



Mémoire de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec

Portant sur les enjeux entourant

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un
danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38)

Déposé à l'Institut Québécois de Réforme du Droit et de la Justice

Le 1^{er} décembre 2024

Introduction

L'ASMUQ compte 206 membres œuvrant dans les 30 plus grandes urgences du Québec. Nos membres sont impliqués administrativement dans la plupart d'entre elles. Plusieurs ont été impliqués dans la mise en place des protocoles d'application de la P-38 qui furent demandés par le MSSS en 2018. Notre groupe est à même de constater les différentes mises en application et limitations de la P-38 dans les urgences au Québec.

Commentaires et recommandations sur la P-38

D'entrée de jeu, l'ASMUQ tient à souligner que les nouveaux protocoles mis en place depuis 2019 (comme décrit dans le rapport 1 : portrait général et revue de littérature de l'IQRDJ) pour mieux répondre aux exigences de la P-38 ont eu un effet bénéfique pour les patients. Les nouveaux protocoles, en spécifiant que la garde préventive n'était appropriée qu'en l'absence de consentement à demeurer à l'urgence et de la présence d'un risque grave ET immédiat pour elle-même ou pour autrui, ont contribué à de meilleures évaluations, un meilleur dialogue avec les patients et finalement un meilleur respect des droits des patients.

Par contre, comme soignants à l'urgence, nous avons été à même de constater des aberrations dans l'application des protocoles découlant de la P-38. Bien que nous ne soyons pas des experts du droit, nous tenons à vous partager nos observations qui s'appliquent pour les nombreux patients se présentant à l'urgence pour des troubles de santé mentale. Nous nous en remettons au législateur pour faire les changements à loi qu'il juge nécessaires.

Les deux principaux concepts nous permettant d'appliquer la garde préventive pourraient être mieux définis et encadrés.

Le concept de **consentement à demeurer à l'urgence**, basé sur les termes spécifiques n'est pas toujours approprié pour les urgences.

Il nous a été rapporté à de nombreuses reprises que des patients masquaient leurs intentions ou manipulaient l'équipe soignante lors de leur questionnement initial ou changeaient d'avis pendant leur séjour à l'urgence. En effet, ceux-ci nous répondent officiellement qu'ils resteront, mais démontrent des agissements, une attitude et des commentaires qui donnent une impression claire, nette et précise au personnel soignant qu'ils allaient partir à la moindre opportunité. Aussitôt l'évaluation terminée, ces patients se préparent à quitter l'urgence à un moment opportun, soit lorsque le personnel sera occupé à d'autres tâches et les laissera avec peu de surveillance pour quelques minutes.

Il n'est également pas rare pour les patients, confrontés à attendre de nombreuses heures ou toute une nuit pour voir un psychiatre, finissent par décider de quitter l'urgence sans aviser.

Dans le même axe, l'ordonnance : « appliquez la garde préventive si un patient tente de quitter » est apparue dans de nombreux dossiers. Il n'est pas clair si celle-ci est légale ou appropriée, mais c'est la seule façon que les équipes de l'urgence ont trouvée pour contrer le risque de départ, et ce, malgré une réponse affirmant son intention de rester.

Bien qu'ils aient initialement accepté de rester pour être évalués, un changement de décision met une pression insoutenable sur le personnel soignant dans des situations impossibles : réaliser en temps réel qu'un patient quitte sans nécessairement avertir et devoir en demander la réévaluation de manière urgente de la part d'un médecin qui doit également s'occuper de nombreux autres patients potentiellement instables, alors qu'il est parfois seul dans une urgence débordée.

Dans des milieux surchargés où la congestion des urgences est omniprésente, où le manque de personnel est criant et où la médecine de corridor est omniprésente, il n'est pas raisonnable de penser que le personnel de l'urgence puisse arrêter de s'occuper des autres patients pour venir réévaluer un patient qui quitte ou manifeste son intention de quitter l'urgence. Plusieurs patients ont donc ainsi quitté les urgences malgré leur risque suicidaires ou homicidaires bien présent de cette façon, sans pouvoir être réévalués. Certains départements ont élaboré une liste de règles à suivre par les patients lorsqu'ils consentent à rester en plus d'accepter de consentir à rester (mettre une jaquette d'hôpital, remettre leurs objets dangereux aux préposés, etc.). Cependant, le fait de ne pas respecter ces règles ne permet pas nécessairement d'appliquer une garde préventive. Ces règles de fonctionnement des unités de psychiatrie peuvent parfois amener des frustrations de la part des usagers et entraîner leur volonté de quitter après l'évaluation médicale (ex. : port de la jaquette, interdiction de cellulaire ou d'aller fumer, privation de certains objets jugés dangereux, etc.). Sans garde préventive, ils conservent la liberté de se promener dans le département, d'aller fumer à l'extérieur, d'aller à la cafétéria, etc. Leurs effets personnels sont accessibles, ils peuvent donc recevoir sans surveillance des appels de l'extérieur, ce qui peut influencer leur décision de rester ou non et parfois même avoir accès à des objets dangereux pour leur sécurité ou celle de l'équipe soignante (nous avons vu des patients se droguer dans l'urgence en présence de visiteurs).

La notion de consentement du patient à rester est donc floue et difficilement applicable : doit-il accepter de rester avec toutes les règles en vigueur dans le département? Une hésitation manifeste ou perçue à rester est-elle suffisante pour appliquer la garde préventive? Cette notion doit être clarifiée dans la loi pour rendre les protocoles de garde préventive plus facilement applicables dans nos urgences et éviter des situations potentiellement dangereuses pour les patients et les soignants. En somme, il serait très important de trouver un moyen de s'assurer que les patients ne quittent pas lorsque les urgentologues perçoivent que le patient est un danger pour lui-même ou autrui (suicidaire ou homicidaire).

Le concept de **danger grave et immédiat** est aussi difficile à appliquer dans un contexte où les suivis ne sont pas toujours disponibles dans des délais de 24-72 h. Le patient ne passera peut-être pas aux actes dans les prochaines heures, mais quand est-il s'il le fait dans la prochaine semaine et qu'il est raisonnable de penser qu'il ne bénéficiera d'aucune intervention d'ici là?

La répartition des ressources en santé mentale, l'accès aux ressources en santé mentale et les besoins de la population varient énormément au sein des différentes régions du Québec. La variation du nombre de gardes préventives émises par des médecins d'urgence est probablement une bonne réflexion. Les milieux avec de grands manques de ressources se retrouvent souvent avec plus de patients en crise à l'urgence. Dans la même veine, le suivi de ces patients est souvent beaucoup plus difficile dans les milieux en manque de ressources. Bien que le but du présent exercice n'étant pas de réallouer les ressources à travers le Québec, il n'en demeure pas moins important que le législateur en prenne compte dans l'élaboration de la loi et qu'il tienne compte des limitations de notre système de soins.

L'**application de la P-38 par les policiers** semble poser un problème particulier au centre-ville de Montréal. Il n'est pas rare pour certaines urgences de recevoir de 5 à 10 patients amenés par les policiers à la fermeture du métro. Ces patients sont souvent désorganisés, en délire, mais aucunement dangereux pour eux-mêmes ou autrui. Les médecins d'urgence sont contre le fait de transporter tous ces patients vers les urgences, il n'est pas clair qu'un processus de révision des cas est fait chez les policiers concernant les transports basés sur la P-38. Dans le même ordre d'idée, les policiers transportant les patients sous la P-38 ne sont pas reliés aux protocoles de transports ambulanciers occasionnant des problématiques. Ils n'amènent pas toujours les patients au bon hôpital (les hôpitaux offrent des services de psychiatries de différentes natures). Le transport d'un tel patient vers le mauvais centre hospitalier entraînera des délais qui ont été rapportés jusqu'à 2 semaines avant qu'un transfert vers le bon centre hospitalier soit fait aux fins de traitement. Il y a également des quotas pour chaque hôpital pour permettre de régulariser les arrivées de nouveaux patients; les policiers, en outrepassant le transport via Urgences-santé et en favorisant les hôpitaux près des métros, se retrouvent à surcharger ceux-ci de patients et nuisent à la bonne prise en charge des autres patients ayant des problèmes d'ordre de santé physique. Bien que ce n'est pas au législateur de régler ce problème d'organisation des soins, nous tenons à l'en informer pour qu'il comprenne mieux les problématiques auxquelles nous devons faire face.

L'**évaluation rapide exigée par la loi** des patients amenés en P-38 mène ces patients à être cotés « P2 » et sont donc priorisés par rapport aux autres patients. Les droits fondamentaux des patients en P-38 sont très importants, mais nous avons constaté qu'ils allaient en contradictions des droits des autres patients en attente de soins depuis de nombreuses heures afin d'être évalués et traités dans des temps opportuns. Nous nous questionnons donc sur la priorisation au triage de ces patients dans le contexte actuel. Y aurait-il moyen de les faire évaluer autrement que par le médecin de l'urgence (psychiatre, infirmière pivot, infirmière du triage)? Certains patients sont bien connus des unités de psychiatrie et reviennent fréquemment à l'urgence, amenés par les policiers, à la suite de formulation d'idées suicidaires ou dans un contexte d'agitation qui sont stables. Prioriser l'évaluation médicale de ces patients par un urgentologue semble contreproductif dans le système actuel.

La réorganisation des services d'urgence et de psychiatrie dans tout le territoire québécois fait en sorte que plusieurs urgences d'importance n'ont pas de service de psychiatrie. L'application du P-38 fait en sorte que de longs délais sont souvent rapportés pour ces patients avant d'avoir une évaluation psychiatrique adéquate. Bien que ce ne soit pas le but de la loi de changer ces trajectoires, cette organisation des soins fait en sorte que les patients dépassent fréquemment le 72 h simplement à cause de la logistique des transferts (non-urgents, prochain jour ouvrable, selon la disponibilité des lits et ayant besoin d'un accompagnateur) devant un manque de ressources dans la plupart des milieux.

Certaines études internes ont noté de **grandes variations dans l'application de la P-38** tant au niveau des médecins d'urgence que des psychiatres à l'intérieur d'un même établissement. Une certaine forme de contrôle de qualité de l'acte devrait être mise en place pour que les pratiques soient standardisées. En outre, la définition d'un danger grave et immédiat se doit d'être mieux encadrée pour que les pratiques soient uniformisées.

Nous recommandons que :

- 1) Que le concept de consentement à demeurer à l'urgence ne soit pas seulement basé sur les dires du patient, que le législateur permette une certaine forme de restriction au départ pour tous les patients représentant un danger grave et immédiat pour eux-mêmes ou autrui, même si ceux-ci consentent initialement à rester. Nous nous en remettons au législateur pour les moyens, mais la situation actuelle demeure dangereuse pour les patients changeant d'avis ou masquant leurs réelles intentions.
- 2) Que le concept de danger immédiat soit modulable pour prendre en compte qu'un suivi ne sera probablement pas fait dans les prochains 24-72 h et qu'il peut être dangereux que le patient quitte sans recevoir une évaluation et des traitements appropriés. Le système de santé québécois ayant les limitations qu'on lui connaît, il n'est pas raisonnable que le législateur s'attende à ce que tous les patients aient des interventions rapides suivant leur visite aux urgences et la loi doit le prendre en cause pour permettre aux médecins de protéger les patients contre eux-mêmes lorsque le danger, sans être immédiat, pourrait être imminent et survenir bien avant qu'une intervention subséquente puisse être réalisée.
- 3) Que les policiers appliquent le même principe de danger grave et immédiat avant de transporter des patients eux-mêmes dans nos urgences, afin d'éviter ainsi de devoir évaluer des patients non dangereux en priorité dans les urgences, ne représentant aucune valeur pour le système ou les patients.
- 4) Que le législateur considère que l'obligation d'évaluer les patients sous la P-38 de manière urgente cause préjudices aux autres patients demandant des évaluations et traitements de nature physique dans les urgences du Québec.
- 5) Que les raisons d'application de la P-38 soient intégrées dans les processus de contrôle de qualité des centres hospitaliers, afin d'harmoniser les pratiques et de s'assurer de la bonne explication de celle-ci.

Résumé

Formulaire d'information

Nom de l'organisme

Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ)

Nom des auteurs

Docteur Gilbert Boucher (président), Docteure Caroline Hosatte-Ducassy (membre du conseil d'administration), Manon Gaudry (directrice)

Titre du mémoire

Mémoire de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec portant sur les enjeux entourant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38)

Date de publication

1^{er} décembre 2024

Résumé

L'ASMUQ compte 206 urgentologues répartis dans les 30 plus importantes urgences du Québec. Basé sur l'expérience des 6 dernières années avec les protocoles mis en place dans les différents établissements, l'ASMUQ considère que des moyens doivent être mis en place pour mieux protéger les patients atteints de troubles de santé mentale et qui sont à risque de commettre l'irréparable tout en maintenant les droits du patient.

Nous recommandons :

Que le concept de consentement à demeurer à l'urgence ne soit pas seulement basé sur les dires du patient, que le législateur permette une certaine forme de restriction au départ pour tous les patients représentant un danger grave et immédiat pour eux-mêmes ou autrui, même si ceux-ci consentent initialement à rester.

Que le concept de danger immédiat soit modulable pour couvrir une période raisonnable où un patient est à risque de commettre l'irréparable sans qu'une intervention ne soit possible.

Que les policiers appliquent les mêmes principes de dangerosité avant de transporter eux-mêmes les patients à l'urgence.

Que le législateur considère que pour chaque patient classé P2 pour le P-38, d'autres patients auront des délais encore plus longs, malgré des conditions parfois très graves.

Que soit mis en place des processus de contrôle de qualité tant pour les policiers que les médecins sur l'utilisation de la P-38.

Confidentialité

J'accepte que mon mémoire soit rendu public : Oui

J'accepte que mon mémoire soit cité dans le rapport final de l'IQRDJ : Oui

Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'GB', written in a cursive style.

Dr. Gilbert Boucher, président ASMUQ