

Rédaction

Comité politique de l'AGIDD-SMQ :

Julie Rivard, présidente, AGIDD-SMQ e
CAMÉÉ (Montréal)

Claude Moreau, vice-président, AGIDD-SMQ
Pro-Def Estrie (Estrie)

Francois Winter, porte-parole et administrateur, AGIDD-SMQ
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches (Chaudière-Appalaches)

France Riel, directrice générale
RAIDD-AT (Abitibi-Témiscamingue)

Jean-Francois Plouffe, chargé de dossiers et de communications
Action Autonomie (Montréal)

Mélodie Pelletier, conseillère en défense des droits
Droits-Accès Outaouais (Gatineau)

Nancy Melanson, coordination et responsable du volet sociopolitique
AGIDD-SMQ (Montréal)



4837, rue Boyer, bureau 210
Montréal (Québec) H2J 3E6

Téléphone : (514) 523-3443
Télécopieur : (514) 523-0797
Courriel : info@agidd.org
Site Internet : www.agidd.org

Table des matières

Présentation de l'AGIDD-SMQ	6
Les démarches et l'implication de l'AGIDD-SMQ dans le cadre du mandat de l'IQRDJ	7
Appréciation des deux premiers rapports de l'IQRDJ	8
Mise en contexte	8
La panique morale et médiatique	9
La stigmatisation et les préjugés.....	9
Le sanisme : plus profond que les préjugés.	10
La maltraitance institutionnelle et la coercition psychiatrique	11
Les droits fondamentaux au Québec et dans le monde	12
Pour aller plus loin sur le contexte social et les services en santé mentale	15
La Loi P-38 au Québec – position de l'AGIDD-SMQ	15
Enjeux relatifs à la P-38.001	16
Les critères, la définition et l'interprétation de la dangerosité.....	16
Dangerosité et « dérangerosité ».....	19
Les rapports d'évaluation psychiatrique et leur place prépondérante à la cour	19
Pour aller plus loin sur les enjeux pratiques liées à la P-38.001 :.....	20
La présumée complexité de la Loi P-38.001	20
Les rôles des organismes communautaires, du réseau de la Santé, du système de Justice et de la Sécurité publique.....	21
Le cadre de référence du MSSS et les protocoles de mise sous garde	22
Le consentement aux soins; un choix pas de choix !	26
Enjeux juridiques liées à la P-38.001	27
Le droit à l'information et à la représentation	27
Le respect des délais légaux et procéduraux	28
Les outils de communication des informations liées aux procédures judiciaires.....	28
La présence des personnes à la cour.....	28
La représentation des personnes à la cour.....	28
L'accès à la représentation juridique en temps opportun	29
L'accompagnement des personnes à la cour	29
Rôle et fonctionnement des instances en charge du respect des droits	29
L'accès à l'aide juridique	30

La durée des audiences	30
Le recours aux audiences virtuelles.....	30
Le taux d'acceptation des demandes	31
L'information sur les recours par suite du jugement, notamment le recours au TAQ	32
Le partage de compétences juridictionnelles entre différents tribunaux et l'élaboration d'un tribunal spécialisé en santé mentale	33
Les services en situation de crise (SASC)	34
Le « avant, pendant et après » la P-38.001	34
Les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement	35
Conclusion	36
Recommandations :	38
Annexes.....	43
Annexe 1	43
Annexe 2	45

Présentation de l'AGIDD-SMQ

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a pour mission de lutter de concert avec ses groupes membres présents dans tout le Québec pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, reconnus par le législateur québécois et fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de toute personne citoyenne.

L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés, la stigmatisation et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Notre association compte **17 groupes-membres réguliers ayant deux types de missions**:

Les groupes régionaux de promotion et de défense de droits en santé mentale ont pour mission de promouvoir et de défendre au plan individuel et collectif les droits des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Cette mission s'actualise par l'accueil, l'aide et l'accompagnement dans les démarches individuelles, la promotion et la sensibilisation, l'information sur les droits et la défense collective et systémique des droits.

Les groupes de promotion-vigilance exercent ce qui est d'abord une pratique mise de l'avant par des groupes d'entraide en santé mentale. Cela consiste à porter un regard averti et critique sur le respect des droits et, par conséquent, à s'assurer que les droits d'une personne ou d'un ensemble de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, sont respectés autant que ceux de l'ensemble des citoyens.

L'ensemble des groupes-membres de l'AGIDD-SMQ ont aussi une vie associative riche et leur propre membrariat. C'est donc portée par le **savoir expérientiel de milliers de personnes premières concernées** que l'AGIDD-SMQ et ses groupes-membres incarnent la défense et la vigilance des droits, la promotion du mouvement alternatif en santé mentale, et c'est dans l'exercice de leur mission que se développe un savoir et une expertise qui se doit d'être reconnu et entendu.

Les démarches et l'implication de l'AGIDD-SMQ dans le cadre du mandat de l'IQRDJ

Au mois de mai 2023, le ministre responsable des Services sociaux, Lionel Carmant, a mandaté l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) pour coordonner une réflexion sur l'application de la Loi P-38.001, qui encadre la garde en établissement.

La garde en établissement (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, ou P-38.001) est une loi d'exception qui permet de priver une personne de son droit à la liberté, en ordonnant son hospitalisation en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique. Un seul critère entre en ligne de compte lors d'une telle décision : le fait que l'on considère que son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. On parle d'hospitalisation forcée ou involontaire et son application est opprimante et contourne les droits fondamentaux plus que ce que le caractère exceptionnel de cette Loi ne le permet, selon les expériences de plusieurs centaines de personnes premières concernées. Le constat des groupes de l'AGIDD-SMQ est plutôt de l'ordre d'une loi d'exception devenue une loi d'oppression; un outil pratique pour exercer un contrôle social.

L'AGIDD-SMQ se mobilise afin d'éviter des reculs au niveau droits et libertés des personnes vivant un problème de santé mentale. En effet, les groupes de défense des droits sont bien placés pour voir, au quotidien, les divers abus commis. Les personnes souffrent d'un manque criant de services et du désinvestissement dans la promotion et la prévention en santé mentale. Les titres sensationnalistes dans les journaux, associant violence et problème de santé mentale, sont injustement alarmistes et stigmatisants.

Depuis mai 2023 que l'AGIDD-SMQ, ses groupes-membres et les personnes premières concernées se mobilisent pour porter leurs préoccupations et leurs inquiétudes sur un possible recul sur les droits par le biais d'actions et de représentations. Nous avons entre autres :

- Mis à la disposition de la littérature grise
- Organisé une tournée de consultation nationale auprès des personnes premières concernées ayant 2 objectifs distincts : offrir une séance d'information sur la P-38 et récolter des données empiriques en consignnant le savoir expérientiel.
- Collaboré avec l'*Observatoire en justice et santé mentale* pour l'organisation et la tenue d'un forum en avril 2024
- Tenu une mobilisation nationale sous le thème « *Touche pas à nos droits!* »
- Offert des ateliers à des organismes alliés (RODCD, AttrueQ, Regroupement des Auberges du Cœur, Ligue des Droits et Libertés)
- Produit des mémoires

Appréciation des deux premiers rapports de l'IQRDJ

L'AGIDD-SMQ tient à souligner le travail exhaustif de l'IQRDJ que l'on constate, avec reconnaissance, pour le premier chantier de son mandat.

Les deux rapports rendus publics depuis le 22 octobre 2024 traitent totalement du sujet et font preuve d'une nécessaire neutralité et objectivité dans le cadre d'un « tour de la littérature » comme premier chantier.

Devant la constatation que l'IQRDJ a bien saisi les tenants et aboutissants de la P-38 et de ses enjeux et que le rapport fait le récit exact de l'historique de la P-38, nous ne ressentons pas le besoin de reprendre les différents types de garde et l'essence de leurs applications. Comme ces deux premiers rapports nous sont satisfaisants, nous convenons qu'ils seront la base d'assise pour l'élaboration du présent mémoire.

À cet effet, notre seule doléance relative à ces rapports est le dépassement de délai. D'une part, le délai initialement annoncé visait le printemps 2024 et fût reporté à l'automne sans en avoir été informé. D'autres parts, les rapports sont datés du 27 septembre mais ce n'est que le 22 octobre 2024 que nous avons pu en prendre connaissance. Considérant que l'appel aux mémoires prend fin le 1^{er} décembre 2024, nous sommes un peu comprimés dans le temps.

Mise en contexte

En vigueur depuis 1998, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (P.38.001)* venait compléter les dispositions du code civil sur la garde en établissement en encadrant le processus. Cette Loi amenait plusieurs avancées, notamment l'évaluation d'un intervenant en situation de crise avant le transport de la personne à l'hôpital par un agent de la paix, le changement de vocabulaire qui distinguait les soins (cure) à celle de la garde forcée en établissement et par la diffusion de documents d'information sur les droits et recours aux personnes mises sous garde.

Toutefois, ces avancées n'ont pas amené un changement de culture dans le respect des droits en santé mentale. Les groupes régionaux de promotion et de défense de droits en santé mentale, les groupes de promotion vigilance ainsi que notre l'AGIDD-SMQ, ont documenté et dénoncé l'absence d'encadrement dans l'application de la P-38.001, la méconnaissance systémique du personnel sur la Loi, les errements dans le processus et enfin, le caractère discriminatoire et abusif que cette Loi fait subir aux personnes qui en font l'objet.

Des enjeux également dénoncés par le Protecteur du citoyen, le Barreau et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans des rapports qui relèvent des problématiques majeures et celles-ci ont conduit à la diffusion en 2018 d'un cadre de référence provincial sur l'application de la P-38.001.

Comme l'a démontré un examen critique des 20 premières années d'application de la Loi, un profond changement de modèle s'impose, un modèle basé sur le respect de la personne, de ses droits fondamentaux tel le droit à la liberté, le droit au choix, à l'équité devant les cours de justice et le droit d'être traité dignement comme tous les autres citoyens.

L'AGIDD-SMQ s'oppose à l'ajout de critères facilitant l'application de la P-38.001 aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Nous demandons le respect du caractère exceptionnel de cette Loi par une application stricte du cadre de référence ministériel produit en 2018 et la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation forcée.

La panique morale et médiatique

La manière dont les médias abordent la question de la santé mentale, que ce soit à travers des cas spécifiques ou des discussions générales, peut exercer une influence significative sur les perceptions du public ainsi que sur les politiques publiques. Ils représentent une source d'informations importantes en matière de santé mentale pour la population et le traitement médiatique qui y est accordé, malgré de bonnes intentions, peut contribuer à la stigmatisation et à la discrimination des personnes éprouvant des souffrances psychologiques.

L'association entre « gestes à caractère violent » et « santé mentale » est particulièrement préjudiciable en contribuant à la construction des représentations sociales négatives et inflige des stigmates aux personnes ayant un problème de santé mentale. L'association de certains problèmes de santé mentale à la violence, à la dangerosité, au crime et à l'imprévisibilité alimente une panique morale et la faveur envers des politiques publiques qui ciblent davantage le contrôle social plutôt que celles visant l'amélioration des conditions favorables à l'épanouissement et à l'inclusion.

La stigmatisation et les préjugés

Le préjugé est une arme oppressive puissante qui a la vie dure. Il faut se rappeler qu'il a une fonction bien particulière : éloigner de soi ou garder une distance avec ce qui crée un malaise, un inconfort ou de la peur. C'est une façon assez efficace et économique, somme toute, de faire rempart à ce que l'on ne veut pas voir chez soi, en soi ou près de soi. Lorsque ce préjugé prend de l'ampleur et se généralise, il produit des représentations réductrices qui servent à ériger une barrière entre soi et l'*autre* dont on a peur, à se protéger de l'idée même que tel ou tel problème puisse nous toucher un jour ou puisse même exister. La transmission intergénérationnelle du stigma entourant la santé mentale a pris racine en chacun de nous, à des degrés divers certes et malgré notre volonté.

La culture et le langage transportent des clichés qui sont encore présents aujourd'hui. À titre d'exemples, des expressions langagières étaient et sont encore fréquemment utilisées pour décrire certains états caractérisés par l'intensité ou le débordement émotionnel : « c'est une folle », « elle est folle à lier », « il est dérangé », « c'est un détraqué », « un bizarre », « une soucoupe », « c'est un malade mental » ... À propos de comportements marqués par l'apathie ou des états dépressifs, l'on entendra : « il est lâche », « elle manque de volonté », « elle est paresseuse », « il est pas fait fort » ... Ces jugements catégoriques et ces qualificatifs peu enviables soulignent la déviance des comportements tout en alimentant la peur de l'internement à l'hôpital psychiatrique (autrefois l'asile), ou encore la crainte de devenir un bouc émissaire s'il fallait que notre propre esprit se mette à dérailler. Ces représentations péjoratives liées à la santé mentale disqualifient toute réflexion ou interrogation constructive sur l'état psychologique ou émotionnel des

personnes ciblées. Elles empêchent aussi les personnes souffrantes ou en détresse de demander de l'aide : je ne veux pas consulter, je ne veux pas qu'on me prenne pour un malade mental, un déviant ou un fou.

Quant à l'association « violence » et « santé mentale », le préjugé a « la couenne dure », plus particulièrement pour certains « diagnostics ». Les médias et la psychiatrie elle-même, contribuent largement à la panique sociale et à la démonisation de certains problèmes de santé mentale. Nous sommes présentement dans une ère de « schizophrénie » soutenue par des systèmes de croyances et d'oppression qui influencent de manière importante et insidieuse les pratiques professionnelles et plus largement celles des institutions sociales et politiques. Plusieurs pratiques, aussi thérapeutiques qu'on puisse se le faire croire, nuisent au respect des droits humains, des droits fondamentaux et des droits civils, ainsi qu'à la qualité des soins prodigués.

Le sanisme¹ : plus profond que les préjugés.

La *Convention relatives aux droits des personnes handicapées*² (CDPH) affirme aussi qu'il importe de reconnaître et d'attribuer une même valeur à toute personne, indépendamment de sa différence, de ses capacités et de son fonctionnement. Ainsi, le fait de valoriser de manière importante l'autonomie fonctionnelle comme indépendance individuelle, sans prendre en considération les causes sociales et politiques des expériences de handicap vécues par les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité, constitue une forme de capacitisme. Ce système de croyances et d'oppression dévalue injustement les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité, de même qu'il empêche de combattre les causes sociales et politiques qui infèrent sur les capacités et incapacités des personnes. Ce n'est pas tant l'incapacité en elle-même qui nuit à la qualité de la vie de maintes personnes différentes, mais bien la façon dont elles sont perçues et entravées socialement, découlant du manque d'efforts collectifs pour créer des environnements sociaux, juridiques et politiques au sein desquels elles puissent être valorisées, incluses et respectées au même titre que toute autre.

Le sanisme est une forme de discrimination qui cible les personnes ayant des différences de santé mentale. C'est un peu comme le capacitisme, qui discrimine les personnes en fonction de leurs capacités physiques. Dans le sanisme, on considère que ceux qui n'ont pas de problèmes de santé mentale sont « normaux » et que leur façon de fonctionner dans la société est acceptable, alors que ceux qui ont des différences mentales sont perçus comme anormaux ou défailants. En bref, sont jugés négativement les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, les voyant comme inférieures. Les personnes considérées « saines d'esprit » sont valorisées par la société, tandis que celles avec un diagnostic de santé mentale, elles, sont souvent stigmatisées et perçues comme ayant un comportement et un fonctionnement social condamnable.

Le rapport de recherche *Santé mentale et violence sexiste, ce que les femmes ont à dire* cite Poole (2012) qui va plus loin en décrivant le sanisme comme « un système de valeurs selon lequel il est perçu comme admissible d'opprimer les personnes ayant un trouble de santé mentale. De ce fait, le sanisme participe à

¹ Drolet, M.-J. (2022). Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(4), 89–93. <https://doi.org/10.7202/1094701ar>

² <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

produire, à entretenir et à justifier la stigmatisation de cette population. S'appuyant sur des stéréotypes négatifs ainsi que sur la méfiance, le sanisme perpétuerait l'idée problématique que les personnes vivant avec un trouble de santé mentale sont éternellement à risque de délires, instables, imprévisibles, menteuses, indignes de confiance, irrationnelles et dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui. Ces caractéristiques justifieraient donc leur prise en charge, leur confinement et l'imposition de traitements divers »³.

Dans ce cadre, la psychiatrie a pour rôle de classer ces différences en établissant des diagnostics. L'idée est de comprendre ces « troubles » pour tenter de les réduire ou d'en atténuer les effets sociaux indésirables. Cette vision de la psychiatrie amène à adopter une vision critique du diagnostic, lequel est perçu comme un instrument puissant de contrôle social par la pathologisation des personnes et médicalisation des enjeux sociaux, contournant, voire brimant au passage, les droits civils, l'intégrité et la dignité des personnes. Noter que les pratiques dominantes de médication ne sont qu'une des dimensions problématiques propres au système biopsychiatrique, qui tend à étiqueter les personnes diagnostiquées comme étant porteuses d'une maladie strictement biologique. Une telle approche en vient à vider le contenu politique et social de l'expérience de ces personnes, marquée par les préjugés, la négligence et/ou des abus systémiques de toutes sortes et à individualiser leur souffrance.

Le sanisme doit être condamné parce qu'il engendre des discriminations attentatoires, permet l'occurrence quasi quotidienne de microagressions, voire d'agressions (ex. : insultes, propos dénigrants et humiliants) ainsi que des dénis de droits fondamentaux à l'endroit des personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent.

N'oublions pas que psychiatiser les personnes a des impacts insoupçonnables et pernicieux sur l'ensemble des sphères de la vie des personnes. Les personnes psychiatisées, avec un diagnostic ou non, seront confrontées à des difficultés de discrimination à l'embauche, aux études, à l'assurabilité, à l'accès au logement et à la propriété et à la pleine citoyenneté pour ne nommer que ceux-là.

Concluons en mentionnant que malgré certaines avancées relevées, des luttes sont toujours à mener, tant pour que la parole collective des personnes vivant un problème de santé mentale se fasse entendre que pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé par les différentes instances sociales, politiques, médiatiques, médicales et gouvernementales.

La maltraitance institutionnelle et la coercition psychiatrique

« C'est pour ton bien! » Voilà une phrase que les personnes qui vivent un problème de santé mentale sont habituées à entendre. En effet, c'est l'expression généralement utilisée lorsqu'on veut imposer un traitement, une hospitalisation ou une mesure de contrôle à une personne ayant un diagnostic psychiatrique. C'est l'ultime argument lorsque que la personne questionne trop, ou refuse ce qu'on lui

³ Katharine Larose-Hébert, Alexis Hieu Truong, Marie-Hélène Deshaies, Julia Léonard, Émilie Rochefort, en collaboration avec la Maison Marie-Rollet, le Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale, Relais-femmes, Violence Info, Viol-Secours, Véronique Fortin, Annick Legault, Sonia Trudel. (2023). Santé mentale et violence sexiste, ce que les femmes ont à dire. Expériences dans les services publics : point de vue de femmes psychiatisées ayant vécu de la violence. p.15

propose comme solution à ses difficultés. Alors, on tient pour acquis que la personne n'est pas en mesure de comprendre la situation et on juge que « pour son bien », on se doit d'utiliser des moyens coercitifs. La coercition est présente en trame de fond dans les approches, les pratiques et les services offerts aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et qui par le fait même contreviennent au respect de leurs droits fondamentaux et représentent la porte d'entrée parfaite à la maltraitance.

Les droits fondamentaux au Québec et dans le monde

La santé mentale est une priorité croissante en matière de santé publique et un impératif en matière de droits de l'homme. En conséquence, un nombre croissant de pays adoptent ou réforment la législation relative à la santé mentale. Souvent, la législation existante ne tient pas compte des facteurs sociaux et économiques qui affectent la santé mentale et peut ainsi perpétuer la discrimination et les violations des droits humains, telles que le refus de l'accès à la justice, le déni de la capacité juridique, les pratiques coercitives, l'institutionnalisation et les soins de mauvaise qualité, y compris dans les établissements psychiatriques et dans les établissements généraux offrant des soins de santé mentale.

En réponse, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH) ont publié *Mental health, human rights and legislation : Guidance and practice*⁴ sur les droits humains dans le monde entier des Nations Unies pour les droits de l'homme (HCDH), plaident activement en faveur d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits humains. Le cadre international des droits de l'homme, en particulier la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*⁵ (CDPH), appelle à une évolution significative des approches biomédicales pour passer d'un paradigme de soutien qui promeut la santé mentale vers un paradigme de soutien qui promeut la personne, l'autonomie et l'inclusion dans la communauté.

Leur objectif commun et leurs orientations communes est de veiller à ce que les politiques, systèmes, services et programmes de santé mentale fournissent des soins et un soutien de haute qualité pour tous, conformément aux normes internationales en matière de droits humains y compris la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). D'ailleurs l'intégration de la santé mentale dans la législation générale plutôt que l'adoption de lois spécifiques à la santé mentale est fortement encouragée.

Leurs orientations sont destinées aux législateurs, aux décideurs politiques et aux professionnels impliqués dans la législation et les soins en matière de santé mentale. Elles peuvent également être utile à ceux qui travaillent dans des domaines connexes, tels que les entités des Nations Unies, les fonctionnaires, les personnes premières concernées et les personnes ayant des incapacités psychosociales, les organisations professionnelles, les membres de la famille, les organisations de la société civile, les organisations de personnes handicapées, les travailleurs humanitaires, les organisations communautaires, les chercheurs, les universitaires et les représentants des médias.

⁴ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

⁵ <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

Le Rapporteur spécial des Nations Unies considère que l'hospitalisation et le traitement involontaires, la réclusion ou l'isolement, et l'utilisation de moyens de contention sont également fréquents dans la plupart des systèmes de santé mentale.

Les violations généralisées des droits de l'homme et les préjudices causés par les systèmes de santé mentale ont conduit à un héritage de traumatismes qui ont un impact sur de nombreuses personnes et communautés et qui s'étendent sur plusieurs générations.

Le cadre international des droits de l'homme exige que les pays adoptent une approche fondée sur les droits pour la législation sur la santé mentale. La santé mentale est une préoccupation fondamentale en matière de droits de l'homme et elle est essentielle à la réalisation du droit à la santé. En conséquence, la législation sur la santé mentale doit donc prendre une nouvelle direction et s'éloigner du « paradigme biomédical » étroit et traditionnel qui a contribué à la coercition et à la discrimination.

Les enjeux entourant les soins, les services, les programmes et les politiques en santé mentale ne devraient être adressés uniquement en son propre domaine ni en injectant uniquement des ressources financières et humaines. Il est impératif de transformer la vision coercitive de la santé mentale et les services en une vision fondée sur les droits de l'homme, dépourvue de discrimination.

Au Québec, il existe des procédures coercitives que nous appelons « mécanismes d'exception » (Loi P-38.001, les mesures de contrôles que sont l'isolement et la contention physique et chimique et les autorisations judiciaires de soins) car elles dérogent à la *Chartes des droits et libertés de la personne du Québec* et à la *Charte canadienne des droits et libertés* concernant notamment l'inviolabilité de la personne, son droit à l'intégrité ainsi que son droit à la liberté. En théorie, il s'agit de mesures de dernier recours.

Bien que de se prévaloir de lois d'exceptions pourrait sembler plus respectueux des droits humains, il n'en demeure pas moins que nous constatons quotidiennement un laxisme quant au respect strict et rigoureux tant des droits fondamentaux que des droits civils et du code de procédure judiciaire. La loi P-38.001 demeure douteuse dans son interprétation et dans son application et présentement nous faisons face à un lobby de l'Association des médecins psychiatres (AMPQ), entre autres, pour un changement de la loi, voir du code civil, au bénéfice de son administration, de la facilité entre le système de santé et le système judiciaire, d'une sécurité publique plus accrue et de l'approche biomédicale mais contraire à la dignité humaine, à la *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées* et aux droits de l'homme des Nations unies.

En effet le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Méndez, dans son rapport de 2013⁶, souligne « *que la doctrine de la nécessité médicale demeure un obstacle à la protection contre les pratiques arbitraires dans les établissements et précise qu'un traitement administré en violation des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qu'il y ait contrainte ou discrimination, ne saurait être légitime ni justifié par la doctrine de la nécessité médicale.* ». Il ajoute d'ailleurs « *Les interventions forcées, que l'on essaie souvent*

⁶ ONU, Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 26 pages, 1er février 2013.

de justifier par des arguments relatifs à l'incapacité et à la nécessité thérapeutique contraires à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sont légitimées par les lois nationales, et elles peuvent recueillir l'adhésion du public lorsqu'elles sont présentées comme servant « l'intérêt supérieur » de la personne concernée. Néanmoins, dans la mesure où elles infligent une souffrance et des douleurs aiguës, elles enfreignent l'interdiction absolue de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants. »

Zeid Ra'ad Al Hussein, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, dans son rapport « Santé mentale et droits de l'homme » de 2017⁷ nous rappelle que « *la santé mentale n'est pas seulement une préoccupation qui relève du domaine de la santé ou du domaine médical : il s'agit, pour une grande part, de droits humains, de dignité et de justice sociale et nous indique que des changements fondamentaux s'imposent dans les approches actuelles de la protection des droits de ces personnes et la manière dont cette protection est mise en œuvre dans les politiques.* » Il déclare, lui aussi, que l'internement forcé, les traitements forcés et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédicalisation, y compris toute médication administrée sous prétextes fallacieux et sans en informer des risques, constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture.

Quant au Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, Dainius Puras, indique dans son rapport de 2017⁸ que « *les crises dans le domaine de la santé mentale devraient être prises en charge, non pas en tant que crises qui relèvent de pathologies particulières, mais en tant que crises fondées sur des obstacles sociaux qui entravent les droits des personnes et leur reconnaissance du droit à la dignité. Il indique aussi que les politiques de santé mentale devraient viser à résoudre les déséquilibres dans les rapports de force plutôt que les déséquilibres chimiques.* »

En sommes, toutes lois d'exception d'ordre légale normalisent la coercition dans la pratique quotidienne et augmentent les situations pouvant donner lieu à des violations des droits de l'homme.

Quant à l'AGIDD-SMQ, nous sommes d'avis que le nombre effarant de requêtes en garde en établissement et en autorisation judiciaire de soins est un signe flagrant de l'échec psychiatrique et de la coercition qu'elle exerce toujours. Cette coercition est largement cautionnée par la société, par le système de santé et les tribunaux, et entraîne la marginalisation, l'exclusion et la souffrance de trop de personnes. Il semble que ces systèmes soient sous le joug d'un réflexe de protection malsain, une obsession du risque zéro, une association irraisonnée entre santé mentale et violence et une acceptation de la sécurité au détriment de la liberté et des droits fondamentaux qu'on ne constate pas dans le code criminel. Toutes ces exceptions aux droits fondamentaux des personnes ayant un problème de santé mentale ne soulèvent que peu d'émotions, de questionnements et d'indignation dans la population, dans les médias, dans le

⁷ ONU, Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, par Zeid Ra'ad Al Hussein, A/HRC/34/32, 20 pages, 31 janvier 2017.

⁸ ONU, Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, par Dainius Pūras, A/HRC/35/21, 24 pages, 27 mars 2017.

système psychiatrique, auprès du politique et chez les gestionnaires du système de santé et même du système de justice ! Pourquoi ? Parce que nous avons intériorisé l'idée que la coercition est indissociable de la psychiatrie.

Pour aller plus loin sur le contexte social et les services en santé mentale

Pour une bonne prévention en santé mentale, il est important de la réfléchir en termes de déterminants sociaux de la santé et des droits humains, et ce non seulement sur le plan théorique mais aussi au niveau des politiques et des pratiques. La prévention en santé mentale nécessite d'intervenir sur les structures et les déterminants sociaux en dehors du secteur des soins de santé mentale. Présentement les interventions (comme la P-38.001) sont axées sur les facteurs de comportements individuels les plus perceptibles que l'on médicalise. Bien que les changements qu'il convient d'introduire à l'échelle du système soient parfois correctement formulés dans les documents de politique, ils sont rarement appliqués en pratique. Le crédit excessif accordé aux explications biomédicales en matière de détresse psychologique et de problèmes de santé mentale détourne l'attention des dirigeants politiques des mesures et interventions de promotion de la santé fondées sur les droits de l'homme. Les approches visant les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont orientées vers la multiplication des services de traitements et sur la manière de mieux répondre aux défis de santé mentale. Ces dernières ont une rhétorique biomédicale qui méprisent les autres types d'aide tels que la psychothérapie, d'autres interventions psychosociales en ne traitant pas des déterminants qui contribuent aux problèmes de santé mentale, ce qui engendre des états de crise. Il est impératif de réfléchir à la façon dont la domination de l'approche biomédicale a entraîné une surmédicalisation dans le secteur de la santé mentale et détourne l'élaboration de stratégies de promotion de la santé mentale fondée sur les droits, dont le droit de jouir du meilleur état de santé mentale. L'investissement insuffisant dans les politiques et services fondés sur les droits nous mène au recours excessif à des mesures coercitives, punitives et surmédicalisées, qui engendrent la stigmatisation, la discrimination, la perte d'autonomie et de la détresse. Les méthodes coercitives utilisées pour « traiter » les problèmes de santé mentale, même lorsqu'elles sont autorisées à titre exceptionnel par la législation, peuvent causer plus de tort que les problèmes de santé mentale qu'elles sont censées traiter.

Les milliers de personnes que les groupes de promotion et vigilance ainsi que les groupes de défense des droits en santé mentale rencontrent annuellement, qu'elles aient été visées par des mesures d'exception ou non, nous rapportent que ces mesures minent leur confiance dans les services de santé mentale et nuisent à l'image des services de santé mentale et à l'image des personnes.

La Loi P-38 au Québec – position de l'AGIDD-SMQ

Tout comme les Rapporteurs spéciaux, les Nations Unies et le droit de l'homme, l'Organisation mondiale de la santé et la Convention relatives aux droits de personnes handicapées, nous croyons que toutes lois, aussi exceptionnelles soient-elles (stand alone laws), portant atteinte aux droits fondamentaux devraient

être abolies. Cependant, nous estimons que le Québec n'a pas le filet social nécessaire pour effectuer un virage si draconien. En effet, les organismes communautaires et les diverses mesures offrant une alternative à la psychiatrie n'étant pas financées à la hauteur des besoins et le nécessaire changement de culture coercitive de la psychiatrie étant à peine amorcé, nous militons et revendiquons le statut quo sur un éventuel changement législatif de la Loi P-38.

Conséquemment, nous réclamons une application fondée sur un respect strict et rigoureux des droits des personnes soumises à tous types de mesures d'exception, incluant la garde en établissement. Pour se faire, le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*⁹ de 2018 doit être respecté à la lettre, sans laxisme de la part des établissements. Le MSSS doit se saisir des suivis nécessaires et se porter garant de son application et la magistrature doit aussi se porter garante du respect des droits et des codes de procédures.

Nous considérons que le cadre de référence du MSSS verne au mieux cette loi d'exception mais son application stricte et rigoureuse fait défaut. C'est pourquoi la deuxième partie de ce mémoire se concentrera uniquement sur nos constats relatifs aux éléments du cadre de référence, de son application manifeste ainsi qu'aux enjeux juridiques liés à l'application de la P-38 et du respect des droits de personnes. Finalement, les exemples cités proviennent des dizaines d'années d'expérience des groupes membres de l'AGIDD-SMQ et qui naviguent avec la Loi P-38.001 au quotidien.

Enjeux relatifs à la P-38.001

Les critères, la définition et l'interprétation de la dangerosité

La dangerosité est le seul et unique critère pour appliquer la Loi P-38.001. Pourtant, bien que celle-ci soit au cœur de cette loi d'exception, elle n'en définit pas les contours de manière très précise. De surcroît, son appréciation et évaluation sont initiées par différentes personnes ayant des objectifs différents, des valeurs différentes, des connaissances différentes et des relations différentes avec la personne première concernée. Chaque personne qui intervient dans un processus de P-38.001 porte une « lunette » différente et son interprétation peut varier selon la personne qui l'évalue.

Bien que la définition de la dangerosité se soit précisée un peu avec l'arrivée du *Cadre de référence*, le concept demeure quand même « flou et élastique » ; la dangerosité n'est pas strictement définie. En plus d'être soumise au jugement de différents acteurs (centre de crise, intervenants, policiers, professionnels de la santé aux urgences, juge, psychiatres (2) et juge encore), le contexte dans lequel elle est observée, appréciée, évaluée a certes un impact sur celle-ci. Malheureusement, rares sont réunies les conditions idéales pour apprécier/évaluer la dangerosité de manière objective.

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>

Avant d'amener la personne à l'hôpital :

- La présence de policiers, armés de surcroît, exacerbe l'anxiété des personnes;
- L'ascendant du pouvoir de « l'évaluateur », qu'il soit appréhendé ou réel, engendre des comportements de colère et exacerbe la crise des personnes;
- Une évaluation à distance, au téléphone, avec un inconnu, souvent quelque peu pressée par le temps et avec qui on ne peut avoir de contact visuel n'inspire pas la confiance et la confiance;
- Le nombre d'appels au service d'aide en situation de crise par les policiers afin qu'un intervenant formé procède à l'évaluation varie d'une région à l'autre, laissant supposer que des policiers procèdent à l'évaluation alors qu'ils pouvaient faire appel aux services d'aide en situation de crise (SASC) en temps utile;
- L'utilisation d'outil d'évaluation de style « liste de contrôle » (checklist) déshumanise l'intervention et l'évaluation, et suscite un désinvestissement dans l'interaction entre les protagonistes.

À l'hôpital, pendant la garde préventive :

Une fois à transportées à l'hôpital, les personnes nous témoignent régulièrement qu'elles sont non seulement en crise mais aussi très fâchées, déçues, perturbées, dans l'incompréhension...

« Après avoir passé 45 minutes à tenter de m'expliquer avec des policiers et des intervenants, que j'aie été amenée à l'hôpital de force, qu'on m'ait contentionnée dans l'ambulance, évidemment que pendant « ma » garde préventive j'étais non seulement en crise mais aussi en criss! J'ai été confinée dans un aquarium, obligée d'être totalement nue en jaquette d'hôpital, pendant 3 jours, en garde à vue. Rien pour diminuer ma colère! Je me sentais comme un animal au zoo ! En plus, je suis fumeuse et je n'avais pas le droit d'aller fumer. C'est sûr que j'ai pété quelques coches pis que j'avais pas le commerce agréable! C'est sûr que toutes les observations de mon comportement pendant « ma » garde préventive ont été notées à mon dossier et ont servi dans l'évaluation de ma dangerosité pour la suite. Si seulement, pendant ces 3 jours on avait pris du temps pour jaser calmement avec moi, pour me mettre en contact avec une travailleuse sociale qui aurait pu m'orienter et me soutenir par rapport à ce que je vivais dans ma vie personnelle, le reste de mon histoire aurait été bien différent; de ça je suis convaincue! Ma crise n'avait rien à voir avec mon diagnostic, je suis stable depuis plusieurs années! » - Témoignage, Chantale.N., 37 ans, Montérégie.

Lors de la prise de décision de mettre la personne en garde préventive, une très grande importance est accordée aux dires des policiers et des proches alors que l'expérience de la personne n'est pas ou très peu prise en considération. Pourtant, la garde préventive pourrait être un moment privilégié pour faire des interventions de désescalade et calmer l'état de crise qui pourrait potentiellement mettre fin au processus de garde.

Ultimement, au moment de la requête de garde provisoire, la seule interprétation (évaluation) de la dangerosité qui obtiendra l'attention du Tribunal est celle des deux psychiatres ayant procédé

formellement à l'évaluation psychiatrique, auxquels le tribunal accorde une forte crédibilité, créant un grand déséquilibre de pouvoir.

En conséquence, le diagnostic vient contrecarrer tous autres éléments de contexte qui auraient pu contribuer à la crise alors que « *En soi, la maladie mentale ne fait pas foi de la dangerosité d'une personne, celle-ci devant être évaluée à partir de la preuve présentée au tribunal et non reposer sur le préjugé selon lequel une personne qui présente une maladie mentale est ou doit être dangereuse. De la même façon, les craintes fondées sur les antécédents de la personne ne justifient pas d'emblée de la mettre sous garde. Le meilleur intérêt de la personne, son besoin de recevoir des soins ou encore son inaptitude ou le fait qu'elle soit dérangeante pour l'entourage ne sont pas non plus des facteurs suffisants pour la mettre sous garde en établissement de santé et de services sociaux* »¹⁰. Les évaluations sont souvent contaminées par le récit des policiers (ou des premiers répondants) auquel on accorde parfois plus de crédibilité qu'à celui de la personne première concernée.

Aucune association n'est pourtant scientifiquement établie entre « danger (violence) » et « diagnostic psychiatrique »¹¹. Les recherches démontrent plutôt depuis des décennies que les personnes vivant avec un problème de santé mentale sont beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violence que de poser des gestes violents. Une étude a ainsi conclu que les personnes vivant avec une « maladie mentale grave » subissent dix fois plus de crime violent que la population générale¹². Lors de l'enquête de Me Géhane Kamel sur la mort de Maureen Breau et Isaac Brouillard, Mme Claire Gamache, présidente de l'AMPQ relatait que « seulement 3 à 5% de tous les actes de violence sont attribuables à une personne avec un trouble mental, que la vaste majorité des perpétrateurs de violence n'a aucun trouble mental diagnostiquable et que la majorité des personnes avec des troubles mentaux ne seront jamais violentes »¹³

Il semble que le danger de soumettre une personne à une hospitalisation forcée ne soit pas pris en compte. Pourtant, l'hospitalisation forcée, comme tout autre traitement forcé, pose de sérieux préjudices et risques sur la santé mentale des personnes. Le psychiatre Awais Aftab rapporte dans son ouvrage qu'« *une personne hospitalisée contre son gré a deux fois plus de risque, à la sortie, de mourir d'une surdose, d'un suicide ou de poser un acte violent dans les 3 mois suivants, et devraient induire un principe de précaution beaucoup plus grand dans l'application de ce genre de mesures* »¹⁴(traduction libre)

À l'hôpital, pendant la garde provisoire :

- Les personnes nous rapportent régulièrement avoir été évaluées sans en avoir eu connaissance, donc sans en avoir été avisées formellement. À posteriori, elles

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux.

¹¹ N.W. Link et al., « Can general strain theory help us understand violent behaviors among people with mental illness? », Justice Q., Vol. 33, 2016, no4, p. 729-754 ; S. Glied et R.G. Frank, « Mental illness and violence: Lessons from the evidence », Am. J. Public Health, vol. 104, 2014, no2, pe5-e6.

¹² L.A. Teplin et al., « Crime and victimization in adults with severe mental illness ». Arch. Gen. Psychiatry, vol 62, 2005, p. 911-921.

¹³ https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2023-EP00287-9.pdf p.46, p.45, Pièce C-32

¹⁴ Psychiatry at the Margins, Involuntary psychiatric hospitalization: a substack collection, <https://www.psychiatrymargins.com/p/involuntary-psychiatric-hospitalization>

comprennent, par exemple, que lorsque le psychiatre est passé pour discuter 10 minutes dans le cadre de porte de sa chambre, c'est à ce moment que se passait l'évaluation, alors qu'elles croyaient avoir un échange informel puisqu'une seule question était posée soit : « Comment ça va aujourd'hui? » ;

- Les évaluations sont très rapides, sans aucun formalisme, sans rendez-vous professionnel, sans préavis raisonnable et à tout moment soit très tôt le matin et d'autres fois tard le soir;
- D'autres personnes témoignent avoir été évaluées alors qu'elles étaient en contention en salle d'isolement ou sous forte sédation;
- La majorité nous rapporte ne pas s'être sentie écoutée et considérée pendant l'évaluation, lui laissant un sentiment que « les dés sont pipés ».

Dangerosité et « dérangerosité »

Depuis que la loi P-38.001 existe, les personnes premières concernées ont « créé » le terme « dérangerosité » pour expliquer qu'elles sont souvent évaluées non pas sur la dangerosité mais bien sur leurs comportements dérangeants décriés par leur voisinage, leurs proches et des intervenants de tout acabit. Bien que la Cour du Québec, dans la décision *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.J.*¹⁵, dénonce cette tendance, celle-ci est encore pratique courante et donne un caractère très élastique au concept de la dangerosité. En ce sens, la garde en établissement devient un outil de contrôle social.

À preuve, Me Emmanuelle Bernheim a procédé à une étude de 100 décisions¹⁶ d'admissions de garde involontaire et elle constate dans son rapport de recherche que l'examen du danger se concentre sur des comportements dérangeants. Seulement quatre décisions analysées étaient basées sur des comportements mettant en danger les individus ou leurs proches.

Le collectif Action Autonomie, dans son récent *Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal : « J'mérita pas ça »*¹⁷, analyse 976 jugements et bien que 74% des jugements mentionnaient la dangerosité dans les considérants, seulement 5,9% de ceux-ci étayaient la dangerosité et 6% n'en faisait même pas mention. Il en résulte que la Cour du Québec néglige plus souvent la simple évocation du principal critère qui justifie l'autorisation d'une garde en établissement qu'elle ne s'acquitte de son obligation légale d'étayer les motifs sérieux qui justifieraient la garde.

Les rapports d'évaluation psychiatrique et leur place prépondérante à la cour

Les rapports d'évaluation psychiatrique présentés à la cour sont peu développés, certes pas à la hauteur de ce qui serait attendu pour suspendre les droits fondamentaux, dont la liberté d'une personne. Comment pourraient-ils l'être lorsque les évaluations ne durent bien souvent que quelques minutes ?

De plus, à l'absence de preuves scientifiques sur les liens entre le risque de violence et les problèmes de santé mentale se superpose une controverse dans la littérature scientifique sur la fiabilité des outils

¹⁵ *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.J.*, Montréal 50040-020311-077 (Cour du Québec) aux par. 2.4 et 5.

¹⁶ Emmanuelle Bernheim, "The Triumph of the "therapeutic" in Québec Courts: Mental Health, Behavioural Reform and the Decline of Rights", 2022, 38 *Windsor Yearbook of Access to Justice* 125-147.

¹⁷ <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmerita-pas-ca/>, p.66

d'évaluation du risque de violence. Les recherches démontrent des proportions d'erreurs d'environ 50%¹⁸. En conséquence, les évaluations nous apparaissent relever plutôt d'une prédiction avec une marge d'erreur qu'aucune science ne saurait accepter.

Ultimement, la seule interprétation (évaluation) de la dangerosité qui obtiendra l'attention du Tribunal est celle des deux psychiatres ayant procédé formellement à l'évaluation psychiatrique, qui jouissent d'emblée d'une reconnaissance et de crédibilité de quasi-expert par la cour. À contrario, les justiciables ne bénéficient pas de contre-expertise; ni en temps opportun ni de manière accessible en termes de coûts et de disponibilité. De plus, les psychiatres ayant procédé à l'évaluation de la dangerosité ne sont pas présents lors des audiences, ne pouvant ainsi pas être contre-interrogés et justifier leur évaluation; ce sont les rapports d'évaluation psychiatriques qui font foi de leur témoignage. L'expertise demeure un élément où le débalancement des forces devient presque insurmontable lorsque la personne est confrontée à l'appareil judiciaire.

Cette façon de faire ne place pas le tribunal dans son rôle de prendre une décision en fonction des droits et libertés fondamentales, mais bien comme un passage obligé dans le processus qui mènera presque inévitablement à une hospitalisation forcée. La cour est ainsi instrumentalisée comme si les droits étaient devenus au service de la sécurité publique et du contrôle social. Il semble que les tribunaux sont un moyen d'obtenir des services de santé autrement difficilement accessibles, et de « régler les problèmes » en ordonnant les personnes, une à une, à se prendre en main. Cette manière de concevoir le rôle de la justice, imbriquée dans le continuum des soins de santé, est partagée par un nombre de plus en plus important de professionnels des milieux de la santé, de la justice et de la sécurité publique québécois.

Le fardeau de la preuve de dangerosité repose sur la partie demanderesse, qui doit convaincre le tribunal, alors que, faut-il le rappeler, les psychiatres ne sont pas présents et ne sont pas contre-interrogés. Bien que les juges ne soient pas tenus par les conclusions des rapports psychiatriques, la plupart des jugements découlent de modèles préfabriqués par les services juridiques des établissements, qu'une majorité de juges entérinent tels quels, sans étayer ni consigner à l'écrit leur jugement et les motifs sérieux les menant à leur décision de suspendre le droit de liberté des personnes.

Pour aller plus loin sur les enjeux pratiques liées à la P-38.001 :

La présumée complexité de la Loi P-38.001

L'AGIDD-SMQ a suivi, participé et été entendue aux enquêtes publiques du Bureau des Coroners concernant des décès tragiques de personnes victimes d'actes de violence de personnes ayant un problème de santé mentale – André Lemieux, Mohamed Belhaj, Alex Levis-Crevier et Abdullah Shaikh, Maureen Breault et Isaac Brouillard-Lessard, Jacques Côté et Kim Lebel – ainsi que l'enquête publique sur le décès d'Amélie Champagne.

¹⁸ T. Douglas et al., « Risk assessment tools in criminal justice and forensic psychiatry: The need for better data », Eur. Psychiatry, vol.42, 2017, p.134-137.

Nous avons entendu les présentations de l'AMPQ, entre autres, puisque la P-38.001 y était toujours abordée. À maintes reprises, Mme Claire Gamache, présidente de l'AMPQ, ainsi que M. Mathieu Dufour, psychiatre légiste et chef de département de psychiatrie à l'Institut nationale de psychiatrie légale Philippe-Pinel, tenaient des propos et des doléances envers la complexité de la Loi P-38.001 qu'ils qualifient de complexe à comprendre pour les professionnels et pour les proches et, semble-t-il, très complexe à administrer pour les établissements. Ils soutiennent que la Loi et les procédures soient incompréhensibles pour les personnes premières concernées et plaident en faveur de sa simplification au nom des personnes. L'AGIDD-SMQ, quant à elle, rappelle que ce n'est pas ce que les personnes premières concernées demandent ni ne souhaitent. Ces dernières questionnent en quoi l'assouplissement du critère de dangerosité viendrait simplifier les procédures, qu'elles sont tout à fait en mesure de comprendre, surtout quand on leur donne toutes les informations nécessaires et qu'elles sont signifiées en temps voulu, dans le respect de leurs droits.

C'est dans cette circonstance précise que la référence au groupe de défense de droit fait toute la différence. D'une part parce que donner et vulgariser de l'information font partie de leur mission première et d'autre part parce que les groupes de défense de droits sont des accompagnateurs de premier choix lorsqu'une personne est visée par une procédure de P-38.001 mais aussi dans plusieurs autres sphères de sa vie. Les résultats de la recherche intitulée *Les effets de l'aide et de l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale*¹⁹ démontrent les impacts positifs de l'aide et de l'accompagnement des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale auprès des personnes premières concernées.

Les rôles des organismes communautaires, du réseau de la Santé, du système de Justice et de la Sécurité publique.

Tous ces « acteurs » de la société civile ont un rôle et une mission bien spécifique qui peut parfois sembler aux antipodes. Toutefois, lorsqu'ils développent une synergie sur les points de convergence, des collaborations prometteuses peuvent émerger.

- *L'Escouade 24/7 du Bas St-Laurent* en est un bon exemple : structurée sur le modèle des pompiers volontaires, l'escouade est composée d'une communauté d'intervenant.es sociaux formé.es à l'approche alternative en santé mentale. Les intervenant.es se déplacent en temps opportun et ont du temps pour intervenir, faire de la désescalade et créer un lien avec la personne en crise. L'intervention de l'escouade fait en sorte que la majorité des crises se résorbent dans la communauté.
- *Les équipes mixtes* (policiers et intervenants sociaux) sont un pas dans la bonne direction. Les intervenants sociaux sont mieux formés que les policiers pour intervenir lors d'une crise mais la présence des policiers demeure un élément très anxigène pour les personnes.

¹⁹ Morin, Carrier et als, Les effets de l'aide et l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale, <https://www.agidd.org/?publications=les-effets-de-laide-et-de-laccompagnement-en-promotion-et-en-defense-des-droits-en-sante-mentale>, 2019.

- *Pour une défense pleine et entière*²⁰ du Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) est aussi un autre bon exemple. Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSS-ME) et le CDDM ont développé une mécanique qui permet que le groupe de défense des droits régional (dans ce cas-ci le CDDM) soit systématiquement informé lorsqu'une personne visée par une garde est signifiée par huissier. La personne signifiée se voit attribuer un numéro et est identifiée par son genre (ex : H #45) et cette information est transmise au CDDM dès la visite de l'huissier. Le CDDM contacte alors l'unité et demande à parler à H #45, sans que la personne ne soit identifiée; la confidentialité est ainsi respectée. Une fois que la personne et le CDDM sont mis en contact, le conseiller ou la conseillère du CDDM explique sa mission, explique son indépendance de l'hôpital et communique des informations sur la procédure que la personne est en train de subir. C'est la personne elle-même qui décide de s'identifier et si elle souhaite de l'aide et de l'accompagnement de la part du groupe de défense de droits. Si tel est le cas, le conseiller ou la conseillère l'informe sur ses droits et recours, peut aider la personne à trouver un avocat.e, lui rendre visite à l'unité, l'aider à organiser sa présence à la cour et l'y accompagner. Tout se passe dans un rapport volontaire.

Le cadre de référence du MSSS et les protocoles de mise sous garde

Quant au *Cadre de référence ministériel 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* de 2018, qui fait suite à deux rapports d'enquêtes sur l'application de cette loi, publiés en 2011, par le Protecteur du citoyen²¹ et le ministère de la Santé et des Services sociaux²², ces derniers faisant état d'écarts importants entre les dispositions de la Loi et la manière dont elles sont appliquées. Nous considérons que ce cadre est très porteur, il consacre une importance au respect des droits des personnes et l'AGIDD-SMQ faisait partie du comité consultatif. Tant et si bien que nous avons conclu vraisemblablement à une bonne amélioration de l'application des mises sous gardes provisoires. Alors qu'antérieurement à 2018 les personnes étaient en grande majorité évaluées sans leur consentement et sans qu'un tribunal n'autorise leurs gardes pendant celles-ci.

« L'importante augmentation postérieure à 2018 a vraisemblablement été influencée par la décision de la Cour d'appel de 2018 J.M. c. Jean-Talon,(...). Notons également l'effet probable de la publication du cadre de référence du MSSS la même année qui est également venu clarifier l'application de la loi et rappeler qu'il n'est pas possible de soumettre une personne à un examen psychiatrique contre sa volonté lors de la garde préventive – insistant dès lors sur l'importance de la garde provisoire. »²³

²⁰ <https://www.cddm.qc.ca/dossiers-collectifs/les-mesures-dexception/>, présentation vidéo, 11:04 minutes.

²¹ QUÉBEC. PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (L.R.Q., c. P-38.001), sous la direction de MarcAndré Dowd et Renée Lecours, Gouvernement du Québec, 2011, 39 p.

²² QUÉBEC. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Gouvernement du Québec, 2011, 124 p.

²³ https://www.iqrdj.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf, p.35

Nous sommes aussi d'avis que le *Cadre de référence* ait porté ses fruits dans l'application de la garde provisoire.

Cependant, et nous y reviendrons plus tard, encore aujourd'hui, le *Cadre de référence*, qui précise les responsabilités des administrateurs et du personnel des établissements dans ces cas, présente certaines pratiques cliniques et administratives révisées de manière qu'elles soient mieux adaptées au contexte exceptionnel d'une garde, n'est respecté qu'à « géométrie variable » dans différentes régions du Québec. Malgré qu'il fasse office d'outil « clé-en-mains », plusieurs établissements ne s'y conforment que peu ou considèrent ce document comme une série de propositions et non d'obligations minimales. C'est pourquoi nous constatons une application inégale du *Cadre de référence* au Québec.

- Certains établissements n'ont toujours pas désigné de répondants et/ou de responsables de l'application et du suivi du cadre de référence.
- Certains établissements n'utilisent pas les formulaires fournis dans le cadre de référence.
- Le cadre de référence est clair sur la consignation au dossier médical de toute l'information pertinente : « *Lorsqu'un médecin décide de mettre une personne sous garde préventive, cela équivaut à une ordonnance médicale et doit, par conséquent, figurer au dossier médical de cette personne. La date et l'heure de l'arrivée à l'établissement, celles de la prise en charge, de l'examen médical par le médecin du service des urgences, du début et de la fin de la garde préventive doivent y être consignés, de même que les faits et les motifs qui justifient la nécessité de la garde ainsi que tout autre renseignement pertinent.* »²⁴ extrait du *Cadre de référence*.
 - Les manquements à ces obligations sont fréquents et ont des incidences graves. À juste titre, citons le *Recours collectif d'Action Autonomie – Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal et al. C. Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre et al*²⁵, qui vise tous les CISSS et CIUSSS du Québec au nom des personnes qui auraient été soumises à une garde illégale dans un établissement de santé et/ou les personnes qui auraient été soumis à une ou des évaluations psychiatriques sans leur consentement, qui s'est soldé en entente hors cour, entériné par la Cour supérieure tout récemment (novembre 2024) Cette entente hors cour condamne le groupe collectivement visé à verser au total 8 M \$ aux requérants et autres pour des dépassements de délais dans le cadre de la garde préventive. L'absence de ces informations consignées au dossier étant directement en cause. De plus, lorsque les personnes premières concernées demandent une copie de leur dossier pour la période d'hospitalisation involontaire, plusieurs constatent un laxisme quant à la consignation de ce type d'informations à leur dossier, les privant ainsi de possibles recours post-hospitalisation (ex : un recours

²⁴ Op.Cit. , p.12

²⁵ <https://menardmartinavocats.com/actualites/un-reglement-a-ete-conclu-dans-laction-collective-action-autonomie-c-ci-ss-de-la-monteregie-centre-et-al/>

aux Petites créances), sans compter l'exacerbation de la méfiance envers le système et la désolante constatation d'une coercition certaine et avérée.

- Bien que le *Cadre de référence* soit explicite à cet égard, comme le démontre l'extrait suivant : « *Dès lors, si une personne est, en vertu de la loi, amenée contre son gré dans un établissement, mais qu'elle consent par la suite à y être gardée et à être évaluée afin que lui soient proposés les soins requis par son état de santé, il n'y a pas lieu de mettre en branle le processus judiciaire de mise sous garde forcée (provisoire ou autorisée). La garde de la personne devrait alors être considérée comme un soin auquel elle consent. Si le recours au processus judiciaire de garde forcée est déjà entamé lorsque la personne exprime son consentement à être gardée, il y a alors lieu d'y mettre fin et de fournir à cette personne les soins requis par son état de santé.* »²⁶
 - Il appert que la garde provisoire soit régulièrement mise en branle « de facto » dans plusieurs établissements, de peur que la personne ne retire son consentement plus tard.
- « *En outre, le consentement doit être manifeste, c'est-à-dire qu'il doit être exprimé par un geste ou une parole claire et explicite de la part de la personne, par exemple une signature sur un formulaire de consentement.* »²⁷
 - Très peu d'établissements utilisent un formulaire de consentement. S'ils étaient utilisés, la personne serait en mesure de démontrer que le processus judiciaire de garde provisoire ou de garde autorisée est injustifié. La non-utilisation de ce formulaire ouvre la porte aux abus du processus judiciaire et démontre clairement un abus de pouvoir.
- « *Pour assurer le respect du droit à l'information de la personne mise sous garde, le personnel de l'établissement doit lui fournir, dès le début du processus, toutes les explications nécessaires à sa compréhension de l'ensemble du processus de garde. De plus, un exemplaire du dépliant intitulé Droits et recours des personnes mises sous garde – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, sur lequel doivent figurer les coordonnées du groupe de défense des droits en santé mentale de la région, doit lui être remis* »²⁸
 - Une grande proportion des personnes relate n'avoir jamais été en possession de ce dépliant. D'ailleurs, jusqu'à tout récemment, des groupes de défense des droits qui ont questionné l'absence du dépliant ont eu pour réponse : « Le papier peut devenir un outil d'automutilation », « De toute façon les personnes sont trop perturbées pour comprendre », « Communiquer des informations sur les droits et recours en pleine crise ne fait qu'amplifier les comportements réfractaires et de contestation », « On est en intervention de crise, on n'a pas le temps d'expliquer tout cela », ...
 - Certaines personnes relatent l'avoir reçu mais l'espace pour y inscrire les coordonnées du groupe de défense de droits est vide. De plus, nous avons présenté

²⁶ Op. Cit. p.6-7

²⁷ Op. Cit. p.7

²⁸ Op. Cit. p.8, nos soulignés.

le dépliant à des personnes lors de consultations auprès de personnes premières concernées et celles-ci pensent que le dépliant mériterait une révision afin de le rendre plus compréhensible et convivial.

- *Le droit à la communication confidentielle*²⁹
 - Plusieurs établissements ne disposent pas d'un endroit confidentiel doté d'un téléphone; sur plusieurs unités de psychiatrie, le téléphone accessible aux personnes se situe au poste des infirmières, d'autres n'ont à leur disposition qu'un téléphone mural au milieu d'une aire de circulation ou au salon des patients. Ce droit n'est pas pris au sérieux dans la majorité des établissements.
- *Le droit au transfert d'établissement*
 - Nous tenons à souligner ici que la pratique illégale de sectorisation est encore chose courante. Plusieurs groupes de défense des droits qui ont accompagné les personnes pour ce type de demandes ont été confrontés à une véritable complexité d'accès au formulaire de transfert interétablissements et d'accès à la personne en charge de traiter ce type de demandes. Finalement, les personnes se sont aussi butées à des refus injustifiés.
- *Le droit de recours au Tribunal administratif du Québec (TAQ) pour contester le maintien de sa garde*
 - Si les droits et recours des personnes mises sous garde sont méconnus du personnel, le recours au TAQ est totalement inconnu. Les informations sur ce recours ne sont pas dispensées, le dépliant et les coordonnées du TAQ ne sont ni distribués ni accessibles aux personnes, les unités n'ont aucun inventaire du formulaire de requête au TAQ et les personnes ont rarement accès à internet pour remplir le formulaire en ligne. En conséquence, le personnel n'est nullement en mesure d'assister les personnes pour remplir la requête et l'acheminer tel que stipulé au *Cadre de référence*. De plus, lorsque les personnes veulent se prévaloir de ce recours, elles sont parfois contraintes de demander au personnel d'acheminer leur requête et plusieurs ont constaté, à posteriori, que leur requête n'avait pas été envoyée.
- *Le soutien à l'exercice des droits : « L'accès à un téléphone, en privé, doit être assuré à toute personne mise sous garde, et le numéro de téléphone de l'organisme de défense des droits en santé mentale le plus proche, de même que celui d'un bureau d'aide juridique, doivent lui être remis »*³⁰
 - Pourtant les groupes de défense des droits se butent régulièrement à un refus d'afficher nos affiches, à rendre accessible nos dépliants, et à distribuer nos outils d'informations sur les droits et recours. Plusieurs groupes de défense des droits ne sont d'ailleurs pas les bienvenus sur les unités, souvent perçus comme des perturbateurs qui encouragent les personnes à tout contester, alors qu'au contraire, nous estimons que nous pourrions être des alliés face à certaines de leurs

²⁹ Op. Cit., p.9

³⁰ Op. Cit., p.10

obligations en termes d'informations, d'aide et d'accompagnement au respect des droits des personnes.

- *La responsabilité du conseil d'administration de l'établissement : « La LSSSS impose aux conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux des obligations, notamment celles de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services, de même que du respect des droits des usagers. Ils sont également tenus de transmettre des informations à ce sujet dans leur rapport annuel de gestion. Puisque la garde d'un usager est exceptionnelle et que la protection de ses droits comporte des particularités, il est nécessaire que les conseils d'administration rendent des comptes sur ces cas particuliers dans leur rapport annuel de gestion. Voilà pourquoi, à compter de l'année 2015-2016, le rapport annuel de gestion de tout établissement visé dans la Loi sur la protection des personnes doit inclure une section distincte qui présente des informations sur le nombre de mises sous garde préventive ou provisoire, le nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ, le nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement ainsi que le nombre de personnes visées par une garde dans leur établissement. »³¹*
 - Nous sommes très heureux de constater cette obligation. Cependant nous constatons, par analyse comparative, que la façon de comptabiliser ces statistiques n'est pas uniforme d'un établissement à l'autre. Cependant, plusieurs groupes de défense de droits présentent annuellement des demandes d'accès à l'information aux établissements afin de tenir des statistiques régionales et constatent régulièrement des différences de dénombrement entre les chiffres que nous recevons et les chiffres consignés au rapport de gestion. Qui plus est, une autre différence nous apparaît évidente lorsque nous recevons le dénombrement des requêtes présentées auprès au district judiciaire.

Le consentement aux soins; un choix pas de choix !

Le droit québécois est clair en matière de consentement aux soins : il doit être libre (sans pression) et éclairé (informé) et, mises à part de rares exceptions telles que les situations d'urgence, son obtention est systématiquement requise à chaque acte de soin. Ainsi, le fait d'avoir consenti à un soin n'engage pas le consentement sur le long terme et il est possible de modifier ou de retirer le consentement à tout moment. Aucune condition médicale ou statut juridique n'ont de conséquences sur l'obligation d'obtenir le consentement. Il n'existe, en outre, aucune exception concernant la santé mentale, mises à part les évaluations psychiatriques ordonnées par le tribunal civil en matière de garde provisoire et de garde en établissement, l'ordonnance de traitement d'au plus de 60 jours de la part d'un tribunal criminel en vue de rendre un accusé apte à subir son procès et les ordonnances de soins. Lorsque la personne inapte à consentir aux soins les refuse catégoriquement ou que son représentant les refuse de façon injustifiée, il est possible pour son médecin traitant d'obtenir l'autorisation judiciaire de la traiter contre son gré, si ces traitements sont requis par l'état de santé. Ainsi, l'aptitude à consentir aux soins est présumée et aucun

³¹ Op. Cit., p.13

état de santé ou statut juridique (régime de protection, mandat en prévision de l'inaptitude, garde en établissement, non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, inaptitude à subir son procès) n'ont d'effet sur le droit de consentir ou de refuser des soins ni l'aptitude à consentir aux soins. En conséquence, les personnes sous garde conservent l'exercice de leurs droits constitutionnels et civils, dont celui de pouvoir consentir à leurs soins, et mise à part les situations citées précédemment, le statut juridique d'une personne ne dispense personne de son obligation à obtenir son consentement libre et éclairé.

Cependant, les personnes sous garde (peu importe le type de garde) se sentent souvent placées dans une situation où, si elles refusent des traitements, en tout ou en partie, elles sont ouvertement ou insidieusement menacées de voir leur garde se prolonger ou de se voir servir une requête en autorisation judiciaire de soins. Les personnes se retrouvent devant « un choix pas de choix! ». Un consentement factice et simulé menant au contournement du respect des droits civils des personnes, tel que le droit fondamental de consentir à ses soins, ainsi qu'au droit à l'autodétermination, initié par cette coercition informelle cause des dommages sur la qualité de l'alliance thérapeutique, sous-estimés par le personnel soignant.

Devant un refus de consentir, leur aptitude à consentir est rapidement remise en question, sous prétexte que la non-compliance et le manque d'auto-critique (voir l'anosognosie) est souvent un symptôme de leur maladie. Pourtant, l'aptitude ou la capacité de consentir n'est jamais soulevée ou remise en question lorsque les personnes consentent et disent « oui » à tout traitement ou médicament.

Enjeux juridiques liées à la P-38.001

Le droit à l'information et à la représentation

L'information des patients en psychiatrie est souvent analysée en relation avec le consentement aux soins, mais elle prend une autre dimension lorsqu'il s'agit de la garde en établissement. Dans ce contexte, l'information que doivent recevoir les personnes sous garde concerne principalement les motifs de leur détention, le droit à l'assistance juridique et la possibilité de contester cette garde devant les tribunaux. Il est crucial d'explorer ce sujet pour comprendre ses implications juridiques et sociales. Le droit à l'information, qui inclut la communication des droits légaux des patients, est essentiel pour promouvoir les valeurs de citoyenneté et de démocratie, tout en garantissant une mise en œuvre transparente d'autres droits fondamentaux, tels que le droit à l'intégrité et les droits judiciaires. Les tribunaux doivent donc veiller à appliquer systématiquement ce droit.

Bien que les individus sous garde n'aient pas de contrôle sur leur situation, bénéficier d'informations peut atténuer leur sentiment de révolte et les impacts psychologiques qu'ils pourraient ressentir. Ainsi, le droit à l'information devient un outil crucial pour promouvoir des valeurs démocratiques et garantir l'égalité devant la loi, même dans des circonstances exceptionnelles. En fournissant des explications sur les mécanismes de la garde et les droits, l'exercice de droit peut réduire les atteintes à leur intégrité, tant sur le plan psychologique que par la possibilité d'exercer leur droit à l'autodétermination au sein même de la

garde en établissement. En somme, le droit à l'information est fondamental pour la protection de l'intégrité des personnes.

Il nous apparaît évident que le droit à l'information est la clé de voute afin de permettre aux personnes visées par une P-38.001 de réaliser leurs droits à une défense pleine et entière et à se faire représenter ou assister par un avocat.

Il nous semble insuffisant de fournir un dépliant ministériel³² pour s'acquitter de son obligation de fournir des informations. De plus, les personnes rapportent régulièrement ne pas avoir reçu ledit dépliant.

Le respect des délais légaux et procéduraux

Les délais de signification sont régulièrement dépassés. Lorsque questionné sur ces situations irrégulières, nous faisons face à une pléiade de réponses :

- « La transmission à la Direction des services professionnels (DSP) a été faite en retard »
- « L'huissier est venu porter la signification très tard »
- « La personne était en isolement quand l'huissier est passé »
- « On manque de personnel et ça inclus les huissiers »

Ces délais entravent gravement l'accès à la représentation. Il est difficile de trouver un avocat à 16h30 pour être représenté le lendemain à 9h00, à titre d'exemple vécu.

Les outils de communication des informations liées aux procédures judiciaires

Outre le dépliant ministériel sur les *Droits et recours des personnes mises sous garde* cité précédemment, les groupes de défense des droits disposent aussi d'outils d'éducation populaire et d'information sur la garde en établissement. Pensons au *Guide de survie*³³ réédité en 2022 et en partie financé par le MSSS que certains établissements refusent de distribuer.

La présence des personnes à la cour

Nous reconnaissons que depuis quelques années, des efforts ont été mis en place pour assurer la présence des personnes à la cour soit par l'organisation du transport ou par un mécanisme de visio-audience, bien que nous ayons des réserves sur cette dernière pratique. Malheureusement, plusieurs personnes se présentent sous forte sédation pour s'assurer d'un transport sécuritaire et calme. Or, à notre connaissance, il est rare que de telles situations soient rapportées lors de l'audience.

La représentation des personnes à la cour

Nous constatons dans plusieurs (pour ne pas dire tous) districts judiciaires que peu d'avocat.es soient disposés à faire des représentations pour des requêtes de garde, tant et si bien que les groupes de défense de droits peinent aussi à trouver des avocat.es à référer. D'autres parts, nous constatons aussi que certains bureaux d'aide juridique retiennent les services d'un avocat en pratique privé qui s'avèrent être criminalistes et qui malheureusement plaident comme des criminalistes. Lors d'accompagnement des

³² <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-27F.pdf>

³³ <https://www.agidd.org/publications/guide-de-survie-la-garde-en-etablissement/>

personnes à la cour, il n'est pas rare d'entendre ces avocat.es dire à leur client : « Plaide coupable sur la dangerosité et on va négocier sur le temps de la garde ».

Autre phénomène constaté dans certains districts judiciaires : les « ambulances chasers » que l'on pourrait traduire par « avocats opportunistes » qui arpentent les corridors des palais de justice afin de solliciter de potentiels clients sans représentants. Ce type de pratique est illégal.

Outre les difficultés d'accès à la représentation, les personnes déplorent le manque de combativité de leur représentant. Rares sont les avocat.es qui osent relever les manquements aux codes de procédures, les atteintes aux droits fondamentaux, le laxisme des rapports d'évaluation psychiatrique, ou appeler des témoins, préparer leur client à témoigner et encore moins faire une requête en *habeas corpus* alors que les circonstances le permettraient. Sans vouloir « casser du sucre sur le dos » de ceux-ci, les groupes de défense de droits constatent aussi que trop peu de ces derniers s'investissent avec rigueur dans ce type de cause, voire auprès de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

L'accès à la représentation juridique en temps opportun

Les délais de prescriptions sont courts, d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours respectés et trop peu d'avocat.es sont disponibles, informés sur les particularités ou intéressés par ce type de représentations; rendant l'accès à la représentation très difficile.

L'accompagnement des personnes à la cour

Bien que les audiences relatives à la garde en établissement d'une personne soient tenues à huis clos, les conseillers et conseillères en défense des droits qui accompagnent les personnes ont généralement toujours pu entrer dans la salle de cour. Un regard familier et une présence apaisante s'avèrent très rassurants pour les personnes. Pour une raison qu'on ne saurait expliquer, depuis quelques années, certains juges ne le permettent plus même quand la personne elle-même indique clairement qu'elle souhaite leur présence. Dans d'autres districts judiciaires, la présence des conseillers et conseillères est souhaitée et certains juges le relèvent positivement.

Rôle et fonctionnement des instances en charge du respect des droits

Les rôles et fonctionnements des instances en charge du respect des droits, dans le cadre d'une P-38.001, est partagés entre le MSSS et le législateur. Le Québec s'est doté de dispositifs juridiques et de procédures judiciaires robustes pour protéger les droits civils et fondamentaux, et le MSSS s'est doté d'un cadre de référence rigoureux. Cependant, leur succès dépend directement de la vigilance de tous les acteurs impliqués dans l'application d'une P-38.001 pour respecter les procédures et présenter leurs arguments de manière efficace devant la cour. Malheureusement il s'en dégage une apparence de complaisance entre ces deux forces sociales qui ne remettent que rarement en question la coercition des traitements forcés au service du contrôle social et qui, en bout de piste, constituent une atteinte aux droits fondamentaux des personnes les plus stigmatisées et marginalisées de notre société.

L'accès à l'aide juridique

Les personnes visées par une requête de garde en établissement sont bien souvent admissibles à l'aide juridique. Cependant plusieurs bureaux d'aide juridique refusent de représenter les personnes pour des dossiers de garde; ils émettent le mandat mais réfèrent à des avocats au privé en leur offrant, parfois, une liste de références rarement mise à jour. Les personnes se buttent alors à des refus ou des mauvaises coordonnées, se retrouvant ainsi dans un dédale de recherches sans accès à internet et parfois même avec un accès limité au téléphone.

Présentement, pour une personne seule, l'admissibilité gratuite n'est permise qu'aux personnes prestataires d'aide sociale. Une personne qui travaille temps plein (40h/semaine) au salaire minimum, dépendamment de certaines circonstances, n'est probablement pas admissible. Les critères d'admissibilité financière à l'aide juridique tels qu'ils sont en ce moment, sont aussi une grande contrainte à la représentation légale; les critères mériteraient une sérieuse révision.

La durée des audiences

Les groupes de défense de droits, qui accompagnent régulièrement les personnes à la cour estiment que la durée des audiences se situe en moyenne entre 15 et 20 minutes. Cette donnée est en cohérence avec les constats factuels relatés au *Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal* d'Action Autonomie³⁴

Cela nous apparaît expéditif alors que nous estimons que ces requêtes méritent toute l'attention et la rigueur que nécessite une procédure qui porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne. Sans compter que le juge rend sa décision « sur le banc » et que celle-ci va dans le sens des demandes de l'établissement dans un projet de jugement rédigé à l'avance que le juge signe souvent sans aucune modification ou étalement de sa décision puisque les motifs, lorsqu'ils sont donnés, le sont oralement.

Le recours aux audiences virtuelles

En octobre 2022, M. Daniel Desharnais, sous-ministre associé à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles du MSSS, a saisi, par une lettre³⁵, la Juge en chef et le Juge en chef associé de la Cour du Québec, en les invitant à considérer le recours aux audiences virtuelles en contexte hospitalier, notamment pour les patients visés par une requête de garde provisoire ou autorisée. L'argumentaire invoqué pour faire cette demande est le désengorgement des urgences ainsi que le débordement des lits des unités de psychiatrie, convaincu que l'affranchissement des contraintes liées au déplacement des usagers et des professionnels de la santé au palais de justice augmentent la capacité des psychiatres à être dédiés au suivi de leurs patients.

Bien que nous reconnaissons qu'en des circonstances bien exceptionnelles, par exemple la pandémie de Covid-19, l'utilisation de moyens technologiques, tel que les audiences virtuelles, aient permis un meilleur accès aux tribunaux (parce qu'ils étaient physiquement inaccessibles), nous considérons que le

³⁴ <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/> Op.cit. p.46

³⁵ Annexe 1

recours systématique aux audiences virtuelles au nom de la commodité pour le milieu hospitalier n'est pas un critère acceptable et aurait un impact négatif sur le respect des droits des personnes.

Il faut se rappeler que le Palais de justice demeure un des rares espaces neutres dans notre société. L'enjeu de la garde étant précisément de se questionner sur l'opportunité de forcer un justiciable à demeurer contre son gré dans un hôpital, la neutralité du Palais de justice s'impose pour trancher un tel litige. L'hôpital étant une partie au litige, ce lieu ne présentera jamais la neutralité requise pour procéder de manière systématique à des auditions par voie de visioconférence. En effet, cette manière de procéder comporte un très grand risque que le citoyen perde confiance dans le système judiciaire, qu'il ait l'impression que « tout est joué à l'avance » et que le tout est fait de manière précipitée. Cette manière de procéder est susceptible de laisser croire aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qu'elles ont moins de droits que leurs concitoyens.

En réponse à la missive de M. Desharnais, l'Honorable Martine L. Tremblay, Juge en chef adjointe de la Chambre civile de la Cour du Québec, indique clairement « *Nous n'entendons pas débattre sur un plan purement théorique de la légalité de notre ligne directrice voulant qu'une personne qui fait l'objet d'une demande de garde en établissement soit entendue en personne au palais de Justice, à moins qu'il soit démontré que sa présence physique devant le Tribunal puisse être nuisible à sa santé ou à sa sécurité ou celle d'autrui* ». Elle poursuit en citant une décision de la Cour d'appel qui « enseigne qu'il revient aux hôpitaux et autres intervenants, incluant les tribunaux, d'adopter leurs pratiques à la loi. Une mesure privative de liberté comme la garde en établissement doit être le fruit d'une démarche conforme en tous points aux prescriptions législatives³⁶ ». De surcroît, elle paraphe un autre jugement de la Cour d'appel *CIUSSS de l'Outaouais c. B.S.* qui conclut qu'accroître potentiellement le travail des psychiatres et des avocats n'est pas un motif de restreindre l'exercice du pouvoir discrétionnaire des juges en vertu de textes de lois clairs affectant la liberté d'une personne.

Quant à la position des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, elle est mitigée. Certains souhaitent la possibilité de comparaître en audience virtuelle alors que pour d'autres, cette ouverture représente un déni de droit supplémentaire et exacerbe le sentiment d'être traité comme citoyen.ne de deuxième classe. Et si la personne avait le choix et qu'elle devait consentir à l'audience virtuelle ? Alors, les personnes craignent d'être fortement incitées à l'audience virtuelle, ramenant aux enjeux d'entraves au consentement libre et éclairé.

Le taux d'acceptation des demandes

L'échantillon d'Action Autonomie montre un taux d'acceptation intégral ou partiel des demandes d'environ 80 %. Ce chiffre reflète une tendance largement observée dans plusieurs districts judiciaires importants tels que Montréal, Québec, Longueuil, Laval, Terrebonne, Gatineau, Joliette et Mingan, également corroborée par les estimations fournies des groupes de défense de droits actifs dans ces régions. La récurrence de ce taux suggère une homogénéité dans l'interprétation et l'application des critères légaux pour la mise sous garde qui peut contrevenir au principe de proportionnalité, fondamental dans la limitation des droits fondamentaux.

³⁶ Annexe 2

Un taux d'acceptation aussi élevé soulève plusieurs interrogations, tant sur le plan des pratiques et interprétations judiciaires trop permissives des critères, que sur le respect des droits fondamentaux des personnes concernées. Un tel taux d'acceptation peut refléter une prédisposition à considérer les problèmes de santé mentale comme nécessitant une intervention coercitive, ce qui contribue à renforcer la marginalisation et la stigmatisation systémique des personnes.

Les décisions rendues dans les districts peuplés semblent suivre des schémas similaires, reflétant potentiellement une standardisation dans l'application des critères légaux. Cependant, les variations possibles dans les régions moins peuplées ou rurales, où l'accès à des juges ou à des ressources légales spécialisées est limité, méritent une analyse approfondie pour mieux comprendre les disparités régionales.

L'information sur les recours par suite du jugement, notamment le recours au TAQ

Le droit de contester une décision judiciaire ou administrative constitue une garantie fondamentale dans un État de droit. En matière de maintien en garde en vertu des lois encadrant la santé mentale au Québec, le recours au Tribunal administratif du Québec (TAQ) est un outil essentiel pour les personnes concernées afin de faire valoir leurs droits. Cependant, des lacunes importantes dans la transmission de l'information, l'accessibilité des formulaires et les procédures administratives freinent l'exercice de ce droit. Ces problématiques, documentées par les réseaux médiatiques et les groupes régionaux de défense des droits, posent des questions critiques quant au respect des principes de justice naturelle et des droits fondamentaux.

Les groupes régionaux de défense des droits soulignent une déficience systématique dans l'information transmise aux personnes sous garde concernant leur droit de contester le maintien de leur garde devant le TAQ. Il est rapporté que les professionnels de la santé, incluant les avocats qui représentent les personnes n'informent pas systématiquement ces dernières de l'existence d'un recours au TAQ pour contester le maintien en garde, ce qui constitue une atteinte au droit à une défense pleine et entière, garanti par la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*.

Présentement, il n'y a qu'un seul formulaire unique³⁷ pour tous les types de requêtes pouvant être adressées au TAQ (one size fits all) ce qui ne le rend pas convivial. De plus, le formulaire indique qu'il y a des frais pour le dépôt d'une requête sauf pour quelques exceptions qui ne sont pas explicitées, pouvant faire croire qu'il y a des frais pour une requête de contestation du maintien de sa garde, alors que ce n'est pas le cas.

Certains établissements de santé ne tiennent pas d'inventaire de formulaire du TAQ et tardent ou refusent de faxer le formulaire de recours introductif du TAQ.

Ces barrières administratives rendent le recours au TAQ pratiquement inaccessible, privé d'un recours indépendant qui peut entraîner des atteintes indument prolongées à la liberté et à l'intégrité des personnes sous garde.

³⁷ https://www.taq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/file/formulaire_recours_introductif2024.pdf

Le partage de compétences juridictionnelles entre différents tribunaux et l'élaboration d'un tribunal spécialisé en santé mentale

Le partage des compétences entre les tribunaux québécois repose sur des principes clairs d'attribution des pouvoirs et de séparation des fonctions judiciaires et administratives. Ces principes ancrés dans le droit constitutionnel et la loi québécoise, visent à assurer une justice équitable et spécialisée selon la nature des litiges.

La proposition d'un tribunal spécialisé en santé mentale, particulièrement sous la gouverne du TAQ, risque d'empiéter sur le champ de compétence d'autres instances, créant ainsi des conflits juridiques et administratifs. Concentrer ces compétences dans une seule entité pourrait affaiblir la justice et l'égalité en droits de chaque justiciable en diminuant le rôle des tribunaux traditionnels, remettant en question leur capacité à protéger les droits des citoyennes et citoyens de manière impartiale et indépendante. Bien que certains justifient la création d'un tribunal spécialisé par le besoin de mieux adapter les décisions judiciaires aux réalités de la santé mentale, les groupes régionaux de défense des droits et les personnes premières concernées soulignent plusieurs dangers associés à une telle proposition.

- Une trop grande proximité avec les institutions psychiatriques qui renforcerait l'impression que les décisions judiciaires sont influencées par les recommandations des établissements psychiatriques ou des professionnels de la santé, compromettant ainsi l'impartialité.
- L'association d'un tribunal spécialisé en santé mentale avec des fonctions quasi-administratives, comme celles de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) pourrait alimenter l'idée que les personnes visées sont assimilées à des personnes ayant commis un acte criminel et créer une confusion entre soins et sanctions.
- Un tribunal spécialisé pourrait renforcer les préjugés sociaux et cristalliser les stéréotypes et la stigmatisation, ce qui est contraire aux principes d'inclusion et de dignité.
- Les groupes régionaux de défense des droits et les personnes premières concernées s'inquiètent de voir les mécanismes d'appel et de contestation d'une juridiction spécialisée disparaître, rendus moins accessibles, moins robuste ou moins indépendants, limitant ainsi la capacité des personnes concernées à défendre leurs droits.
- Les personnes concernées ne demandent pas un traitement spécial ni un tribunal spécialisé.

À la lumière des préoccupations soulevées, il apparaît essentiel de privilégier des solutions qui renforcent les mécanismes actuels par une approche fondée sur l'amélioration des pratiques existantes et le renforcement des compétences des intervenants, tout en respectant les principes fondamentaux du droit et des droits humains. Ces solutions constituent une approche plus prometteuse pour garantir une justice équitable et adaptée.

Nous estimons que la création d'une telle instance ne viendrait que renforcer le déséquilibre des forces au détriment des personnes premières concernées : celles qui font l'objet d'une P-38.001.

Les services en situation de crise (SASC)

Les services de crise en santé mentale jouent un rôle crucial dans la gestion des situations d'urgence impliquant des individus en détresse. Cependant, les constats documentés par les groupes régionaux de défense des droits et relayés par les réseaux médiatiques mettent en lumière des lacunes importantes dans l'offre et la qualité de ces services au Québec. Ces problématiques soulèvent des enjeux juridiques liés à l'accès équitable aux services, au respect des droits fondamentaux et à la responsabilité institutionnelle.

L'une des critiques les plus récurrentes concerne la pratique d'évaluer la dangerosité d'une personne en crise par le biais d'un contact téléphonique. Évaluer le degré de dangerosité d'une personne sans observation directe peut mener à des erreurs d'appréciation et ne permet pas de respecter les standards de diligence raisonnable qui devraient prévaloir. Cette pratique est perçue comme impersonnelle, inadéquate, aggrave la méfiance des personnes concernées ainsi que celle de leurs proches envers les services de santé mentale.

Il semble avoir une certaine absence de normes claires et uniformes dans l'organisation des services de crises qui entraîne des disparités dans les approches, tant au niveau de l'évaluation que de l'intervention. Les modèles d'organisation des services datent, dans certaines régions, de la fin des années 1990. Si l'on se permet de revoir de fond en comble les structures en santé, ce modèle pourrait aussi être revu. Les témoignages des personnes concernées mettent en évidence un manque de connaissances et de formations parmi les intervenant.es en situation de crise ce qui accroît souvent la responsabilité des proches.

Enfin, toutes les régions ne disposent pas d'un centre de crise.

Le « avant, pendant et après » la P-38.001

- Avant :
 - Le manque d'accessibilité aux services en raison d'un famélique financement du réseau de la santé pour les services en santé mentale, les mesures alternatives et les organismes communautaire, du manque de connaissances des professionnels du réseau sur les groupes communautaires alternatifs et du manque d'entente de partenariat entre le réseau et les organismes communautaires;
 - Les listes d'attente en services de première ligne s'allongent;
 - « À la fin février, tout près de 16 000 personnes étaient en attente d'un service de première ligne en santé mentale, selon les données du ministère de la Santé. C'est 4500 de plus qu'à la même période en 2021. Si l'attente a légèrement diminué pour les jeunes, la liste a bondi de 72% chez les adultes.³⁸ »
 - L'hospitalisation volontaire est difficilement accessible voire quasi-impossible. Les personnes nous rapportent régulièrement avoir tenté de demander de l'aide ou d'être hospitalisée volontairement avant de se retrouver sous garde involontaire;

³⁸ <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-04-15/listes-d-attente-en-sante-mentale/quebec-veut-un-electrochoc.php#:~:text=%C3%80%20la%20fin%20de%20f%C3%A9vrier,de%2072%20%25%20chez%20les%20adultes.>

- L'absence de dialogue et d'interventions pro-actives renforcent la stigmatisation et cristallisent la perception que des interventions d'urgence et coercitive sont nécessaires.
- Pendant :
 - Les personnes nous rapportent y avoir vécus des expériences traumatisantes pour la majorité d'entre elles relatant que les conditions générales d'hospitalisation involontaire sont dégradantes : médication forcée, isolement et contention physique et chimique, fonctionnement presque carcéral, système d'émulation infantilisant, représailles si on exerce nos droits et recours, menaces de recourir à une autorisation judiciaire de soins, détresse invalidée, ambiance chaotique, promiscuité, peu ou pas d'intervention psychosociale, etc... ;
 - Les personnes se sent perçues comme un objet de soins plutôt qu'une personne.
- Après
 - Peu ou pas de filet de sécurité post-hospitalisation sinon qu'une ou des prescriptions et être placé sur une liste d'attente pour un suivi au sein de services psychiatriques externes qui viendra des mois plus tard;
 - Le manque d'un plan de sortie adapté;
 - L'absence de coordination avec les organismes communautaires alors que ceux-ci jouent un rôle crucial dans le soutien à long terme;
 - Le retour en communauté inclus souvent une gamme de services imposés (SIV, SIM, SICOM, etc ...).

Les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement

Les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement (AJSH) constituent une mesure exceptionnelle permettant d'administrer des soins sans le consentement de la personne visée, dans un contexte où son aptitude à consentir est remise en question. Cette procédure, bien qu'encadrée par la loi, soulève de nombreuses préoccupations sur le plan juridique, notamment en ce qui concerne le respect des droits fondamentaux, le droit à un procès équitable et l'accès à la justice.

L'étude et l'analyse de 150 jugements, réflexion sur la pratique et recommandations de l'AGIDD-SMQ « *L'autorisation judiciaire de soins : Le trou noir de la psychiatrie* »³⁹ démontrent que les AJS sont souvent accordées de manière quasi-automatique, et ce, pour une durée moyenne de trois ans. Une telle généralisation de cette mesure, qui devrait pourtant être exceptionnelle, pose question quant au respect des principes fondamentaux de la justice, notamment au droit de contester une décision ayant des répercussions majeures sur la personne visée. Le *Rapport de recherche 2023 sur les autorisations judiciaires de soins : analyse comparative des pratiques entre deux centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie*⁴⁰ démontre différentes difficultés systémiques de nature à entraver l'exercice des droits des personnes visées par une requête en AJSH.

³⁹ <https://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>

⁴⁰ Perrault, Edith et Emmanuelle Bernheim (2023) *Les autorisations judiciaires de soins : analyse comparative des pratiques entre deux centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie*. Rapport de recherche. Collectif de défense des droits de la Montérégie, Service aux collectivités, UQAM, 67 p.

Il est préoccupant de constater que les personnes concernées ne sont pas systématiquement informées de l'autorisation de soins les concernant. Le manque de notification préalable les prive non seulement de leur droit à l'information, mais également de la possibilité de contester la décision dans les délais impartis.

En outre, le délai très court pour contester une AJSH rend souvent impossible la mobilisation d'un avocat compétent. L'absence de représentation juridique compromet gravement le droit à un procès équitable garanti par l'article 23 de la *Charte québécoise* et l'article 14 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*.

L'absence des personnes visées lors des audiences relatives aux AJSH est également problématique. Il est essentiel de rappeler que l'aptitude d'une personne à consentir ou à refuser des soins doit être déterminée de manière rigoureuse, dans le respect des principes de justice naturelle. La présence de la personne devant le tribunal est cruciale, non seulement pour garantir que son point de vue soit entendu, mais aussi pour assurer un examen diligent et indépendant de sa situation. Pourtant, des jugements sont rendus en l'absence de la personne concernée ; cela soulève beaucoup de questionnement sur l'appréciation d'une réelle inaptitude à consentir.

Enfin, la pratique consistant à renouveler les AJS de manière quasi-automatique, sans réévaluation approfondie de la situation de la personne concernée, constitue une autre atteinte aux droits fondamentaux. Chaque décision de renouvellement devrait être fondée sur une preuve actualisée démontrant clairement la persistance de l'incapacité à consentir. Or, le renouvellement automatique prolonge une mesure intrusive sans garantir une réévaluation adéquate, ce qui contrevient aux principes de nécessité et de proportionnalité établis par la *Charte québécoise*.

Conclusion :

L'examen approfondi de l'application de la Loi P-38 met en lumière un paradoxe criant : bien qu'elle ait été conçue pour protéger les droits et la sécurité des personnes dont l'état mental présente un danger, son application actuelle entraîne de nombreuses atteintes aux droits fondamentaux. Les critiques soulevées par l'AGIDD-SMQ, nourries par des années de témoignages et de luttes, révèlent un système où les pratiques coercitives et l'interprétation élastique des critères de dangerosité dominent, aux dépens de la dignité et de la liberté des personnes concernées.

La parole collective des personnes premières concernées, portée avec force par les groupes de promotion et de défense des droits, insiste sur la nécessité d'un changement fondamental. Ces voix rappellent que toute réforme doit inclure leur expertise expérientielle et s'attaquer aux racines systémiques des injustices, notamment à travers une approche qui valorise l'autonomie, l'écoute et la dignité. Ces témoignages démontrent également l'urgence de financer et de développer des alternatives communautaires, comme les équipes de crise autonomes, les espaces de répit ou encore les approches non coercitives centrées sur le rétablissement.

Face à cette situation, il devient impératif de recentrer l'application de la Loi sur une stricte conformité avec les droits humains. Cela implique non seulement une mise en œuvre rigoureuse du cadre de référence ministériel, mais aussi un changement culturel au sein des établissements psychiatriques et

des instances judiciaires. Ces efforts doivent être soutenus par un investissement accru dans des alternatives à l'hospitalisation forcée, privilégiant l'inclusion et le respect de l'autonomie des personnes.

Au-delà des réformes techniques, ce mémoire appelle à un véritable changement de paradigme sur la santé mentale et sur la manière de soutenir les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Il s'agit de passer d'une logique de contrôle et de coercition à une approche fondée sur l'inclusion, la reconnaissance des droits fondamentaux et la valorisation de chaque personne. En privilégiant des solutions humaines, respectueuses et adaptées, nous pourrions construire une société où les principes de dignité et de justice sociale prévalent, en garantissant à chacun le droit de vivre pleinement, sans stigmatisation ni discrimination.

Recommandations :

Recommandations générales :

L'AGIDD-SMQ recommande de travailler activement pour réduire le recours à la P-38.001.

L'AGIDD-SMQ recommande de respecter les juridictions actuelles et d'éviter de créer un tribunal spécialisé en santé mentale sous une seule juridiction.

L'AGIDD-SMQ recommande un respect strict de la Loi actuelle et des changements majeurs des pratiques actuelles.

4 moyens à intégrer pour réduire le recours à la P-38.001

- 1- Des services dans la communauté
- 2- Une psychiatrie plus humaine
- 3- Une application stricte et rigoureuse du cadre de référence sur l'application des mécanismes d'exception dont la P-38.001
- 4- Un respect strict de la P-38.001

Recommandations spécifiques :

Des services dans la communauté : avant, pendant et après la crise

- Réaliser le droit à la santé en adressant les divers déterminants sociaux de la santé.
- Lutter activement contre la stigmatisation.
- Avoir un meilleur financement pour les organismes communautaires alternatifs et travailleurs de rue afin que les crises psychosociales soient accueillies et désamorçées dans la communauté.
- Élargir de l'accès aux services de crise : centre de crise avec hébergement, équipe d'intervention de crise comme le modèle de l'Escouade 24/7 du Bas St-Laurent.
- Éliminer les listes d'attente en soutien psychosocial en santé mentale.
- Travailler en alliance et en partenariat avec les organismes communautaires avant, pendant et après la crise et l'hospitalisation.

Une psychiatrie plus humaine

- Une meilleure configuration des lieux en santé mentale pour les rendre plus thérapeutiques, accueillants et conviviaux.
- Améliorer l'accueil à l'urgence général du CISSS ou CIUSSS en dédiant une personne ressource dédiée à l'accueil psychiatrique.
- Améliorer le soutien psychosocial offert lors des hospitalisations (plus de travailleurs sociaux, plus d'interventions psychosociales, et...).
- Procéder à l'abolition progressive du recours aux mesures d'isolement et de contention physique et chimique.
- Mettre en place des alternatives à la porte verrouillée à l'urgence psychiatrique.

- Assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. La primauté de la personne implique de tenir compte du point de vue et des capacités de la personne utilisatrice de services, tout en favorisant sa participation, celle de son entourage, la prise en compte de l'ensemble de ses besoins et de sa situation biopsychosociale.

Une application stricte et rigoureuse du cadre de référence sur l'application des mécanismes d'exception dont la P-38.001

- **Le droit à l'information**

- S'assurer que les personnes concernées sont informées de leurs droits et puissent comprendre le type de garde sous laquelle elles sont dès le début et tout au long du processus de garde préventive, de garde provisoire ou de garde autorisée.
- Rendre systématique la communication aux personnes concernées de l'information sur tous les droits protégés par la LSSSS, en plus des renseignements prévus à l'article 15 de la Loi P-38.001 par l'établissement.
- Favoriser et/ou assurer le maintien, la consolidation et la permanence de toute entente spécifique mise en place entre la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) du CISSS ou CIUSSS et le groupe régional de défense des droits afin de favoriser l'accès à l'information sur les droits et recours en psychiatrie.

- **La garde en établissement**

- Établir le statut de la personne sous garde préventive dès son arrivée dans l'établissement afin que le délai de 72 heures soit respecté, évitant ainsi toute ambiguïté.
- Documenter toutes les interventions en lien avec l'application de la P-38.001 afin d'améliorer les pratiques tant individuelles qu'interdisciplinaires.
- Impliquer les intervenants ayant déjà un lien de confiance établi avec les usagers, lorsque possible, afin d'instaurer un climat favorisant la participation et le consentement libre et éclairé aux soins.

- **Le droit au consentement aux soins**

- S'assurer, dès la garde préventive, que la personne soit mise au courant de son droit de consentir ou non aux soins, incluant la prise de médication, les mesures de contrôle et l'examen psychiatrique.
- Vérifier régulièrement le consentement de l'utilisateur, celui-ci étant susceptible d'évoluer au fil du temps, incluant lors de chaque prise de décision et lors de la survenance de tout changement.

- **La référence d'aide et d'accompagnement**

- Uniformiser la remise du feuillet Droits et recours du MSSS avec les coordonnées du groupe régional de défense des droits, afin de s'assurer que la personne puisse être soutenue tout au long des procédures de garde, et ce, malgré le fait que la personne soit représentée ou non par un avocat. Cette action devrait être inscrite au dossier médical.
- Mettre en place des mécanismes de collaboration entre les unités psychiatriques et le groupe de défense de droits régional dès le début de l'application de la Loi P-38.001 afin de faciliter la référence et l'accompagnement des usagers dans leurs démarches de droits et recours. Ces mécanismes veilleront à simplifier l'accompagnement des usagers dans la défense de leurs droits, notamment en ayant accès aux significations avec le consentement de l'utilisateur et en accompagnant la personne concernée lors des audiences.
- Étendre et financer des projets tel que « Pour une défense pleine et entière » du Collectif de défense des droits de la Montérégie.

- **La signification**

- S'assurer que la signification ait toujours lieu dans les délais prescrits par la loi, soit au moins 48 heures avant l'audience, et que cela soit documenté dans le dossier médical de la personne.

- **La durée de l'ordonnance**

- Restreindre l'ordonnance initiale de garde en établissement à au plus 21 jours et s'assurer que son renouvellement soit effectué de façon plus exceptionnelle, afin que la perte de liberté soit la plus minimale possible.

- **Les mesures alternatives**

- Poursuivre le déploiement de mesures alternatives à l'hospitalisation et valoriser leur utilisation.
- Prioriser le déploiement de réelles alternatives à l'hospitalisation, entre autres, par la présence d'au minimum un centre de crise dans chaque région administrative en établissant un ratio minimal de lits de crise selon une approche populationnelle.
- Privilégier les interventions de crise en personne
- Mettre en place un plan d'action ayant pour objectif de favoriser la prévention afin de diminuer les interventions en réaction, notamment en réduisant les listes d'attente en santé mentale.
- Financer adéquatement les organismes communautaires œuvrant en santé mentale afin qu'ils puissent mener à bien leurs missions, incluant la bonification du financement accordé et l'octroi de budgets à la mission, plutôt que par projet.

Collecte de données et formations

- Standardiser et uniformiser la manière de collecter les données sur la garde à tous les CISSS et CIUSSS du Québec : date, genre, types de garde, accueil complet - accueil partiel - rejetée - retrait, présence de la personne, représentation légale, dispense...
- Partager un portrait fidèle de l'application de la Loi P-38.001 sur le territoire du CISSS dans le rapport annuel de gestion, lequel pourrait également inclure davantage de sous-catégories.
- Créer et diffuser une formation intersectorielle destinée au personnel des CISSS, aux intervenants sociaux du réseau de la santé et du milieu communautaire et aux corps de police, afin d'avoir une compréhension commune de ce que prévoit la Loi P-38.001, notamment en ce qui concerne le critère de dangerosité. De plus, il importe d'assurer la pérennité de la formation lors du roulement de personnel.
- Prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer la formation du personnel des établissements de santé concernant les protocoles spécifiques à l'application de la P-38.001 et le respect des droits des usagers. De plus, il importe d'assurer la pérennité de la formation lors du roulement de personnel.

• Les formulaires standardisés

- S'assurer que l'établissement utilise les formulaires complets standardisés, prévus dans le cadre de référence du MSSS, concernant la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement afin d'éviter des interprétations différentes par le personnel en place.

• L'évaluation systémique

- Assurer la pérennité de la démarche d'évaluation du MSSS sur l'application de la Loi P-38.001 tous les 3 ans. Cette évaluation permettrait d'apprécier la rigueur du processus et des critères d'application de la Loi. Ensuite, que le MSSS partage les résultats de ces évaluations et ses recommandations et qu'il prenne des engagements vis-à-vis de ces recommandations.
- Prévoir un dispositif de contrôle pour assurer le respect des délais maximaux de mise sous garde.
- Créer un tableau de bord provincial public avec des données permettant d'analyser l'état des lieux selon les régions, tant dans le nombre de gardes provisoires et autorisées ainsi que des indicateurs de conformité permettrait au public de s'assurer du sérieux de l'application de cette Loi d'exception.

- **La recherche évaluative**

- Prévoir la mise en place par le MSSS d'une recherche évaluative sur les impacts de l'application de la Loi P-38.001 sur les personnes concernées.
- Mettre en place un système de visites impromptues d'évaluation de la qualité par des représentants du MSSS: ces visites ponctuelles permettront de vérifier si les personnes bénéficient de services adéquats et d'un environnement physique de qualité. De plus, une vérification pourrait être faite en regard de l'application des protocoles et de l'utilisation des formulaires standardisés qui doivent être employés par le personnel pour les personnes mises sous garde.

- **Le secteur de la justice**

- Afin d'éviter que le système de justice se base uniquement sur la preuve biomédicale produite par la partie demanderesse, mettre en place des moyens afin de favoriser la connaissance des outils juridiques existants concernant les mécanismes d'exception ainsi que l'inventaire des mesures alternatives qui ont déjà prouvé leur efficacité.
- Baser la formation sur les mécanismes d'exception sur les expériences et la connaissance d'avocats experts en droit de la santé, sur l'expertise des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et sur celle des groupes communautaires en santé mentale.
- Réitérer l'importance de la présence de la personne concernée avec son avocat à l'audience ou en visioaudience. Dans le cas où une dispense d'audience est accordée, que les motifs de cette dernière soient clairement rédigés.
- Permettre la présence d'accompagnateurs issus d'organismes de défense des droits lors de l'audience ou de la visioaudience.
- Rendre systématique l'accès gratuit à un avocat pour toute personne soumise à l'application de la Loi P-38.001.
- Créer une ligne 1-800 pour avoir accès à une liste d'avocats ayant une expertise en P-38 par région, 7h à 20h.

- **Tribunal administratif du Québec**

- Faciliter l'accès au Tribunal administratif du Québec pour les personnes souhaitant contester le maintien de leur garde en établissement, notamment en permettant le dépôt téléphonique d'une demande de révision.
- Créer un formulaire spécifique et simple pour les requêtes introductives de contestation du maintien de la garde en établissement.



Direction générale de la coordination réseau et ministérielle
et des affaires institutionnelles

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 30 mars 2023

Madame Lucie Rondeau
Juge en chef
Monsieur Scott Hughes
Juge en chef associé
Cour du Québec
Palais de justice de Québec
300, boulevard Jean-Lesage
Québec (Québec) G1K 8K6

Madame la Juge en chef,
Monsieur le Juge en chef associé,

Le 22 octobre 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place une cellule de crise dans le but d'identifier les mesures permettant de résorber le débordement dans les urgences. Ces mesures concernent la mise en place de solutions par un large éventail d'acteurs et d'organisations, puisque la situation précaire des urgences impacte l'ensemble de la société et prend racine dans des processus variés.

Un des facteurs contributifs à la crise actuelle est le débordement des lits des unités de psychiatrie. La cellule de crise est d'avis que le manque d'accès à des audiences virtuelles exacerbe cette problématique. En effet, chaque usager qui doit comparaître en personne dans un contexte de psychiatrie est accompagné par un travailleur de la santé qui ne peut, pendant ce temps, assumer les fonctions qui sont attendues de lui dans le réseau de la santé et des services sociaux. Or, dans un contexte de pénurie importante de main-d'œuvre, il est primordial que les ressources concentrent leurs efforts à l'offre de soins et qu'elles se dédient au traitement des personnes présentant un trouble de santé mentale.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : 581 814-9100, poste 62788
Télécopieur : 418 266-8855
daniel.deshamais@msss.gouv.qc.ca
www.msss.gouv.qc.ca

La solution repose sur l'utilisation des audiences virtuelles. En temps de pandémie, l'utilisation de moyens technologiques a permis l'affranchissement des contraintes liées au déplacement des usagers et des professionnels de la santé dans les palais de justice, ceci facilitant la planification des audiences et augmentant la capacité des psychiatres à être dédiés au suivi de leurs patients. Les associations de défense des droits des patients partagent d'ailleurs cet avis.

C'est donc en tout respect de l'indépendance judiciaire et dans un souci d'accès aux soins que nous vous invitons à considérer le recours aux audiences virtuelles en contexte hospitalier.

Soyez assurées de l'entière collaboration du MSSS et de ses établissements afin de favoriser et faciliter l'utilisation des moyens technologiques dans nos hôpitaux.

Veillez agréer, Madame la Juge en chef, Monsieur le Juge en chef associé, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le coordonnateur de la cellule de crise
et sous-ministre associé,



Daniel Desharnais

p. j. Liste des membres de la cellule de crise

c. c. Mme Caroline de Pokomandy-Morin, MSSS
Mme Catherine La Rosa, Cour supérieure du Québec
Mme Marie-Anne Paquette, Cour supérieure du Québec

N/Réf : 23-CR-00267



Montréal, le 20 avril 2023

PAR COURRIEL

**COUR
DU QUÉBEC**

L'honorable
Martine L. Tremblay,
Juge en chef adjointe
Chambre civile

Monsieur Daniel Desharnais
Direction générale de la coordination réseau et ministérielle
et des affaires institutionnelles
Ministère de la Santé et des Services Sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Daniel.desharnais@msss.gouv.qc.ca

Objet : Demande de considérer l'ouverture aux audiences virtuelles en
matière de garde en établissement

Monsieur Desharnais,

Votre lettre du 30 mars 2023 m'a été remise pour attention et réponse. Je la reçois comme une demande pour ne plus avoir à transporter au palais de Justice les personnes visées par une demande de garde en établissement en vue ou à la suite d'une expertise psychiatrique.

Votre lettre indique que vous auriez obtenu l'opinion des associations de défense des droits des patients. Je constate cependant qu'elles ne sont pas en copie sur celle-ci. Par souci de transparence et du respect du devoir d'impartialité qui s'impose à notre institution, je la transmets donc avec une copie des présentes à *l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec*.

Votre lettre affirme que l'utilisation de moyens technologiques pour la tenue des audiences sur demande de garde en établissement affranchit les centres hospitaliers des contraintes liées au déplacement des usagers et des professionnels de la santé vers les palais de Justice, facilite la planification des audiences et augmente la capacité des psychiatres à être dédiés au suivi de leurs patients.

La Cour du Québec est une institution judiciaire indépendante à laquelle le législateur confie la tâche de décider s'il y a lieu de garder une personne au centre hospitalier.

Palais de justice, 1, Notre-Dame Est, bureau 13.70, Montréal (Québec) H2Y 1B6
Téléphone : 514-393-2382 Télécopieur : 514-393-4922
Courriel : nada.habib@judex.qc.ca

Dans *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*¹, la Cour d'appel enseigne qu'il revient aux hôpitaux et autres intervenants, incluant les tribunaux, d'adapter leurs pratiques à la loi. Une mesure privative de liberté comme la garde en établissement doit être le fruit d'une démarche conforme en tous points aux prescriptions législatives².

Encore récemment, dans *CIUSSS de l'Outaouais c. B.S.*³ la Cour d'appel rejetait un argument similaire à celui soulevé dans votre lettre, soit que la décision du juge avait pour effet de contribuer à l'engorgement du système de santé et du système judiciaire. La Cour d'appel conclut qu'accroître potentiellement le travail des psychiatres et des avocats n'est pas un motif de restreindre l'exercice du pouvoir discrétionnaire des juges en vertu de textes de lois clairs affectant la liberté d'une personne.

Nous n'entendons pas débattre sur un plan purement théorique de la légalité de notre ligne directrice voulant qu'une personne qui fait l'objet d'une demande de garde en établissement soit entendue en personne au palais de Justice, à moins qu'il soit démontré que sa présence physique devant le Tribunal puisse être nuisible à sa santé ou à sa sécurité ou celle d'autrui. Cependant, il y a lieu de rectifier les éléments factuels sur lesquels repose l'opinion de la cellule de crise :

1. Si les accompagnateurs sont considérés comme des travailleurs de la Santé par la cellule de crise, il n'en demeure pas moins que ceux-ci n'ont pas à être et ne sont généralement pas des infirmiers ou des préposés aux bénéficiaires;
2. La participation de la personne visée par la demande à partir d'un centre hospitalier ne dispense pas ce dernier de l'obligation de s'assurer de la présence d'un accompagnateur ou d'une personne en mesure d'assurer la sécurité de la personne visée à l'intérieur de la salle aménagée pour la visio-audience et de veiller au bon fonctionnement des appareils tout au long du processus;
3. Lorsque le témoignage des psychiatres est requis, ceux-ci sont généralement entendus par moyen technologique comme le permet la Cour d'appel en matière de garde en établissement⁴;
4. Le centre hospitalier a la responsabilité de présenter une demande de garde en établissement⁵. Il est en mesure de planifier son besoin

¹ 2018 QCCA 378, paragr. 88

² Ibid, paragr. 29

³ 2022 QCCA 839, paragr. 13

⁴ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré et universitaire de Santé et de Services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, paragr. 70, note 57

de recourir aux tribunaux. En effet, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*⁵ et l'article 396 du *Code de procédure civile*⁷ impose au centre hospitalier le respect de certains délais. Or, une demande de garde en établissement ne peut être présentée au Tribunal moins de deux jours après sa notification, ce qui donne suffisamment le temps de planifier le transport de la personne visée par la demande. Il est vrai que le juge peut accorder une demande de réduction de ce délai, mais cela ne devrait pas être la règle.

En terminant, je me permets de vous rappeler qu'il existe un Comité de liaison entre la Cour du Québec et le Barreau de section dans chacune des régions administratives du Québec. Il s'agit de lieu d'échanges qui permet aux avocats des centres hospitaliers de discuter avec le juge coordonnateur et en présence d'avocats agissant pour les personnes visées de sujets similaires à celui soulevé dans votre lettre du 30 mars 2023.

Veuillez agréer, Monsieur Desharnais, mes salutations distinguées.

Martine Lucille
Tremblay

Signature numérique de Martine
Lucille Tremblay
Date: 2023.04.30 14:26:44 -0400

MARTINE L. TREMBLAY, J.C.Q.

- C. C. Honorable Lucie Rondeau, juge en chef, Cour du Québec
 Honorable Scott Hughes, juge en chef associé, Cour du Québec
 Honorable Marie-Anne Paquette, juge en chef, Cour supérieure du Québec
 Honorable Catherine LaRosa, juge en chef associée, Cour supérieure du Québec
 M. Vincent Vallée, responsable volet sociopolitique, Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec

⁵ *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>>

⁶ RLRQ, c.P-38.001

⁷ RLRQ, c.C-25.01