façon de soigner les patients inaptes, peut nous être reprochée. Elle peut être perçue comme une menace brandie pour bafouer le droit fondamental de refuser les soins.

Nous sommes pris dans une impasse, puisque la loi nous cantonne à utiliser les gardes pour offrir un seul soin, l'hospitalisation, soin qui est insuffisant pour exercer la médecine selon les plus hauts standards. Comment offrir les meilleurs soins possibles aux patients sous garde sans que cela soit perçu comme de l'abus ? Comment composer avec la nature souvent changeante et nuancée du consentement et du refus, de l'aptitude et de l'inaptitude, et comment s'assurer que les patients sont réellement pleinement libres quand ils sont déjà sous contraintes ? Et d'où vient cette apparente aversion du système québécois à combiner les autres soins avec la garde ?

Maintenant que nous avons souligné quelques discordances entre le monde juridique et médical, nous abordons les angles morts de la loi actuelle.

Nous rencontrons plusieurs situations cliniques où la personne ne répond pas aux critères de dangerosité, mais présente néanmoins une maladie mentale ou physique entraînant une souffrance importante, une nécessité de protection et une nécessité de soins couplée à une incapacité à exercer son droit à l'autodétermination par incapacité à se reconnaître comme souffrant d'une maladie à l'origine de cette souffrance. Prenons par exemple la situation d'un patient ayant perdu le contact avec une partie de la réalité et qui est convaincu de façon délirante d'être victime d'un complot. Selon lui, la solution à ses difficultés actuelles est de faire appel aux policiers pour qu'ils neutralisent ses persécuteurs. Pourtant, d'un point de vue objectif, ses souffrances sont liées à une maladie organique qui entraîne un délire de persécution ainsi que des hallucinations. De plus, ses symptômes entraînent des conséquences importantes dans sa vie professionnelle et personnelle. Par exemple, il s'isole de peur de se faire attaquer lorsqu'il sort de chez lui et il essaie de convaincre ses proches

---

<sup>6</sup> Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

d'adopter son point de vue. Le patient ne voit pas en quoi un traitement médical pourrait l'aider à ne plus être persécuté puisqu'il ne voit pas que ses perceptions sont altérées par la maladie. Son incapacité à se reconnaître comme étant malade le prive des soins qu'il aurait probablement acceptés s'il n'était pas anosognosique.

Ainsi, nous voulons illustrer que nous avons besoin de lois pour évaluer et soigner les patients anosognosiques, que leur maladie entraîne ou pas une dangerosité. Nous sommes d'avis que nous devons changer complètement la philosophie qui sous-tend la LPP pour mettre l'accent sur les soins aux patients qui ne sont plus à même de se reconnaître comme étant malades.

### 2.1.2. La séparation des lois permettant d'amener et de garder les patients à l'hôpital de celles pour soigner contre le gré

Les gardes préventives et provisoires actuelles ont comme principe de permettre de garder les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui dans le seul but de permettre un délai pour approfondir l'évaluation de la dangerosité afin de saisir le tribunal de la nécessité d'une prolongation de la garde. Divers acteurs du système juridique nous rappellent que les gardes ne doivent pas être utilisées pour soigner les patients ni pour obtenir une ordonnance de traitement contre le gré. Il n'y a pas de considération pour le respect du droit à la santé ni pour les éléments cliniques qui pourrait nous amener à considérer comme tout à fait éthique et légitime d'imposer des évaluations et des traitements contre le gré dans certaines situations médicales. Il y a donc une transformation par le juridique du rôle du médecin spécialiste prodiguant des soins requis par l'état de santé de la personne à un agent d'évaluation et de contrôle de la dangerosité. Nous sommes dans la situation de garder des malades sans les soigner et nous sommes tenus d'utiliser la garde provisoire comme un outil pour évaluer plus à fond la dangerosité, encore en gardant des gens malades sans les soigner.

Cette façon de concevoir les gardes comme étant des instruments au service de la gestion de la dangerosité crée une altération du rôle du médecin, qui se trouve à devoir débusquer tout indice de dangerosité au détriment de son rôle de soignant. Il est évident qu'une partie du rôle de psychiatre est d'évaluer la dangerosité et le pronostic de la maladie faisant l'objet de la consultation, mais son rôle principal reste celui de diagnostiquer, soigner, accompagner, soutenir et informer la personne. Ce rôle peut engendrer beaucoup de frustrations et de souffrance morale au sein de la profession, puisque notre expertise est détournée de sa fonction première.

De plus, la séparation du régime des gardes de celui des traitements contre le gré augmente les délais avant d'obtenir des traitements requis par l'état de santé. Ceci induit une iniquité dans l'accès aux soins entre les patients aptes et les patients inaptes.

Pour les fins de la démonstration, prenons la situation très contrastée de deux patients qui souffrent de la même maladie mentale et qui présentent tous les deux une dangerosité grave et immédiate liée à leur état mental. Le patient A est de façon évidente apte à consentir aux soins, et il se présente de son propre gré à l'urgence, tandis que le patient B refuse le transport hospitalier ainsi que les soins et son inaptitude à consentir est évidente. Le patient A pourra bénéficier d'un diagnostic fait par un spécialiste dans les meilleurs délais, ainsi que d'un traitement rapide et spécifique de ses maladies et de ses symptômes dès les premières heures de son séjour aux urgences. Le patient B, quant à lui, sera soumis à plusieurs interventions préhospitalières pour évaluer sa dangerosité, et lorsqu'il sera finalement transporté à l'hôpital, il ne pourra recevoir que des traitements urgents, ce qui en psychiatrie est très restrictif. Ces traitements consistent généralement à ne traiter que les agitations comportementales extrêmes par l'administration de médicaments visant à avoir une action calmante rapide et non spécifique. Le patient B ne pourra pas être évalué par un psychiatre avant que ceci ne soit ordonné (si tel est le cas) par un juge alors il verra son accès à une expertise spécialisée retardée de plusieurs jours par rapport au patient A. Advenant que le patient B demeure inapte et qu'il oppose un refus catégorique aux soins, il pourrait s'écouler plusieurs semaines voire même quelques mois avant qu'une ordonnance de soins contre le gré puisse être obtenue par l'équipe traitante et qu'il puisse enfin bénéficier des mêmes traitements requis par son état de santé que le patient A.

Selon nous, la philosophie actuelle sous-tendant les lois encadrant les gardes minimise l'impact des maladies psychiatriques non traitées, puisqu'elle permet de garder les patients sans les soigner. Il peut se dégager de la lecture de la LPP et d'une partie de la jurisprudence associée une impression qu'il semble plus important d'empêcher les gens ayant des états mentaux perturbés de nuire que de soigner et de soulager ces personnes.

L'état actuel des choses est qu'il y a une séparation complète pour ce qui est de la garde des patients à l'hôpital et du traitement contre le gré. Nous pouvons par exemple être devant un patient désorganisé et dangereux (pour lui-même et/ou autrui) en raison de son état mental, le garder à l'hôpital, mais ne pas pouvoir l'évaluer et le traiter. Nous sommes donc devant une personne souffrante, qui ne reconnaît pas être malade, mais qui l'est tout de même. Nous devenons des témoins impuissants de son état, de sa dangerosité et des impacts délétères de sa maladie sur sa santé. Nous savons que la présence de symptômes psychiatriques non traités a des conséquences négatives pour la personne. Par exemple, dans la schizophrénie non traitée il y a plus de rechutes, plus d'hospitalisation, une moins bonne réponse aux antipsychotiques, des symptômes plus sévères lors du suivi, un moins

bon fonctionnement, une altération de la qualité de vie, une toxicité pour le cerveau et une moins bonne connectivité neuronale.<sup>7</sup>

En conclusion, la seule raison valide pour amener une personne contre son gré à l'hôpital est la dangerosité qui est en lien avec un état mental perturbé. Les éléments cliniques sont peu considérés, dans la mesure où il n'y a pas de dangerosité. Le législateur permet que des personnes anosognosiques ayant besoin de soins se détériorent médicalement sous nos yeux.

### 2.1.3. Le caractère exceptionnel vs une exception pour soigner les anosognosiques

Dans le rapport 1 de l'IQRDJ<sup>8</sup>, le nombre important de patients placés sous les diverses gardes est décrié. Pourtant, le nombre élevé de gardes ne s'explique pas par un abus de la part des psychiatres selon nous, mais par une augmentation des situations cliniques exigeant cette procédure.

Dans la pratique psychiatrique, il n'est pas rare de rencontrer des personnes malades qui sont anosognosiques ou qui ont divers degrés de déni de leurs maladies. Cela fait partie de notre quotidien. Le principal défi est alors d'amener la personne à reconnaître sa maladie et la pertinence d'entreprendre des traitements médicaux. Si une dangerosité est associée à la maladie, nous pouvons alors utiliser les moyens légaux à notre disposition pour éviter que des situations dramatiques se produisent.

Le législateur voit la mise sous garde comme étant exceptionnelle et comme étant une mesure qui devrait être rarement employée. Ainsi, nous nous voyons confrontés à des insinuations d'abus de pouvoir lorsque les taux de gardes en établissement augmentent, alors que ces taux peuvent varier selon de très nombreux facteurs. Par exemple, une variation de la prévalence de certaines maladies davantage associées à une combinaison d'anosognosie et de dangerosité (on pense ici aux démences, aux psychoses, aux intoxications, à certains troubles de la personnalité lors de crises interpersonnelles majeures). Un autre facteur pouvant faire varier le recours aux gardes est la disponibilité des soins en communauté pour traiter les maladies psychiatriques avant que l'anosognosie et la dangerosité ne s'installent.

---

<sup>7</sup> Rebbhi, H. et al, (2019) Impact de la durée de psychose non traitée sur la qualité de vie et les fonctions cognitives, L'Encéphale ; Volume 45, Issue 1, Pages 22–26 <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.12.006>

<sup>8</sup> Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

Prenons comme exemple la schizophrénie, qui affecte environ 1 % de la population. Sachant que le pourcentage d'anosognosie chez les personnes atteintes de schizophrénie est d'au moins 50 %<sup>9</sup>, nous arrivons à un nombre très important de personnes, soit 0,5 % de la population, qui présente une maladie potentiellement associée, par moment, à une certaine dangerosité et à l'incapacité de se voir comme atteint de cette maladie. Nous pouvons voir, seulement avec cette maladie, que l'anosognosie n'est pas un phénomène rare. À la lumière de cet exemple, nous devrions considérer l'hospitalisation contre le gré comme étant une **mesure de dernier recours**, rendue nécessaire par l'anosognosie et la gravité de la maladie, peu importe sa nature, et en fonction de sa prévalence.

Nous sommes d'avis que tous les efforts devraient être faits pour éviter autant que possible que la situation se dégrade jusqu'à nécessiter des soins sous contraintes. Nous sommes conscients qu'en général, les soins sous contraintes sont associés à une diminution de la satisfaction des patients, en plus d'être une expérience potentiellement déshumanisante<sup>10</sup>. Cependant, la décision clinique de placer un patient sous garde, bien qu'étant une mesure de dernier recours, ne devrait pas nous être reprochée en fonction du critère juridique de suspension exceptionnelle des droits. En effet, les soins sous contrainte sont parfois essentiels et prouvés efficaces pour améliorer l'état de santé des patients<sup>11</sup>. Le déni de la maladie rend inévitable le recours à la coercition dans certaines situations et il est essentiel de légiférer pour éviter à la fois les dérives paternalistes et également le déni de soins.

#### 2.1.4. La stigmatisation et la discrimination inscrites dans la loi

La LPP contient dans son libellé même un lien entre l'état mental et une dangerosité. Ainsi, il peut devenir naturel de faire cette association et de confondre état mental et maladie mentale, ce qui contribue certainement à la stigmatisation des personnes aux prises avec une maladie mentale. Une minorité de personnes souffrant de maladies mentales peut en effet présenter une dangerosité augmentée par rapport à la population générale dans certaines circonstances.<sup>12</sup>

Par exemple, une dangerosité accrue a été démontrée pour certains types de délire, pour les intoxications à l'alcool ou à certaines drogues et dans le cadre de symptômes de manie.

---

<sup>9</sup>Lehrer, D. S., & Lorenz, J. (2014). Anosognosia in schizophrenia: hidden in plain sight. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(5-6), 10–17.

<sup>10</sup> Gooding, P. (2017) *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.

<sup>11</sup> Corderoy, A., Kisely, S., Zirnsak, T., & Ryan, C. J. (2024). The benefits and harms of inpatient involuntary psychiatric treatment: a scoping review. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1–48. <https://doi.org/10.1080/13218719.2024.2346734>

<sup>12</sup> Thornicroft, G. (2020) People with severe mental illness as the perpetrators and victims of violence: time for a new public health approach *The Lancet Public Health*, Volume 5, Issue 2, e72—e73 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30002-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30002-5)

Cependant, de façon générale, nous ne pouvons pas affirmer que la présence d'une maladie mentale augmente la dangerosité. En fait, la présence d'une maladie mentale augmente davantage le risque d'être victime de violence que pour la population en général, mais ce risque de victimisation n'est pas un danger qui est considéré dans la LPP.<sup>13</sup>

Les lois actuelles renforcent la stigmatisation en privant de soins une part importante des personnes malades. En décidant que le critère décisif pour justifier une hospitalisation contre le gré est la dangerosité, ceci laisse plusieurs patients très malades dans la communauté. Par exemple, plusieurs personnes en situation d'itinérance présentent des symptômes psychiatriques importants et non traités. On peut penser aux personnes que l'on croise jour après jour dans les mêmes transports en commun depuis des années et qui ont des symptômes évidents de maladies sévères, par exemple ils répondent à leurs hallucinations auditives de façon évidente. Ceci peut renforcer la perception de la population que les maladies mentales sont intraitables.

On pourrait ici nous accuser de vouloir traiter la « dérangérisité » plutôt que la dangerosité, mais ce serait analyser la situation encore selon le prisme de la dangerosité, plutôt que selon le prisme de la capacité à consentir. Les patients pleinement conscients de leur maladie et qui décident de ne pas se soigner, ou de se soigner selon des méthodes alternatives, ne seraient pas davantage traités contre leur gré advenant un changement des lois vers un accent sur l'évaluation de la capacité à consentir et à refuser des soins, même s'ils deviennent « dérangeants ».

En plus de favoriser la stigmatisation des patients souffrant de maladies mentales, les lois actuelles sont discriminatoires à leur endroit. Du point de vue du législateur, ces personnes souffrant de maladies mentales sont considérées comme des personnes différentes de celles qui ont des maladies physiques et sont soumises à des lois différentes. Un bon exemple de cette discrimination est l'utilisation de l'article 13 du Code civil du Québec<sup>14</sup> qui ne semble pouvoir s'appliquer qu'aux maladies dites physiques. Cet article stipule qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est difficile d'imaginer que le suicide ou l'homicide ne fasse pas partie de cette catégorie et que l'anosognosie permette à la personne malade de donner son consentement en temps utile.

---

<sup>13</sup> Ghiasi N, Azhar Y, Singh J. Psychiatric Illness and Criminality. [Updated 2023 Mar 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK537064/>

<sup>14</sup> *Code civil du Québec*, L. Q.. 1991, c. 64. a. 13

Maintenant, prenons la législation prévue pour encadrer les états mentaux dangereux et appliquons-la aux maladies dites physiques. Il serait difficile d'imaginer qu'une personne confuse qui présente une hémorragie suite à un accident, qui ne croit pas avoir de saignement et qui ne veut pas être traité puisse tout simplement dire qu'elle refuse le traitement et que nous ne fassions rien prétextant qu'elle a le droit à l'autodétermination et à l'autonomie. Il serait d'autant plus étonnant que l'on ne puisse qu'amener cette personne à l'urgence sans pouvoir la soigner. Ceci équivaldrait à la placer sur une civière à l'urgence sans lui faire les tests nécessaires et à laisser le saignement se poursuivre, le temps de demander à un juge la permission de la soigner. Il y a dans cette vision quelque chose de l'ordre d'une discrimination des personnes ayant une maladie mentale, car il faut, semble-t-il, des lois spéciales qui ne s'appliquent qu'à eux pour intervenir en cas d'urgence, et l'urgence ne semble jamais aussi urgente pour la souffrance psychique extrême que pour la souffrance physique extrême.

La discrimination opère également dans la façon dont nous soumettons un seul pan de la population, les personnes souffrant d'une maladie mentale, à des détentions préventives en vue de prévenir des actes dangereux pour la population. En effet, plusieurs autres groupes de la population présentent une dangerosité et pourraient eux aussi faire l'objet de telles évaluations. Par exemple, les jeunes hommes intoxiqués à l'alcool ou les hommes ayant des comportements de violence dans leurs relations conjugales. Ces groupes sont connus pour présenter un risque accru pour leur entourage<sup>15 16</sup>. Cependant, ils ne sont pas soumis aux mêmes évaluations et détentions préventives qu'une personne présentant des délires de persécution par exemple. On pourrait peut-être s'accommoder de cette discrimination si la dangerosité liée aux états mentaux était tellement plus élevée que la dangerosité de la population générale, ou que d'autres sous-groupes tels que les gens intoxiqués à l'alcool par exemple. Mais ceci n'est pas le cas.

Et même si c'était le cas, nous nous étonnons que ce risque populationnel ne soit pas pris en charge de la même façon que pour toutes les autres maladies : par la loi sur la santé publique<sup>17</sup>, via les mécanismes de maladies à déclaration obligatoires (MADO) et des maladies à traitement obligatoire (MATO). Si la science en arrive à démontrer que certaines maladies mentales posent un risque populationnel, comme c'est le cas pour la tuberculose

---

<sup>15</sup> Roland M Jones, Marianne Van Den Bree, Stanley Zammit, Pamela J Taylor, Change in the Relationship Between Drinking Alcohol and Risk of Violence Among Adolescents and Young Adults: A Nationally Representative Longitudinal Study, *Alcohol and Alcoholism*, Volume 55, Issue 4, July 2020, Pages 439–447, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa020>

<sup>16</sup> Institut national de santé publique du Québec. Les conséquences de la consommation d'alcool. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>

<sup>17</sup> *Loi sur la santé publique*, RLRQ. chapitre S-2.2

par exemple et pour certaines maladies infectieuses, la façon non discriminatoire d'agir serait d'inclure ces maladies dans la liste des MADO ou des MATO.

### 2.1.5. La logique légale binaire plutôt que la logique thérapeutique d'accompagnement

Le monde juridique adopte généralement une logique binaire qui est peu compatible avec les nuances, la complexité et les fluctuations des maladies et de leurs traitements. Par exemple, notre travail comme psychiatres auprès des personnes ayant une maladie mentale en est un d'accompagnement. Nous tentons de tisser un lien thérapeutique pour comprendre ces personnes qui vivent des états mentaux souffrants et qui nous parlent de leur intimité, de choses qu'elles ne disent même pas à leurs proches parfois. L'alliance thérapeutique est centrale et nous permet d'entrer dans leur monde, leur monde interne surtout, empreint de fantaisies, de peurs, de traumatismes, de désespoir et d'encore bien d'autres choses. Nous sommes dans un monde de nuances et de subtilités, de conflits aussi, où une chose et son contraire sont possibles, et où la nécessité d'un lien thérapeutique est primordiale pour garantir une exploration juste et un respect pour la complexité de l'esprit humain. Nous sommes comme psychiatres dans le lien et partie prenante de ce lien, de ce travail collaboratif pour trouver le sens de ce qui fait souffrance. La relation thérapeutique est l'outil principal dans le traitement de nos patients. La qualité de cette relation se répercute sur l'observance au traitement qu'il soit pharmacologique ou non pharmacologique. Une bonne relation thérapeutique diminue l'utilisation de mesures coercitives<sup>18</sup>.

La philosophie et les pratiques entourant la LPP nous amènent dans une logique de confrontation, une logique binaire de oui ou de non. Nous devenons la « partie adverse », le demandeur de privations de libertés, comme si nous étions contre le patient. Chaque partie a son avocat et les deux discours s'opposent. Les psychiatres doivent démontrer ce qui ne va pas en insistant sur ces éléments comme s'il n'y avait que cela, induisant une polarisation favorisée par le contexte juridique. Il faut mentionner, souligner et insister sur le fait que notre patient est une personne dont l'état mental entraîne une dangerosité, ce que certains patients comprennent comme un jugement de leur personne entière, comme un élément identitaire plutôt qu'un état induit par une maladie. Ils entendent que nous les définissons comme étant des personnes dangereuses, et que les ordonnances du juge viennent confirmer cette identité. Cette situation n'est pas sans conséquence dans le lien thérapeutique que nous tissons avec nos patients, dans cet enjeu

---

<sup>18</sup> Ruud, T. and Friis, S. (2022), Continuity of care and therapeutic relationships as critical elements in acute psychiatric care. *World Psychiatry*, 21: 241-242. <https://doi.org/10.1002/wps.20966>

d'accompagnement. Cette situation va dans le sens contraire de l'alliance que nous essayons de créer avec nos patients.

De plus, lorsque les patients contestent leurs gardes et qu'ils sont libérés par le juge lors de l'audience, il arrive qu'ils interprètent cette libération comme une confirmation qu'ils ne sont pas malades. Il s'ensuit alors un recul dans nos efforts pour dissiper l'anosognosie et pour améliorer la confiance du patient envers les soignants.

### 2.1.6. La mise en tutelle de la psychiatrie et des soins par le système de la justice

La LPP permet de garder quelqu'un à l'hôpital contre son gré si les conditions nécessaires ont été remplies. Dans les cas de garde provisoire et de garde autorisée, le juge doit être convaincu de la dangerosité de la personne en lien avec son état mental et ce, après qu'un psychiatre (quand il demande une garde provisoire) ou deux (pour la garde autorisée) aient demandé une garde. Tout en reconnaissant l'importance du rôle de la magistrature et le respect que nous lui devons, il semble important de souligner que la formation des juges en matière de santé mentale n'est pas aussi spécialisée que celle d'un psychiatre. Or, dans les procédures relevant de la LPP, c'est le juge qui a le dernier mot. Dans quelle mesure les compétences d'un juge sont-elles suffisantes pour apprécier ces enjeux complexes ? Il nous apparaît y avoir ici une mise en tutelle de l'expertise du psychiatre.

De plus, quand les psychiatres travaillent à l'urgence de l'hôpital ils peuvent mettre une personne en garde préventive ou faire des évaluations de l'état mental de la personne en lien avec une dangerosité alléguée, mais ceci leur est impossible à partir des consultations externes extrahospitalières. En milieu extrahospitalier, pour faire amener à l'hôpital un patient qui satisfait les critères pour faire appliquer la LPP, nous devons faire appel à un intervenant du SASC (service d'aide en situation de crise), qui ne connaît pas notre patient, pour qu'il évalue à nouveau si les critères de garde sont réunis. Les intervenants du SASC ont certains outils pour évaluer la dangerosité et les critères entourant la mise en œuvre de la LPP. Cependant, ils n'ont ni le degré d'expertise d'un psychiatre en matière d'évaluation de la dangerosité ni la qualité de relation que nous avons souvent avec nos patients. Cette qualité de relation nous permet d'avoir accès à des informations plus justes et souvent, difficiles à obtenir par un questionnaire plus superficiel. Ainsi, c'est l'évaluation faite par la personne la plus experte qui se trouve à devoir être confirmée ou infirmée par l'évaluation de la personne la moins formée et la moins proche du patient. Il s'agit d'un deuxième exemple de la mise en tutelle de l'expertise psychiatrique.

De plus, nous savons que certains groupes militent pour qu'au moins un des deux psychiatres rédigeant la garde soit présent à l'audience. Cette mesure serait, dans un monde idéal, très utile pour le juge et pour les avocats. Cependant nous ne croyons pas que cela

servirait à améliorer la santé des patients placés sous garde ni des patients en général. Déjà, d'importantes ressources médicales sont mises en œuvre lorsqu'un patient présente à la fois une anosognosie et une dangerosité. Nous devons d'abord obtenir un consentement plus explicite à la consultation psychiatrique, ce qui prend substantiellement plus de temps que le consentement usuel. Une fois l'évaluation complétée, à l'étape de communiquer et de discuter avec la personne de l'impression diagnostique et des recommandations de traitement, un temps beaucoup plus long est nécessaire. En effet, il faut expliquer de plus d'une façon, recueillir les impressions du patient et les questionner plus à fond pour voir s'il n'y a pas des points de rencontre sur lesquels tabler pour travailler à soulager le patient. Nous devons ensuite apprécier la capacité de compréhension. Puis, nous devons essayer d'obtenir un consentement à l'hospitalisation par le patient, sinon par un proche, ce qui peut nécessiter d'expliquer au patient la pertinence d'impliquer un proche. Ensuite, nous devons parler à ce proche pour répéter l'essentiel de l'impression diagnostique et des soins proposés. En cas de refus catégorique du patient, il faut lui expliquer les recours que nous allons entreprendre, les gardes, et informer un proche. Nous devons remplir les formulaires de garde en plus de la consultation médicale, et quand même tenter d'avoir une alliance avec le patient pour planifier les soins ou au moins le séjour pendant la période de garde, dans les meilleures conditions possibles pour la personne.

Il est probable que ces consultations soient facilement 50 % plus longues que celle n'impliquant pas de recours aux mesures légales. Si en plus, nous devons nous présenter à la cour (pour nous, ceci implique de nous rendre à 50 minutes de voiture au minimum à la cour de Joliette, une audience d'une durée variable, mais que nous estimons de 30 minutes à 1 h, puis retour dans la région de pratique), nous devrions annuler les rendez-vous prévus pendant cette période. Ceci aurait un impact majeur sur nos listes d'attente en plus d'entraîner un certain chaos pour les patients suivis en clinique ambulatoire, qui se verraient annuler leurs rendez-vous à la dernière minute. En 2022-2023, pour le sud de Lanaudière seulement, nous avons demandé 251 gardes provisoires et 179 gardes en établissement, ce qui aurait fait 430 audiences à la cour de plus pour notre groupe de psychiatres, soit probablement 1290 heures de travail qui auraient été détournées de la clinique vers le juridique. Pour illustrer l'impact d'une telle mesure, ceci correspond à 32 semaines de travail à temps plein pour un psychiatre, ou à 860 évaluations de nouveaux patients, ou à 2580 rendez-vous de suivi en clinique ambulatoire. Nous avons déjà du mal à évaluer rapidement et à suivre la clientèle déjà connue, l'impact délétère sur la santé de la population d'un tel ajout de tâches liées au système de justice serait assez important.

## 2.2. Les problèmes liés au libellé et à la structure actuelle de la LPP

### 2.2.1. Garder sans évaluer

Aucune des gardes actuelles ne permet d'emblée de soumettre un patient à une évaluation psychiatrique sans obtenir d'abord un consentement libre et éclairé. Ceci entraîne un certain nombre de problèmes importants, dont une iniquité dans l'accès aux soins spécialisés, une iniquité dans les délais avant que le patient ait accès à une révision de la garde préventive par un psychiatre, et une utilisation accrue des ressources légales et cliniques pour les patients non consentants.

L'une des conséquences de ce choix du législateur est d'allonger les délais d'accès aux soins spécialisés en psychiatrie pour les patients qui refusent l'évaluation psychiatrique ou pour lesquels un consentement substitué n'est pas disponible. Prenons le cas de trois patients amenés à l'urgence via la LPP et placés sous garde préventive et souffrant de la même maladie. Les patients D et E sont aptes à consentir et ils consentent à l'évaluation psychiatrique. Ils seront évalués par un premier psychiatre dans les premières 24 heures suivant le triage. Le patient F refuse l'évaluation psychiatrique. Une garde provisoire est demandée par l'urgentologue et accordée par le juge. Le patient F sera évalué pour la première fois en psychiatrie 96 heures après le triage à l'urgence. Le patient D pourra dès le premier 24 h avoir un plan de traitement spécialisé élaboré par le médecin ayant l'expertise la plus pertinente pour soigner la maladie qui l'afflige. Il aura accès rapidement aux lits d'hospitalisation ou d'observation en psychiatrie qui sont en général davantage sécuritaires et adaptés aux soins psychiatriques. Il sera observé, soigné et soutenu par des intervenants (préposés, infirmiers, travailleurs sociaux par exemple) ayant l'expertise et l'expérience requises pour lui prodiguer les meilleurs soins dans les meilleures conditions disponibles actuellement dans le système de santé québécois. Le patient E lui aussi pourra être immédiatement évalué et un plan de traitements pourra lui être proposé. Cependant, le patient E refuse catégoriquement les soins. Il ne pourra bénéficier que d'une partie des soins requis, soit l'hospitalisation. Le patient F, lui, se verra contraint d'être sous les soins du médecin de l'urgence, certes compétent en médecine générale, mais moins expert en psychiatrie que son collègue spécialiste. Il sera observé sur les unités médicales, le plus souvent en fait il sera gardé aux urgences. Cet environnement est moins propice aux observations fines et nuancées requises pour bien évaluer la dangerosité. En plus, les urgences sont un environnement moins sécuritaire et moins propice à l'amélioration de sa santé mentale que les unités d'hospitalisation en psychiatrie. Ainsi, nous voyons combien le parcours des soins initiaux est différent d'un patient à l'autre. Ces différences ne tiennent pas à la nature de leur maladie, mais bien à la façon dont les lois ne nous permettent pas de bien tenir compte de l'anosognosie et d'en atténuer les effets.

L'autre conséquence du choix de ne pas imposer automatiquement l'évaluation psychiatrique en cas d'application de la garde préventive est une iniquité dans les délais avant que le patient ait accès à une révision de la garde par un psychiatre. Les patients consentants (D et E dans notre exemple) auront accès à une révision par un 1<sup>er</sup> et si pertinent par un 2<sup>e</sup> psychiatre dans les 24 heures suivant le triage à l'urgence. Ils ont donc accès rapidement à deux évaluations pouvant potentiellement infirmer qu'une garde est nécessaire et donc permettre de continuer les soins sous le régime d'une hospitalisation volontaire ou bien de soins en externe volontaires. Le patient F pourra bien sûr faire valoir ses arguments lors de l'audience en vue de l'obtention d'une garde provisoire 72 heures après le triage. Si la garde provisoire est autorisée, il aura accès à la première évaluation psychiatrique spécialisée 72 heures plus tard que les patients consentants, et la deuxième évaluation 96 heures plus tard que les patients consentants.

Tout ceci sans compter une utilisation accrue des ressources légales et cliniques pour les patients non consentants. Ces derniers se verront potentiellement soumis à deux audiences distinctes à la cour contre une seule pour les patients consentants à l'évaluation. Ceci implique davantage de frais juridiques, davantage de temps à la cour, davantage de rapports médicaux et de ressources cléricales. L'état actuel de grande pénurie de ressources humaines du système juridique et du système de santé s'accommode mal de ce qui peut sembler être un gaspillage de ressources.

Nous aimerions aussi porter à l'attention du lecteur l'iniquité induite par la loi entre l'évaluation initiale par l'urgentologue des patients amenés à l'hôpital contre leur gré, évaluation qui semble ne pas nécessiter de consentement libre et éclairé, et l'évaluation par un psychiatre, qui elle requiert un tel consentement libre et éclairé. Nous ne pouvons comprendre que le législateur impose l'évaluation médicale par un urgentologue et non celle par un psychiatre, alors que le professionnel le plus expert en évaluation des états mentaux pouvant générer un danger est justement le psychiatre.

Il existe donc une profonde iniquité entre les patients qui consentent (de façon personnelle ou via un consentement substitué) et ceux qui ne consentent pas, et nous serions bien étonnés que telle fût l'intention du législateur lorsqu'il a construit le régime actuel des gardes.

### 2.2.2. Le critère de dangerosité

Le fait que cette loi soit basée sur l'estimation de la dangerosité est très problématique. L'un des plus importants problèmes est que la prédiction de la dangerosité liée aux maladies mentales est très difficile à faire et rarement plus fiable que de tirer à pile ou face dans l'état actuel de nos connaissances.<sup>19</sup> Nous allons ici tenter de vous faire une démonstration assez

---

<sup>19</sup> Szmukler G. (2018) *Men in white coats, treatment under coercion*, Oxford University Press

complexe, mais essentielle selon nous pour comprendre en quoi l'estimation de la dangerosité est problématique en prenant l'exemple de la prédiction des suicides.

L'esprit humain est fait pour raconter des histoires qui ont du sens dans l'immédiat, et il a du mal à s'accommoder des concepts statistiques qui permettent, eux, de faire des prédictions. Nous avons tendance à utiliser des constructions narratives pour expliquer des phénomènes après-coup. Par exemple, si 100 personnes sont admises à l'hôpital avec des idées suicidaires, il est tentant de penser que 100 % de ces personnes se seraient suicidées sans notre intervention. Pour préciser davantage cette idée, supposons que l'on donne congé à l'une de ces personnes qui malheureusement, dans les jours suivants, se suicide. Il est fort probable que la trame narrative sera qu'il était facile de prévoir que cette personne se suiciderait. L'histoire qui serait construite serait celle d'une personne qui a des antécédents d'idées de suicide, avec un séjour récent à l'hôpital justement pour une crise suicidaire, et donc le congé semblerait ainsi automatiquement prématuré. La négligence des soignants paraît ici évidente pour tous.

Prenons ce même exemple en utilisant les statistiques. En médecine, la sensibilité d'un test diagnostique est sa capacité à détecter un maximum de malades, c'est-à-dire à avoir le moins de faux négatifs. La spécificité de ce test est sa capacité à ne détecter que les malades, donc avoir le moins de faux positifs. Dans le cas qui nous occupe, nous voulons disposer d'un test nous permettant de prédire, dans un groupe donné, le risque de survenue du suicide. Nous voulons que notre test soit très bon pour prédire de façon juste quels patients se suicideront. Nous voulons aussi qu'il puisse identifier précisément les patients qui ne se suicideront pas. C'est ici que la tendance à considérer tous les patients ayant été hospitalisés pour une crise suicidaire comme étant tous à risque de suicide pose problème : va-t-on tous les garder indéfiniment à l'hôpital ? Comment donner des congés sécuritaires à certains et déterminer ceux chez qui un séjour prolongé ou une surveillance accrue dans la communauté est nécessaire ?

Prenons un test qui dirait que 100 % des gens se suicideront, il est évident que ce test identifierait absolument tous les gens qui vont se suicider. Cela dit, il identifiera faussement un grand nombre de personnes comme étant à risque de suicide alors qu'elles ne le sont pas. Le nombre de personnes faussement identifiées serait largement supérieur au nombre de personnes correctement identifiées, car le risque de suicide est faible en général dans la population. Ce risque demeure relativement faible même dans la sous-population des patients qui consultent à l'urgence pour des idées suicidaires. Au Québec, en 2022, le taux de suicide était de 12,7 personnes par 100 000 personnes, donc 0,0127 %. Parmi les individus hospitalisés pour un risque suicidaire, 2,5 % se sont suicidés au cours des

5 années suivant cette première hospitalisation.<sup>20</sup> Si nous reprenons nos 100 personnes admises à l'hôpital avec des idées suicidaires, en prenant les données de l'INSPQ, il y aura 97,5 personnes qui ne se suicideront pas dans les 5 années suivant leur hospitalisation pour un risque de suicide. Comment expliquer alors que l'histoire que l'on construit naturellement après la mort tragique d'une personne par suicide est qu'il était évident que le suicide surviendrait ? La conclusion qui s'impose ici est que notre tendance naturelle à nous raconter des histoires ne nous permet pas de saisir la réalité statistique des phénomènes. En effet, la très grande majorité des personnes ayant les mêmes facteurs de risque que celle qui est morte d'un suicide ne se sont pas suicidées. Ainsi, l'histoire construite à l'effet que le congé de l'hôpital était prématuré ne semble plus si juste. La difficulté de trouver qui sont ces 2,5 personnes qui se suicideront parmi les 97,5 apparaît plus clairement.

Avec les outils actuels, nous nous retrouvons à avoir un taux élevé de faux positifs. Nous pourrions ainsi garder des personnes à l'hôpital, pour des motifs de dangerosité identifiée par un questionnaire, sans que le risque soit réel. Les outils actuels sont limités pour prédire la dangerosité, qu'elle soit suicidaire<sup>21</sup> <sup>22</sup>ou homicidaire. Nous pourrions aussi donner congé à des personnes à risque. En effet, les outils sont souvent mal utilisés, ce qui peut mener à un faux sentiment de sécurité <sup>23</sup>. Nous adoptons tout de même une pensée pseudoscientifique en ce domaine en leur accordant une confiance qu'ils ne méritent pas... encore. Ceci envahit le champ de pratique au détriment de la relation thérapeutique, pressée que nous sommes à compléter des échelles et des tests. La grande place accordée à ces outils laisse croire que ce qui importe le plus, c'est la dangerosité, la protection du public et la protection des intervenants contre d'éventuels reproches. Ces outils peuvent être utilisés au service du soin, en partageant les données statistiques avec le patient pour établir avec lui un profil de risque et pour discuter d'un plan de traitement qui en tient compte. Pour cela cependant, il faut avoir un interlocuteur apte et avoir le temps d'en discuter, conditions difficilement réunies lors des crises menant à l'application de la LPP.

---

<sup>20</sup> Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 71 pages.

<sup>21</sup> Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M., & Zubizarreta, J. R. (2020). Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Molecular psychiatry*, 25(1), 168–179. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0531-0>

<sup>22</sup> Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. (2019) Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*.;76(6):642–651. doi:10.1001/jamapsychiatry.0174

<sup>23</sup> CRISE (2022, 1<sup>er</sup> avril) Évaluation des outils d'estimation du risque suicidaire. Prévention du suicide : synthèse des connaissances. <https://comprendrelesuicide.uqam.ca/fr/connaissance/validation-des-outils-de-reperage-destimation-du-danger-devaluation-du-risque>

La prédiction de la dangerosité est plus hasardeuse pour les événements peu fréquents au sein du groupe pour lequel on veut faire la prédiction. En effet, plus un événement est rare, plus il est difficile de prévoir sa survenue. Comme ce ne sont qu'une minorité des patients atteints de maladies mentales dont la maladie entraîne une dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui, nous voyons que nous sommes dans les eaux troubles et incertaines de la prédiction d'événements rares. La majorité des patients ne commettra pas de gestes violents ni de gestes autodestructifs, même ceux pour lesquels il y a plusieurs facteurs de risque pouvant nous laisser croire à un danger potentiel. Ceci est un constat assez embêtant pour qui veut baser une loi sur l'estimation du risque de dangerosité. Comment se fier aux estimations de la dangerosité quand ces estimations sont si difficiles à faire ? Et a contrario, pourquoi utiliser des intervenants supplémentaires quand le risque est évident ? Par exemple, dans le cas de patients qui sont littéralement interrompus dans l'exécution de leur geste dangereux par les policiers ou les paramédics, qui doivent néanmoins attendre l'avis du SASC avant d'intervenir. Et pourquoi utiliser autant de temps des soignants pour élaborer aussi précisément des pronostics de nature aussi imprécise, et ce en pleine urgence ? Est-ce qu'on met autant d'efforts à préciser le degré de dangerosité des états physiques avant d'appliquer l'article 13 et d'amener un patient confus contre son gré à l'urgence pour qu'il y reçoive des soins ? La réponse qui se profile est que les paramédicaux et les médecins ont la confiance du législateur lorsque vient le temps d'estimer la dangerosité liée à une maladie physique, mais pas pour ce qui est de la dangerosité liée aux maladies psychiatriques.

Un autre problème lié au choix du critère de dangerosité comme justificatif à l'application de mesures coercitives tient au choix de ne s'en tenir qu'au danger immédiat pour amener les patients à l'hôpital. L'immédiateté de la dangerosité nous pousse à devoir attendre qu'un geste soit sur le point d'advenir pour intervenir. Parfois les observations sont trop espacées, le geste advient avant que nous puissions intervenir. En médecine, nous parlons de sensibilité et de spécificité pour décrire les outils nous permettant de diagnostiquer une maladie. Le critère de danger immédiat est trop spécifique et pas assez sensible, il laisse tout un pan de patients en danger ou dangereux sans soins.

Le danger grave est une notion floue, tous ne s'entendent pas sur sa définition. De plus, il s'agit d'un concept juridique, mais nous devons l'utiliser pour réussir à obtenir des gardes. En plus, la restriction à certains types de dangers ne permet pas de protéger les patients d'une partie importante des risques. Par exemple les risques sociaux et économiques, tels que les ruptures relationnelles, les pertes de lieu de vie, les pertes financières.

Cet argumentaire concernant les écueils du choix du critère de dangerosité pourrait laisser croire qu'il est futile de tenter de tenir compte de la dangerosité. Nous ne voulons pas décourager les efforts raisonnables déployés tous les jours pour tenter d'identifier et d'aider ces patients. Il est essentiel d'avoir des moyens légaux pour intervenir en cas de dangerosité

liée à une maladie. Il est aussi important de continuer à chercher des outils ou des méthodes plus efficaces pour prédire les risques associés aux maladies. Nous voulons mettre de l'avant que l'art de la prédiction de la dangerosité est loin d'être simple et que de baser une loi et tout un système exclusivement sur ces prédictions est hasardeux.

## 2.3. Les problèmes liés à l'application de la LPP

### 2.3.1. Le préhospitalier

#### 2.3.1.1. *Le transport de la personne sous LPP*

La mécanique d'application de la LPP en préhospitalier est complexe. L'un des problèmes actuels est lié au transport des patients. Selon nous, ce transport devrait toujours être fait par les paramédics, accompagné ou non des policiers, puisque c'est d'un besoin de soins dont il est question. Cela dit, la présence policière dans l'ambulance ou comme escorte peut être essentielle dans certains cas précis.

Ce qui pose problème ici, outre la question de qui transporte le patient, c'est le cas particulier du patient qui initialement consent au transport hospitalier, mais qui change d'idée pendant le transport. Dans notre région, les paramédics ne sont pas désignés comme intervenants pouvant évaluer et faire appliquer au besoin la LPP. Si un patient dangereux veut quitter en plein transport, ils doivent arrêter l'ambulance et laisser partir le patient, même s'ils sont convaincus que le patient est en danger et anosognosique. Ils doivent ensuite faire appel aux policiers, qui viendront intercepter le patient, et ils devront attendre que le SASC évalue le patient. Si les critères sont réunis, le patient pourra être transporté contre son gré à l'hôpital après l'évaluation du SASC.

Cette façon de faire est selon nous discriminatoire. En plus, elle est potentiellement dangereuse pour le patient, les paramédics et les policiers. Nous sommes d'avis que les patients qui sont transportés pour des raisons de maladies « physiques » et qui changent d'idée en cours de transport, mais dont la condition physique présente une dangerosité, seront transportés néanmoins à l'hôpital si les paramédics jugent que le patient n'est pas en état d'exercer son plein jugement. Par exemple, pour un patient sous le choc d'un grave accident et qui refuse d'être transporté, les paramédics vont outrepasser son refus sans délai et ils vont le transporter, en invoquant l'article 13 du Code civil du Québec. Lorsque les patients présentent plutôt ce qui peut laisser croire à une maladie mentale entraînant un danger, ils ne sont pas aussi prestement transportés. Ils doivent attendre les policiers puis l'intervention du SASC. Tout ceci mène à d'importants délais avant que le danger et la souffrance associés à leur maladie ne soient adressés. Ceci concourt à nous faire croire que la souffrance psychique est jugée moins importante à soulager que la souffrance dite physique.

#### *2.3.1.2. L'évaluation de la dangerosité*

Comme démontré précédemment, l'évaluation de la dangerosité est une science pour le moins inexacte et hasardeuse. Même les plus expérimentés des psychiatres, armés des outils pouvant structurer le jugement clinique et donc potentiellement améliorer la sensibilité de l'évaluation, n'arrivent pas à pouvoir prédire avec une grande assurance le risque de survenue d'événements dangereux. La prédiction d'un événement lié à une maladie s'appelle établir un pronostic. Et pour établir un pronostic, la première étape est de bien diagnostiquer la maladie. Or, les spécialistes du diagnostic des maladies mentales ne sont pas impliqués dans les premiers stades de l'évaluation menant à un transport vers l'hôpital. Ceci peut mener à un pronostic erroné, et donc à une mauvaise évaluation de la dangerosité. Assez régulièrement, nous constatons que des éléments de dangerosité ne sont pas dégagés lors de l'évaluation du SASC, car ils n'ont pas été en mesure d'avoir accès aux symptômes psychotiques. En effet, cette clientèle est souvent très méfiante et les techniques pour obtenir des informations valides sont complexes. En plus, l'évaluation téléphonique qui est la façon la plus commune pour le SASC de procéder aux évaluations ne favorise pas un climat de confiance propice à ce que les patients se confient.

#### *2.3.1.3. La communication*

La loi actuelle au Québec impose aux psychiatres de devoir convaincre les différents acteurs impliqués de leur opinion quant à la dangerosité. Ceci pose un certain nombre de problèmes liés à la confidentialité. Nous pouvons être blâmés d'avoir transmis trop d'informations qui n'étaient pas essentielles à l'appréciation de la dangerosité et, donc, d'avoir violé le droit à la confidentialité. En même temps, nous pouvons être blâmés d'avoir omis des informations qui auraient pu influencer la décision du juge.

La séparation des communications cliniques et juridiques alourdit considérablement le travail des psychiatres. En effet, nous devons soigneusement transmettre l'ensemble des informations nous permettant de conclure à la présence d'une dangerosité dans nos rapports pour la cour. De plus, nous devons transmettre ces informations dans un langage non clinique autant que possible, et le tout en situation d'urgence. Toutes ces communications sont un travail qui s'ajoute aux communications cliniques déjà requises par les soins aux patients.

#### *2.3.1.4. La mécanique complexe des interventions préhospitalières*

L'articulation complexe entre les policiers, les paramédics et le SASC en elle-même entraîne des délais avant que le patient reçoive les soins requis, ce qui retarde le soulagement de sa souffrance.

De plus, notre région vit actuellement une pénurie d'intervenants au SASC ce qui allonge davantage les délais de réponse. Les policiers et les paramédics sont dépendants de la disponibilité des intervenants du SASC pour conclure leurs interventions. Cette mécanique complexe mobilise plusieurs personnes et nuit à l'efficacité des services d'urgence.

Nous nous interrogeons sur la pertinence d'allouer autant de ressources à l'évaluation préhospitalière de la dangerosité. Premièrement, en raison de la mobilisation de plusieurs intervenants différents qui pourraient tous évaluer la dangerosité individuellement. Deuxièmement, car il nous semble peu efficace d'allouer autant de temps à des évaluations qui sont aussi peu précises. Troisièmement, nous sommes d'avis que les ressources du SASC seraient mieux utilisées si on les allouait aux soins directs aux patients plutôt qu'aux évaluations de dangerosité.

#### *2.3.1.5. La complexité de la garde provisoire en préhospitalier*

La LPP est d'une très grande complexité. En plus d'être complexe, elle est méconnue du grand public. Pour ajouter aux difficultés, peu d'aide gratuite est disponible pour que les proches puissent y avoir recours lorsque requis. Concernant la garde provisoire, très peu d'informations sont disponibles pour que les familles ou les médecins en clinique privée puissent se retrouver dans les dédales de sa mécanique.

Le réseau de soutien se retrouve devant une tâche difficile lorsqu'il veut contraindre une personne à se faire évaluer par un psychiatre. En effet, cela nécessite de passer par diverses étapes complexes, coûteuses et nécessitant beaucoup de déplacements, efforts que tous n'ont pas les ressources de fournir.

Il faut d'abord prendre rendez-vous au greffe du palais de justice local ce qui, pour les patients des MRC du sud de Lanaudière implique de se rendre à Joliette, au nord de Lanaudière. Il faut y aller une première fois pour déposer une demande, et une deuxième fois pour l'audience de la requête, ce qui n'est pas à la portée de tous. Le réseau de soutien est ainsi placé dans le tourbillon du système adversarial. Il sera l'instigateur d'une mesure attentatoire aux libertés d'un proche, alors que l'intention est de permettre que leur proche, devenu prisonnier d'une maladie qu'il ignore, retrouve justement sa liberté via l'accès à des soins appropriés.

Les familles prennent en plus un risque supplémentaire en s'astreignant à cette démarche complexe et coûteuse. En effet, la personne visée par une garde provisoire peut réagir agressivement envers sa famille, ou couper les ponts. D'ailleurs, les familles sont le plus souvent les victimes des gestes agressifs des personnes dont la violence est liée à une

maladie mentale. Ce sont donc elles qui sont aux premières loges pour être témoins de la dangerosité et, malheureusement, en être potentiellement les victimes.<sup>24</sup>

Les médecins en cabinet privé se retrouvent devant les mêmes difficultés que les familles, ce qui décourage fortement le recours aux demandes de garde provisoire par ces derniers.

#### *2.3.1.6 Les médecins et psychiatres ne peuvent pas faire de gardes de l'extérieur de l'hôpital*

La même évaluation faite par le même professionnel n'a pas la même valeur légale, quand il est impossible de garder le patient sur les lieux où l'évaluation est faite. En extrahospitalier, les médecins et les psychiatres doivent contacter les policiers et le SASC, transmettre les mêmes informations deux fois, convaincre le SASC de la dangerosité et, par prudence, au cas où les intervenants du SASC ne viendraient pas à la même conclusion concernant la présence d'une dangerosité grave et immédiate, demander une ordonnance de garde provisoire. Ainsi, trois démarches distinctes doivent être faites, chacune avec leurs particularités. Le psychiatre aura à consigner son évaluation du patient à des fins cliniques, en plus d'y ajouter les notes des discussions avec les policiers et avec le SASC, en plus de rédiger un rapport afin de placer une demande d'ordonnance de garde provisoire. Le tout, en urgence. Nous nous étonnons que l'expertise des médecins n'ait pas la même valeur dès lors qu'ils quittent les murs de l'hôpital.

### **2.3.2. Le service des urgences**

#### *2.3.2.1. Le triage*

Le temps zéro de tous les processus légaux débute au triage, ce qui peut mener à des délais très serrés pour les évaluations psychiatriques, selon le temps qui s'écoulera entre le triage et l'examen par l'urgentologue.

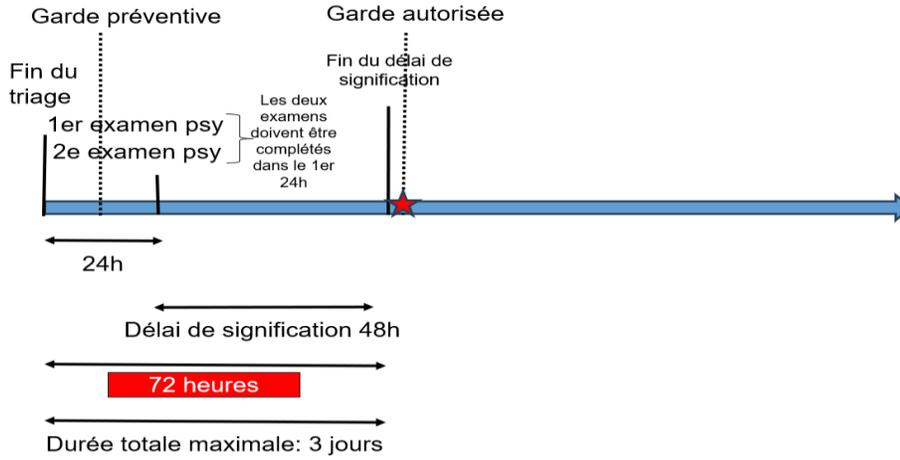
Nous vous présentons ici trois lignes du temps pour illustrer l'impact du temps 0 et de prendre le temps de triage comme point de départ pour le calcul des délais liés aux gardes. Les lignes pointillées indiquent que l'événement n'est pas assigné à un moment fixe et peut survenir dans la fenêtre de temps qui lui est alloué.

---

<sup>24</sup> Millaud, F. (1996) Troubles mentaux et violence, Criminologie, vol 9, numéro 1

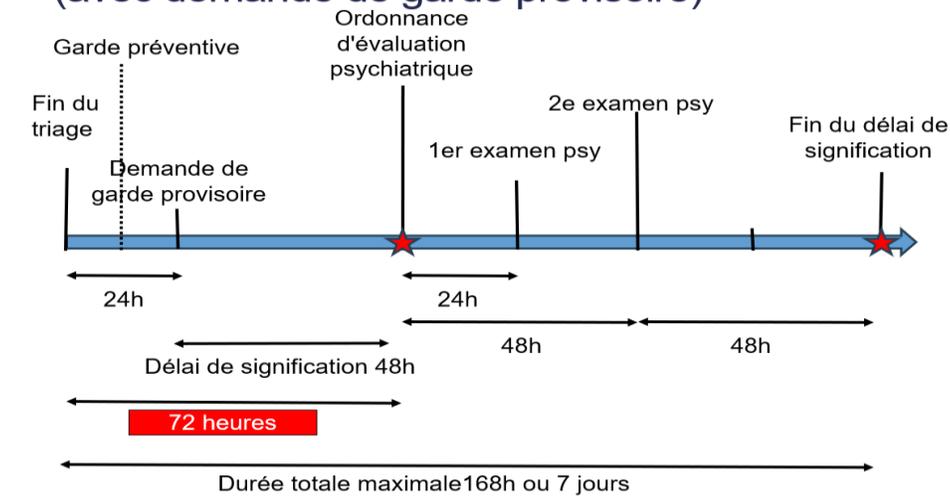
Graphique 1

### Ligne du temps suite à une garde préventive (avec demande de garde autorisée)



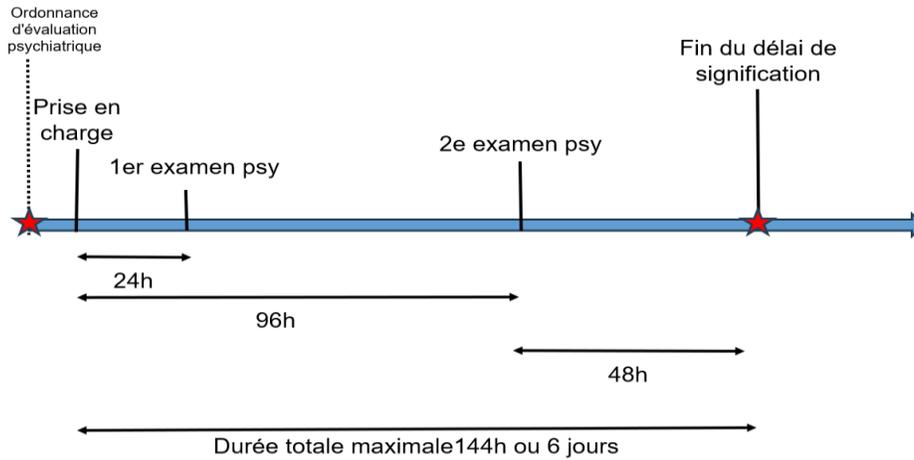
Graphique 2

### Ligne du temps suite à une garde préventive (avec demande de garde provisoire)



Graphique 3

### Ligne du temps suite à une ordonnance de garde provisoire



#### 2.3.2.2. L'évaluation par l'urgentologue

La LPP comporte plusieurs défis pour le médecin qui évalue le patient à son arrivée à l'urgence. La complexité de l'articulation entre la garde préventive et la garde provisoire et la séparation entre les deux gardes sont un sujet de frictions entre les équipes médicales et psychiatriques de l'urgence.

Pour le médecin urgentologue, la somme des informations à transmettre en urgence pour évaluer le consentement libre et éclairé à l'évaluation psychiatrique est très grande. Cela peut mener à une escalade de l'agressivité du patient. Le patient se demande ce que peut bien être cette évaluation psychiatrique qui requiert autant de mises en garde.

Aussi, l'impossibilité de donner un consentement libre dans un contexte de garde préventive pose un problème éthique majeur. Nous plaçons le patient devant un faux choix : soit il consent à l'évaluation psychiatrique et il sera gardé contre son gré d'ici à l'évaluation, soit il refuse et alors le médecin de l'urgence demandera à un juge l'autorisation de passer outre ce refus pour que le patient soit évalué. En attendant de pouvoir faire valoir ses arguments devant un juge, le patient sera encore gardé contre son gré. Cette situation aberrante est inéluctable dans l'état actuel de la loi, et plusieurs patients nous la soulignent.

Il y a des exigences supplémentaires en matière de consentement libre et éclairé à l'évaluation psychiatrique par rapport à l'évaluation médicale et cette situation est à notre avis inéquitable. En effet, l'évaluation par l'urgentologue est imposée d'emblée quand un patient a été amené via la LPP. Cependant, il y a nécessité d'obtenir un consentement libre

et éclairé formel et documenté pour l'évaluation psychiatrique. D'ailleurs, les procédures entourant l'obtention de ce consentement sont d'une grande lourdeur. Nous avons essayé d'utiliser le formulaire de consentement fourni dans le cadre de référence lié à la LPP<sup>25</sup> à plusieurs reprises et avec plusieurs types de patients. Notre expérience personnelle est que cette procédure prend en moyenne 10 minutes. Les patients ont beaucoup de mal à en saisir toutes les nuances. La procédure semble même avoir induit des refus de l'évaluation par méfiance face à l'ampleur du document, ou au contraire une acceptation passive et hâtive pour s'épargner la tâche cognitive de devoir saisir toutes les informations fournies. Ainsi, forts de cette expérience, nous ne blâmons pas les urgentologues d'omettre très souvent de demander des gardes provisoires. En effet, la durée moyenne qu'ils peuvent allouer à chaque patient doit probablement approcher les 10 minutes requises seulement pour la procédure de consentement. Ainsi, nous nous trouvons très souvent devant une demande pour évaluer des patients sous garde préventive sans que leur consentement à l'évaluation ait été explicitement et formellement obtenu.

### 2.3.3. L'évaluation psychiatrique

Dans le cadre des gardes préventives, l'évaluation psychiatrique comporte un certain nombre de défis, le premier étant l'évaluation du consentement. Pour évaluer le patient, nous devons obtenir son consentement libre et éclairé, et la condition préalable à l'obtention du consentement est la vérification de son aptitude à consentir. Cette vérification de l'aptitude à consentir est-elle une évaluation ? Auquel cas, comment évaluer l'aptitude à consentir s'il nous faut le consentement du patient pour l'évaluer ? Ceci nous semble une aporie...

Pour contourner les délais d'accès aux soins psychiatriques, certains psychiatres proposent d'obtenir deux consentements séparés : l'un pour la partie dite « clinique » de l'évaluation, et l'autre pour la partie dite « légale », qui concerne la dangerosité et les gardes. Ceci est un compromis intellectuel visant à réduire les écarts dans l'accès aux soins, mais dans les faits, il est discutable de proposer que ces deux évaluations ne soient pas liées, puisque l'évaluation de la dangerosité fait partie de toutes les évaluations cliniques. En effet, peu importe la maladie et la spécialité, les médecins font toujours une évaluation des risques liés aux diagnostics posés.

Un autre problème concerne les délais pour les examens psychiatriques. Ils sont en effet très courts lorsque les patients consentent à l'évaluation psychiatrique comme montré dans

---

<sup>25</sup> 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 Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018 Bibliothèque et Archives Canada, 2018 ISBN : 978-2-550-79047-1

le graphique 1 : nous n'avons alors que 24 h pour compléter les deux évaluations psychiatriques et toutes les procédures légales et administratives. Ceci ne respecte pas certaines interprétations de la loi, qui nous demandent de laisser un plus grand délai entre les deux évaluations psychiatriques pour pouvoir apprécier l'évolution de la dangerosité dans le temps et ainsi, potentiellement éviter la demande de mise sous garde.

#### 2.3.4. L'articulation entre le milieu judiciaire et la psychiatrie

Plusieurs reproches sont adressés aux psychiatres dans la littérature telle que recensée par L'IQRDJ dans son rapport 1<sup>26</sup> et nous tenterons de rectifier certaines perceptions.

Les reproches à l'endroit des évaluations psychiatriques sont nombreux et découlent en partie selon nous d'une méconnaissance des conditions dans lesquelles nous faisons nos évaluations. On nous reproche nos rapports succincts, alors que le formulaire pour demander des gardes proposés dans le cadre de référence est très court. De plus, il peut être impossible de fournir notre rapport complet d'évaluation psychiatrique (le rapport de consultation demandée par l'urgentologue) par respect pour la confidentialité des informations ne concernant pas directement le degré de dangerosité. Ceci nous place dans la position de devoir écrire deux rapports distincts plutôt qu'un seul, le tout le plus souvent dans un contexte d'urgence. Il est fréquent que les consultations faites dans un contexte de dangerosité soient plus longues que la moyenne. En effet, nous tentons en premier lieu de créer avec le patient une vision commune de sa souffrance. Puis, nous essayons d'obtenir un consentement aux traitements requis. En cas d'inaptitude sans refus catégorique, nous tentons également d'obtenir un consentement substitué. Tous ces efforts peuvent se solder par un échec. Alors, il faut poursuivre les démarches afin d'obtenir une garde. Nous pouvons donc consacrer facilement le double du temps requis pour faire une consultation à l'urgence psychiatrique.

Un autre reproche est celui de notre absence lors des audiences à la cour. Il manque clairement de ressources psychiatriques pour une présence systématique aux audiences de garde. Nous avons abordé précédemment le temps qui serait requis pour participer aux audiences à la cour et l'impact clinique négatif de consacrer autant de temps à ces procédures. Nous avons aussi documenté que les demandes de garde, et donc les audiences sont fréquentes dans notre milieu. De plus, nos demandes sont très largement acceptées par la cour, ce qui nous laisse croire que les informations que nous donnons à la cour par écrit semblent suffisantes pour les juges. Pour ces raisons, il ne nous semble pas efficient de nous présenter systématiquement à la cour. À notre avis, nos requêtes sont

---

<sup>26</sup> Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

médicalement fondées, bien documentées en général, et elles peuvent être défendues par les avocats de l'hôpital.

Les reproches concernant le haut taux d'acceptation des demandes de garde sont très étonnants pour nous. En effet, comme nos demandes sont fondées, elles devraient presque toutes être acceptées, à moins que l'état du patient ait évolué en attendant l'audience. Les requêtes qui sont rejetées le sont parfois, car le passage du temps a permis de venir modifier le tableau clinique. À d'autres moments nous sommes étonnés par la décision du juge et franchement inquiets. Il est étrange que l'avis clinique d'un non-clinicien prime sur l'avis clinique de deux cliniciens. Cependant, il n'est pas clair que notre présence viendrait changer quoique ce soit à cette situation qui est probablement principalement induite par la façon dont la loi est conçue.

L'absence de tribunal spécialisé ne favorise pas la participation des psychiatres au processus légal. La façon de conduire les audiences en mettant en opposition le médecin et son patient ne tient pas compte de la réalité clinique et de nos obligations déontologiques. Nous avons, comme médecins, le devoir de protéger et de promouvoir la santé de nos patients. Nous sommes dans leur équipe, et non contre eux. L'absence d'échanges informels et de possibilité d'en venir à des décisions nuancées qui font participer le milieu juridique, le milieu médical, le patient et son entourage est aussi problématique. Les tribunaux spécialisés semblables au TAQ (Tribunal administratif du Québec) nous semblent plus à même de trouver des moyens de tenir compte de la réalité des maladies et des soins. En effet, en médecine, les choses sont rarement aussi tranchées que ce que demande le milieu judiciaire.

De plus, la distance entre les cours de justice et les lieux de soins est un autre obstacle à notre participation.

Nous souhaitons souligner d'autres préoccupations importantes concernant la perception de l'expertise psychiatrique.

Premièrement, il existe une perception persistante et erronée du psychiatre comme étant un acteur de l'oppression envers les patients, ce qui engendre une méfiance vis-à-vis de l'expertise psychiatrique. Cette vision réductrice semble dévaloriser la profession psychiatrique dans son ensemble. Or, au lieu de stigmatiser l'ensemble des professionnels, il serait plus juste de sanctionner les membres déviants en cas de manquements.

Ensuite, le décalage entre les besoins cliniques et les moyens que le législateur met à la disposition des médecins pour faire face à ces besoins est selon nous à la base du plaidoyer des psychiatres pour une interprétation plus souple de la loi. Ceci peut malheureusement être perçu comme si les médecins voulaient agir contre les droits des patients. Nous

insistons sur le fait que cette volonté de souplesse vise principalement à préserver les droits des patients, dont le droit à la santé fait partie intégrante.

Nous aimerions que les soins préventifs et curatifs soient plus développés et accessibles, que la recherche soit plus avancée et nous permette d'agir avec plus d'efficacité sur les maladies psychiatriques afin de prévenir la dangerosité. Nous n'avons de cesse de trouver de nouvelles façons pour améliorer les capacités d'autocritique de nos patients. Malgré tous ces bons vœux, la réalité actuelle est que malheureusement, plusieurs maladies psychiatriques vont évoluer jusqu'à engendrer une crise qui pourrait mener à une application de la LPP. Nous pensons qu'il y a une certaine méconnaissance des réalités de la psychiatrie et de la très grande prévalence des états mentaux graves qui justifient des mesures de garde. L'absence de prise en compte de cette réalité médicale peut nourrir une vision erronée de la psychiatrie et de son rôle dans le cadre judiciaire.

De plus, nous soulignons que la mise sous garde prolongée sans soins appropriés aggrave les pathologies et augmente la souffrance des personnes malades. La loi telle qu'elle est faite ne nous permet pas d'offrir rapidement les autres soins nécessaires qui, lorsqu'ils sont retardés ou partiellement fournis, peuvent compromettre l'évolution du patient, augmenter la morbidité et la mortalité.

Enfin, il est crucial de prendre en compte les enjeux liés à l'anosognosie et à la complexité de la psychiatrie. Il s'agit d'une réalité à laquelle le droit et la psychiatrie doivent s'adapter pour mieux répondre aux besoins des patients.

### 3. Les solutions concernant les problèmes liés à la LPP actuelle

Maintenant que nous vous avons exposé les nombreux problèmes des lois actuelles, les problèmes d'application de la loi, les problèmes liés au libellé de la loi, les problèmes structuraux et d'articulation des législations régissant les soins médicaux des patients souffrant de maladies psychiatriques et surtout, les problèmes de discrimination et d'inadéquation entre les lois et la réalité des patients, nous en venons enfin à une série de pistes de solutions.

Nous avons inclus les solutions plus superficielles qui, selon nous, ne sont pas à même de régler les importants problèmes éthiques et moraux qui sous-tendent le régime légal actuel entourant la LPP. Nous avons hésité avant de présenter ces solutions partielles, car nous sommes profondément convaincus qu'une révolution complète des lois en santé est

nécessaire pour remplir nos obligations morales envers les patients qui sont actuellement discriminés par la loi, ou oubliés par les lois actuelles.

D'ailleurs il serait dommage de ne changer que certains aspects précis de la LPP plutôt que d'opérer une réflexion profonde et une réforme extensive de toutes les lois régissant les personnes atteintes de maladies psychiatriques. La ratification par le Canada en 2010 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) exige une telle réforme. L'objet de ce traité international est de « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque ». <sup>27</sup> Nous sommes pleinement en accord avec les objectifs de ce traité. L'interprétation de ce traité pose un certain nombre de défis majeurs et beaucoup de choses sont encore à réfléchir pour que les objectifs de la CDPH soient réellement respectés. En effet, certaines interprétations laissent penser que toutes les lois entourant la santé mentale devraient être abolies et qu'aucun soin sous contrainte ne peut se justifier. Cette interprétation restrictive de la CDPH nous semble intenable d'un point de vue médical et non éthique. Cependant, une analyse poussée de la CDPH et des changements profonds que la ratification nous demande d'opérer sont au-delà du mandat de ce mémoire. Nous voulions porter à l'attention de l'IQRDJ que le chantier auquel le ministère lui a demandé de se pencher s'inscrit dans un cadre plus large et dans une mouvance internationale qui demande des changements plus profonds qu'une simple révision de la LPP.

### 3.1. Les solutions liées au libellé, à la structure actuelle de la LPP et à son application

#### Solution 1 : fusionner les gardes préventives et provisoires

L'une de nos demandes et recommandations principales est de permettre d'emblée et donc sans consentement une évaluation médicale spécialisée dès qu'un patient est placé en garde préventive (en psychiatrie ou dans un autre spécialité médicale pertinente telle que la neurologie ou la gériatrie).

Ainsi, les problèmes d'articulation complexe entre la garde préventive et provisoire seraient réglés. L'aporie liée au consentement libre et éclairé serait solutionnée. L'iniquité entre les divers médecins impliqués dans les évaluations pour les gardes serait résolue. Ceci

---

<sup>27</sup> Organisation des Nations Unies (ONU). Convention relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Adopté le 13 décembre 2006. Entré en vigueur le 3 mai 2008. New York: ONU, Division for Inclusive Social Development; 2006. [Cité le 9 octobre 2019]. À l'adresse : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>.

permettrait un meilleur soutien clinique des psychiatres envers les urgentologues, et une répartition des tâches et responsabilités plus optimales. Il y aurait moins de délais dans l'accès aux soins spécialisés. Le séjour aux urgences des patients qui refusent l'évaluation psychiatrique se ferait dans le même service que ceux qui acceptent. Les patients seraient dans les lieux les plus propices à l'évaluation de leur dangerosité, mais surtout, ils seraient dans l'endroit le plus propice à leur guérison. L'évaluation de la santé mentale et physique ne serait pas retardée. Il y aurait moins de gaspillage de ressources médicales à l'urgence. L'évaluation de la capacité à consentir serait faite par le spécialiste le plus à même de voir si des processus pathologiques empêchent le patient de consentir ou refuser des soins. Il n'y aurait plus de débats sur la séparation plus ou moins valable de l'évaluation du patient pour soigner ses maladies de l'évaluation de la dangerosité. Les délais pour les examens psychiatriques (ou médicaux si une autre spécialité est requise) seraient harmonisés. La complexité des lois et des procédures serait grandement diminuée. Il y aurait une moins grande consommation de ressources légales, car il n'y aurait alors potentiellement qu'une plutôt que deux audiences à la cour.

Nous suggérons un délai de 48 h après la mise sous garde préventive pour les deux examens en vue d'une demande de garde autorisée, ce qui, assorti du délai de signification de 48 h, porterait la durée de la garde préventive à 96 heures avant l'audition par un tribunal. Nous suggérons que ce tribunal soit un comité ou un tribunal spécialisé, présent à l'hôpital, et composé d'un trio incluant un juriste, un psychiatre et un professionnel d'un autre domaine des soins.

Pour ce qui est de la mécanique concernant les moyens de faire évaluer contre le gré un patient présentant une dangerosité, nous suggérons d'ajouter la possibilité de faire évaluer les patients anosognosiques. Nous aimerions qu'il soit possible de faire une demande pour toutes les spécialités médicales, et non pas seulement pour la psychiatrie. Ainsi, un patient qui ne présente pas de dangerosité, mais qui ne se reconnaît pas comme étant malade, et chez qui les proches ont de bonnes raisons de soupçonner une maladie importante, pourrait être évalué contre son gré en médecine familiale par exemple. Il faudrait prévoir que cette évaluation puisse se faire dans divers lieux, selon la gravité soupçonnée de la maladie. On pourrait imaginer que le tribunal spécialisé pourrait donner un délai de 1 semaine pour une consultation en externe en psychiatrie pour un trouble mental sévère, mais non assorti de risques à court terme.

#### Solution 2 : Que les gardes permettent de soigner avec les traitements psychiatriques requis

Nous avons amplement fait la démonstration de la nécessité clinique de mettre à la disposition des patients sous garde et anosognosiques l'ensemble des soins requis par leur état. Nous aimerions que le législateur prévoie une façon de combiner ces deux besoins de

la façon la plus respectueuse possible des droits fondamentaux des patients. Nous suggérons qu'il soit possible d'obtenir des ordonnances de traitements contre le gré en urgence pour des traitements de courte durée. Ceci entraînerait probablement la nécessité de modifications de l'article 16 du Code civil du Québec.<sup>28</sup>

Solution 3 : Permettre des évaluations médicales contre le gré sur la base de l'anosognosie

Nous aimerions que la LPP puisse permettre d'amener les patients à l'urgence au besoin s'ils sont anosognosiques et que nous percevons un besoin de soins urgents. Une façon d'imposer une évaluation médicale en externe devrait aussi être prévue lorsque la maladie n'entraîne pas de dangerosité importante.

Solution 4 : assouplir les critères de dangerosité

À défaut d'abandonner complètement ce critère, nous proposons de l'assouplir. Pour les gardes préventives, nous suggérons de considérer les dangers imminents plutôt qu'immédiats. Ceci nous permettrait d'élargir les critères de telle sorte qu'une intervention plus précoce à des stades moins avancés de la maladie serait possible.

Nous aimerions aussi que le critère de danger grave soit changé pour inclure les dangers significatifs et importants. Aussi, nous pourrions inclure les dangers économiques et sociaux comme dilapider ses biens, démissionner, perdre son logement. Ceci permettrait de diminuer les impacts négatifs de la maladie chez les patients.

Ceci dit, un inconfort demeure quant à la LPP, car elle permet de contraindre les personnes aptes à la garde. Un élargissement des critères de dangerosité sans autres modifications de la loi viendrait potentiellement permettre de contraindre encore plus de patients aptes à la garde, ce qui est contre nos valeurs. Nous pensons que le critère d'inaptitude doit impérativement être ajouté, et ceci est d'autant plus important en cas d'élargissement des critères.

Solution 5 : un rôle accru pour les paramédics

Le transport des patients devrait à notre avis se faire par ambulance, avec ou sans escorte policière selon l'évaluation des paramédics. En de rares cas, les policiers pourraient être responsables du transport, lorsque la sécurité des soignants ne pourrait pas être assurée. Il faudrait que ce transport ne compromette pas la santé du patient.

Ceci permettrait de traiter tous les malades nécessitant des soins urgents et un transport urgent vers un centre hospitalier de la même façon, sans discrimination. Nous sommes d'avis que ce changement permettrait de diminuer la stigmatisation des patients atteints de

---

<sup>28</sup> Code civil du Québec, RLRQ c CCQ-1991, c.64, a.16.

maladies psychiatriques, car actuellement il est assez facile pour le voisinage de conclure que l'intervention des policiers implique une certaine forme de dangerosité, voire même, de crime, et ceci peut mener à une ostracisation et à une méfiance qui alimente la stigmatisation et les difficultés de réinsertion posthospitalisation.

Le transport par ambulance vient aussi assurer que les soins requis en urgence seront prodigués et que tous les besoins en soins urgents seront assurés par les paramédics pendant le transport.

Ce transport par des soignants plutôt que par les policiers est en cohérence avec la visée thérapeutique et non la visée de contrôle social des soins contre le gré. Ceci permettrait de mieux mettre l'emphase sur l'aspect bienveillant et médical de l'intervention.

Nous proposons également que le rôle des paramédics en matière d'évaluation de la dangerosité des maladies physiques soit étendu à l'évaluation de la dangerosité liée aux maladies psychiatriques. Ce changement vise à ne plus discriminer entre la dangerosité liée aux maladies physiques et celle liée aux maladies psychiatriques et à appliquer l'article 13 pour toutes les urgences médicales au cours desquelles la personne ne peut pas consentir en temps utile, ce qui inclut les cas d'anosognosie.

Cet élargissement du rôle des paramédics aurait plusieurs autres avantages, dont celui de réduire les délais avant de pouvoir procéder à un transport vers l'hôpital et donc, réduire les délais avant la première évaluation médicale. L'implication des SASC ne serait plus requise systématiquement, ce qui mettrait moins de pression sur leurs ressources. Ceci viendrait réduire le nombre d'acteurs impliqués et donc simplifier l'articulation entre tous.

#### Solution 6: Faciliter les communications avec le réseau de soutien des patients anosognosiques

Ce point est délicat, car le droit à la confidentialité est un droit très important. Toutes les exceptions au devoir de confidentialité méritent une grande attention.

Pour déterminer la capacité d'un patient à s'autodéterminer, nous avons besoin d'informations de la part des personnes qui l'accompagnent au quotidien. Très souvent, les personnes qui ne se croient pas malades ne voient pas non plus la nécessité d'impliquer des proches dans les évaluations. Ceci nous place dans une situation difficile, où une partie importante des informations ne nous est pas accessible. Ceci impacte la qualité des soins. Nous aimerions pouvoir demander des informations aux proches sans le consentement des patients dans les cas d'anosognosie. Nous aimerions que des experts se penchent sur les avantages et les inconvénients de faire une exception pour les patients anosognosiques.

#### Solution 7: Réformer la garde provisoire

Premièrement, nous proposons que les ressources légales pour accompagner les familles et les soignants qui ne sont pas affiliés à un centre hospitalier dans leurs requêtes d'évaluation médicale contre le gré soient présentes à l'hôpital plutôt qu'à la cour de justice. Ce changement mettrait l'accent sur le caractère thérapeutique et médical de la démarche. Aussi, il faciliterait l'accès à la justice en simplifiant le processus et en le rendant gratuit. Il faciliterait aussi l'accès à un accompagnement psychosocial des proches.

Nous recommandons également que les médecins et psychiatres puissent mettre des patients en garde de l'extérieur de l'hôpital, afin de ne pas multiplier inutilement les évaluations médicales. Aussi, ceci maintient la cohérence dans les pouvoirs que nous donnons aux médecins, peu importe leur lieu de pratique.

#### Solution 8: Le calcul des délais

Nous recommandons que le temps pour les délais liés aux gardes débute lorsque le patient est placé en garde préventive, peu importe le lieu de la mise sous garde (externe, urgence, hospitalisation). Ainsi, la compréhension et le calcul des délais seraient grandement facilités.

### **3.2. Les solutions liées à la philosophie générale de la LPP**

Nous arrivons enfin au cœur de notre mémoire. Cette partie demanderait l'implication de plusieurs groupes de la société intéressés à changer en profondeur l'ensemble des lois auxquelles les patients sont soumis. Nous vous présentons néanmoins humblement le fruit de nos réflexions.

#### **3.2.1 Protéger le droit à la sécurité avec les mêmes lois que celles prévues pour les maladies physiques**

Nous recommandons un changement majeur dans notre approche face aux personnes souffrant de maladies psychiatriques : nous recommandons de les traiter comme tous les autres malades. Ceci demande de changer plusieurs lois déjà effectives pour y inclure les maladies mentales.

La LPP est une loi qui s'occupe de la protection des patients et de la société des impacts de la dangerosité liée aux états mentaux. Nous croyons que cette loi doit être transformée profondément et que sa mission doit être remplie par d'autres lois, qui s'adressent à tous les patients.

Il existe déjà une série de lois pour s'assurer d'un équilibre entre les droits individuels des patients et le droit à la sécurité de la population. Il y a déjà une spécialité médicale qui s'occupe de ces aspects, soit les spécialistes en santé publique. Nous proposons que la loi sur la santé publique soit modifiée pour y inclure plus explicitement la santé mentale. À l'article 3, il est écrit que les mesures « visent le maintien et l'amélioration de la santé

physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu.»<sup>29</sup> Nous suggérons que cette loi soit modifiée pour y inclure le maintien et l'amélioration de la santé physique et mentale.

Ainsi, les mêmes outils utilisés en santé physique seraient appliqués aux maladies psychiatriques, et des critères scientifiques seraient requis pour que des maladies soient déclarées MADO ou MATO. On pourrait imaginer par exemple que si la science conclut que la présence d'une maladie mentale est associée à une nette augmentation de la dangerosité pour la population, cette maladie pourrait se qualifier pour devenir une maladie à déclaration obligatoire. Ceci permettrait de mettre en place une surveillance par les équipes de la santé publique pour s'assurer que les patients reçoivent les traitements requis par la maladie à l'origine du risque, s'ils y consentent. Les outils de la santé publique ont comme avantages de favoriser l'accès aux soins et à des mesures pour prévenir la survenue d'un risque. Nous croyons que les patients atteints de maladies mentales devraient pouvoir avoir un plus grand accès à ces mesures préventives.

Pour permettre d'agir en situation d'urgence, l'article 13 du Code civil du Québec<sup>30</sup> pourrait être légèrement modifié. Ainsi, on pourrait prodiguer des soins d'urgence sans discrimination basée sur le diagnostic. On pourrait permettre qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux et psychiatriques ne soit pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée ou que sa maladie pose un risque imminent pour autrui et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile ou que son aptitude à consentir apparaisse affectée par la maladie. Il pourrait être possible de garder la personne à l'urgence le temps que la dangerosité soit résolue et que son aptitude puisse être évaluée. La durée maximale de cette garde en vertu de l'article 13 serait à déterminer, en fonction de l'articulation avec les autres moyens légaux qui seraient mis en place pour remplacer ou transformer la LPP.

### 3.2.2. Changement de paradigme : adopter une orientation clinique, non discriminatoire et positive.

Nous proposons non pas une réforme, mais bien une révolution des lois régissant les soins contre le gré. Nous plaçons pour l'adoption d'une philosophie radicalement différente, qui permet de justifier la suspension de certains droits fondamentaux pour permettre d'en respecter d'autres et pour permettre que les malades puissent retrouver un réel accès à tous leurs droits fondamentaux. Nous sommes d'avis qu'il est impossible de s'autodéterminer sans une appréciation relativement minimale de la réalité, et que l'anosognosie et le déni

---

<sup>29</sup> *Loi sur la santé publique*, RLRQ, chapitre S-2.2, a.3.

<sup>30</sup> *Code civil du Québec*, L. Q., 1991, c. 64, a. 13

viennent empêcher l'exercice de ce droit. En invoquant ce droit à l'autodétermination pour justifier de ne pas forcer les soins pour cette catégorie de patient, on pervertit le processus légal, et on viole les droits sous couvert de les protéger. Cette situation est intenable sur le plan éthique et moral, et nous croyons qu'une solution existe, et qu'elle passe par la reconnaissance par la société et le système légal de l'effet de l'anosognosie et des dénis psychologiques massifs sur l'exercice du droit à l'autodétermination et sur la reconnaissance du rôle de la médecine pour aider les patients à retrouver cette capacité au plein exercice de leurs droits.

Plutôt que de cultiver des clivages stériles entre le juridique et le médical, il est souhaitable de travailler de concert pour garantir le respect effectif et réel de tous les droits fondamentaux, dont le droit à la santé fait partie. Il est aisé de prendre la position selon laquelle tous sont capables de s'autodéterminer en tout temps et en toutes circonstances, sans besoin d'appui de quelque nature. Cependant, l'épreuve de la réalité ne permet pas de soutenir cette position. Il existe des états qui affectent les capacités du cerveau d'une telle façon que la personne n'est plus en mesure d'être elle-même. Un tiers doit prendre le relais pour permettre à la personne de retrouver son identité et ses capacités perdues. C'est notre tâche commune, au monde juridique et médical, de trouver les encadrements nécessaires pour que cela puisse être fait de la façon la plus respectueuse de tous les droits fondamentaux.

Les lois du Québec permettent de mettre en place une assistance ou une substitution pour les patients qui sont trouvés incapables partiellement ou complètement de prendre des décisions. Il y a les lois régissant les régimes de protection<sup>31</sup> et celles permettant d'obtenir des ordonnances de soins contre le gré<sup>32</sup>. Le législateur reconnaît donc une partie des inégalités en matière de capacité d'autodétermination chez les citoyens. Cela dit, ces lois ne permettent pas de réagir rapidement aux états aigus et temporaires de perte de capacité ni aux fluctuations de cette capacité. Les demandes d'ordonnance de soins contre le gré prennent des semaines et plus souvent des mois avant d'être entendues, et les demandes de régime de protection prennent plusieurs mois. Ceci laisse des patients malades et anosognosiques sans soins pendant des périodes d'une longueur tout à fait inacceptables d'un point de vue médical. Et encore plus alarmante est l'absence de mécanisme pour forcer une consultation médicale sur la simple base de l'anosognosie suspectée. Ceci fait en sorte que plusieurs patients n'ont même pas accès à ces mécanismes lents et imparfaits, puisqu'ils n'auront pas accès aux équipes médicales susceptibles de faire les démarches requises pour protéger leur droit à la santé.

---

<sup>31</sup> *Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité*

<sup>32</sup> *Code civil du Québec*, RLRQ c CCQ-1991, c.64, a.16.

Nous insistons sur le nécessité de trouver une façon de contraindre les évaluations médicales et non seulement celles en psychiatrie, car selon la cause de l'anosognosie et le système biologique à l'origine de la maladie, il pourrait être plus pertinent de contraindre une évaluation dans une autre spécialité que la psychiatrie, en neurologie ou en gériatrie par exemple.

Dans l'état actuel de la loi, si nous prenons l'exemple d'un patient ayant une démence qui le rend inapte et qui refuse les évaluations médicales, son réseau de soutien doit attendre qu'il présente des comportements dangereux pour le faire transporter d'urgence à l'hôpital via la LPP. Une évaluation psychiatrique pourra être imposée via l'obtention d'une garde provisoire. Suite à l'évaluation psychiatrique, le psychiatre pourrait faire une demande d'ordonnance de soins contre le gré qui pourra s'assortir d'une obligation d'être évalué en gériatrie. Par suite de l'obtention de cette ordonnance, le gériatre pourra évaluer le patient. En cas de persistance d'un refus catégorique des soins et d'incapacité à consentir ou refuser les soins, le gériatre devra demander une deuxième ordonnance de traitements contre le gré, pour inclure les soins en gériatrie.

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre absolu de cas de troubles cognitifs qui vont de pair, nous estimons que cette situation risque de se présenter de plus en plus fréquemment et mener à des délais importants avant un diagnostic et des traitements adéquats pour une part des patients atteints de démence. Nous estimons que ceci porte atteinte à la dignité de ces patients en les soumettant à de lourdes et longues démarches juridiques. Ceci illustre à nouveau qu'une mécanique légale complètement différente doit être trouvée dans un partenariat et un dialogue entre les savoirs issus de la médecine et ceux issus du droit.

Imaginez un scénario différent où il serait possible pour le réseau de soutien d'un possible patient anosognosique d'avoir l'aide d'une équipe médico-légale de l'hôpital local afin d'obtenir une ordonnance d'examen médical dans la spécialité jugée appropriée. Puis, suivant cette demande, le patient anosognosique pourrait être évalué dans le lieu correspondant à ses besoins médicaux : via un transport ambulancier si l'état de santé est jugé menacé à court terme par la maladie, ou en externe dans une clinique médicale s'il n'y a pas d'urgence médicale. Selon l'évaluation du premier médecin identifié, un examen médical par un collègue d'une autre spécialité pourrait être automatiquement imposé dans le but de compléter l'évaluation médicale initiale, par exemple pour mieux évaluer la capacité à consentir aux soins. En cas d'inaptitude, une demande d'audience au tribunal spécialisé composé d'un juriste, d'un médecin de la spécialité concernée et d'un professionnel de la relation d'aide pourrait être présentée afin de demander une ordonnance de soins. Un intervenant d'assistance aux décisions médicales serait assigné au patient. Ainsi, le patient incapable de décider pour lui-même se verrait attribuer un professionnel

chargé de l'aider à exercer au maximum ses droits en matière de consentement et de refus de soins, sans négliger les limites issues de l'anosognosie et du déni. Un plan de traitement personnalisé issu des guides de pratiques couramment utilisés serait présenté au tribunal afin qu'il soit révisé et approuvé dans sa mécanique générale par le tribunal, sans exercer une trop grande contrainte dans les soins, tant que les soins respectent les plus hauts standards de qualité. Le patient se verrait assisté d'un tiers spécialisé en vulgarisation des concepts médicaux et en techniques pour pallier ou pour faire diminuer l'anosognosie et le déni. Le plan de traitement pourrait être coconstruit par le patient, le médecin et l'intervenant en assistance aux décisions médicales en fonction de la fluctuation de l'anosognosie et de l'approfondissement de la relation thérapeutique.

Cette nouvelle loi pourrait avoir un intitulé positif, comme par exemple : la loi pour assurer à tous une équité en matière d'accès aux soins de santé sans discrimination basée sur les handicaps et les incapacités. Cet accent sur le respect du droit à la santé nous semble important pour diminuer la stigmatisation liée au recours aux lois pour contraindre des soins. En effet, l'objectif du recours à la loi est, pour les médecins, de s'assurer que tous puissent être soignés équitablement, qu'ils soient anosognosiques ou non, afin d'assurer une vie digne et en phase avec les valeurs prémorbides de nos patients. En mettant cet objectif dans l'intitulé de la loi, il sera plus facile de faire comprendre nos objectifs aux patients, aux proches, au monde juridique et à la société en général.

Cette nouvelle loi fusion, qui s'appliquerait à tous, peu importe la nature de la maladie à l'origine du handicap ou de l'incapacité à s'autodéterminer, aurait aussi comme avantage majeur de respecter selon nous l'esprit de la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

### 3.2.3 Protéger le droit à la santé

Nous recommandons de fusionner les lois concernant les gardes et celles concernant les soins pour ne plus permettre de garder sans soigner. La loi pourrait permettre d'obtenir des ordonnances de soins de façon très rapide et pour des durées plus courtes, en simplifiant certains aspects. Ceci permettrait de diminuer les iniquités d'accès aux soins entre les patients anosognosiques et ceux qui ont une autocritique intacte. La façon concrète de procéder est difficile à concevoir, mais nous avons certaines propositions préliminaires à soumettre.

Par exemple, chaque hôpital pourrait avoir un comité dédié à la protection du droit à la santé. Ce comité serait composé d'un juriste, d'un psychiatre et d'un autre professionnel du soin. Nous croyons que l'implication d'un psychiatre n'est pas discriminatoire, car l'accent de l'article 13 est en partie sur la capacité à consentir en temps utile. L'anosognosie est l'un des

motifs empêchant le consentement. Les psychiatres sont les spécialistes de l'évaluation de l'anosognosie et des fonctions mentales qui permettent le consentement.

Tous les patients amenés via l'application de l'article 13 se verraient signalés à ce comité. Une révision de l'utilisation de l'article 13 serait faite. Puis un intervenant d'assistance aux décisions médicales serait assigné si pertinent.

Ce comité aurait la possibilité d'accorder des traitements contre le gré en cas d'anosognosie et de maladie nécessitant des soins qui sont au bénéfice du patient. Ceci permettrait de traiter rapidement avec l'ensemble des soins toutes les conditions médicales urgentes et dangereuses, sans discrimination. Ceci viendrait diminuer l'écart d'accès aux soins entre les patients anosognosiques et les autres. Aussi, ceci permettrait de diminuer plus rapidement l'anosognosie et de retourner aux soins volontaires le plus rapidement que possible. L'ajout d'un intervenant d'assistance aux décisions médicales permettrait de favoriser une participation maximale aux soins des patients, peu importe leurs handicaps.

Nous pensons qu'un tel comité permettrait de favoriser une logique d'accompagnement. Une plus grande surveillance clinique des soins sera également faite via l'implication de soignants dans le comité. La présence d'un juriste permettrait de protéger les droits fondamentaux des patients et de s'assurer que les démarches coercitives sont justifiées et sont au service d'un retour rapide au plein exercice du droit à l'autodétermination et au droit de refuser les soins. De plus, ce comité permettrait de mettre des juristes au service des patients dans un environnement proche des soins qu'ils requièrent, rendant ce processus moins taxant et anxiogène. L'ajout d'un intervenant d'assistance aux décisions médicales aurait également cette fonction d'améliorer l'accès des patients au plein exercice de tous leurs droits.

Est-ce que ce comité local pourrait avoir le mandat d'accorder des ordonnances de soins de plus longue durée ? Est-ce que le TAQ actuel pourrait avoir le mandat d'accorder les ordonnances de soins de plus longue durée, en plus de ses mandats actuels, en ayant des antennes permanentes dans chaque région ? Plusieurs points restent ouverts, il s'agit de propositions préliminaires qui demandent plus ample réflexion.

## 4. Autres considérations cliniques liées aux lois régissant les soins aux patients anosognosiques

Bien que le mandat accordé à l'IQRDJ par le gouvernement soit en lien avec la LPP, il nous apparaît important d'aborder le thème des ordonnances contre le gré. En effet, à divers endroits dans notre mémoire nous évoquons la possibilité de pouvoir soigner contre le gré

les patients placés sous garde. Ainsi, notre argumentaire ne peut se passer d'un détour par les problèmes et les solutions autour de ce thème.

## 4.1. Les ordonnances de traitements contre le gré

### 4.1.1. Problèmes actuels liés aux ordonnances de traitement contre le gré

Le problème principal autour des soins contre le gré est que les audiences sont trop longues à obtenir. Il faut prévoir dans notre région, à moins d'un risque de décès imminent, entre 6 à 8 semaines avant d'avoir une date de cour. Depuis peu, les avocats du contentieux de l'hôpital refusent de demander une audience tant que le rapport psychiatrique n'est pas achevé, ce qui allonge encore les délais. Ce type de rapport nécessite de deux à trois heures de rédaction et de révision. Nous prévoyons souvent des visites supplémentaires au patient pour compléter l'évaluation et pour donner de la thérapie pour tenter d'améliorer l'autocritique. En effet, avec l'amélioration de l'autocritique, il est permis de croire que nous pourrions éviter le recours aux soins contre le gré et nous favorisons toujours les soins volontaires plutôt que sous contrainte.

Nous constatons un manque de ressources et un manque de flexibilité à la cour pour les audiences en vue de l'obtention d'une ordonnance de traitement contre le gré. Dans notre région, il n'y a généralement que deux audiences par semaine en simultané le jeudi après-midi pour tout Lanaudière. Ainsi, ceci nécessite 2 avocats et un seul médecin ne peut présenter 2 requêtes la même semaine, puisqu'il ne pourra pas être aux deux audiences simultanées. Nous constatons aussi que des avocats peuvent participer en visioconférence (ceux du curateur public par exemple), mais que nous, ainsi que nos patients, devons faire le voyage aller-retour à la cour. Ceci pose un certain nombre de risques pour le patient et le personnel dans le transport, en plus de mobiliser les médecins pour beaucoup plus longtemps que la durée de l'audience. Nos lieux de travail sont à environ 45 minutes de la cour.

Nous profitons de ce que les lois sont toutes intriquées les unes avec les autres pour expliquer l'impact de la jurisprudence actuelle en matière d'ordonnance de soins sur la qualité des soins offerts aux patients atteints de maladies psychiatriques. Nous considérons que les demandes actuelles émanant du monde juridique ne respectent pas l'exercice de la médecine en fonction des plus hauts standards de qualité. Ainsi, bien involontairement nous en sommes persuadés, il se crée deux catégories de patients : ceux sous ordonnance de soins qui doivent être soumis à un plan de traitement rigide et très restrictif et qui n'offre pas la flexibilité de s'adapter à l'évolution de la maladie ni aux réactions individuelles, et ceux qui sont aptes et qui peuvent bénéficier à chaque moment des ajustements et changements requis dans le plan de traitements. Nous souhaitons souligner que la « carte blanche »

redoutée et décriée par le monde juridique ne sous a jamais semblé en être une, la médecine ne se pratique pas selon une « carte blanche », c'est même tout le contraire. Ainsi, en limitant le champ d'exercice et la flexibilité requise par la bonne pratique de la médecine, c'est à la maladie que les restrictions juridiques donnent de la latitude. Le cadre trop précis nous semble un obstacle au dialogue et il ne tient pas compte de la nature dynamique de la maladie, de la relation thérapeutique et des traitements qui n'ont pas les mêmes effets chez chacun.

#### 4.1.2. Les solutions liées aux ordonnances de traitement

##### *4.1.2.1 Créer un tribunal spécialisé et un comité de révision*

Nous suggérons que les ordonnances de traitement contre le gré soient présentées à un tribunal spécialisé semblable au TAQ. Nous suggérons aussi que les patients puissent avoir accès à une révision des traitements par un comité indépendant des équipes traitantes.

##### *4.1.2.2 Solution : les directives médicales anticipées*

Nous militons pour que les patients atteints de maladies pouvant entraîner une anosognosie et donc une incapacité à consentir aux soins puissent prévoir des directives médicales anticipées qui prendraient effet dans les périodes où ils ne seraient plus à même de consentir. Actuellement, la loi ne prévoit aucun mécanisme pour que les patients actuellement aptes puissent se protéger eux-mêmes d'avance et participer à leurs soins futurs lors des périodes de rechute.

Nous avons sous nos soins des patients aptes, qui ont une maladie récurrente, et qui aimeraient être sous ordonnance de traitements pour que l'on puisse rapidement intervenir lorsqu'il y a une rechute et une perte de contact avec la réalité. Or, dans l'état actuel des choses, il est impossible pour ces patients d'obtenir une telle ordonnance, car la condition essentielle pour présenter une demande à la cour est d'être inapte. Nous devons leur dire que nous allons devoir attendre une rechute pour faire une telle demande, mais cette solution est très peu adéquate. En effet, le plus souvent la maladie aura le temps de faire des ravages importants avant même que nous puissions avoir une date d'audience.

Nous demandons que des directives médicales anticipées soient possibles et qu'elles soient applicables à toutes les maladies. Nous aimerions qu'elles aient force de loi, en concordance avec les principes scientifiques sous-tendant les traitements, et qu'une mécanique rapide pour les mettre en action soit prévue. Nous aimerions aussi que des ressources soient allouées pour aider les patients à les rédiger. Plusieurs points seraient à préciser et à prévoir en cette matière, il s'agit d'un vaste sujet mais nous croyons qu'il s'agit d'une priorité à laquelle nous aimerions que le législateur s'intéresse.

Nous proposons aussi d'inclure la possibilité d'enregistrer un plan de traitement en cas de crise ou de rechute pour guider les soignants dans les zones plus incertaines des états limitrophes entre la pleine capacité à s'autodéterminer et le besoin d'une substitution complète.

## 5. Conclusion

La société confie au système de santé une tâche complexe et délicate : prédire la dangerosité des patients présentant des maladies psychiatriques. Cette idée que nous puissions prédire précisément ces événements tragiques est séduisante et rassurante, mais elle est malheureusement assez fautive. Ainsi, la société demande à la psychiatrie quelque chose qu'elle ne peut pas faire en l'état actuel de la science. Nous croyons que des efforts raisonnables doivent être déployés pour éviter des drames et des morts, mais la prédiction de la dangerosité érigée en système comme elle l'est dans la LPP ne nous apparaît pas être raisonnable.

Nous sommes inconfortables avec le caractère discriminatoire envers nos patients de certaines de nos lois actuelles, dont la LPP. Nous souhaitons une fusion et une simplification des lois régissant les soins pour qu'elles s'appliquent à tous, peu importe la nature de leurs maladies. Nous souhaitons que l'accent ne soit pas exclusivement sur la gestion de la dangerosité, mais plutôt sur le droit à la santé. Nous croyons que le système doit davantage s'outiller pour tenir compte des effets dévastateurs de l'anosognosie sur la santé et sur la sécurité des gens. De plus, nous croyons que l'évaluation de l'anosognosie est plus fiable que celle de la dangerosité, car il ne s'agit pas de faire des prédictions, mais bien de constater un état actuel.

Nous suggérons aussi la création d'une nouvelle catégorie d'intervenants, les intervenants en assistance aux décisions médicales. Ces intervenants dûment formés pourront jouer le rôle de soutien à la prise de décisions cliniques pour aider à diminuer les inégalités entre les patients en déni et anosognosiques et ceux n'ayant pas ce handicap.

Nous suggérons que les lois régissant les soins soient administrées par un tribunal de médiation et d'accompagnement plutôt que par le modèle adversarial actuel. Nous croyons que ce système pourra favoriser l'accès à la justice pour les patients dans les meilleures conditions possibles.

La surveillance des privations exceptionnelles de certains droits fondamentaux au service des soins devrait être assurée par des équipes incluant des médecins, et le processus

d'appel devrait inclure la possibilité d'avoir accès gratuitement à une réévaluation par une équipe médicale tierce.

L'implication systématique des proches via une révision prudente de l'étendue du devoir de confidentialité est à prévoir. Nous aimerions que quelque chose soit prévu dans la loi pour s'assurer que le réseau de soutien ne soit pas aliéné par le processus juridique et pour leur épargner le rôle de partie adverse.

Nous appelons donc à une réforme complète des lois actuelles. Nous visons à réconcilier la nécessité de protéger la société avec celle de garantir des soins adaptés et non discriminatoires aux patients. Ces lois devraient tenir compte des avancées en matière de compréhension des maladies mentales et être révisées régulièrement.

Nous sommes conscients que nous demandons un vaste chantier de réformes. Les moyens pour parvenir à un système de lois plus simples, non discriminatoires et mieux ajustées aux besoins des patients et de la société ne sont peut-être pas ceux que nous vous proposons. Nous avons fait l'effort de réfléchir à ces problèmes avec notre vision de psychiatres, afin de nourrir la réflexion forcément multidisciplinaire qui s'impose. Nous sommes dans le système de santé depuis plusieurs années déjà, nous avons à cœur d'offrir les meilleurs soins possibles aux patients les plus malades. C'est ce qui motive notre ambitieuse demande de changement de paradigme.

## 6. Références

1. *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c M-9, r 17
2. Maldonado KA, Alsayouri K. Physiology, Brain. 2023 Mar 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. PMID: 31869182.
3. *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles mêmes ou pour autrui*, P-38.001
4. Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux
5. Saya, A. et al.(2019) Criteria, procédures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: a narrative review; *Frontiers in psychiatry*; volume 10 ; article 271.
6. Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux
7. Rebbhi, H. et al, (2019) Impact de la durée de psychose non traitée sur la qualité de vie et les fonctions cognitives, *L'Encéphale* ; Volume 45, Issue 1, Pages 22–26  
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.12.006>
8. Fau, V. (2024) Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux
9. Lehrer, D. S., & Lorenz, J. (2014). Anosognosia in schizophrenia: hidden in plain sight. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(5-6), 10–17.
10. Gooding, P. (2017) *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Cambridge: Cambridge University Press.
11. Corderoy, A., Kisely, S., Zirnsak, T., & Ryan, C. J. (2024). The benefits and harms of inpatient involuntary psychiatric treatment: a scoping review. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1–48. <https://doi.org/10.1080/13218719.2024.2346734>
12. Thornicroft, G. (2020) People with severe mental illness as the perpetrators and victims of violence: time for a new public health approach *The Lancet Public Health*, Volume 5, Issue 2, e72—e73 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30002-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30002-5)
13. Ghiasi N, Azhar Y, Singh J. Psychiatric Illness and Criminality. [Updated 2023 Mar 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan—. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK537064/>
14. *Code civil du Québec*, L. Q.. 1991, c. 64. a. 13
15. Roland M Jones, Marianne Van Den Bree, Stanley Zammit, Pamela J Taylor,(2020) Change in the Relationship Between Drinking Alcohol and Risk of Violence Among Adolescents and Young Adults: A Nationally Representative Longitudinal Study, *Alcohol and Alcoholism*, Volume 55, Issue 4, Pages 439–447,  
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agaa020>
16. Institut national de santé publique du Québec. *Les conséquences de la consommation d'alcool*. Gouvernement du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/alcool/dossier/alcool-consequences-consommation>
17. *Loi sur la santé publique*, RLRQ. chapitre S-2.2

18. Ruud, T. and Friis, S. (2022), Continuity of care and therapeutic relationships as critical elements in acute psychiatric care. *World Psychiatry*, 21: 241-242. <https://doi.org/10.1002/wps.20966>
19. Szmukler G. (2018) *Men in white coats, treatment under coercion*, Oxford University Press
20. Levesque, P. & Perron, P. A. (2024). *Les comportements suicidaires au Québec : Portrait 2024*. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 71 pages.
21. Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M., & Zubizarreta, J. R. (2020). Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Molecular psychiatry*, 25(1), 168–179. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0531-0>
22. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. (2019) Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*.;76(6):642–651. doi:10.1001/jamapsychiatry.0174
23. CRISE (2022) *Évaluation des outils d'estimation du risque suicidaire. Prévention du suicide : synthèse des connaissances*. <https://comprendrelesuicide.uqam.ca/fr/connaissance/validation-des-outils-de-reperage-destimation-du-danger-devaluation-du-risque>
24. Millaud, F. (1996) *Troubles mentaux et violence*, *Criminologie*, vol 9, numéro 1
25. *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* Bibliothèque et Archives nationales du Québec (2018) Bibliothèque et Archives Canada, 2018 ISBN : 978-2-550-79047-1
26. Fau, V. (2024) *Rapport 1 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*
27. Organisation des Nations Unies (ONU). *Convention relative aux droits des personnes handicapées* [Internet]. Adopté le 13 décembre 2006. Entré en vigueur le 3 mai 2008. New York: ONU, Division for Inclusive Social Development; 2006. <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>.
28. *Code civil du Québec*, RLRQ c CCQ-1991, c.64, a.16.
29. *Loi sur la santé publique*, RLRQ. chapitre S-2.2, a.3.
30. *Code civil du Québec*, L. Q.. 1991, c. 64. a. 13
31. *Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité*
32. *Code civil du Québec*, RLRQ c CCQ-1991, c.64, a.16.

## 7. Bibliographie

Dean, K., Laursen, T. M., Marr, C., Pedersen, C. B., Webb, R. T., & Agerbo, E. (2023). Absolute and relative risk of violent victimisation and perpetration following onset of mental illness: a Danish register-based study. *The Lancet regional health. Europe*, 36, 100781.

<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100781>

Lesage, Alain, Émond, Valérie. (2012) Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services, Institut national de santé publique du Québec. 16 pages

Levesque, P. & Perron, P. A. (2023). Les comportements suicidaires : portrait 2023. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 57 pages.

Marleau, Isabelle (2023) Troubles mentaux sévères et risque de violence : évaluation et interventions, Ordre des psychologues du Québec, <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/troubles-mentaux-severes-risque-violence>

Quintin, J. (2020). La face cachée de la coercition : une herméneutique de l'ambivalence. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 4–13. <https://doi.org/10.7202/1073542ar>

Ullrich, S., Keers, R., & Coid, J. W. (2014). Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia bulletin*, 40(5), 1174–1181. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt126>

Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 487–503. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0356-x>

Wildman, E. K., MacManus, D., Harvey, J., Kuipers, E., & Onwumere, J. (2023). Prevalence of violence by people living with severe mental illness against their relatives and its associated impacts: A systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 147(2), 155–174. <https://doi.org/10.1111/acps.13516>