

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

Rapport 5

Recommandations finales

Rapport de l'Institut québécois de réforme du
droit et de la justice déposé au ministère de la
Santé et des Services sociaux
10 décembre 2025

Auteurs

Fau, Valentine,
Chargée de projet Volet recherche, IQRDJ

Boucher-Réhel, Maude
Assistante de recherche, IQRDJ

Kara, Hana
Assistante de recherche, IQRDJ

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Le 17 mai 2023, le ministre responsable des Services sociaux a confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) le mandat de documenter l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38). Ce rapport final présente les recommandations de l'IQRDJ issues de deux années de travaux fondés sur une démarche de consultation et de recherche interdisciplinaire et empirique s'appuyant sur une analyse documentaire, une étude comparée, les mémoires déposés par plus de 35 organismes, un sondage auprès de la population québécoise et des entretiens qualitatifs menés auprès des acteurs concernés.

Les constats issus de ces travaux mettent en lumière un point central : malgré la diversité de leurs responsabilités, de leurs repères professionnels et de leurs conditions d'intervention, tous les acteurs impliqués dans l'application de la P-38 partagent la volonté d'agir dans le meilleur intérêt des personnes premières concernées. Cette volonté s'exerce dans le cadre d'application de la P-38 qui repose sur un ensemble de poids et contreponds dont l'équilibre demeure essentiel pour assurer la sécurité des personnes, protéger leurs droits et soutenir la cohérence des pratiques.

Il importe de rappeler en premier lieu que la majorité des problèmes soulevés dans le cadre de nos recherches excède le seul champ d'application de la P-38. Ces problèmes renvoient plus largement aux défaillances systémiques entourant la prise en charge de la santé mentale au Québec. La P-38 devient alors, par défaut, à la fois une porte d'entrée et une porte tournante du système, menant à une surutilisation du recours à la contrainte.

Les recommandations formulées tout au long de ce rapport s'appuient d'abord et avant tout sur la réaffirmation du caractère exceptionnel de la P-38 — du fait que les mesures que prévoit cette loi sont particulièrement attentatoires aux droits et libertés de la personne — tout en soulignant la nécessité de privilégier des interventions préventives axées sur le dépistage et le risque d'aggravation des détresses jusqu'à la crise, en d'autres termes agir avant qu'une forme de dangerosité se manifeste.

Bien que le recours à la P-38 doive ainsi demeurer strictement exceptionnel, les recommandations proposées visent à améliorer sa mise en œuvre, en proposant des mesures fonctionnelles, réalistes et susceptibles d'être intégrées aux pratiques actuelles. Parmi ces orientations, l'IQRDJ recommande de maintenir le critère central de la dangerosité, tout en précisant les modalités de son évaluation et de son application. Il

est également proposé de restructurer les trajectoires de garde par l’instauration d’une nouvelle garde temporaire, permettant de simplifier et d’améliorer le processus.

L’ensemble des milieux concernés par l’application de la P-38 fait par ailleurs l’objet de recommandations ciblées. Pour l’intervention sociopolicière, il s’agit de recentrer l’intervention sur l’accompagnement social, de renforcer la coordination entre les intervenants des services de police et des services sociaux et d’améliorer les pratiques policières en matière d’intervention en santé mentale lorsque leur participation demeure nécessaire pour des raisons de sécurité. Dans le cadre de l’hospitalisation, il est recommandé de prévoir l’accès à un intervenant pivot de manière à assurer la continuité de la prise en charge et l’accès aux ressources externes, ainsi que d’adapter les environnements et les pratiques cliniques aux réalités propres à la santé mentale. Le volet judiciaire de la garde en établissement est également examiné en vue d’améliorer l’accessibilité à la représentation par avocat, de favoriser la présence des personnes à leurs audiences, ainsi que d’encadrer adéquatement les moyens de preuve soumis dans le cadre d’une demande d’ordonnance de garde. Par ailleurs, la conservation de deux régimes juridiques distincts entre les ordonnances de garde et les ordonnances de soins demeure impérative. Le rapport explore cependant la possibilité d’unifier les compétences juridictionnelles correspondantes.

La question de l’implication des proches est également abordée dans une perspective de reconnaissance de leur rôle, d’amélioration de leur participation au processus de garde et de développement de services de soutien et d’accompagnement qui leur seraient spécifiquement destinés. Quant au partage d’information, sujet transversal à toutes les étapes de la mise en œuvre de la P-38, il est recommandé d’en améliorer les pratiques en cohérence avec le nouveau cadre juridique qui en régit les modalités.

Enfin, un dernier chapitre traite de deux mesures structurantes visant la P-38 dans son ensemble : l’insertion d’un préambule affirmant les principes qui sous-tendent cette loi, ainsi que l’établissement d’une instance permanente chargée du suivi et de l’évaluation continue des modalités et conditions de sa mise en œuvre.

Pour finir, ce rapport souligne l’importance que l’application des recommandations soit assurée par la mise en place de conditions particulières, notamment un financement adéquat, une formation continue des professionnels, leur adaptation aux contextes régionaux, l’évaluation de leur implantation à l’aide d’un mécanisme rigoureux de suivi et la conception d’une campagne de communication continue, orchestrée par le ministère responsable et destinée au grand public, sur toutes les questions entourant les enjeux courants de santé mentale.

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

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

SOMMAIRE

Sommaire exécutif	p.3
Sommaire	p.6
Liste des abréviations	p.7
Introduction	p.8
Chap. 1 Mise en contexte : La P-38 et l'intervention en matière de santé mentale	p.11
Chap. 2 Les trajectoires de garde	p.18
Chap. 3 Le critère de dangerosité	p.25
Chap. 4 L'intervention sociopolicère	p.32
Chap. 5 L'hospitalisation	p.41
Chap. 6 La structure juridique	p.51
Chap. 7 Les conditions de la judiciarisation	p.62
Chap. 8 L'implication des proches	p.74
Chap. 9 Le partage d'information	p.79
Chap. 10 La mise en œuvre de la P-38	p.87
Chap. 11 Les conditions générales de mise en œuvre des recommandations	p.93
Tableau synthèse des recommandations	p.97
Table des matières	p.111

Acronyme	Terme en entier
C.c.Q.	Code civil du Québec
C.p.c.	Code de procédure civile du Québec
CETM	Commission d'examen des troubles mentaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRAIP	Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
IQRDJ	Institut québécois de réforme du droit et de la justice
LRSSS	Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
P-38	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
PAISM	Plan d'action interministériel en santé mentale
PASM	Plan d'action en santé mentale
SASC	Service d'aide en situation de crise
TAQ	Tribunal administratif du Québec

INTRODUCTION

Contexte de la recherche

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

Dans le cadre de ce mandat, l'IQRDJ a mené à terme cinq chantiers de recherche :

- Chantier 1 : Un bilan d'application et une revue de la littérature en lien avec la P-38², ainsi qu'une analyse comparative pancanadienne.
- Chantier 2 : La réalisation d'entretiens semi-dirigés auprès des personnes et acteurs clés dans l'application de la P-38³.
- Chantier 3 : L'organisation d'un forum réunissant les acteurs clés de l'intervention.
- Chantier 4 : Un sondage public auprès de la population⁴.

Afin de faciliter la lecture rapide et par section du rapport, nous avons choisi de reproduire les références citées à chaque note en bas de page, plutôt que d'utiliser le traditionnel système de renvoi à la citation première de la référence.

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

² Fau, V. (2024), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Portrait général et revue de la littérature*, IQRDJ, ci-après nommé Rapport 1, disponible en ligne :

https://www.iqrdj.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf

Fau, V. et Boucher-Réhel, M. (2024), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui — Analyse comparative*, IQRDJ, ci-après nommé Rapport 2, disponible en ligne : <https://www.iqrdj.ca/docs/etude-P-38-Rapport-2-Analyse-comparative.pdf>

³ Fau, V. (2025), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui — Étude qualitative*, IQRDJ, ci-après nommé Rapport 4, disponible en ligne : <https://iqrdj.ca/wp-content/uploads/2025/10/Rapport-4.-P-38-Enquete-qualitative.pdf>

⁴ Noreau, P., Fau, V. et Boucher-Réhel, M. (2025), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Sondage public*, IQRDJ, ci-après nommé Rapport 3, disponible en ligne : <https://iqrdj.ca/wp-content/uploads/2025/05/Rapport-IQRDJ-Sondage-public-avec-Annexe.pdf>

- Chantier 5 : Le recueil et l'analyse de mémoires produits par les organismes et les institutions concernés⁵.

La structure de la recherche réalisée par l'IQRDJ s'inscrit ainsi dans une démarche empirique qui a privilégié la participation des acteurs et des personnes concernés par l'application de la P-38. Ces derniers ont été consultés à de multiples reprises, notamment dans le cadre des chantiers 2, 3 et 5.

L'ensemble des données recueillies lors de la réalisation de ces cinq chantiers de recherche a rendu possible une analyse globale de la situation et a mené au dépôt du présent rapport final soumis aujourd'hui. Celui-ci comprend une série de recommandations visant à améliorer les pratiques encadrant l'application de la P-38.

Méthodologie

Le présent rapport repose sur l'ensemble des travaux réalisés par l'IQRDJ depuis le début du mandat confié par le MSSS. Il s'appuie sur les données et analyses produites dans le cadre des différents chantiers de recherche, et dont rendent compte les rapports publiés par l'Institut, les mémoires déposés par les organismes et acteurs concernés, les entretiens semi-dirigés menés auprès des personnes et acteurs clés du domaine⁶, les résultats du sondage public réalisé auprès de la population québécoise en 2024 ainsi que les échanges issus du *Forum des acteurs de la P-38*, en avril 2025.

Ce présent rapport s'appuie sur la réunion, l'examen et la synthèse de ces diverses sources dans l'objectif de dégager des constats transversaux et de formuler des recommandations éclairées concernant la P-38 et son application. Les données qualitatives, quantitatives et documentaires recueillies au fil du projet ont été analysées conjointement de manière à offrir une compréhension intégrée du mécanisme de placement sous garde et des enjeux soulevés par les milieux concernés. Cette approche globale vise ainsi à éclairer les pistes susceptibles d'améliorer l'application de la P-38, tant du point de vue juridique que clinique, organisationnel, social et institutionnel.

Afin de garantir la rigueur de cette démarche, l'IQRDJ s'est doté d'un Comité d'accompagnement constitué de professeurs et professeures d'université, spécialistes de la question. À l'image de l'intervention prévue en vertu de la P-38, il s'agit d'un comité interdisciplinaire en mesure de couvrir tous les angles de la loi et de ses conditions de

⁵ Les mémoires ont été rendus publics sur le site Internet de l'IQRDJ : <https://www.iqrdj.ca/consultations-memoires>

⁶ Plus de 70 entretiens ont été menés auprès des policiers, intervenants sociaux, infirmières, psychiatres, urgentologues, personnel du DSP, avocats, juges, représentants d'organismes communautaires, personnes premières concernées et proches de ces dernières.

mise en œuvre. L'équipe de l'IQRDJ tient à remercier très sincèrement les membres de ce comité pour leur participation, leur travail continu, leur soutien et leurs réflexions tout au long de ce mandat.

Structure du rapport

Le rapport est structuré en onze chapitres portant sur des thématiques spécifiques allant de la mise en contexte générale de la P-38 dans l'environnement plus global de la prise en charge de la santé mentale au Québec à l'examen d'enjeux transversaux associés à son application, tel que les trajectoires de garde (chapitre 2) et le critère de dangerosité (chapitre 3). Les différents milieux d'intervention font aussi l'objet de chapitres spécifiques, à savoir l'intervention sociopolicière (chapitre 4), l'hospitalisation (chapitre 5) et la judiciarisation (chapitres 6 et 7). Le rapport propose également des recommandations spécifiques au sujet de l'implication des proches (chapitre 8) et le partage d'information (chapitre 9). Le chapitre 10 vise des considérations plus générales dans l'application de la P-38 et le dernier chapitre cible les conditions de mise en œuvre de l'ensemble des recommandations.

Toutes les recommandations sont intégrées dans un tableau synthèse présenté à la fin de ce rapport.

CHAPITRE 1. MISE EN CONTEXTE : LA P-38 ET L'INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

L'IQRDJ a mené cinq chantiers complémentaires qui ont donné lieu à quatre rapports d'étude : (1) une revue de littérature, (2) une analyse comparée, (3) un sondage public et (4) une enquête qualitative. À ces travaux s'ajoute la réception de 37 mémoires déposés par des organismes variés, ainsi que la tenue d'un Forum des acteurs en avril 2025, destiné à croiser les perspectives des différents acteurs concernés.

D'entrée de jeu, il importe de rappeler que la majorité des problèmes soulevés dans le cadre de nos recherches excède le seul champ d'application de la P-38. Ces problèmes renvoient plus largement aux défaillances systémiques dans la prise en charge de la santé mentale au Québec. En particulier, l'insuffisance de dispositifs préventifs efficaces, ainsi que les difficultés de mobilisation des ressources psychosociales existantes réduisent les possibilités d'interventions susceptibles de limiter l'aggravation des détresses. La P-38 devient alors, par défaut, à la fois une porte d'entrée et une porte tournante du système, menant à une surutilisation du recours à la contrainte.

1.1. Constats sur la P-38 et l'intervention en matière de santé mentale

MANQUE DE RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

L'accès limité aux services en matière de santé mentale constitue un facteur déterminant dans la prise en charge insuffisante des personnes présentant des difficultés de santé mentale : en l'absence de ressources disponibles, la personne en détresse ne bénéficie pas d'un accompagnement adapté à sa condition. Le manque d'accessibilité aux ressources ne permet donc pas de prévenir ou de stabiliser une éventuelle situation de crise et contribue à accentuer la vulnérabilité des individus, de sorte que la dégradation de leur condition se poursuit souvent sans qu'y soit apportée de réponse adéquate. Lorsque la situation atteint un seuil critique, le manque de dispositifs préventifs et alternatifs se traduit fréquemment par le recours à l'hospitalisation forcée prévue par la P-38. Ainsi, le manque de services accroît directement le risque d'une prise en charge coercitive et d'une judiciarisation de l'intervention en contexte d'urgence.

Par ailleurs, l'insuffisance des ressources de suivi continu après la crise fait de la P-38 une véritable « porte tournante ». Du fait de l'absence de suivi au lendemain d'une hospitalisation forcée, les personnes concernées se trouvent régulièrement à réintégrer le réseau par la contrainte, sans qu'une prise en charge durable ne vienne briser ce cycle.

MANQUE DE SERVICES INTERMÉDIAIRES POUVANT PALLIER L'HOSPITALISATION EN CONTEXTES VARIÉS

Bien que la loi repose sur un cadre juridique unique fondé sur le critère de la dangerosité, elle est appliquée dans des situations très variées⁷. En l'absence de services intermédiaires accessibles et adaptés, la garde en établissement demeure la principale, voire la seule, réponse institutionnelle aux situations rencontrées par les personnes vivant avec un problème de santé mentale⁸. Plusieurs acteurs soulignent que ce recours systématique ne découle pas toujours d'un choix thérapeutique pertinent, mais des limites structurelles du système.

Ainsi, certains groupes particulièrement vulnérabilisés sont orientés vers un dispositif d'exception alors que leurs besoins relèvent souvent d'autres formes d'intervention, qu'il s'agisse d'hébergement, de soins gériatriques, d'accompagnement social ou de soutien en matière de dépendance. Nos recherches ont permis de rendre compte de cette réalité auprès des personnes en situation d'itinérance⁹, des personnes âgées en perte d'autonomie ou atteintes de troubles cognitifs¹⁰, ou encore des personnes aux prises avec des troubles liés à l'usage de substances¹¹. Ces situations, bien que distinctes, révèlent un même constat : l'absence de services appropriés conduit à médicaliser et à judiciariser des problèmes sociaux, médicaux ou de consommation, pour lesquels l'hospitalisation forcée n'apporte qu'une réponse ponctuelle et inadéquate. Cette tendance renforce la nécessité de mobiliser des dispositifs d'accompagnement diversifiés et proportionnés, ouvrant la porte à une intervention efficace, avant l'apparition d'une situation de dangerosité nécessitant le recours à la P-38. Le soutien et la mobilisation de services et programmes spécialisés en santé mentale et l'établissement de trajectoires adaptées aux différentes situations sont indispensables¹². Ces services, de nature préventive, d'accompagnement, de suivi ou de gestion de crise, doivent être engagés de manière plus systématique de manière à éviter un recours automatique à la P-38.

SURUTILISATION DU SYSTÈME D'EXCEPTION PRÉVU PAR LA P-38

Les constats précédents convergent vers un phénomène plus large : la surutilisation du dispositif d'exception que constitue la P-38. Cette évolution traduit un glissement de la finalité du dispositif : la P-38, censée protéger les personnes dans des situations extrêmes, devient un instrument de gestion courante auquel on recourt faute de ressources. Plusieurs acteurs rencontrés constatent cet « usage élargi par nécessité » qui s'éloigne d'une application conforme à l'esprit de la loi.

⁷ Rapport 4, p.201.

⁸ Rapport 4, p.196-197.

⁹ Rapport 4, p.202.

¹⁰ Rapport 4, p.203-204.

¹¹ Rapport 4, p.205-207.

¹² On pense, par exemple, aux suivis intensifs dans le milieu ou d'intensité variable, aux unités d'intervention brèves en psychiatrie, aux équipes d'accompagnement bref en communauté, etc.

Ce recours élargi n'est pas sans conséquences : il contribue à banaliser l'intervention coercitive, à affaiblir la portée protectrice du critère de dangerosité et à accroître la charge hospitalière et judiciaire. Surtout, il risque d'altérer le lien de confiance entre les personnes concernées et les institutions de soins, en associant la fonction d'aide à une forme ou une autre de contrainte.

1.2. Recommandations sur la P-38 et l'intervention en matière de santé mentale

Bien que le mandat de cette étude porte sur l'étude de la P-38, les résultats n'ont cessé de démontrer que les difficultés observées tiennent moins à la loi elle-même qu'au manque de services et de ressources consacrées au soutien social et à l'accompagnement en santé mentale. Face à ces constats, deux stratégies peuvent être envisagées :

- Option 1 : Élargir la P-38, afin qu'elle devienne un levier d'accès aux services en santé mentale plutôt qu'un recours exceptionnel;
- Option 2 : Maintenir le caractère exceptionnel de la P-38, tout en renforçant significativement les services en santé mentale pour éviter que des situations de détresse ne dégénèrent en crises justifiant son application.

L'ensemble des recommandations formulées par l'IQRDJ s'inscrit résolument dans cette seconde option. La P-38 doit rester une mesure d'exception, dans la mesure où elle constitue une atteinte grave aux droits et libertés fondamentaux des personnes premières concernées. L'hospitalisation forcée, parce qu'elle impose une privation de liberté, représente l'un des mécanismes les plus coercitifs des systèmes de santé et de justice : elle devrait être utilisée en dernier recours, lorsque toutes les autres options ont échoué ou sont inapplicables. Dans cette perspective, et conformément aux recommandations déjà émises par plusieurs instances nationales et internationales, les interventions volontaires doivent être privilégiées chaque fois que la chose est possible.

1.2.1. Sur le recours à la P-38

La P-38 doit demeurer un dispositif d'urgence, limité dans le temps et centré sur la gestion d'une crise circonscrite. Elle n'est pas adaptée à la détermination de mesures prolongées visant la personne en dehors de cet état de crise.

Malgré certains ajustements proposés dans ce rapport afin d'en améliorer les conditions d'application, la P-38 conserve sa pertinence, à condition d'être appliquée strictement dans des situations exceptionnelles.

Recommandation 1 : Maintenir le caractère exceptionnel de la P-38.

Recommandation 2 : Améliorer les conditions d’application de la P-38.

1.2.2. Sur le système commun de services en santé mentale

Comme l’ont souligné plusieurs acteurs rencontrés, le recours à la P-38 s’explique fréquemment par l’absence d’accès réel au système commun de prise en charge¹³. Tant que les services en santé mentale demeureront fragmentés et peu accessibles, il sera difficile de réduire l’utilisation de la P-38, qui continuera d’être employée comme solution de dernier recours face à ces défaillances institutionnelles.

Le renforcement du système commun d’intervention en santé mentale constitue un levier essentiel pour prévenir les crises et réduire la judiciarisation des parcours. Deux axes d’action se dégagent :

1. Améliorer l’accès et la mobilisation du système commun de services en matière de santé mentale;
2. Favoriser les mesures volontaires et consenties, en reconnaissant l’autonomie décisionnelle des personnes concernées.

L’ACCÈS ET LA MOBILISATION DU SYSTÈME COMMUN DE SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Le premier enjeu tient à la disponibilité et à la continuité des services. Plusieurs participants ont évoqué la difficulté de joindre des ressources locales, les délais d’attente prolongés, ainsi que la discontinuité des suivis. Ces lacunes entraînent une escalade des situations qui, faute d’intervention précoce, dégénèrent en crises qui justifient l’application de la P-38. C’est pourquoi il apparaît impératif de consolider l’accessibilité, la continuité et la complémentarité des services en santé mentale à toutes les étapes du parcours – avant, pendant et après le recours à la P-38 – afin de répondre aux besoins variés que rencontre la population québécoise¹⁴.

¹³Le système « commun » désigne, par défaut, tout le système de services en matière de santé mentale, hors P-38, autre, autrement dit, hors dispositif exceptionnel.

¹⁴ Cette condition de mise en œuvre s’inscrit dans l’Axe 5 « Amélioration de l’accès aux soins et aux services en santé mentale » et l’Axe 6 « Prévention et mise en place d’alternatives aux hospitalisations en psychiatrie » du PAISM 2022-2026.

Renforcer l'accessibilité aux services suppose que soit amélioré l'arrimage entre les services de santé mentale et les services sociaux et communautaires, de manière à apporter une réponse rapide, concertée et cohérente aux difficultés de santé mentale. Il s'agit notamment de développer un véritable *continuum d'intervention* ouvrant la porte à une intervention en amont de la crise, d'offrir une alternative à l'hospitalisation et de soutenir les personnes dans leur milieu de vie, dans une logique de prévention, d'accompagnement, de proximité et de respect de l'autonomie, plutôt que de coercition. L'accès aux services de premières lignes est indispensable pour favoriser les prises en charge préventives, mais la mobilisation des services et programmes spécialisés doit aussi être renforcée. De multiples programmes existent au Québec afin de répondre aux besoins de services en santé mentale en contextes variés, que l'on pense aux équipes de suivi intensif ou d'intensité variable, au traitement intensif bref à domicile ou encore aux équipes d'accompagnement bref en communauté. Les organismes communautaires offrent également de nombreuses formes de soutien et d'accompagnent des personnes. Ces services spécialisés doivent être accessibles à tous et être structurés de manière à offrir un accompagnement rapide et adapté aux personnes en difficultés de santé mentale. Il s'agit d'alternatives à l'hospitalisation qui, lorsqu'elles sont adéquatement mobilisées, favorisent une prise en charge consentie, susceptible de réduire le recours à la P-38.

Recommandation 3 : Améliorer l'accès et la mobilisation du système commun de services en matière de santé mentale.

LES MESURES D'INTERVENTION CONSENTIES

Pour diminuer le recours à la P-38 et améliorer la prise en charge en matière de santé mentale, il est essentiel de développer et de soutenir des mesures d'intervention consenties qui permettent de préserver l'autonomie décisionnelle de la personne concernée tout en assurant la continuité et la qualité des soins dans les milieux institutionnels et communautaires.

Cette orientation s'inscrit dans une approche de décision soutenue et de participation active, en cohérence avec la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*¹⁵ et avec les orientations définies sur le plan international par l'Organisation mondiale de la santé et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. Ce dernier a notamment publié un guide d'orientation des pratiques et des législations dans lequel il est recommandé d'éliminer les pratiques de traitement et d'hospitalisation

¹⁵ Organisation des Nations Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 13 décembre 2006, A/RES/61/106, <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

involontaires¹⁶. Pour ce faire, le guide met en avant l'importance de services de première ligne efficaces, ainsi que la pertinence de développer les mesures d'anticipation en matière de santé mentale. Ces mesures, que plusieurs acteurs consultés dans le cadre de notre mandat ont également mentionnées, regroupent un ensemble de démarches permettant à une personne vivant avec une problématique de santé mentale d'exprimer à l'avance ses souhaits concernant son accompagnement, ses traitements et les interventions à privilégier en cas de crise¹⁷. Elles offrent ainsi des outils concrets pour intervenir en respectant la volonté et les valeurs de la personne, même lorsque sa capacité à consentir est temporairement altérée.

Certaines études internationales montrent que ces dispositifs peuvent réduire de 25 à 30 % le recours aux hospitalisations sous contrainte¹⁸, tout en favorisant une utilisation efficiente des ressources cliniques et sociales¹⁹. Ils constituent donc une alternative de nature préventive efficace contre un recours « réflexe » à la contrainte. En favorisant un dialogue préalable entre la personne, ses proches et les intervenants, ces mesures d'anticipation renforcent notamment la relation de confiance et facilitent la communication en situation de crise. Elles réduisent le sentiment d'exclusion des proches et améliorent la cohérence des décisions cliniques au sein des équipes²⁰.

Certaines mesures d'anticipation²¹ ont été particulièrement mises de l'avant dans le cadre de nos consultations, principalement les directives anticipées psychiatriques et les plans de crise conjoints :

¹⁶ World Health Organization, & United Nations. (2023). *Mental health, human rights and legislation : Guidance and practice* (p. 212). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>

¹⁷ Ambrosini, D. L., & Crocker, A. G. (2010), « Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie », *Santé mentale au Québec*, 34 (2), 51 -74 ; Mesures d'anticipation en psychiatrie - Des démarches pour soutenir l'autodétermination des patients et la qualité des soins (2025).

¹⁸ Molyneaux, E. et al. (2019), «Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder : Systematic review and meta-analyses», *BJPsych Open*, 5(4), e53. ; Tinland, A. et al. (2022), «Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness : A Randomized Clinical Trial», *JAMA Psychiatry*, 79(8), 752.

¹⁹ Loubière, S., Loundou, A., Auquier, P., & Tinland, A. (2023), «Psychiatric advance directives facilitated by peer workers among people with mental illness : Economic evaluation of a randomized controlled trial (DAiP study)», *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32, e27.

²⁰ Tinland, A. (2023), *Directives anticipées psychiatriques facilitées par les pairs-aidants : Enjeux et perspectives*. Directives anticipées psychiatriques facilitées par les pairs-aidants : enjeux et perspective.

²¹ Les mesures d'anticipation en psychiatrie regroupent un ensemble de démarches permettant à une personne vivant avec une problématique de santé mentale d'exprimer à l'avance ses souhaits concernant son accompagnement, ses traitements et les interventions à privilégier en cas de crise, Ambrosini, D. L., & Crocker, A. G. (2010). Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie. *Santé mentale au Québec*, 34 (2), 51 -74 ; Mesures d'anticipation en psychiatrie - Des démarches pour soutenir l'autodétermination des patients et la qualité des soins (2025), disponible en ligne :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/mesures_anticipation_psychiatrie_note_de_cadrage_has.pdf

- Les directives anticipées psychiatriques constituent des documents juridiques dans lesquels la personne rédige, seule ou accompagnée (par un pair aidant, un proche ou un professionnel), ses préférences en termes de traitement, ses refus éventuels de soins et ses valeurs personnelles. Elle peut également désigner une personne de confiance qui sera chargée de prendre des décisions en son nom. Ce type de démarche s'est multiplié ces dernières années au Québec dans le cadre des soins de fin de vie ou encore en lien avec les mandats de protection prévus en cas d'inaptitude. Ils permettent aux individus d'exprimer leur volonté et leurs préférences avant qu'elles ne soient nécessaires, c'est-à-dire à un moment où ils sont encore en mesure de les communiquer²².
- Les plans de crise conjoints, quant à eux, relèvent d'une démarche de collaboration clinique : ils sont élaborés conjointement par la personne, son entourage et l'équipe de soins afin d'anticiper les signes précurseurs de crise, d'identifier les moyens d'apaisement et de convenir des stratégies d'intervention acceptables pour tous. Leur valeur est avant tout thérapeutique et relationnelle. Ils favorisent la continuité du lien et la gestion concertée des situations de crise.

Alors que les directives anticipées psychiatriques visent avant tout à formaliser juridiquement la volonté de la personne, les plans de crise conjoints cherchent à opérationnaliser le dialogue et la coconstruction du soin.

Favoriser le recours à ces mesures d'anticipation, notamment en les reconnaissant formellement et légalement, permettrait de réduire le recours à la P-38, de renforcer la confiance entre les personnes concernées, les proches et les professionnels, et de réaffirmer le caractère exceptionnel de la contrainte dans le système québécois de santé mentale.

Recommandation 4 : Favoriser le recours aux mesures anticipées en santé mentale pour prévenir la gestion des crises.

²² Contrairement aux directives médicales générales, les directives anticipées psychiatriques ne bénéficient pas d'un statut juridique explicite au Québec. Cette absence de reconnaissance officielle limite leur opposabilité devant les tribunaux, rend leur interprétation variable d'un établissement à l'autre et peut freiner l'adhésion des professionnels, inquiets de leurs responsabilités légales.

CHAPITRE 2. LES TRAJECTOIRES DE GARDE

2.1. Constats sur les trajectoires de garde

LA SEGMENTATION DES GARDES

Le régime actuel de la P-38 repose sur une séquence de trois étapes distinctes :

- La garde préventive permet de retenir une personne contre son gré jusqu'à 72 heures lorsqu'elle présente un danger grave et immédiat, sans autorisation judiciaire ni examen psychiatrique préalable ;
- La garde provisoire, d'une durée de 96 à 144 heures, doit être ordonnée par le tribunal. Elle permet de contraindre la personne concernée à se soumettre à deux examens psychiatriques durant cette période ;
- La garde autorisée, également décidée par le tribunal, permet de maintenir la personne en établissement pour une durée plus longue, allant généralement de 21 à 30 jours renouvelables²³.

Cette division de la trajectoire rend le processus extrêmement complexe. Celle-ci s'étend sur plusieurs étapes, chacune comportant un décideur particulier, un critère décisionnel propre et un ou plusieurs délais maximums. Les personnes concernées éprouvent souvent d'importantes difficultés à comprendre et à suivre ce cheminement, plusieurs rapportant se sentir complètement perdus face à la succession rapide des étapes et aux incertitudes entourant ces délais. Cette incompréhension accentue leur sentiment de vulnérabilité et de stigmatisation ²⁴. La complexité du dispositif est également perçue par les professionnels eux-mêmes qui n'en maîtrisent pas toujours toutes les subtilités.

Par ailleurs, cette segmentation des types de gardes tend à rigidifier le processus décisionnel : plus la trajectoire avance, moins il est possible d'en dévier. Un certain biais de confirmation rend le renversement d'une décision préalablement prise par d'autres plus difficile. Ce phénomène limite la prise en compte de la singularité des situations et engendre un « effet entonnoir » dans les prises de décisions susceptible de favoriser le maintien sous garde des personnes concernées.

²³ Rapport 1, p. 19-21.

²⁴ Rapport 4, p. 18.

LA JUDICIARISATION DE LA GARDE PROVISOIRE

La segmentation du régime contribue également à une judiciarisation accrue du parcours, en multipliant les passages devant le tribunal. Les données du premier rapport confirment par ailleurs une hausse constante des demandes de garde en établissement au cours des deux dernières décennies. Ce mouvement renforce la tendance à une judiciarisation croissante des trajectoires en santé mentale²⁵.

Si la structuration des gardes vise à concilier urgence, évaluation et contrôle judiciaire, les statistiques sur les décisions judiciaires soulèvent la question du rôle effectif du tribunal, qui y apparaît limité, voire symbolique. Les taux d'acceptation des requêtes de garde en établissement demeurent en effet extrêmement élevés — entre 93 % et 99 % dans certaines régions — et rarement inférieurs à 90 % depuis les vingt dernières années, traduisant une forme d'automatisation des décisions²⁶. De plus, les audiences relatives aux demandes de garde provisoire sont souvent expéditives, certaines ne dépassant pas trois minutes lorsque les justiciables ne sont pas présents²⁷, ce qui renforce encore cette idée de standardisation des décisions.

Une forme de prudence s'impose toutefois dans l'interprétation de ces chiffres. Bien que cette succession de recours puisse, à première vue, paraître superflue, elle conserve possiblement une certaine valeur préventive : le fait de devoir soumettre la demande au tribunal constitue une sauvegarde procédurale, qui incite vraisemblablement les cliniciens à réaliser une évaluation rigoureuse du critère de dangerosité avant d'envisager toute privation de liberté. Cependant, malgré ce rôle préventif qu'il est possible de reconnaître à la Cour, les contraintes associées à la judiciarisation, notamment à l'étape de la garde provisoire apparaissent comporter davantage d'effets délétères que bénéfiques. Les coûts de la judiciarisation, sur le plan humain, social et financier, doivent notamment être pris en compte. D'autres mécanismes de protection pourraient être mis en place afin de prévenir les placements sous garde temporaire abusifs, tout en réduisant les effets négatifs et les contraintes associés au recours systématique au tribunal.

LES DÉLAIS

La P-38 prévoit que la requête en garde doit être signifiée en mains propres, au moins deux jours avant l'audience²⁸. En théorie, cette exigence vise à offrir à la personne et à son avocat le temps nécessaire pour préparer une défense adéquate. En pratique, cette disposition n'est toutefois pas toujours respectée. Conséquemment, cette contrainte entraîne régulièrement le dépôt de demandes de prolongation de 48 heures, lesquelles

²⁵ Rapport 1, p. 40.

²⁶ Rapport 1, p. 121.

²⁷ Rapport 1, p.114 et 115.

²⁸ Art. 121 et 396 C.p.c.

donnent lieu dans les faits à un prolongement de la garde préventive²⁹. Il arrive également qu'une dispense de notification pour motif d'urgence soit accordée³⁰, ou que le délai de notification ne soit tout simplement pas respecté. La notification peut alors être faite la veille ou le jour même de l'audience, laissant parfois à la personne concernée moins de 24 heures pour préparer son dossier³¹. Cette situation est perçue par plusieurs acteurs comme une atteinte directe aux principes entourant le débat contradictoire, puisque les justiciables se retrouvent au tribunal sans réelle possibilité de contester la preuve qui y est soumise et les concerne directement.

Par ailleurs, étant donné que cette signification doit être faite au moins 48 heures avant l'audience, la demande doit, en pratique, être déposée dans les 24 heures suivant le début de la garde préventive. Or, la possibilité qu'une situation de crise se résorbe dans un délai aussi restreint est extrêmement limitée, alors qu'un des objectifs de cette première étape de la trajectoire de garde est de permettre l'apaisement de la crise avant que la situation se judiciaire. Par ailleurs, pour les tribunaux, la multiplication des procédures, y compris celles qui résultent des demandes de prolongation, accroît la charge de travail et contribue à un alourdissement procédural, du fait qu'elle exige qu'une partie du temps judiciaire soit consacrée à la simple gestion des délais.

En somme, ces contraintes fragilisent la compréhension du parcours pour les personnes concernées, accentuent la pression exercée sur les équipes soignantes et judiciaires, et soulèvent la question de la nécessité d'une réorganisation du régime de garde permettant de mieux concilier efficacité clinique, respect des droits fondamentaux et respect des personnes premières concernées.

2.2. Recommandations sur les trajectoires de garde

La trajectoire actuelle des gardes soulève plusieurs difficultés, tant sur le plan clinique que procédural. Le cumul des étapes, les délais légaux difficiles à respecter et la judiciaireisation répétée des parcours nuisent à la cohérence du régime et à la protection effective des droits des personnes concernées. Dans cette perspective, il apparaît nécessaire de repenser la trajectoire entourant les étapes de garde et leurs modalités afin de simplifier le processus, d'en améliorer la prévisibilité – au bénéfice des personnes concernées – et d'assurer une meilleure articulation entre les interventions cliniques et judiciaires.

Notre proposition consiste à fusionner la garde préventive et la garde provisoire en une « garde temporaire » unique, qui permettrait de réduire la complexité procédurale ainsi que les délais de placement sous garde avant la garde autorisée.

²⁹ Rapport 4, p. 139-141.

³⁰ Il demeure tout à fait pertinent que des dispenses de notification soient accordées dans certaines situations réelles d'urgence.

³¹ Rapport 1, p. 105 ; Rapport 4, p. 139.

Cette garde temporaire pourrait être mise en œuvre selon deux voies distinctes :

- La voie non judiciairisée, permettant à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée de placer une personne sous garde lorsqu'il considère que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, afin qu'elle subisse deux examens psychiatriques dans un délai maximal de 120 heures, incluant un délai de notification de 48 heures si une demande de garde autorisée s'en suit ;
- La voie judiciaire, prévoyant qu'une demande de garde temporaire puisse être demandée au tribunal par toute personne intéressée. En examinant la demande, le juge pourrait l'autoriser s'il existe des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. La garde temporaire s'appliquerait alors dans les mêmes conditions et pour la même durée que dans le cadre de la voie non judiciairisée.

Dans les deux cas, la garde temporaire ne pourrait excéder 120 heures. Ce délai permet de compléter les évaluations requises, tout en préservant le caractère temporellement court de la mesure. Cette fenêtre d'évaluation permettrait, dans plusieurs cas, que la situation de crise qui justifie l'hospitalisation d'une personne se résorbe avant même qu'une autorisation judiciaire de garde ne soit envisagée. Ce délai vise également à offrir aux professionnels le temps nécessaire pour tenter d'obtenir le consentement de la personne à l'évaluation psychiatrique.

Ce délai se déclinerait de la façon suivante :

- Un premier examen psychiatrique est effectué dans les 24 heures suivant la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ;
- Si le premier psychiatre conclut à la présence d'un danger, une deuxième évaluation psychiatrique doit avoir lieu dans les 48 heures après la première ;
- Si cette seconde évaluation conclut également à la dangerosité, la garde temporaire sera prolongée pour 48 heures afin de respecter le délai de notification de la demande de garde autorisée.

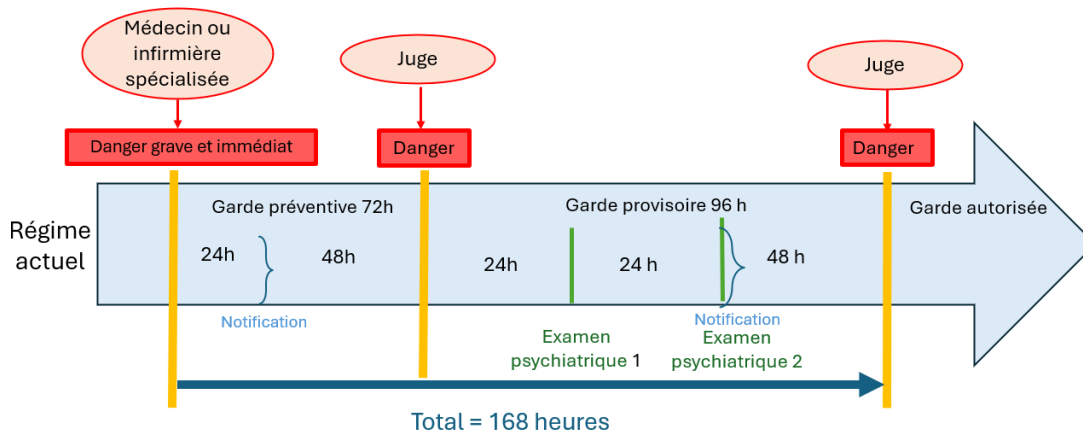
La garde autorisée continuerait d'être ordonnée par le tribunal sur la base des rapports psychiatriques produits, lorsque les deux évaluations psychiatriques confirment la dangerosité et la nécessité d'autoriser la garde.

Comme l'illustrent les schémas présentés ci-dessous, la garde temporaire permet de réduire le temps total de placement de la personne avant la garde autorisée, c'est-à-dire avant que deux évaluations aient conclu à la dangerosité. En effet, la garde temporaire

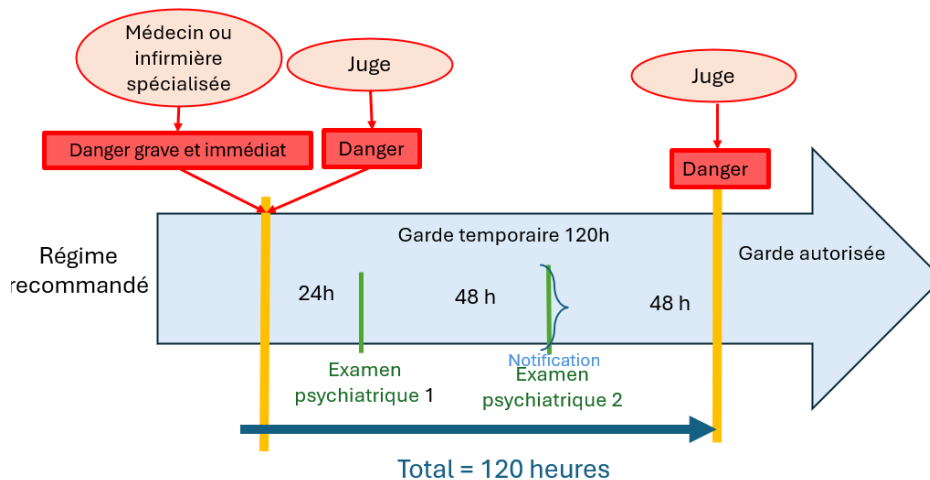
ne pourra excéder 120 heures, alors qu'actuellement, les délais varient de 144 à 168 heures selon la présence ou non d'une garde préventive. Ainsi, en l'état actuel :

- Avec la garde préventive : la garde préventive (72 heures) s'additionne à la garde provisoire (96 heures : 48 heures pour les 2 évaluations auxquelles s'ajoute le délai de notification de la garde autorisée de 48 heures), pour un total de 168 heures ;
- Sans garde préventive : les délais actuels de la garde provisoire s'élèvent à 144 heures (96 heures pour les 2 évaluations auxquelles s'ajoute le délai de notification de la garde autorisée de 48 heures).

Régime actuel (garde préventive + garde provisoire)



Régime recommandé (garde temporaire)



Le régime proposé réduit donc la durée totale du placement avant la garde autorisée, tout en maintenant le délai de notification de 48 heures, essentiel pour permettre à la personne de préparer adéquatement sa défense, notamment en organisant sa

représentation par avocat. Enfin, soulignons que la possibilité de placer une personne sous garde sans autorisation judiciaire préalable ne s'applique qu'à la garde temporaire, la garde autorisée demeurant conditionnée à l'autorisation judiciaire.

Cette mesure présente l'avantage de permettre un examen psychiatrique rapide. Si le psychiatre conclut à l'absence de dangerosité, la personne peut être libérée sans judiciarisation de son dossier, ce qui constitue un gain important pour celles qui traversent une crise ponctuelle ou transitoire. Le caractère limité du critère, la courte durée de la mesure et la simplification du parcours décisionnel représentent des bénéfices majeurs, tant pour les personnes concernées que pour les praticiens.

Recommandation 5 : Abolir les régimes de garde préventive et provisoire pour les remplacer par une garde temporaire en effectuant les modifications législatives correspondantes.

Recommandation 6 : Instituer une garde temporaire d'au plus 120 heures permettant l'évaluation psychiatrique de la personne, qu'elle soit autorisée par un médecin, une infirmière spécialisée ou ordonnée par un juge. Les modalités suivantes s'appliquent à la garde temporaire :

- Tout médecin ou infirmière spécialisée exerçant auprès d'un établissement peut, malgré l'absence de consentement et sans autorisation du tribunal, placer une personne sous garde temporaire dans une installation maintenue par cet établissement s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.
- Cette garde peut aussi être autorisée par un juge de la Cour du Québec, à la demande d'un intéressé, s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.
- Lorsqu'une personne est placée sous garde temporaire, une évaluation psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures suivant sa prise en charge par l'établissement.
- Si cette première évaluation conclut à la dangerosité de la personne et à la nécessité du maintien sous garde, une seconde évaluation psychiatrique doit être effectuée, au plus tard 48 heures après la première évaluation.
- Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée.
- Si les deux évaluations concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal, afin de respecter le délai de notification de la demande de garde autorisée.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Malgré le rôle préventif que peut exercer la Cour à l'étape de la garde provisoire, nous estimons que les contraintes actuellement associées à la judiciarisation comportent davantage d'effets délétères que bénéfiques. Les délais, la lourdeur procédurale et la multiplication des audiences fragilisent la fluidité du parcours et augmentent la vulnérabilité des personnes concernées.

Nous considérons qu'il est plus pertinent de renforcer les protections autrement, comme le prévoit ailleurs le présent rapport. La mise en place d'une fonction d'intervenant pivot³², la précision des critères d'évaluation de la dangerosité³³, ainsi que la formalisation des rapports d'évaluation³⁴ constituent notamment des moyens efficaces d'assurer une évaluation rigoureuse, sans recourir systématiquement au tribunal. L'établissement de cette nouvelle garde temporaire doit trouver un complément dans ces autres recommandations, de manière à maintenir un certain équilibre entre les droits des personnes concernées, les intervenants du système de santé et le pouvoir judiciaire.

³² Voir recommandation 16.

³³ Voir recommandation 9.

³⁴ Voir recommandation 27.

CHAPITRE 3. LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ

L'application de la P-38 repose largement sur la notion de dangerosité. Le titre de la loi en atteste, le danger lié à l'état mental de la personne constitue le seul critère permettant de déclencher une garde, qu'il s'agisse d'une garde préventive, provisoire ou prolongée³⁵. Cette orientation trouve appui sur un principe fondamental sous-jacent à la loi : on ne peut pas priver une personne de sa liberté, sauf en cas de danger pour elle-même ou pour autrui.

Dans ce régime, les critères diffèrent selon le type de garde. Pour l'intervention sociopolicière et la garde préventive, le danger doit être « grave et immédiat », puisqu'il s'agit d'une mesure exceptionnelle, mise en œuvre dans l'urgence et sans autorisation judiciaire. Pour la garde provisoire et la garde autorisée, seule la preuve de danger est requise. Cette distinction repose sur une logique d'urgence : plus la procédure est précipitée, plus l'exigence du critère d'intervention est élevée.

3.1. Constats sur le critère de dangerosité

L'ABSENCE DE DÉFINITION LÉGALE

La nature de la dangerosité donnant lieu à l'application de la P-38 n'est pas définie dans la loi. En 2018, le MSSS a publié un cadre de référence visant à baliser l'interprétation et les conditions d'application de la loi. On y définit la dangerosité de la manière suivante : il s'agit de « tout ce qui menace l'intégrité de la personne ou d'autrui, qui découle de faits observables et tangibles, actuels ou probables dans un avenir rapproché et suffisamment sérieux pour nécessiter une garde »³⁶. Cette définition fournit une orientation intéressante, mais n'est pas enchâssée dans la loi. Sur le plan pratique, l'absence de définition légale entretient une zone d'incertitude.

En matière judiciaire, la jurisprudence a progressivement balisé la notion. Elle a été définie par les juges comme un danger « potentiellement élevé, réel, prévisible », ce qui permet de distinguer une menace concrète d'un danger purement hypothétique. La décision judiciaire s'appuie ainsi sur des critères jurisprudentiels qui visent à éviter les excès, tout en préservant la capacité d'intervention dans les contextes où il existe un danger réel³⁷.

³⁵ Rapport 1, p. 44.

³⁶ MSSS, Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 2018.

³⁷ Rapport 4, p. 150.

UNE NOTION FLOUE

Sur le plan de l'intervention sociopolicière et sur le plan hospitalier, l'absence de définition de la dangerosité fait reposer son application sur le jugement professionnel, les sensibilités individuelles et le contexte propre à chaque intervention. Cette variabilité entraîne des différences marquées d'un milieu à l'autre et d'un acteur à l'autre, et compromet la prévisibilité d'un critère pourtant central à la justification d'une hospitalisation forcée.

De plus, l'évaluation de la dangerosité est réalisée par des acteurs issus de divers horizons — policiers, intervenants sociaux, professionnels de la santé ou acteurs judiciaires — dont la formation, l'expertise et la sensibilité diffèrent. Ce constat est renforcé par le manque d'uniformité des outils servant à l'évaluation de la dangerosité au sein d'une même catégorie d'acteurs. L'absence de balises et d'outils communs accentue les écarts d'interprétation et réduit la cohérence d'application du critère de dangerosité le long des différentes étapes de la mise en application de la P-38.

UNE NOTION CLIVANTE

Notre enquête qualitative a mis en lumière des opinions très divergentes au sujet de la dangerosité. Pour certains, ce critère est trop restrictif et limite les possibilités d'une intervention jugée nécessaire ; pour d'autres, il est au contraire appliqué de manière trop large³⁸.

Certains intervenants rappellent que l'état de santé mentale d'une personne peut se détériorer de manière progressive sans pour autant représenter un danger grave et immédiat. Dans plusieurs cas, le manque d'accès aux services en santé mentale limite la possibilité d'une intervention. En l'absence d'une forme ou d'une autre d'accompagnement ou de prise en charge, la condition personnelle de certains patients est alors susceptible de mener à une crise justifiant le recours à la P-38³⁹. Chez plusieurs professionnels, l'impossibilité d'agir en amont du fait du critère de dangerosité imposé par la loi nourrit un sentiment d'impuissance⁴⁰.

À l'inverse, d'autres estiment que le critère est appliqué trop largement et entraîne des hospitalisations injustifiées. Dans cette perspective, la garde en établissement perd son caractère exceptionnel et devient un instrument de gestion des comportements atypiques qui tiennent plus souvent de la désorganisation que de la dangerosité⁴¹. Une interprétation élargie est alors susceptible d'alimenter une forme de confusion entre

³⁸ Rapport 4, p. 144.

³⁹ Rapport 4, p. 155.

⁴⁰ Rapport 4, p. 156.

⁴¹ Rapport 1, p. 63 ; Rapport 4, p. 152.

« dérangérisité » et « dangereosité »⁴². Des comportements inhabituels ou socialement dérangeants risquent alors d'être abusivement interprétés comme des signes de dangereosité⁴³.

Ainsi, l'application du critère de dangereosité divise les acteurs. Cette polarisation traduit l'absence de consensus sur ce que recouvre la notion de dangereosité et sur le seuil à partir duquel le processus menant à l'application de la P-38 devrait être enclenché.

3.2. Recommandations sur le critère de dangereosité

Les divergences observées entre les acteurs illustrent la complexité et l'instabilité du critère. La dangereosité constitue une condition nécessaire, mais insuffisamment balisée. Son rôle central dans la P-38 exige des ajustements afin que soient assurés à la fois la protection des personnes et le respect de leurs droits. Dans cette perspective, il est proposé de maintenir le critère de dangereosité tel qu'il est défini actuellement (2.2.1), tout en développant des balises d'interprétation plus précises (2.2.2.).

3.2.1. Maintenir le caractère restrictif du critère d'intervention de la P-38

Les travaux de recherche nous conduisent à considérer que le critère de dangereosité établi actuellement doit être maintenu. Les propositions formulées par certains acteurs en vue d'assouplir ce critère risquent d'affaiblir le caractère exceptionnel de la P-38, qu'il s'agisse de retirer l'exigence d'immédiateté justifiant la garde préventive ou d'introduire une notion plus large de compromission de la sécurité. Tous ces glissements favorisent la banalisation du recours à la garde en établissement. En définitive, une telle orientation viserait davantage à pallier les lacunes du réseau de services en santé mentale, qu'à colmater une éventuelle faille de la P-38.

Rappelons que la P-38 repose sur un principe fondamental : la privation de liberté ne peut être justifiée que dans le contexte de danger grave et immédiat pour l'intervention sociopolicière ou le placement sous garde préventive ou, de danger réel pour l'ordonnance de garde provisoire et autorisée. Le critère actuel traduit ainsi une logique d'exception. L'ajout de la gravité et de l'immédiateté dans le cas de l'intervention sociopolicière se justifie par l'absence de contrôle judiciaire préalable et par le caractère urgent de l'intervention. Comme il a déjà été dit : plus l'intervention est rapide et intrusive, plus l'exigence doit être élevée pour éviter les interventions abusives⁴⁴.

⁴² Rapport 3.

⁴³ Rapport 4, p. 152.

⁴⁴ Rapport 1, p. 46.

Dans cette perspective, le maintien de la perspective actuelle qui définit la dangerosité comme préalable à toute intervention policière ou médicale en vertu de la P-38 apparaît constituer une garantie essentielle contre les dérives potentielles et un rempart contre l'utilisation de la garde en établissement à de simples fins de contrôle social. En ce sens, le critère de dangerosité agit comme une balise permettant de préserver l'équilibre entre protection et respect des droits fondamentaux des personnes concernées. Il ne devrait pas être élargi pour compenser les limites du réseau de soins et du réseau social, mais mieux encadré de manière à s'assurer de son application rigoureuse.

Recommandation 7 : Maintenir le critère de dangerosité établi actuellement pour justifier le placement judiciaire sous garde en établissement.

Recommandation 8 : Maintenir le critère d'un danger « grave et immédiat » pour justifier l'autorité donnée aux policiers de conduire une personne à un établissement de santé en vertu de la P-38 et pour justifier son placement sous garde temporaire⁴⁵.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Le choix de maintenir un critère strict suppose, en contrepartie, une véritable prise en charge des situations qui n'atteignent pas ce seuil de dangerosité. La P-38 doit demeurer une loi d'exception, mais les personnes en détresse qui ne présentent pas de danger « grave » et « immédiat » ne peuvent pour autant être laissées sans soutien. Il est donc essentiel de renforcer la mobilisation des ressources susceptibles de répondre aux besoins variés de services en matière de santé mentale, afin d'assurer une prise en charge précoce et d'éviter que des situations non traitées n'évoluent vers des crises nécessitant une garde imposée contre la volonté des personnes concernées. Ainsi, le maintien du caractère restrictif du critère de dangerosité doit être accompagné d'un renforcement substantiel des ressources investies dans les services en santé mentale, tel que préconisé dans le cadre de la recommandation 3.

⁴⁵ La garde temporaire est définie dans le présent rapport dans le cadre du chapitre 2, voir la recommandation 6.

3.2.2. Harmoniser l'évaluation du critère de dangerosité

Le maintien du critère de dangerosité, dans sa formulation actuelle, ne garantit pas en soi une application uniforme et cohérente de la loi. Les pratiques observées sur le terrain révèlent d'importantes divergences, que ce soit d'un établissement de santé à l'autre ou d'un intervenant à l'autre. Ces écarts d'appréciation fragilisent la prévisibilité du recours à la P-38 et créent une incertitude pour les personnes concernées.

En 2018, le MSSS produisait un cadre de référence en matière d'application de la P-38. D'après ce document, tous les éléments suivants doivent être réunis pour justifier une garde en établissement :

« • Le danger doit être réel, c'est-à-dire reposer sur des motifs et des faits (gestes, paroles, omissions, comportement, attitude). Il doit dépasser le seuil de possibilité pour atteindre celui de probabilité.

• Le danger appréhendé doit concerner la personne visée par la garde, c'est-à-dire que c'est elle qui en est la source principale. Le danger doit résulter de ses faits et gestes ou omissions. Il doit être probable qu'en l'absence d'intervention auprès d'elle en particulier, le danger se produira.

• L'existence du danger que présente la personne dépend de son état mental, ce qui inclut aussi les troubles du comportement. Si cette personne n'était pas dans cet état mental altéré, le danger n'existerait pas.

• Le danger doit être assez sérieux pour nécessiter une garde, c'est-à-dire avoir pour conséquence probable une atteinte à l'intégrité de la personne elle-même ou d'autrui qui ne peut être évitée autrement que par une garde, tout autre moyen se soldant par un échec.

• Le danger doit être actuel, c'est-à-dire au moment où le recours à la garde est considéré, susceptible de se produire à court ou à moyen terme, dans un avenir rapproché. »⁴⁶

Pour ce qui est de l'intervention sociopolicière et de la garde préventive, la loi exige que le danger soit grave et immédiat. Ces notions ont également été précisées dans le cadre de référence⁴⁷ :

Danger grave :

• L'atteinte envisagée à l'intégrité de la personne ou d'autrui est importante, étendue, multiple et/ou irréversible ;

• Le danger est notamment considéré grave lorsque la vie de la personne

⁴⁶ Cadre de référence, MSSS, p. 22.

⁴⁷ Cadre de référence, MSSS, p. 23.

ou d'autrui est menacée.

Danger immédiat :

- *Le temps utile pour contrer ce danger se rétrécit ;*
- *La situation d'urgence nécessite une action immédiate pour protéger la personne ou autrui ;*
- *Le danger risque de se produire avant l'obtention d'une ordonnance de garde.*

Ces indications apportées dans le cadre de référence permettent de préciser les éléments nécessaires à l'évaluation de la dangerosité. Nous considérons qu'elles contiennent les balises nécessaires pour harmoniser les évaluations du critère de dangerosité et du danger grave et immédiat sur tout le territoire québécois. Ces précisions pourraient ainsi permettre de limiter les écarts d'interprétation tout en assurant un recours plus cohérent à la P-38 dans l'ensemble du réseau. Une telle approche viendrait renforcer la rigueur des évaluations et la légitimité des décisions prises en vertu de la P-38. Les personnes concernées bénéficieraient ainsi d'une meilleure garantie de voir leur situation évaluée en fonction de standards similaires, peu importe l'établissement de santé où elles sont prises en charge. Cette cohérence contribuerait enfin à préserver le caractère exceptionnel du recours à la garde en établissement et à éviter les mises sous garde arbitraires ou injustifiées.

Recommandation 9 : Assurer la mobilisation et l'application systématique des critères énoncés dans le Cadre de référence (2018) afin d'harmoniser l'évaluation de la dangerosité des personnes susceptibles d'être placées sous garde en vertu de la P-38, notamment par :

- La formation obligatoire des acteurs concernés sur l'évaluation de la dangerosité ;
- Le développement et l'intégration des outils d'évaluation utilisés par les différents intervenants amenés à se prononcer sur la dangerosité ;
- L'intégration systématique des critères définis par le MSSS dans les rapports psychiatriques, les évaluations psychosociales et les décisions judiciaires de manière à les voir fondées sur des lignes directrices uniformisées ;
- Le suivi régulier et documenté de l'application de ces critères de dangerosité.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Cette recommandation doit être lue conjointement avec les recommandations 35, 26 et 27 portant respectivement sur la mise en place d'un suivi systématique et sur l'élaboration de lignes directrices encadrant la rédaction des jugements et des rapports psychiatriques. En effet, l'efficacité de ces outils et des formations qui les accompagnent ne peuvent être présumées : il importe de prévoir des mécanismes rigoureux de suivi et d'évaluation. Une telle démarche devrait permettre que soit concrètement analysée la manière dont les outils sont utilisés dans les différents milieux de pratique, d'identifier les écarts de pratiques entre intervenants et de mesurer l'impact de ces ajustements sur le recours à la P-38. Cette évaluation viserait à adapter les outils, les formations et les protocoles au fil du temps, en fonction des besoins observés, des contextes locaux et des réalités de terrain.

Notons par ailleurs que la formation⁴⁸ des intervenants amenés à évaluer la dangerosité doit s'accompagner d'une sensibilisation aux techniques de désescalade préalable à toute évaluation de dangerosité. L'évaluateur devrait en effet être encouragé à rechercher d'abord la stabilisation et le consentement de la personne avant d'envisager le recours à la garde, et donc de procéder à l'évaluation de la dangerosité.

⁴⁸ Cette condition de mise en œuvre s'inscrit dans le cadre de l'action 7.4. « Former et outiller les intervenants sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mentale présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP) » du PAISM 2022-2026.

CHAPITRE 4. L'INTERVENTION SOCIOPOLICIÈRE

4.1. Constats sur l'intervention sociopolicière

L'intervention sociopolicière est encadrée par l'article 8 de la P-38. En vertu de ce dernier, un agent de la paix peut amener une personne contre son gré dans un établissement de santé, sans autorisation du tribunal, si son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Il pourra le faire à la demande d'un intervenant associé à un service d'aide en situation de crise (ci-après SASC) ou d'un proche de la personne. De concert, les policiers et les intervenants sociaux sont donc amenés à jouer un rôle essentiel en tant que premiers intervenants dans le processus conduisant à une garde.

CONSTATS SUR LE RÔLE ET LE MANDAT POLICIER

Les recherches menées par l'IQRDJ révèlent que les pratiques policières ne sont pas toujours adaptées aux réalités des personnes vivant une crise liée à leur état mental⁴⁹. Plusieurs policiers affirment ne pas être adéquatement préparés pour intervenir en pareille situation. Ils évoquent un manque de formation spécialisée et une méconnaissance des aspects psychosociaux rattachés à ces situations⁵⁰. Cette situation génère un sentiment d'impuissance et d'inconfort au sein des corps policiers, où l'on s'interroge de plus en plus sur la pertinence du rôle qu'ils peuvent jouer dans ces contextes. Plusieurs expriment d'ailleurs le souhait de ne plus être systématiquement impliqués dans les interventions en santé mentale, estimant que celles-ci excèdent leur mandat premier d'assurer la sécurité publique⁵¹.

Les témoignages de plusieurs personnes concernées et de proches renforcent cette perception : l'intervention policière est parfois jugée inadaptée à leurs besoins d'aide et de soutien⁵². Le rôle traditionnellement associé à la police influence aussi la manière dont ces interventions sont perçues et nourrit chez certains une forme de méfiance ou de retenue à leur égard⁵³.

Le volume élevé d'interventions liées à la P-38 constitue par ailleurs un défi opérationnel majeur⁵⁴. Ces interventions mobilisent temps et ressources et génèrent un sentiment de surcharge au sein des équipes. Contrairement aux interventions policières classiques, les situations de crises rattachées à la santé mentale des personnes concernées exigent plus

⁴⁹ Rapport 4, p.55.

⁵⁰ Rapport 4, p.56.

⁵¹ Rapport 4, p.54.

⁵² Rapport 4, p.20-22 et p.56.

⁵³ Rapport 4, p.26.

⁵⁴ Rapport 4, p. 192.

de temps, d'écoute et de patience — des exigences difficiles à concilier avec les impératifs de rendement et de disponibilité du service policier.

Ce décalage entre les missions policières et les besoins reliés à des interventions en matière de santé mentale soulève des difficultés d'adéquation des rôles. Il met en lumière l'essoufflement du modèle actuel, où la police est trop souvent le premier répondant dans des situations qui dépassent son mandat initial d'assurer la sécurité publique.

Toutefois, il importe de souligner que plusieurs policiers ont su adapter leurs pratiques, et développer des approches plus collaboratives, fondées sur la communication, la désescalade et la concertation avec les intervenants sociaux. Ces ajustements témoignent d'un engagement professionnel important et d'une volonté d'améliorer la qualité des interventions malgré les contraintes reliées aux fonctions inhérentes à chaque domaine d'intervention.

Ainsi, l'intervention policière en contexte de crise apparaît aujourd'hui comme un maillon essentiel, mais fragilisé du dispositif de garde. Elle compense souvent, de manière temporaire, l'insuffisance des services en santé mentale et l'absence de ressources nécessaires à une prise en charge précoce et concertée des situations de détresse⁵⁵. Si certains policiers acceptent d'adapter leurs pratiques et de développer leurs compétences, d'autres y demeurent réfractaires, considérant que ces interventions ne devraient pas relever de leur responsabilité.

CONSTATS SUR L'INTERVENTION SOCIALE

Dans le cadre de la P-38, l'intervention sociale s'impose généralement à la suite d'un appel policier : une fois la sécurité des lieux assurée, les policiers intervenant en contexte de crise sollicitent l'avis du service d'aide en situation de crise (SASC) pour évaluer la dangerosité effective de la personne concernée par cette intervention⁵⁶.

Dans certaines régions, cette collaboration entre les services policiers et les intervenants se concrétise à travers la mise en place d'équipes mixtes, composées d'un policier et d'un professionnel du domaine psychosocial qui interviennent conjointement en situation de crises liées à la santé mentale. Ce modèle permet d'introduire une expertise clinique dès les premières étapes de l'intervention, et favorise une approche plus directement axée sur la désescalade, la stabilisation de l'état, la référence à des services en santé mentale, ainsi que la réduction du recours à la contrainte.

⁵⁵ Rapport 4, p.55.

⁵⁶ Rapport 1, p.17.

Toutefois, malgré leur pertinence, ces équipes demeurent confrontées à certaines contraintes structurelles⁵⁷. Dans plusieurs régions, leur disponibilité est restreinte à certaines plages horaires, ce qui réduit leur capacité d'action lors de crises survenant la nuit ou la fin de semaine. Le manque d'effectif et de financement compromet également la stabilité des équipes et leur déploiement à grande échelle, en particulier dans les régions rurales et périphériques. Les délais d'intervention peuvent s'avérer longs en raison de la vaste étendue des territoires desservis et des contraintes logistiques liées aux déplacements. Ces obstacles freinent la mise en œuvre du modèle et accentuent les inégalités d'accès à une intervention mixte sur le territoire québécois.

Il est également intéressant de mentionner que dans certaines régions, des équipes d'intervention sociale autonomes sont appelées à intervenir en première ligne dans les situations de crise. On pense ici au projet de l'Escouade 24/7. De nombreux participants à notre étude ont mentionné cette initiative soulignant ses effets positifs. La compétence de ces intervenants sociaux en vue de favoriser la désescalade des crises est mise de l'avant, ce qui permet notamment de diminuer le nombre de recours aux dispositions de la P-38⁵⁸. Ces équipes permettent par ailleurs de dépasser l'expression de certaines réticences entretenues à l'égard des équipes mixtes⁵⁹.

Quelle que soit la manière dont ils interviennent – seuls, en équipe mixte ou sur appel des policiers – les intervenants sociaux disposent d'une formation spécialisée en santé mentale et en intervention de crise, qui permet une gestion plus adaptée et moins conflictuelle des situations. Leur approche, centrée sur la collaboration et la désescalade, favorise la stabilisation des situations et des personnes et, dans certains cas, permet d'éviter le recours à la P-38⁶⁰.

4.2. Recommandations sur l'intervention sociopolicrière

Dans le cadre de l'intervention sociopolicrière en vertu de la P-38, trois grandes orientations se dégagent de nos travaux et articulent nos recommandations : 1) centrer l'intervention sur l'accompagnement social, 2) renforcer la coordination entre les acteurs

⁵⁷ Fournier, R. (2024), *Quels sont les impacts du personnel d'intervention psychosociale au sein des équipes mixtes lors d'une intervention policière ?* [Essai de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Dépôt institutionnel de l'UQAM, Creighton, F. (2023), *Analyse du modèle d'intervention des équipes mixtes en contexte de crise en santé mentale : enjeux, limites et perspectives d'amélioration* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Il s'agit également de constats relevés dans certains des entretiens semi-dirigés.

⁵⁸ Depuis sa création le 1er octobre 2018, l'Escouade 24/7 est intervenue à 1279 reprises en situation de crise, dont seulement 59 ont conduit à l'application de la P-38, Rapport annuel des activités 2023-2024 (p. 21). (2024). Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent. <https://centredecrisebsl.qc.ca/wp-content/uploads/2024/07/2023-2024-CPSICBSL-Rapport-annuel.pdf>

⁵⁹ Rutland, T. (2023). Innovation ou extension de la répression ? Perspectives des intervenant-es sur les escouades mixtes à Montréal. Le Comité Droits Devant du RAPSIM.

⁶⁰ Rapport 4, p.65-66.

sociaux et policiers, et 3) améliorer les pratiques policières en matière d'intervention en santé mentale. Ces orientations doivent être envisagées dans une logique de complémentarité, car si les intervenants sociaux sont amenés à assumer un rôle plus central dans la gestion des crises en santé mentale, la fonction policière demeure souvent essentielle.

4.2.1. Centrer l'intervention sur l'accompagnement social

Les recommandations qui suivent visent à placer l'accompagnement social au cœur de la réponse à la crise. Le contact direct avec un intervenant social, adossé à une posture d'écoute et de désescalade, contribue à instaurer un lien de confiance et à renforcer l'adhésion de la personne concernée à une forme ou une autre d'intervention, notamment lorsque l'offre de soins s'avère nécessaire. Alors que les policiers interviennent en fonction d'une logique sécuritaire fondée sur l'évaluation du risque de passage à l'acte, les intervenants sociaux sont plus souvent appelés à centrer leur intervention sur la gestion immédiate de la crise et la recherche de solutions consensuelles susceptibles d'éviter le recours à la contrainte⁶¹. L'intervention de ces derniers constitue ainsi une première porte de sortie vers des mesures ou un accompagnement volontaire.

Par ailleurs, l'intervention directe sur le terrain des intervenants sociaux améliore la qualité de l'évaluation clinique, en permettant une observation plus fine de l'état de la personne et une appréciation plus nuancée de la dangerosité. Cette proximité rend l'intervention non seulement plus appropriée, mais aussi plus fluide dans son déroulement⁶².

La perspective visant à centrer l'intervention sur l'accompagnement social peut emprunter deux voies qui constitueront les deux options recommandées : la mise en place d'équipes exclusivement formées d'intervenants sociaux (Recommandation 7a), ainsi que le déploiement et le renforcement des équipes mixtes associant policiers et intervenants sociaux (Recommandation 7b).

Étant donné le manque de données probantes concernant les modèles d'intervention en contexte de crise en santé mentale⁶³, nous ne sommes pas en mesure de favoriser un

⁶¹ Rapport 4, p.66.

⁶² Rapport 4, p.67.

⁶³ Il n'existe que très peu d'études concernant les équipes mixtes au Québec (voir : Rutland, T. (2023). Innovation ou extension de la répression ? Perspectives des intervenant-es sur les escouades mixtes à Montréal (p. 50). Le Comité Droits Devant du RAPSIM. <https://rapsim.org/wp-content/uploads/2023/09/rapport-sur-les-escouades-mixtes-20-sept-2023.pdf>) et encore moins d'études concernant les équipes d'intervention sociale.

modèle particulier. Néanmoins, un élément ressort avec netteté : l'importance de privilégier les modèles qui confèrent un rôle central aux intervenants sociaux.

OPTION A. LA MISE EN PLACE D'ÉQUIPE SOCIALE D'INTERVENTION DE CRISE

La mise en place et la structuration d'équipes d'intervention de crise exclusivement composées d'intervenants sociaux pour répondre aux urgences en santé mentale permettraient de pallier plusieurs limites du modèle actuel. Les services policiers interviendraient uniquement en appui, à la demande des intervenants sociaux, lorsque des enjeux de sécurité l'exigent. Les équipes d'intervenants sociaux assumerait pleinement le rôle de premiers répondants, avec la capacité d'intervenir directement sur le terrain, sans présence policière.

Cette recommandation bénéficie d'un large soutien parmi les acteurs concernés⁶⁴. Elle s'inscrit dans une logique d'intervention axée sur la désescalade de la crise et une approche consensuelle de la personne première concernée⁶⁵. Les modèles pourraient s'inspirer d'initiatives déjà en place, précédemment évoquées. On pense notamment à l'Escouade 24/7 œuvrant dans le Bas-Saint-Laurent.

Recommandation 10a : Mettre en place des équipes d'intervention de crise composées exclusivement d'intervenants sociaux pour répondre aux situations impliquant des crises liées à la santé mentale, en s'inspirant des modèles existants.

OPTION B. LE DÉVELOPPEMENT DES ÉQUIPES MIXTES

Le renforcement et le déploiement des équipes mixtes réunissant policiers et intervenants sociaux constituent une autre voie possible. Ce modèle d'équipe combinant expertise psychosociale et encadrement sécuritaire permet d'assurer une réponse plus cohérente et adaptée aux besoins des personnes en crise, tout en améliorant la compréhension mutuelle des rôles des policiers et des intervenants et en réduisant la stigmatisation liée à la maladie mentale⁶⁶. Leur déploiement plus important contribuerait à renforcer la continuité des soins et à limiter le recours à la P-38 sur l'ensemble du territoire québécois.

Recommandation 10b : Déployer et renforcer le recours aux équipes d'intervention mixtes (policiers et intervenants sociaux) en s'inspirant des modèles existants.

⁶⁴ Rapport 4, p.59-60 et Rapport 3, p. 47. Soulignons que plusieurs mémoires déposés à l'IQRDJ dans le cadre de la consultation ont soutenu cette recommandation.

⁶⁵ Cette recommandation s'inscrit d'ailleurs dans l'Axe 6 « Prévention et mise en place d'alternatives aux hospitalisations en psychiatrie » du PAISM 2022-2026.

⁶⁶ Il s'agit d'ailleurs de l'orientation priorisée dans le cadre de l'Action 2.4 de l'Axe 2 du PAISM 2022-2026.

4.2.2. Renforcer la coordination entre les intervenants sociaux et les policiers

L'amélioration des mécanismes permettant aux intervenants sociaux et aux policiers de coordonner leurs interventions repose sur trois recommandations complémentaires : la gestion et le référencement des appels, l'élargissement des personnes habilitées à effectuer l'évaluation de la dangerosité en vertu de l'article 8 de la P-38 et le développement de mécanismes de communication entre les policiers et les intervenants sociaux.

LA GESTION ET LE RÉFÉRENCEMENT DES APPELS

Afin de favoriser une intervention rapide et adaptée lors des situations de crise en santé mentale, les répartiteurs des lignes d'urgence (911 et 811) devraient pouvoir contacter directement les équipes sociales ou mixtes d'intervention⁶⁷.

Sur la base de critères prédéfinis, certaines situations pourraient relever exclusivement des équipes sociales, tandis que les cas présentant un risque élevé de violence nécessiteraient une mobilisation simultanée des policiers et des intervenants sociaux. Un exercice de triage et d'orientation serait en ce sens effectué par les premiers répondants. Ce mécanisme favoriserait une orientation plus fine des appels et une utilisation optimale des ressources disponibles.

Recommandation 11 : Améliorer le triage et la coordination des appels d'urgence permettant de rejoindre directement les équipes d'intervention spécialisées en santé mentale (équipes sociales et équipes mixtes).

LES PERSONNES APPELÉES À ÉVALUER LA DANGEROSITÉ

En vertu de l'article 8 de la P-38, seuls les intervenants d'un SASC sont actuellement autorisés à évaluer la dangerosité d'une personne et à recommander une garde préventive à la demande des policiers qui font appel à leur évaluation. Ce monopole réduit la marge de manœuvre et la capacité décisionnelle des autres intervenants sociaux : même lorsqu'ils sont présents sur le terrain dans le cadre d'équipes d'intervention spécialisées en santé mentale (équipes sociales et équipes mixtes), ceux-ci doivent se référer à un intervenant SASC afin de procéder à l'évaluation formelle de la

⁶⁷ Cette recommandation s'inscrit dans l'Action 2.1. de l'Axe 2 du PAISM 2022-2026 qui prévoit qu'« [a]fin que le service Info-Social puisse répondre aux demandes de nature psychosociale provenant des premiers répondants et, ainsi, assurer une meilleure réponse à la population, le MSSS consolidera une trajectoire entre le service Info-Social et les premiers répondants dans le but d'assurer une consultation téléphonique psychosociale 24/7 dans un délai de quatre minutes dans l'ensemble de la province » (p.27).

dangérosité de la personne concernée en vertu de la P-38. Cette situation engendre des délais supplémentaires, une duplication d'interventions et une perte de continuité dans la prise en charge de la personne en crise.

Pour une application plus cohérente et efficace de la P-38, tout intervenant social appelé à agir dans un contexte de crise en santé mentale, qu'il soit mobilisé à la demande des policiers, dans le cadre d'une équipe mixte ou d'une équipe sociale, devrait pouvoir effectuer l'évaluation de la dangérosité. Une telle mesure renforcerait la complémentarité entre les acteurs, réduirait les délais d'intervention et reconnaîtrait l'expertise clinique des intervenants sociaux dans l'appréciation d'un danger grave et immédiat.

Recommandation 12 : Élargir le profil des intervenants sociaux habilités à évaluer la présence d'un danger grave et immédiat en vertu de l'article 8 de la P-38.

LA COMMUNICATION ENTRE LES POLICIERS ET LES INTERVENANTS SOCIAUX

Les intervenants sociaux, bien qu'experts en désescalade et en accompagnement, ne sont pas formés pour gérer des situations à haut risque sécuritaire. Dans ces cas, la présence policière demeure nécessaire pour garantir la sécurité de tous⁶⁸. Les policiers doivent donc être prêts à soutenir les intervenants sociaux et, dans certains cas, à intervenir eux-mêmes directement.

Il est par conséquent crucial de mettre en place des canaux de communication clairs et efficaces entre ces acteurs. L'élaboration d'un protocole de collaboration formalisé — précisant les modalités d'échange d'information, les critères de déclenchement d'une intervention policière et les mécanismes de relais entre les équipes — permettrait d'assurer une coordination fluide et sécuritaire de l'intervention. Ce protocole permettrait par ailleurs de s'assurer que l'échange d'information se fasse dans le respect des règles de confidentialité des données, établies notamment par la LRSS⁶⁹. Un tel dispositif garantirait une prise en charge continue et cohérente des situations, fondée sur la complémentarité des expertises et la rapidité d'action requise en contexte de crise.

Recommandation 13 : Développer un dispositif de communication afin que les policiers puissent intervenir rapidement à la demande des intervenants sociaux, lorsque nécessaire.

⁶⁸ Rapport 4, p.68.

⁶⁹ À ce sujet, voir Infra chapitre 9 sur le partage d'information.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Pour assurer la mise en œuvre de ces recommandations, il est indispensable de préciser les types de renseignements susceptibles d'être échangés dans ce cadre, de manière à assurer un juste équilibre entre la protection des renseignements personnels et la sécurité des interventions. Par conséquent, la recommandation 13 devrait être lue conjointement avec les recommandations 31 et 32 présentées dans le chapitre 9 du présent rapport qui portent spécifiquement sur le partage de l'information.

4.2.3. Améliorer l'intervention policière en santé mentale lorsqu'elle est nécessaire

Bien que l'intervention d'équipes d'intervenants sociaux ou d'équipes mixtes constitue la modalité privilégiée en contexte de crise en santé mentale, la réalité du terrain, marquée par l'urgence et la disponibilité variable des ressources et des compétences, fait en sorte que des policiers agissant hors de ces équipes spécialisées demeurent les premiers intervenants dans un très grand nombre de situations. Dans ce contexte, il demeure essentiel de poursuivre l'amélioration des pratiques policières en matière d'intervention en santé mentale⁷⁰.

Renforcer les compétences et les outils d'intervention des policiers permettraient à ces derniers d'agir avec davantage d'assurance et de discernement, tout en favorisant des réponses mieux adaptées aux besoins et à la vulnérabilité des personnes concernées. Cette recommandation s'appuie entre autres sur le constat selon lequel la formation actuellement offerte ne prépare pas toujours adéquatement les policiers à intervenir dans des situations où prédominent la détresse psychologique, la désorganisation ou le refus de consentir⁷¹.

Recommandation 14 : Améliorer la formation des policiers en santé mentale, notamment en les outillant de compétences spécifiques en matière de désescalade des crises.

Par ailleurs, l'utilisation de véhicules banalisés ou semi-banalisés devrait être encouragée afin de réduire la stigmatisation associée aux interventions policières⁷². Ce type d'aménagements contribue à préserver la dignité et la sécurité des personnes en crise,

⁷⁰ Cette recommandation s'inscrit dans l'action 7.4. du PAISM 2022-2026 : « Former et outiller les intervenants sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP) ».

⁷¹ Rapport 4, p.55-56.

⁷² Rapport 4, p.63.

tout en limitant l'exposition publique de leur situation. On sait à titre d'exemple que l'Unité UNIC de Gatineau a adopté ce modèle, en favorisant le recours à des véhicules adaptés dotés d'aménagements intérieurs permettant de séparer l'intervenant de la personne en crise, tout en offrant un cadre d'intervention plus respectueux et apaisant.

Recommandation 15 : Réduire la stigmatisation liée à l'intervention policière, notamment en privilégiant le recours à des véhicules banalisés dans le cadre des interventions visant une crise liée à l'état mental d'une personne.

CHAPITRE 5. L'HOSPITALISATION

Les constats présentés dans ce chapitre doivent être interprétés à la lumière de la grande hétérogénéité des milieux hospitaliers. Les ressources, les infrastructures et les expertises varient considérablement d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre. De plus, les expériences rapportées diffèrent selon qu'elles se rapportent à un hôpital disposant d'unités psychiatriques spécialisées ou à un établissement général sans service dédié.

5.1. Constats sur l'hospitalisation

LE MANQUE DE RESSOURCES HOSPITALIÈRES

Certains milieux hospitaliers évoluent dans un climat marqué par la rareté des ressources, humaines et structurelles, ce qui limite la capacité d'intervention des équipes dans le cadre de l'application de la P-38. Le manque de personnel entraîne souvent une réorganisation des priorités guidée par des impératifs logistiques (gestion des lits, pression temporelle, roulement des équipes, etc.) plutôt que par des considérations de nature clinique⁷³.

Le décalage entre les besoins des personnes et la capacité du réseau à y répondre se manifeste par exemple dans certaines unités où le nombre de lits est réduit. La pression structurelle qui découle de ce décalage compromet la qualité de la prise en charge, tout en affectant les conditions de travail du personnel. Plusieurs intervenants décrivent un essoufflement important, lié à la réduction du temps disponible pour procéder à des évaluations complètes et pour favoriser l'adhésion des personnes concernées à une éventuelle prise en charge. Les pratiques cliniques qui permettent d'amener les personnes à participer volontairement à un plan de soins — écoute, création d'un lien de confiance, démarches d'explication et de négociation — exigent du temps et une présence soutenue, deux ressources particulièrement rares dans un contexte de saturation des services. Cette contraction du temps consacré à l'intervention limite la possibilité que soient définies des trajectoires d'intervention consenties et adaptées aux besoins des personnes.

La fragmentation des ressources psychiatriques à l'échelle du territoire accentue ces contraintes. Les établissements saturés doivent parfois rediriger certaines personnes vers d'autres institutions également limitées, ce qui allonge les délais d'intervention et accroît la détresse des personnes en attente d'une place en psychiatrie⁷⁴. Cette saturation impose aux équipes l'obligation de gérer des situations de crise dans des environnements déjà lourdement sollicités.

⁷³ Rapport 4, p.72-74.

⁷⁴ Rapport 4, p.97.

LES DÉFIS PROPRES AUX URGENCES

Les services d'urgence constituent un point de passage obligé pour les personnes prises en charge en vertu de la P-38. Toutefois, leur fonctionnement, qui varie en fonction des régions et du niveau de spécialisation des urgences, est confronté à des défis récurrents qui compromettent l'efficacité et la qualité de la prise en charge.

Dans plusieurs urgences non spécialisées en santé mentale, les professionnels disposent d'une formation axée essentiellement sur les soins médicaux d'urgence générale. Leur capacité à intervenir auprès de personnes vivant une crise liée à leur état mental ou à évaluer la dangerosité est parfois limitée. Cette situation peut complexifier la communication, l'évaluation clinique et la mise en œuvre des décisions de garde⁷⁵. Elle limite également la capacité des équipes à recourir à des stratégies de désescalade ou à instaurer un lien thérapeutique minimal, deux conditions jugées essentielles à l'établissement de trajectoires d'intervention consensuelles. Faute de pratiques relationnelles adaptées et de temps, les intervenants sont ainsi portés vers des réponses rapides et sécuritaires, qui peuvent renforcer le recours à la contrainte au lieu de le prévenir.

Le contexte même de l'urgence — rythme soutenu, contraintes de temps, manque d'intimité, gestion simultanée de multiples situations critiques — réduit les marges de manœuvre pour instaurer un climat de confiance ou procéder à une évaluation plus nuancée des situations. Le tout favorise une approche centrée sur la stabilisation immédiate plutôt que sur la définition d'une vision globale et intersectorielle de la trajectoire en santé mentale.

LES MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT

Le manque d'outils de désescalade, combiné aux contraintes matérielles et organisationnelles, peut contribuer à un recours accru aux mesures d'isolement et de contention dans certains contextes. Plusieurs intervenants rapportent que lorsque les environnements sont exigus, que le personnel est en nombre réduit ou que les équipes sont sous pression, les options alternatives deviennent plus difficiles à mobiliser⁷⁶.

Les données recueillies montrent que ces mesures sont souvent traumatisantes pour les personnes concernées, qui décrivent des sentiments de perte de contrôle et d'atteinte à leur dignité. Elles génèrent également une charge émotionnelle importante chez les professionnels, en particulier pour le personnel infirmier, souvent en première ligne lors des épisodes de crise. Dans certains milieux, les équipes estiment que la priorisation de

⁷⁵ Rapport 4, p. 74-76.

⁷⁶ Rapport 4, p.85-88.

la sécurité prend alors le pas sur les approches orientées vers le rétablissement ou le soutien psychosocial⁷⁷.

Il est pourtant important de rappeler que les mesures de contention et d'isolement sont susceptibles d'aggraver la crise vécue par les personnes concernées et de cristalliser leur refus de coopérer. Plusieurs études scientifiques révèlent que le recours à ces mesures n'apporte aucun bénéfice et proposent même leur abolition complète⁷⁸.

LES DÉFIS PROPRES AUX INFRASTRUCTURES

L'organisation et la qualité des infrastructures hospitalières jouent un rôle central dans l'application de la P-38 et dans la prise en charge des personnes premières concernées. Qu'il s'agisse des services d'urgence ou des unités psychiatriques, les environnements disponibles conditionnent à la fois l'expérience vécue par les personnes concernées et la capacité des équipes à intervenir de manière adéquate. Or, nos analyses mettent en évidence de nombreuses limites dans les infrastructures actuelles.

Il importe de rappeler ici encore que la nature des infrastructures en santé mentale diffère de manière importante selon les régions : certains hôpitaux sont spécialisés en psychiatrie, d'autres disposent d'unités dédiées intégrées à des établissements généraux, tandis que plusieurs n'ont aucun service spécifique⁷⁹.

Nos données montrent toutefois que, dans de nombreuses urgences — particulièrement dans celles qui ne sont pas spécialisées en santé mentale — les locaux sécurisés et les moyens matériels nécessaires à une prise en charge adaptée sont insuffisants. Parallèlement, dans certains établissements psychiatriques, les conditions d'hospitalisation sont perçues comme peu favorables au rétablissement des personnes premières concernées : absence d'accès à l'extérieur, manque d'activités structurées, espaces de socialisation restreints et absence totale d'intimité. En particulier, les conditions d'hospitalisation sous garde soulèvent des difficultés importantes associées à la liberté de mouvement des personnes visées, susceptibles de faire naître un véritable sentiment de détresse⁸⁰. L'impossibilité d'accéder à l'extérieur de l'établissement est particulièrement critiquée par les personnes concernées⁸¹. L'absence quasi totale d'intimité constitue également une source de préoccupation majeure, certaines personnes rapportant une atteinte à leur dignité et l'impression d'une perte de contrôle sur leur quotidien.

⁷⁷ Rapport 4, p.99-102.

⁷⁸ World Health Organization, & United Nations. (2023). *Mental health, human rights and legislation : Guidance and practice* (p. 212). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>

⁷⁹ Rapport 1, p.96.

⁸⁰ Rapport 4, p.99.

⁸¹ Rapport 4, p.102-105.

Ces constats mettent en évidence la nécessité d'une réflexion approfondie au sujet des environnements hospitaliers, notamment psychiatriques, afin de les rendre plus adaptés aux besoins des personnes concernées et au respect de leur dignité.

LA CONTINUITÉ DE LA TRAJECTOIRE

Les communications sont souvent défailtantes entre les services en santé mentale déjà mobilisés auprès d'une personne et les équipes hospitalières intervenant dans le cadre d'une garde en établissement. Par manque de temps, d'information ou en raison d'outils de coordination insuffisants, la complémentarité des différents niveaux d'intervention n'est pas toujours assurée, ce qui entraîne une rupture des maillons composant la prise en charge.

Ce défaut d'arrimage entre les différentes interventions est également observable entre les services policiers, souvent à l'origine de l'intervention, l'équipe des urgences et les unités d'hospitalisation. Les informations circulent difficilement, ce qui alimente l'incohérence des trajectoires de prises en charge. En sens inverse, la méconnaissance des ressources externes et communautaires par les équipes hospitalières contribue à fragmenter le suivi des personnes concernées, menace la continuité des interventions et renforce le phénomène des « portes tournantes »⁸². Les personnes quittent alors l'hôpital sans accompagnement structuré, jusqu'à ce qu'une nouvelle crise justifie leur remise sous garde, en vertu de la P-38.

L'absence de coordination se manifeste aussi sur le plan juridique : aucun mécanisme formel n'assure la mise en relation des personnes placées sous garde avec les services d'avocat, à l'exception d'une liste de contacts fournie par l'établissement. Certains praticiens rapportent même que ce sont les avocats de l'établissement qui aident parfois la personne visée par une demande d'ordonnance à rejoindre un professionnel du droit.

À cela s'ajoute une communication souvent limitée avec les proches, les professionnels craignant de contrevenir aux règles de confidentialité. Cette appréhension conduit parfois à une absence totale de communication, plongeant les proches dans l'incertitude.

Le manque de coordination à tous les niveaux se répercute d'abord et avant tout sur les personnes premières concernées. Nos analyses montrent que l'hospitalisation sous garde demeure, pour beaucoup, une expérience morcelée et difficile à décoder. L'absence de coordination nuit à la continuité des soins, obscurcit les procédures et fragilise le respect des droits des personnes concernées. Les acteurs impliqués ne partagent pas toujours l'information nécessaire à une intervention coordonnée et ne connaissent pas forcément

⁸² Rapport 4, p.76.

le champ d'action et la nature du suivi assuré par les autres, ce qui accroît la complexité du processus et limite la cohérence globale de la trajectoire.

5.2. Recommandations sur l'hospitalisation

5.2.1. Renforcer la continuité de la prise en charge et l'accès aux ressources connexes

Afin d'améliorer la cohérence du parcours hospitalier et d'assurer un suivi tout au long de la chaîne d'intervention, il est recommandé de créer une fonction d'**intervenant pivot** en milieu hospitalier. Son rôle consisterait à établir un lien constant entre la personne concernée, ses proches, l'équipe soignante et les avocats, afin d'assurer la fluidité du processus, la clarté de l'information et le respect des procédures légales. Sa mission se structurerait autour de deux fonctions complémentaires :

- Fonction 1 : assurer la continuité des services au sein de l'établissement, mais aussi avec les ressources externes, de même qu'avec les proches ;
- Fonction 2 : veiller au respect des modalités de garde, notamment en informant la personne de ses droits, de l'avancement du processus et des possibilités conséquentes.

FONCTION 1. ASSURER LA CONTINUITÉ DES SERVICES

Le rôle de l'intervenant pivot consiste à coordonner l'ensemble des acteurs impliqués dès l'arrivée de la personne dans l'établissement. Il favorise ainsi l'articulation des services et l'adaptation de la prise en charge aux besoins spécifiques de la personne. En assurant la continuité entre les différentes étapes du parcours, l'intervenant pivot contribue également à soutenir sa réintégration dans la communauté et à prévenir sa réhospitalisation.

L'intervenant pivot joue ainsi un rôle central dans la fluidité et la cohérence du parcours qui suit la mise en œuvre de la P-38, en facilitant la liaison entre les différents acteurs mobilisés avant, pendant et après la garde, notamment avec :

- Les services non hospitaliers en santé et services sociaux : l'intervenant pivot pourrait contacter les professionnels qui suivent déjà la personne (ex. psychologue, travailleuse sociale, psychiatre, organismes communautaires), afin d'assurer une continuité clinique durant l'hospitalisation et de préparer adéquatement sa sortie de parcours ; l'objectif serait de mobiliser les ressources

œuvrant déjà auprès de la personne et les ressources du système commun de services en santé mentale ;

- Les différents professionnels impliqués dans le cadre strict de la P-38, dont les policiers, les urgentologues, les infirmières et les psychiatres, afin de favoriser une compréhension commune et une transmission structurée de l'information ;
- L'ensemble des ressources hospitalières, pour que la personne concernée bénéficie d'une orientation rapide vers les services et les professionnels les plus adaptés à ses besoins ;
- Les proches, afin d'assurer une communication respectueuse, conforme aux règles de confidentialité et capable d'apporter un soutien approprié à la personne concernée, lorsque cela est possible et souhaité ;
- Les services juridiques, dont les avocats, les organismes de défense des droits et les acteurs judiciaires, pour s'assurer que la personne est en mesure de se prévaloir de ses droits. L'intervenant pivot pourrait notamment accompagner la personne dans ses démarches visant à obtenir les services d'un avocat.

FONCTION 2. ASSURER LE RESPECT DES MODALITÉS DE GARDE

L'intervenant pivot joue un rôle essentiel en vue de garantir le respect des modalités de la garde, incluant la protection des droits fondamentaux, le respect des délais légaux, la bonne administration des formulaires et la transmission rigoureuse des documents aux acteurs compétents.

Dès l'admission en milieu hospitalier, il assume un rôle d'informateur, explique ses droits à la personne concernée, notamment en ce qui a trait à l'accès à un avocat, indique la possibilité de contester la garde et les différentes étapes prévues par la P-38. Il offre à la personne une explication claire du fonctionnement et des effets de la garde, renforçant ainsi la transparence du processus au bénéfice de la personne concernée.

Tout au long de la garde, il veille également au respect des délais légaux, à l'administration correcte des formulaires et à la transmission des documents aux acteurs compétents. Par ces actions, l'intervenant pivot contribue à garantir la légalité du processus et la protection des droits fondamentaux de la personne concernée, notamment en effectuant un suivi de l'utilisation éventuelle de mesures de contraintes.

À travers ces deux fonctions, l'intervenant pivot agit à la fois comme médiateur, comme facilitateur et comme personne de confiance tout au long du parcours imposé par la P-

38, garantissant la coordination entre les acteurs, le respect des droits, la clarté de l'information et l'accompagnement des personnes concernées et de leurs proches.

Au moins une personne par hôpital devrait être désignée pour occuper ce rôle et ces fonctions. En amont, il est essentiel que chaque établissement évalue le nombre d'intervenants susceptibles d'assumer ce rôle au sein de l'établissement. Pour assurer les fonctions décrites plus haut, l'intervenant pivot doit posséder un ensemble de compétences variées, allant des aptitudes relationnelles, communicationnelles et psychosociales, lui permettant d'intervenir adéquatement en contexte de crise, à une compréhension fine des aspects juridiques, médico-légaux et organisationnels liés à la P-38. Il doit également connaître l'écosystème régional en santé mentale et être capable de collaborer avec une diversité d'acteurs institutionnels et communautaires. Ensemble, ces compétences lui permettent d'assurer un accompagnement cohérent, de faciliter la coordination interdisciplinaire et de soutenir efficacement la personne concernée et ses proches.

Recommandation 16 : Créer une fonction d'intervenant pivot en milieu hospitalier, qui serait chargé d'assurer la continuité et la cohérence de la prise en charge. Ses mandats seraient notamment de :

- Soutenir et informer la personne placée sous garde ;
- Suivre la trajectoire hospitalière de la personne et veiller au respect des délais et des décisions médicales et judiciaires ;
- Faciliter l'accès et le suivi avec les services du système commun en matière de santé mentale ;
- Faciliter l'accès et le suivi avec les autres services offerts par l'établissement ou par d'autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux ;
- Assurer la liaison avec les organismes de défense des droits ;
- Assurer la liaison avec un avocat ;
- Faciliter le lien avec les proches et soutenir leur implication, dans le respect des règles de confidentialité.

5.2.2. Adapter les environnements hospitaliers et les pratiques cliniques aux réalités en santé mentale

LES ENVIRONNEMENTS HOSPITALIERS

L'adaptation des environnements hospitaliers, tant dans les services d'urgence que dans les unités de soins, est essentielle pour favoriser des interventions plus respectueuses de la dignité des personnes, réduire le caractère traumatisant de l'expérience d'hospitalisation et créer des conditions propices au rétablissement des personnes concernées. Les situations de crise en santé mentale requièrent des conditions d'intervention distinctes de celles mobilisées pour les urgences strictement physiques.

Un environnement hospitalier pensé en fonction des besoins spécifiques entourant la santé mentale permettrait de privilégier des interventions de nature relationnelle plutôt que coercitive, tout en renforçant la confiance entre les personnes concernées et les équipes soignantes. Ces adaptations constituent un levier pour améliorer à la fois la qualité de la prise en charge et la sécurité des équipes soignantes.

Certaines initiatives locales démontrent la faisabilité et la pertinence de tels aménagements. En Outaouais, la mise en place d'aires adaptées au sein des urgences a connu un impact positif : la présence constante d'intervenants spécialisés en santé mentale facilite la désescalade et offre un soutien aux personnes concernées et à leurs proches. Dans le même esprit, certaines personnes ont rapporté l'aménagement d'une section de l'urgence spécifiquement dédiée aux crises liées à la santé mentale. Ces exemples illustrent le potentiel que recèle le transfert de telles pratiques vers d'autres établissements et démontrent l'intérêt d'approches plus sensibles aux besoins des patients aux prises avec une forme ou une autre de détresse psychologique.

Au-delà des urgences, les unités de soins psychiatriques devraient également intégrer des aménagements favorisant le rétablissement et la dignité des personnes hospitalisées. Parmi ces mesures, l'accès à des espaces extérieurs, des lieux de socialisation et des zones offrant un minimum d'intimité apparaît central pour réduire le poids de l'hospitalisation et améliorer la qualité du climat de soins.

Ces réaménagements des espaces hospitaliers doivent être réfléchis et coconstruits par tous les acteurs concernés, incluant les praticiens, les chercheurs et les personnes

premières concernées⁸³. Pour ce faire, il est également nécessaire de documenter les initiatives existantes, les besoins et les spécificités régionales.

Recommandation 17 : Améliorer les conditions d’hospitalisation des personnes placées sous garde en établissement, en amorçant une réflexion collective réunissant les acteurs concernés, notamment les personnes premières concernées, les chercheurs et les praticiens, et en tenant compte des réalités logistiques, régionales et locales, des ressources et des besoins.

LES MESURES D’ISOLEMENT ET DE CONTENTION

L’enquête qualitative réalisée par l’IQRDJ révèle que les mesures d’isolement et de contention sont fréquemment utilisées dans le cadre de l’application de la P-38⁸⁴. Ces pratiques suscitent de vives préoccupations quant à leurs effets, tant sur le plan thérapeutique qu’en regard du respect de la dignité et des droits des personnes concernées.

Les mesures coercitives en santé mentale, telles que l’isolement, la contention physique ou chimique, et la médication forcée, constituent des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes concernées. Le rapport conjoint de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l’homme (HCDH)⁸⁵ souligne que ces pratiques contreviennent au droit à la santé, à la liberté et à la protection des personnes contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants. Elles sont ainsi contraires à certains instruments internationaux ratifiés par le Canada, dont la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*⁸⁶ et la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*⁸⁷.

⁸³ En accord avec l’action 3.2 de l’Axe 3 du PAISM 2022-2026 qui prévoit qu’« [a]fin de soutenir l’expression de la parole citoyenne et collective ainsi que la transmission de savoirs expérientiels par les personnes utilisatrices de services et les proches dans la planification et l’organisation des services, le MSSS soutiendra financièrement dans toutes les régions du Québec le déploiement et le maintien d’initiatives issues de la communauté et facilitant la nomination de représentants par les pairs, dont ReprésentACTION santé mentale Québec. » (p.33).

⁸⁴ Rapport 4, p.21 et 86 à 88.

⁸⁵ World Health Organization, & United Nations. (2023). *Mental health, human rights and legislation : Guidance and practice* (p. 212), disponible en ligne :

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>

⁸⁶ Organisation des Nations Unies. (1984). *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 10 décembre 1984, 1465 U.N.T.S. 85.

⁸⁷ Organisation des Nations Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 13 décembre 2006, A/RES/61/106.

Par ailleurs, les effets délétères de ces mesures sont bien documentés : elles brisent la relation thérapeutique, peuvent générer des traumatismes physiques et psychologiques durables et dissuadent les personnes de recourir ultérieurement aux services de soins. L'OMS et le HCDH appellent ainsi les États à mettre fin à ces interventions non consenties et à orienter les systèmes de santé vers des modèles fondés sur le consentement libre et éclairé et la participation active des personnes premières concernées.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'amorcer une réflexion collective sur la réduction de l'utilisation des mesures d'isolement et de contention au Québec. Cet exercice suppose de réfléchir à l'implantation d'approches cliniques et organisationnelles centrées sur la désescalade, le soutien relationnel des personnes concernées et leur rétablissement. Cette orientation exige par ailleurs que soit renforcée la formation du personnel intervenant auprès des personnes en situation de crise ou présentant des problématiques de santé mentale.

Il est également essentiel de documenter systématiquement les pratiques inspirantes, au Québec et ailleurs, tant en ce qui concerne les alternatives aux pratiques coercitives que pour les mesures susceptibles d'encadrer le recours à l'isolement et à la contention. Parallèlement, il convient de collecter de manière uniforme des données fiables sur la fréquence, la durée, les motifs et les contextes d'application de ces mesures, afin d'établir un état des lieux probant et de fonder une réflexion documentée sur les faits plutôt que sur les perceptions.

Recommandation 18 : Mettre en place des initiatives visant à réduire l'utilisation des mesures d'isolement et de contention, notamment en améliorant la formation des équipes hospitalières aux approches alternatives et aux stratégies favorisant la désescalade.

RECOMMANDATIONS LIÉES

La réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention peut également être renforcée par d'autres recommandations développées dans le présent rapport. Ainsi, en lien avec la recommandation 17, l'adaptation de l'environnement hospitalier pourrait être fondée sur la création d'espaces sécurisants et apaisants, favorisant des interactions pacifiées, contribuant à limiter le recours à la coercition. Par ailleurs, dans le cadre de réflexions visant à réduire l'usage des mesures coercitives, il est essentiel d'intégrer les mesures anticipées en psychiatrie⁸⁸. Ces outils permettent de prévenir les situations de crise en s'appuyant sur les volontés et les stratégies de désescalade définies par la personne concernée, réduisant ainsi le risque d'escalade et limitant le recours à la contrainte.

⁸⁸ Voir Recommandation 4.

CHAPITRE 6. LA STRUCTURE JURIDIQUE

Ce chapitre examine deux dimensions essentielles à la structure juridique liée aux gardes en établissement. Il aborde tout d’abord la question des régimes juridiques de la garde en établissement et de l’autorisation judiciaire de soins, deux cadres légaux spécifiques dont il est recommandé de maintenir la séparation. Il examine ensuite la question de la compétence judiciaire, à savoir la structure juridictionnelle compétente pour entendre les demandes de garde en établissement et d’autorisations judiciaires de soins.

6.1. Les régimes juridiques de la garde en établissement et de l’autorisation judiciaire de soins

6.1.1. Constats sur les régimes juridiques de la garde en établissement et de l’autorisation judiciaire de soins

Le cadre juridique québécois en santé mentale repose sur deux régimes distincts : la garde en établissement et l’autorisation judiciaire de soins. Bien que pouvant tous les deux toucher à des situations en lien avec l’état mental des personnes, ces régimes s’appuient sur des logiques, des critères et des temporalités radicalement différentes.

La garde en établissement constitue une mesure d’exception fondée sur l’existence d’un danger lié à l’état mental d’une personne. Elle vise avant tout à stabiliser la situation de crise et à protéger la personne contre elle-même ou contre les risques qu’elle représente pour autrui. L’autorisation judiciaire de soins intervient quant à elle dans une perspective clinique, lorsque la personne est jugée inapte à consentir à des soins requis par son état de santé et qu’elle refuse catégoriquement ces soins ou en cas de refus injustifié de la personne habilitée à donner un consentement substitué pour la personne inapte⁸⁹. L’autorisation judiciaire de soins permet donc de soigner une personne majeure contre son gré lorsque celle-ci est inapte à consentir aux soins et les refuse catégoriquement, en dehors des contextes d’urgence ou de soins d’hygiène. Après avoir vérifié si la personne est inapte et refuse catégoriquement les soins, le juge examine la validité du plan de soins proposés⁹⁰. S’il décide d’autoriser les soins, ceux-ci pourront être administrés à la personne contre son gré. En revanche, le refus de consentir à des soins d’une personne majeure et **apte à consentir aux soins** doit être respecté quand bien même les soignants considéreraient que les soins visés répondent à ses besoins. Cette question de l’autorisation judiciaire de soins, bien que pouvant s’appliquer dans des contextes ne

⁸⁹ Art. 14 et 15 CcQ.

⁹⁰ Conformément au test établi par la Cour d’appel dans F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria), 2015 QCCA 1139.

touchant pas à la santé mentale, est ici abordée dans le contexte particulier d'une personne refusant des soins en santé mentale.

Finalement, si ces deux régimes juridiques s'appliquent dans un contexte de refus de la personne, les critères centraux qui permettent de contourner ce refus sont clairement différenciés : la dangerosité pour la garde, l'inaptitude à consentir pour les soins. Dans le cadre des recherches réalisées par l'IQRDJ, plusieurs acteurs ont remis en question la séparation entre les régimes juridiques de garde et de soins. Certains soutiennent notamment qu'une mesure de garde devrait pouvoir être assortie de la possibilité de soigner la personne contre son gré en fondant ces deux décisions sur la base du même raisonnement juridique.

Non seulement les critères de ces régimes diffèrent radicalement, mais leurs effets concrets se distinguent également. La garde implique une hospitalisation contre le gré de la personne, alors que l'ordonnance de soins permet l'administration de soins non consentis. Dans les deux cas, ces mesures restreignent des droits fondamentaux — liberté, intégrité et autonomie décisionnelle. Toutefois, le régime de la garde n'autorise pas l'administration de soins sans le consentement de la personne : une personne sous garde conserve le droit de refuser catégoriquement un traitement tant qu'une ordonnance de la Cour supérieure n'a pas été rendue⁹¹. Les deux régimes peuvent ainsi viser des personnes dont la situation est très différente : les personnes placées sous garde ne nécessitent pas nécessairement de soins, alors que celles qui sont visées par une ordonnance de soins ne présentent pas nécessairement de dangerosité. La séparation entre les deux régimes découle du principe de l'atteinte minimale aux droits fondamentaux. En droit québécois, la liberté de décider des soins doit être respectée, même lorsque la personne présente un danger, tant qu'elle demeure apte à consentir à ces soins.

Ces régimes se distinguent également par leur durée et le déroulement des audiences. La durée d'une garde en établissement est fixée par le tribunal et doit faire l'objet d'examen périodiques si elle excède 21 jours⁹², tandis qu'une ordonnance judiciaire de soins est généralement valide pour environ 2 ans, délais pouvant varier selon la décision du juge⁹³. En raison du caractère urgent des situations, les audiences en matière de garde sont souvent très brèves⁹⁴, alors que les procédures relatives aux soins donnent lieu à un examen approfondi qui suppose généralement l'audition d'experts et de membres de l'entourage de la personne concernée.

⁹¹ Sauf s'il s'agit de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.

⁹² P-38, art. 10.

⁹³ Rapport 1, p. 24.

⁹⁴ Rapport 1, p. 115.

Bien que la séparation des 2 régimes soit claire du point de vue du droit, les pratiques observées révèlent que la garde en établissement est parfois utilisée comme une mesure transitoire, demandée dans l'attente d'une ordonnance judiciaire de soins. Une telle pratique détourne toutefois la fonction première de la garde, qui devrait servir à contenir un danger, et non à encadrer ou à initier un traitement.

6.1.2. Recommandation sur les régimes juridiques de la garde en établissement et de l'autorisation judiciaire de soins

La coexistence des régimes de garde en établissement et d'autorisation judiciaire de soins répond à des finalités, des critères et des temporalités distinctes. Confondre ces mécanismes risquerait de diluer les seuils minimaux d'intervention (dangerosité vs inaptitude) et d'entraîner une atteinte particulièrement sévère aux droits fondamentaux. Étant donné les conséquences graves que comportent ces régimes sur la liberté des personnes, une fusion ou une confusion de ces deux mécanismes comporterait un effet attentatoire décuplé. Le maintien de deux procédures autonomes permet ainsi de préserver la cohérence entre, d'une part, les logiques de protection et de sécurité, et, d'autre part, les logiques de traitement, tout en garantissant un encadrement judiciaire proportionné à chacune de ces finalités.

Dans cette perspective, il apparaît nécessaire de réaffirmer l'importance de maintenir une distinction nette entre les deux procédures, afin que chacune conserve sa fonction propre. Une telle séparation assure la protection de la liberté et de l'intégrité des personnes concernées, puisqu'elle implique un double contrôle judiciaire, fondé sur des motifs indépendants, avant qu'une personne puisse à la fois être privée de liberté et soumise à des soins non consentis. Cette distinction rappelle également que, par principe, une garde en établissement ne saurait justifier en elle-même l'imposition d'un traitement.

Recommandation 19 : Il est impératif de maintenir une séparation nette entre les procédures d'ordonnance de garde et d'ordonnance de soins afin de préserver l'étanchéité des mécanismes parce qu'ils reposent sur des critères différents, nécessitant une audience, une preuve et une décision de nature différente.

6.2. La juridiction décisionnaire

6.2.1. Constats sur la juridiction décisionnaire

L'organisation judiciaire actuelle en matière de santé mentale repose sur une répartition des compétences entre plusieurs juridictions : la Cour du Québec, la Cour supérieure et, dans certains cas, le tribunal administratif du Québec. Cette pluralité de juridictions fragmente le parcours judiciaire des personnes concernées. La trajectoire d'un seul et même dossier peut impliquer une garde en établissement imposée par la Cour du Québec, une autorisation de soins ordonnée par la Cour supérieure et une contestation de maintien de la garde portée devant le tribunal administratif du Québec (TAQ).

Cette fragmentation soulève plusieurs difficultés. Tout d'abord, elle limite le développement d'une vision globale et intégrée de la situation de la personne concernée : chaque instance examine un segment de la situation, selon une logique propre, sans qu'aucun mécanisme ne permette d'assurer la cohérence entre ces décisions. Le cumul des procédures exige également un investissement considérable de temps et d'énergie, tant pour les professionnels que pour les personnes premières concernées⁹⁵. Cette discontinuité dans la trajectoire décisionnelle est favorisée par le manque de justification écrite des décisions qui restreint les possibilités pour le décideur suivant de tenir compte de l'ensemble de la trajectoire dans le cadre de sa décision⁹⁶.

Pour les personnes concernées, le morcellement des compétences judiciaires rend le parcours particulièrement complexe : les audiences se succèdent devant des instances différentes, mobilisant des règles et des critères distincts. Cette multiplicité alimente l'incertitude, engendre des délais supplémentaires et s'accompagne d'une charge émotionnelle importante, surtout pour les personnes premières concernées qui sont souvent déjà fragilisées par leur propre état de santé.

Pour les intervenants du système judiciaire comme du réseau de la santé, cette organisation complexifie la coordination des juridictions et des acteurs. Les psychiatres doivent constamment ajuster leur pratique aux différentes exigences judiciaires, tandis que les juges composent avec un volume croissant de demandes et des contraintes de temps importantes. Enfin, sur le plan institutionnel, la dispersion des compétences est susceptible d'accroître les besoins en ressources humaines et financières, d'allonger les procédures et de nuire à l'efficacité globale du système de justice⁹⁷.

⁹⁵ Rapport 1, p. 128.

⁹⁶ À ce sujet, voir la Recommandation 26.

⁹⁷ Rapport 1, p. 128-129, rapport 4, p. 124-125.

6.2.2. Recommandations sur la juridiction décisionnaire

Du fait de l'importance de maintenir deux régimes distincts - la garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins⁹⁸ - toute réforme des compétences juridictionnelles dans ce domaine doit être abordée avec prudence. Une simplification apparente du système judiciaire pourrait, en pratique, complexifier d'autres volets du parcours judiciaire ou diluer les garanties offertes aux personnes concernées. La réorganisation des rôles entre les juridictions ne doit pas compromettre la rigueur des processus associés à chacun des régimes. La simplification ne peut se faire ici, ni au détriment des droits fondamentaux ni en affaiblissant la légitimité de la fonction judiciaire.

Dans cette perspective, deux avenues sont envisagées :

- **Modèle 1** : Effectuer un transfert de compétence juridictionnelle afin que les décisions en matière de garde et d'autorisation judiciaire de soins relèvent de la même juridiction, tout en conservant deux procédures séparées ;
- **Modèle 2** : Maintenir deux compétences juridictionnelles distinctes, en renforçant les conditions de leur coordination.

Ces deux modèles comportent leur lot d'avantages et de difficultés. Dans la section qui suit, le rapport décrit ces deux modèles en soulignant les forces et les limites de chacun. À ce titre, si l'unification des compétences favorise *a priori* la continuité et la cohérence de la trajectoire judiciaire, elle est susceptible d'affaiblir la frontière nécessaire qui distingue les deux régimes juridiques.

6.2.2.1. Modèle 1 : Une juridiction judiciaire unique

Ce modèle permet d'envisager deux éléments : l'unification des compétences juridictionnelles en matière de garde et d'autorisation judiciaire de soins et la possibilité du suivi du dossier par un juge unique.

L'unification des compétences

Compte tenu des nombreux inconvénients associés à la fragmentation actuelle des juridictions — complexité procédurale, multiplication des audiences, augmentation des délais et des coûts, manque de vision transversale — il apparaît souhaitable de regrouper les compétences en matière de garde et d'autorisation judiciaire de soins au sein d'une même juridiction. Cette jonction des compétences permettrait de renforcer la continuité

⁹⁸ Voir la section précédente.

des décisions et de simplifier le parcours judiciaire, tant pour les personnes concernées que pour les professionnels mobilisés. Il demeure toutefois essentiel de rappeler que l'unification des compétences ne doit pas conduire à l'unification des dispositifs : les procédures relatives à la garde en établissement doivent demeurer distinctes et autonomes des procédures conduisant à une ordonnance de soins. Reste alors à établir à quelle juridiction confier l'ensemble de ces compétences.

L'idée de confier ces compétences conjointes au TAQ a été évoquée par certains acteurs du domaine de la santé mentale. Après analyse cependant, la possibilité de confier cette juridiction au TAQ a été écartée pour plusieurs raisons. D'une part, cette proposition risquerait d'affaiblir le contre-pouvoir judiciaire nécessaire à la protection des droits reconnus aux personnes concernées. À ce titre, les tribunaux judiciaires représentent un véritable garant dans le processus de garde en établissement. Si la décision d'imposer une ordonnance de garde repose en partie sur l'évaluation médicale de la dangerosité, elle implique également des considérations de nature strictement juridiques, fondées sur le respect du principe selon lequel la privation de liberté d'une personne ne peut trouver appui sur le seul fait qu'on estime agir dans son meilleur intérêt. L'autonomie décisionnelle – au cœur des chartes québécoise et canadienne – étant en jeu, l'intervention d'une autorité judiciaire reste indispensable et présente plus de garanties qu'une décision prise par une juridiction administrative dont la fonction est de décider des litiges nés entre un citoyen et une administration publique.

D'autre part, la proposition de conférer les compétences juridictionnelles au TAQ reviendrait à se passer de l'expertise judiciaire développée depuis des décennies par la Cour du Québec et la Cour supérieure en matière de garde, de soins, de consentement et d'inaptitude. Ces tribunaux disposent par ailleurs de compétences connexes (en matière familiale, de protection de la jeunesse ou de régimes de protection) qui leur permettent d'appréhender la situation globale des personnes concernées. En voulant simplifier un pan du système, on risquerait d'en complexifier plusieurs autres.

Par ailleurs, par symétrie des formes et compte tenu de la composition de la la Division de la santé mentale du Tribunal administratif du Québec, les décisions prises par le TAQ exigeraient vraisemblablement la participation d'un ban de trois décideurs administratifs comprenant un avocat, un psychiatre et un autre membre de la Section des affaires sociales du TAQ, souvent un psychologue ou un travailleur social). Or, ce sont aussi des professionnels issus de ces mêmes professions, notamment les psychiatres, qui sont généralement appelés à témoigner comme experts dans le cadre des audiences menant à une ordonnance de garde ou à ordonnance de soins. Dans la perspective de la personne concernée, cette situation pourrait laisser craindre que l'ordonnance ne bénéficie pas de

l'impartialité nécessaire à sa légitimité. Du moins cette impartialité devrait-elle s'exprimer de manière manifeste⁹⁹.

Pour ces raisons, les compétences en matière de garde et de soins doivent demeurer dans le champ des compétences judiciaires. Deux options sont alors envisageables :

- Confier la compétence juridictionnelle à la Cour du Québec en lui transférant, en tout ou partie, la compétence en matière d'autorisation judiciaire de soins ;
- Confier la compétence juridictionnelle à la Cour supérieure en lui transférant la compétence en matière de garde en établissement.

Recommandation 20a : Unifier les compétences juridictionnelles en matière de garde en établissement et d'autorisation judiciaire de soins, tout en maintenant deux procédures distinctes, selon l'une des deux modalités suivantes :

- Confier la compétence juridictionnelle à la Cour du Québec en lui transférant, en tout ou partie, la compétence en matière d'autorisation judiciaire de soins ;
- Confier la compétence juridictionnelle à la Cour supérieure en lui transférant la compétence en matière de garde en établissement.

SUR LE CHOIX DE LA JURIDICTION

Parmi les deux avenues possibles, la Cour supérieure et la Cour du Québec, une étude plus approfondie serait nécessaire afin d'identifier les avantages et les inconvénients de chaque proposition. Les éléments suivants devraient notamment être pris en compte :

La Cour du Québec : elle offre une certaine latitude du fait que les juges qui y siègent sont nommés par le gouvernement du Québec. Elle constitue par conséquent un cadre susceptible d'accueillir les dossiers en autorisation judiciaire de soins actuellement traités par la Cour supérieure étant entendu que l'État québécois, s'il prenait l'initiative d'un tel transfert de juridiction, bénéficie également de l'autorité de nomination des juges qui siègent à la Cour du Québec. Un tel transfert entraînerait en effet une augmentation importante du volume des dossiers et du temps consacré à leur audition¹⁰⁰. La Cour du Québec est par ailleurs reconnue pour sa capacité à s'adapter aux exigences liées à la simplification des procédures. Pour les personnes vivant des difficultés de santé mentale, ces ajustements peuvent s'avérer particulièrement bénéfiques, notamment en ce qui

⁹⁹ Du moins l'article 5 du Code de déontologie applicable aux membres du Tribunal administratif du Québec (Ch. J-3 r.1) prévoit-il que « Le membre doit, de façon manifeste, être impartial et objectif ».

¹⁰⁰ En 2022, on dénombrait un total de 7253 demandes d'autorisations judiciaires de soins au Québec, voir Rapport 1, p. 40.

concerne le décorum et l'accessibilité de l'audience. Notons également, sur le plan numérique, la présence plus importante des juges de la Cour du Québec sur tout le territoire québécois.

La Cour supérieure : elle a développé une expertise très large en matière d'autorisations judiciaires de soins. Or, rappelons que dans ce domaine, de nombreuses situations ne sont absolument pas liées à la santé mentale (ex. autorisation de soins pour les mineurs dont les parents refusent un soin de manière injustifiée). De plus, elle est appelée à statuer sur de nombreuses matières pouvant être liées aux situations des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale, notamment du fait qu'elle constitue le tribunal de droit commun. On pense notamment ici à la compétence qui lui est reconnue en matière de mesures de protection : tutelles et mandats de protection. En confiant à la Cour du Québec une juridiction spécifique en matière d'ordonnance de soins, on risque ainsi de déstructurer tout un domaine juridictionnel jusque-là pris en charge par la Cour supérieure et exiger en contrepartie que les juges de la Cour du Québec développent dorénavant une nouvelle expertise.

Quel que soit le tribunal désigné, une centralisation des compétences offrirait des bénéfices importants en termes de simplification du parcours judiciaire¹⁰¹. Il importe néanmoins de souligner qu'un tel transfert de juridiction devra s'accompagner de la mobilisation des ressources nécessaires de manière à permettre à la Cour désignée de prendre en charge l'ensemble des compétences en matière de garde et de soins qui lui sera attribué. Rappelons que pour l'année 2022, le nombre total des demandes de gardes et de prolongations de gardes au Québec s'élevait à 7 253 et le nombre total des demandes d'autorisations judiciaires de soins à 3 247¹⁰². Ces chiffres laissent entendre qu'un transfert de compétence de l'une ou l'autre matière représente un alourdissement important de la charge du tribunal désigné.

[SUR LE TRANSFERT DE COMPÉTENCE A LA COUR DU QUÉBEC](#)

L'option visant à confier les compétences juridictionnelles à la Cour du Québec en lui transférant, **en tout ou partie**, la compétence en matière d'autorisation judiciaire de soins peut se décliner de deux façons qui, chacune, comportent des avantages et des défis :

- **Option 1 : Confier toute la compétence en matière d'autorisation judiciaire de soins à la Cour du Québec.**

Dans cette configuration, la Cour supérieure perdrait la compétence qui lui est actuellement reconnue. L'audition de toutes les demandes en matière d'autorisations de

¹⁰¹ Rapport 1, p. 128-129.

¹⁰² Rapport 1, p. 38 à 40.

soins, qu’elles concernent ou non la santé mentale, serait ainsi entendue par la Cour du Québec. Cette dernière bénéficierait alors d’une nouvelle compétence exclusive. Cette option devrait faire l’objet d’un examen sur le plan constitutionnel afin de s’assurer de sa validité. Par ailleurs, il est important de rappeler que si cette solution permettrait a priori de simplifier et d’améliorer la trajectoire judiciaire des personnes visées par une demande d’ordonnance de garde et de soins, elle comporte le risque de déstructurer d’autres trajectoires judiciaires. En effet, certaines autorisations judiciaires de soins visent, par exemple, des personnes qui sont également concernées par un mandat de protection, compétence actuellement exercée par la Cour supérieure. S’ajoutent à ces juridictions des matières liées au droit familial, également dévolues actuellement à la Cour supérieure. En somme, en unifiant certaines matières (associées à la santé mentale), on risque d’en désorganiser d’autres relevant de domaines plus larges.

- **Option 2 : Confier la compétence en matière d’autorisation judiciaire de soins à la Cour du Québec uniquement lorsque celle-ci est déjà saisie ou s’est déjà prononcée sur une demande de garde concernant la même personne.**

La compétence juridictionnelle en matière d’autorisation judiciaire de soins deviendrait alors une compétence partagée entre la Cour du Québec et la Cour supérieure. Cette dernière demeurerait la juridiction en principe saisie d’une demande d’autorisation judiciaire de soins, sauf dans les situations de personnes déjà placées sous garde ou visées par une demande de garde. Si cette solution permet de limiter les incohérences associées au transfert complet de la compétence en matière d’ordonnance de soins à la Cour du Québec (option 1), elle présente néanmoins le risque que la garde en établissement soit utilisée en vue d’obtenir plus facilement et plus rapidement une autorisation judiciaire de soins, et qu’en conséquence, l’ordonnance de garde soit détournée de sa fonction première au profit d’une autre (l’ordonnance de soin) dont les finalités sont pourtant très différentes.

Le modèle du juge unique

La perspective de confier à une seule juridiction les compétences en matière de garde et de soins permettrait, sur un autre plan, de privilégier un modèle à juge « unique » qui, du moins dans l’absolu, offrirait plusieurs avantages. En effet, un juge chargé du suivi d’un dossier particulier tout au long de son parcours judiciaire serait en mesure d’acquérir une compréhension plus fine et plus intégrée de la situation clinique et sociale de chaque personne concernée, ce qui favoriserait la cohérence et la continuité des décisions. Cette continuité améliorerait aussi la lisibilité du parcours des personnes premières concernées. Elle s’inscrit dans le même objectif que la recommandation 26 visant à élaborer des lignes directrices favorisant la rédaction des motifs dans les jugements.

Toutefois, certaines précautions s’imposeraient. La proximité institutionnelle entre les régimes de garde et de soins ne doit pas brouiller la distinction fondamentale entre ces

deux régimes. Si un seul et même juge était amené à entendre les demandes fondées sur ces différents objets, il devra le faire au cours d’audiences distinctes. Encore ici, rappelons qu’elles reposent sur des procédures et des motifs également distincts.

Recommandation 21a : Privilégier, dans la mesure possible, le recours à un juge unique lorsqu’une même personne fait l’objet de plusieurs demandes concernant notamment la garde et l’autorisation judiciaire de soins.

Recommandation 22a : Exclure la possibilité qu’un juge entende en même temps une demande de garde et une demande de soins.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Comme il a été mentionné précédemment, l’unification des compétences au sein d’une même juridiction ne doit en aucun cas conduire à une fusion des régimes et des procédures propres à la garde en établissement et à l’autorisation judiciaire de soins. Même si une division spécialisée devait se voir confier l’ensemble de ces dossiers, il demeure impératif de rappeler que chaque décision repose sur un fondement juridique distinct et doit être évaluée selon des critères autonomes. Cette mise en garde est essentielle pour préserver les droits fondamentaux des personnes concernées et éviter une dilution des critères applicables à chacune des procédures. À cet égard, la recommandation 19 constitue une condition incontournable à la mise en œuvre d’une éventuelle unification juridictionnelle.

Par ailleurs, pour assurer un véritable équilibre dans le processus judiciaire, il est indispensable que toute personne visée par une demande de garde en établissement ou d’autorisation judiciaire de soins bénéficie d’une représentation par avocat, tel que le prévoit la recommandation 23. Cette exigence renforce la protection des droits fondamentaux, favorise une participation plus éclairée de la personne au processus décisionnel et réduit les risques que des décisions aux conséquences majeures soient rendues sans que celle-ci soit adéquatement représentée.

6.2.2.2. Modèle 2 : Maintenir deux juridictions distinctes

L’organisation actuelle en matière de santé mentale repose sur une architecture juridictionnelle complexe engageant selon le cas l’action de la Cour du Québec, de la Cour supérieure du Québec et du TAQ. Cette fragmentation engendre un parcours procédural morcelé, multiplie les démarches des intervenants en santé et des acteurs de justice, et pèse lourdement sur l’expérience des personnes. La croissance continue du volume de dossiers traités à la Cour du Québec comme à la Cour supérieure accentue ces difficultés.

Dans ce contexte, une simplification de la structure et un renforcement de la cohérence décisionnelle apparaissent indispensables, tout comme le maintien du rôle central du juge, garant de l'équilibre entre l'expertise clinique et la protection des droits fondamentaux des personnes concernées¹⁰³.

La complexité de l'intervention juridictionnelle tient en grande partie à la coexistence de juridictions différentes appelées à statuer sur les aspects étroitement liés d'une même situation. Si l'option visant à regrouper les compétences n'est pas retenue, la mise en place d'un mécanisme formel de coordination entre la Cour du Québec et la Cour supérieure constitue une solution pragmatique qui pourrait renforcer la cohérence du système existant.

Un tel mécanisme permettrait d'améliorer la fluidité du parcours judiciaire sans modifier les compétences respectives des deux tribunaux. L'objectif serait d'instaurer des protocoles de communication, de planification et de gestion des rôles de manière à assurer une meilleure continuité dans le traitement des dossiers et de réduire les délais procéduraux. Ces protocoles pourraient notamment permettre de coordonner la gestion des rôles afin que les audiences sur le fond ou les audiences préparatoires puissent se tenir dans le respect d'une certaine continuité, de manière à éviter la multiplication des allers-retours des personnes concernées comme des praticiens, des cliniciens et des professionnels de la Cour. Des protocoles administratifs établis entre la Cour du Québec et la Cour supérieure pourraient venir préciser les modalités de cette coordination, les délais applicables et les responsabilités de chaque greffe. Ces mesures contribueraient à réduire la duplication des étapes et à améliorer l'efficacité globale du système. Cette coordination reposerait en grande partie sur le travail des greffiers de chacune des cours.

Ce modèle permettrait enfin de préserver la distinction essentielle entre les critères de dangerosité, propres à la garde en établissement, et les critères relatifs à l'incapacité à consentir, propres à l'autorisation judiciaire de soins. Une telle approche concilierait cohérence décisionnelle, respect des droits et intégrité des régimes juridiques en place.

Recommandation 20b : Mettre en place un mécanisme de coordination entre la Cour du Québec et la Cour supérieure de manière à assurer le suivi des dossiers lorsqu'une même personne fait l'objet de procédures parallèles exigeant l'intervention des deux juridictions et à simplifier le parcours judiciaire de la personne concernée.

¹⁰³ Rapport 4, p. 191.

CHAPITRE 7. LES CONDITIONS DE LA JUDICIARISATION

Ce chapitre, consacré aux conditions entourant la judiciarisation des gardes en établissement, s’articule autour de quatre dimensions essentielles : la représentation juridique des personnes concernées, leur présence effective aux audiences, l’encadrement de la rédaction des jugements, ainsi que l’encadrement des rapports d’évaluation psychiatrique qui constituent la preuve privilégiée dans le cadre des demandes de garde en établissement.

7.1. La représentation par avocat

7.1.1. Constats sur la représentation par avocat

LE RÔLE ET L’IMPORTANCE DE LA REPRÉSENTATION

Parce que la garde en établissement constitue une atteinte particulièrement grave aux droits et libertés des personnes concernées, la représentation par avocat s’impose comme une garantie procédurale essentielle. Nos recherches révèlent par ailleurs que, dans la pratique, le rôle des avocats dépasse largement la stricte dimension juridique : il englobe également l’accompagnement, le soutien humain et la protection des droits, dimensions d’autant plus importantes dans le contexte de grande vulnérabilité dans lequel se trouvent les personnes premières concernées. Plusieurs avocats soulignent qu’ils interviennent même lorsque les chances de succès sont faibles, estimant que l’accès à la justice et le droit d’être entendu doit primer sur toute considération de nature stratégique¹⁰⁴. En outre, les avocats représentant les établissements de santé rapportent eux-mêmes parfois contribuer à faciliter l’accès à un avocat au bénéfice des personnes concernées, malgré leur rôle en tant que demandeurs¹⁰⁵. Cette réalité témoigne du caractère singulier de la pratique des avocats en matière de P-38, et plus largement en matière de santé mentale.

L’accompagnement offert par les avocats s’étend à la préparation des audiences, à l’explication des étapes du processus et, dans certains cas, à la coordination avec la famille en vue de faciliter la définition d’un plan de sortie sécuritaire pour la personne concernée. Malgré ce rôle central joué par l’avocat, les données recueillies dans le cadre des travaux de l’IQRDJ démontrent que, dans de nombreuses situations, l’exercice effectif de ce droit à la représentation est difficile à assurer, voire compromis.

¹⁰⁴ Rapport 4, p. 108.

¹⁰⁵ Rapport 4, p. 110.

LES OBSTACLES À UNE REPRÉSENTATION EFFECTIVE

La relation avocat-client dans le contexte de la garde en établissement présente des défis particuliers. L'un des enjeux les plus fréquemment soulevés concerne la difficulté pour les avocats d'établir un mandat clair et valide, en raison des fluctuations parfois rapides de la volonté du client. Cette instabilité décisionnelle soulève des dilemmes déontologiques et oblige les praticiens à adapter continuellement leur intervention, tout en respectant les règles qui régissent leur profession¹⁰⁶.

Nos recherches ont également permis de révéler qu'en pratique, la représentation par avocat connaît de nombreuses limites en matière de garde en établissement. Dans plusieurs palais de justice, des personnes se présentent au tribunal sans être représentées et un avocat de l'Aide juridique leur est assigné quelques minutes avant l'audience. Le temps de préparation à l'audience est alors très limité, parfois réduit à un entretien de quelques minutes dans le corridor du tribunal¹⁰⁷. Les avocats rencontrés soulignent que cette logique d'intervention compromet l'exercice effectif du droit à une représentation adéquate.

À ces contraintes de temps et de préparation s'ajoute le manque d'information des justiciables sur leur droit d'être représenté. Certains ignorent simplement qu'ils peuvent bénéficier des services d'un avocat, comme l'observent régulièrement des juges lors des audiences¹⁰⁸. D'autres refusent cette aide, croyant pouvoir se représenter eux-mêmes sans mesurer les enjeux juridiques entourant leur situation. Cette méconnaissance ou cette minimisation du rôle de l'avocat conduit à des situations dans lesquelles leurs droits, bien que garantis juridiquement, ne sont pas pleinement exercés.

Sur le plan financier et administratif, la représentation par avocat est très souvent tributaire de l'accès au régime d'aide juridique. Or, il s'agit d'un service qui ne peut être accessible que lorsque les conditions d'admissibilité sont remplies et validées à temps. Toutefois, la rapidité imposée par la procédure rend souvent impossible la vérification préalable de l'admissibilité et laisse l'avocat dans l'incertitude quant à sa rémunération¹⁰⁹. Par ailleurs, les personnes concernées qui ne satisfont pas les critères d'admissibilité se retrouvent souvent démunies, car plusieurs d'entre elles n'ont pas nécessairement les moyens de faire appel à un avocat de pratique privée.

Le manque d'avocats spécialisés en santé mentale est aussi régulièrement mis en lumière par nos recherches. Combinée aux délais très courts pour contester une garde, cette

¹⁰⁶ Rapport 4, p. 110-111.

¹⁰⁷ Rapport 4, p. 112.

¹⁰⁸ Rapport 4, p. 113.

¹⁰⁹ Rapport 4, p. 114.

pénurie rend l'accès à un avocat difficile en pratique¹¹⁰, particulièrement dans les régions éloignées où le bassin d'avocats disponibles est réduit et où la distance géographique complique singulièrement l'exercice du droit à la représentation par avocat.

Par ailleurs, la multiplicité des acteurs impliqués dans la procédure (avocats représentant les justiciables, avocats en demande, juges, intervenants) crée un environnement complexe où les rôles sont susceptibles de se chevaucher et sont parfois mal compris par les justiciables. Les avocats en demande se retrouvent parfois à devoir expliquer eux-mêmes le fonctionnement de la procédure aux personnes premières concernées, ce qui ajoute à la confusion et peut conduire certaines personnes vulnérables à croire, à tort, que cet avocat agit en leur nom. L'absence d'une structure d'information claire, nécessaire à l'orientation et à la représentation de la personne dès les premières étapes de la mise sous garde alimente un sentiment de confusion et peut miner la confiance des personnes concernées et des tiers dans le processus judiciaire.

7.1.2. Recommandations sur la représentation par avocat

7.1.2.1. Garantir l'accès au régime d'aide juridique pour les personnes visées par une demande de garde en établissement

Les éléments développés dans la section précédente convergent vers un constat clair : l'accès à la représentation par avocat dans le cadre des procédures de garde en établissement est inégal et souvent insuffisant. Les obstacles identifiés (délais, méconnaissance des droits, condition financière, manque de spécialisation) se cumulent et créent un risque réel de violation des droits fondamentaux, dans un contexte où la personne fait déjà l'objet d'une atteinte majeure à sa liberté.

Cette situation requiert une réponse structurelle : instaurer un mécanisme d'aide juridique automatique afin que les personnes visées par une garde en établissement puissent concrètement et systématiquement avoir accès à une représentation par avocat. Dans cette perspective, le présent rapport propose deux alternatives :

- Option 1 : Garantir une représentation par avocat sans frais pour toutes les personnes visées par une demande de garde en établissement
- Option 2 : Garantir une représentation par avocat sans frais pour toutes les personnes **inaptes à mandater** visées par une demande de garde en établissement.

¹¹⁰ Rapport 4, p. 115.

Dans les deux cas, il s'agit d'ouvrir l'accès au régime d'aide juridique à l'avantage de toute personne visée par une demande de garde en établissement, sans considération pour sa situation financière. La première option, que nous recommandons, viserait l'ouverture de ce régime à toutes les personnes concernées par une demande de garde en établissement, tandis que la seconde option s'appliquerait seulement aux personnes jugées inaptes à mandater un avocat. Étant donné le caractère plus large et systématique de la première option, nous privilégions cette voie.

Quelle que soit l'option retenue, il sera indispensable d'accroître les ressources au sein du réseau de l'aide juridique afin de répondre adéquatement aux besoins croissants observés en matière de santé mentale¹¹¹.

Par ailleurs, dans le cadre de ces recommandations, il importe de demeurer respectueux de l'autonomie décisionnelle des personnes concernées. En ce sens, si le mécanisme devrait permettre l'accès systématique à un avocat, la personne concernée doit conserver la possibilité de refuser cette assistance et d'agir pour elle-même ou de se faire représenter par un avocat œuvrant en pratique privée. On définit ainsi un modèle dans lequel le droit à la représentation par avocat est garanti de façon concrète, tout en laissant à la personne première concernée la liberté de ne pas y recourir.

OPTION 1 : GARANTIR UNE REPRÉSENTATION PAR AVOCAT SANS FRAIS POUR TOUTES LES PERSONNES VISÉES PAR UNE DEMANDE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT

L'instauration d'un mécanisme d'aide juridique automatique pour toute personne visée par une demande de garde en établissement s'impose comme une mesure structurante visant à garantir l'accès à la représentation juridique. Cette orientation répond à un constat largement partagé : l'accès actuel à un avocat demeure inégal, souvent tardif, et conditionné par des critères d'admissibilité qui ne tiennent pas toujours compte de l'urgence et de la vulnérabilité propres aux situations donnant lieu au placement sous garde¹¹².

Permettre à toutes les personnes visées par une demande de garde en établissement de bénéficier automatiquement du régime d'aide juridique vise à garantir que la représentation juridique ne dépend ni du revenu de la personne ni de sa capacité à entreprendre des démarches en vue de désigner un avocat, tout en réduisant les délais et les inégalités d'accès. Une telle mesure se justifie à la lumière des atteintes graves aux libertés et droits fondamentaux qu'impose le placement sous garde. Rappelons que la présence d'un avocat, largement facilité par l'accès à l'aide juridique, contribue à rétablir un certain équilibre entre les parties, dans un contexte où les établissements disposent

¹¹¹ Rapport 4, p. 115.

¹¹² Rapport 4, p. 112-114.

généralement d'équipes juridiques spécialisées et expérimentées. De nombreux acteurs consultés appuient d'ailleurs cette proposition.

La mise en œuvre de cette recommandation implique une modification législative : en ce sens, la section III concernant l'admissibilité financière à l'Aide juridique du *Règlement sur l'aide juridique*¹¹³ doit être modifiée en vue d'y intégrer une clause spécifique rendant les personnes automatiquement admissibles à l'aide juridique dès qu'elles sont visées par une demande de garde en établissement¹¹⁴.

Recommandation 23a : Reconnaître automatiquement le droit de bénéficier des ressources de l'aide juridique aux personnes visées par une demande de garde en établissement sans considération de leur condition financière.

OPTION 2 : GARANTIR UNE REPRÉSENTATION PAR AVOCAT SANS FRAIS POUR TOUTES LES PERSONNES INAPTES À MANDATER VISÉES PAR UNE GARDE EN ÉTABLISSEMENT

Si la mise en place d'une représentation juridique automatique pour l'ensemble des personnes visées par une demande de garde en établissement n'était pas envisagée, une solution intermédiaire pourrait consister à cibler plus précisément les personnes jugées inaptes à mandater un avocat.

Actuellement, lorsqu'une personne est visée par une demande de garde en établissement, l'article 90 C.p.c. permet au juge de lui désigner un avocat, même d'office, s'il estime la personne inapte et qu'il considère cette mesure nécessaire pour assurer la sauvegarde de ses droits et de ses intérêts :

La représentation peut, tant dans une procédure contentieuse que non contentieuse, être ordonnée par le tribunal, même d'office, si celui-ci la considère nécessaire pour assurer la sauvegarde des droits et des intérêts d'un mineur ou d'un majeur non représenté par un tuteur ou un mandataire et s'il l'estime inapte.

La portée de cette disposition demeure limitée, puisqu'elle ne prévoit rien concernant la rémunération de l'avocat ainsi désigné. En matière criminelle, le législateur a également prévu plusieurs dispositions permettant au juge de désigner un avocat au bénéfice du justiciable qu'il estime inapte. En écho à ces dispositions, le régime québécois de l'aide juridique prévoit expressément l'accès automatique aux services juridiques pour les

¹¹³ RLRQ c A-14, r 2.

¹¹⁴ Au-delà de la garde en établissement, il conviendrait de réfléchir à la possibilité d'étendre ce mécanisme d'aide juridique automatique à l'ensemble des procédures judiciaires portant sur l'intégrité de la personne (ex. autorisations judiciaires de soins).

personnes visées par une accusation criminelle ou pénale¹¹⁵. Aucune mesure équivalente n'existe toutefois en matière civile, notamment pour les personnes représentées en vertu de l'article 90 C.p.c. dans le cadre d'une garde en établissement.

L'absence d'un tel mécanisme, notamment dans des contextes mettant en cause l'autonomie et l'intégrité de la personne tel que c'est le cas en matière de garde en établissement, produit une asymétrie difficile à justifier au regard de la gravité comparable des restrictions en cause. En ce sens, les tribunaux ont régulièrement rappelé que les demandes en matière de garde en établissement ou en matière d'autorisation judiciaire de soins ont des effets particulièrement graves sur la personne concernée, comparables à ceux d'une incarcération, et qu'il est primordial qu'elle puisse réellement participer au processus et faire valoir ses droits¹¹⁶.

L'ouverture automatique du régime d'aide juridique dans ces situations permettrait de favoriser l'accès effectif de ces personnes à leurs droits et d'éviter que certaines conditions, notamment financières, ne viennent limiter leur droit à la représentation. Une telle mesure garantirait ainsi qu'aucune personne inapte ne soit privée de représentation juridique, en assurant la protection effective de ses droits fondamentaux à être entendue et représentée. L'accès à l'aide juridique dans ces situations permettrait d'éviter que la condition sociale des personnes concernées ou la situation particulière où elles se trouvent ne viennent limiter leur droit à la représentation.

La mise en œuvre de cette recommandation implique une modification de l'article 83.1 de la *Loi sur l'aide juridique* afin que la désignation prévue à l'article 90 C.p.c. entraîne l'admissibilité aux services de l'aide juridique des personnes inaptes, sans considération de leur situation financière.

Recommandation 23b : Reconnaître automatiquement le droit de bénéficier des ressources de l'aide juridique à toutes les personnes inaptes pour qui un juge a ordonné la représentation en vertu de l'article 90 C.p.c. sans considération de leur condition financière.

7.1.2.2. Renforcer l'accès effectif à la représentation juridique en milieu hospitalier

Les recommandations de la section précédente, visant à offrir l'accès au régime d'aide juridique aux personnes concernées par une demande de garde en établissement, doivent être accompagnées de mesures pratiques leur permettant d'exercer

¹¹⁵ *Loi sur l'aide juridique*, article 83.1.

¹¹⁶ A.N. c. *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'île-de-Montréal*, 2022 QCCA 1167, ci-après « A.N. ».

effectivement leur droit au service d'un avocat. En effet, l'existence d'un droit formel ne garantit pas automatiquement sa mise en œuvre : encore faut-il que la personne soit réellement en mesure de s'en prévaloir.

La présence d'un *intervenant pivot*, envisagée à la recommandation 16, répond en partie à ce besoin. Cet intervenant a en effet pour rôle de faciliter la communication et de fournir à la personne une information claire sur ses droits, le processus judiciaire et l'état de sa situation, mais également d'assurer la liaison entre la personne concernée et l'avocat.

Cependant, la création et l'exercice de cette fonction ne sauraient suffire sans une adaptation corrélative du fonctionnement de l'aide juridique. En effet, il est essentiel que les services d'aide juridique soient en mesure de répondre rapidement et efficacement aux demandes de représentation formulées en contexte hospitalier, alors que les délais nécessaires à une intervention sont généralement très courts et les décisions particulièrement lourdes de conséquences.

À cette fin, il est recommandé de mettre en place, au sein des bureaux d'aide juridique, un mécanisme de veille permettant la désignation d'un avocat dès la réception d'une demande. Un tel dispositif assurerait que la personne bénéficie d'une représentation le plus tôt possible dans le processus, évitant les retards qui compromettent l'exercice réel de ses droits. De plus, la responsabilité de trouver un avocat, qui repose actuellement sur les épaules des justiciables, serait assumée par l'aide juridique elle-même. Celle-ci serait dès lors chargée de répartir les demandes en fonction des disponibilités des avocats, de manière à assurer une prise en charge rapide, structurée et équitable de toutes les personnes visées par une garde en établissement.

Recommandation 24 : Mettre en place un service de veille à l'aide juridique de manière à ce qu'une personne placée sous garde puisse accéder rapidement à un avocat de l'aide juridique.

7.2. La présence des personnes premières concernées à l'audience

7.2.1. Constats sur la présence des personnes premières concernées à l'audience

L'ensemble des travaux de recherche menés par l'IQRDJ révèle que le déroulement des audiences relatives aux gardes en établissement joue un rôle déterminant dans la manière dont les personnes concernées perçoivent le processus judiciaire. Les témoignages recueillis montrent que la présence physique de la personne à son audience constitue non seulement une garantie procédurale, mais également un élément fondamental de dignité, de reconnaissance de sa personne et de participation réelle au

processus. Au contraire, les audiences tenues sans leur présence physique — notamment lorsqu'elles se déroulent à distance ou en l'absence de la personne — renforcent un sentiment de dépossession, d'exclusion et d'impuissance. Pour certains, le fait de ne pas être entendu ou ne pas pouvoir s'adresser directement au juge contribue à une perte de confiance dans l'institution judiciaire.

Par ailleurs, la présence de la personne concernée contribue à une meilleure évaluation judiciaire de sa situation et à la prise en compte des préférences qu'elle exprime. Elle permet au juge d'apprécier directement la situation clinique et relationnelle de la personne concernée et d'échanger avec elle, ce qui est susceptible de mener à une évaluation plus fidèle de sa situation personnelle. La présence effective de celle-ci favorise ainsi la définition d'une décision plus éclairée, fondée sur une compréhension plus concrète et nuancée de sa condition.

Ces constats mènent tous à la même conclusion : la présence de la personne concernée à l'audience constitue un élément essentiel pour assurer sa compréhension du processus et le respect de sa dignité, mais également pour renforcer l'équité procédurale et la qualité de la décision qui la concerne.

7.2.2. Recommandation sur la présence des personnes premières concernées à l'audience

Afin de garantir une participation réelle et significative de la personne première concernée, il est recommandé de rendre impérative sa présence à la cour lors des audiences portant sur sa garde en établissement. Cette présence contribue à assurer son droit d'être entendue, de poser des questions, de s'adresser directement au juge et de comprendre la nature et les conséquences de la décision prise par le tribunal.

Dans les rares situations où la présence de la personne s'avère impossible pour des motifs sérieux liés à la sécurité ou à son état de santé, il est essentiel que la solution retenue ne compromette pas la dimension humaine du processus. Ainsi, plutôt que de tenir une audience en l'absence de la personne ou en visioconférence, il est recommandé que le juge se déplace vers l'établissement lorsque cela est possible.

Recommandation 25 : Garantir la présence physique de la personne concernée aux audiences en matière de garde en établissement.

Dans les cas où la présence de la personne est impossible pour des motifs de sécurité ou de santé, privilégier le déplacement du juge vers l'établissement.

S'assurer que les infrastructures offertes par l'établissement soient adaptées aux exigences associées à ces audiences.

7.3. La rédaction des jugements

7.3.1. Constats sur la rédaction des jugements

Les études menées par l'IQRDJ ont soulevé la question de la rédaction des jugements. Il a notamment été fait mention d'une pratique assez courante selon laquelle les avocats des établissements de santé rédigent une première version du jugement que les juges reprennent ensuite lorsque leur décision sur la garde va dans le sens de la demande déposée par l'établissement. Cette pratique limite la personnalisation et l'exhaustivité du jugement. Elle est en effet susceptible d'entraîner une forme d'automatisation de la décision. Il importe que le jugement reflète l'ensemble des motifs qui fondent la décision du juge, en soulignant notamment les critères qui lui permettent de conclure à la dangerosité et à la nécessité de la garde.

Par ailleurs, certains intervenants ont mentionné qu'il était fréquent que les décisions en matière d'ordonnance judiciaire de soins ne soient pas rédigées automatiquement. Bien que ce constat ne concerne pas directement les gardes en établissement, l'absence de décision écrite est susceptible de nuire à la continuité et à la cohérence des trajectoires judiciaires. Les juges appelés à entendre des demandes successives concernant une même personne devraient pouvoir accéder à ces décisions afin de prendre en compte l'historique judiciaire complet du dossier. L'accès à des jugements rédigés et motivés constitue une garantie procédurale essentielle en matière de justice. Il contribue à la fois à la cohérence des décisions et au respect des droits des personnes concernées, qui doivent être en mesure de comprendre les motifs qui fondent les décisions qui les concernent.

7.3.2. Recommandation sur la rédaction des jugements

Les jugements sont les seuls écrits qui témoignent des décisions judiciaires et de leurs fondements. Ils bénéficient tant aux personnes premières concernées qui cherchent parfois à mieux comprendre leur parcours judiciaire, qu'aux autres décideurs pour qui l'accès aux jugements antérieurs peut éclairer la prise de décisions. Rappelons par ailleurs que les décisions judiciaires en matière de garde en établissement doivent se fonder sur la nécessité de la garde, établie à la lumière du critère de dangerosité et que ce dernier a déjà été largement balisé par le Cadre de référence du MSSS (2018)¹¹⁷. L'harmonisation de l'évaluation de la dangerosité des personnes susceptibles d'être placées sous garde en vertu de la P-38, dont il est question dans le cadre de la recommandation 9, passe également par la mobilisation judiciaire des critères énoncés dans le Cadre de référence. Il est en ce sens recommandé que les décisions judiciaires en matière de garde en

¹¹⁷ Voir Recommandation 9.

établissement se rapportent explicitement à ces critères et que les jugements fassent état de leur application à chaque cas d'espèce.

Recommandation 26 : Élaborer des lignes directrices favorisant la rédaction des motifs qui fondent les décisions judiciaires en matière de garde, en appuyant ces lignes directrices sur les critères de dangerosité énoncés dans le Cadre de référence établi par le MSSS (2018).

7.4 Les rapports d'évaluation psychiatrique

7.4.1. Constats sur les rapports d'évaluation psychiatrique

Dans la très grande majorité des cas, les décisions judiciaires reposent presque exclusivement sur les rapports psychiatriques déposés au soutien des demandes. Cette réalité soulève des questions importantes en ce qui a trait à l'équilibre entre expertise médicale et garanties procédurales dans la mesure où plusieurs difficultés sont rapportées concernant ces rapports¹¹⁸.

En effet, les rapports psychiatriques sont parfois très succincts, incomplets, ou insuffisamment étayés, notamment en ce qui concerne les éléments cliniques justifiant la présence d'un danger. Le peu d'éléments disponibles au dossier complexifie le rôle joué par le juge et fragilise la base probatoire des ordonnances de garde¹¹⁹. Cette situation est d'autant plus problématique que les psychiatres sont très rarement appelés à témoigner, ce qui limite considérablement la possibilité reconnue à la personne concernée et à son avocat de contester la preuve¹²⁰.

Le caractère contradictoire de l'audience se trouve ainsi affaibli, situation qui accentue le déséquilibre entre l'autorité scientifique qu'on prête au rapport et la capacité de la personne concernée à faire valoir une compréhension différente de sa situation. Chez plusieurs personnes concernées, cette asymétrie fait naître un sentiment de marginalisation : leur parole semble peser assez peu face au rapport psychiatrique, ce qui rend la qualité, la précision et la complétude de ces rapports encore plus nécessaires.

Pour toutes ces raisons et étant donné que les rapports d'évaluation psychiatrique constituent très souvent le seul élément de preuve soumis au tribunal, il apparaît indispensable que leur contenu soit mieux encadré.

¹¹⁸ Rapport 1, p. 120 ; Rapport 4, p. 89-90.

¹¹⁹ Rapport 1, p. 122.

¹²⁰ Rapport 1, p. 120-121.

7.4.2. Recommandations sur les rapports d'évaluation psychiatrique

LES RAPPORTS D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Compte tenu du rôle central que jouent les rapports psychiatriques lors des demandes de garde en établissement, il est recommandé de soumettre leur rédaction à des exigences minimales uniformisées. Ces rapports devraient systématiquement inclure des éléments cliniques détaillés, documentés et utiles à la démonstration de la dangerosité, afin de permettre un examen plus rigoureux de la situation par le tribunal.

Une telle mesure permettrait de renforcer la transparence du processus décisionnel, d'améliorer la cohérence de l'évaluation des situations de dangerosité et de garantir la traçabilité du raisonnement clinique et judiciaire.

Recommandation 27 : Élaborer des lignes directrices uniformisées pour la rédaction des rapports d'évaluation psychiatrique et organiser leur contenu à la lumière des critères de dangerosité énoncés dans le Cadre de référence établi par le MSSS (2018).

RECOMMANDATIONS LIÉES

Cette section doit être lue en complémentarité avec le chapitre 3 traitant de la dangerosité, et notamment avec la recommandation 9, qui vise l'intégration, dans l'évaluation de la dangerosité, des critères établis par le MSSS dans le Cadre de référence défini en 2018. Il est primordial que les rapports d'évaluation psychiatrique se réfèrent expressément à ces critères¹²¹.

LES NOTES ÉVOLUTIVES

Par ailleurs, plusieurs acteurs consultés ont souligné la place prépondérante que pouvaient prendre les notes évolutives dans le cadre de la décision judiciaire. Ces notes, souvent transmises au tribunal peu avant l'audience, voire pendant celle-ci, visent à actualiser l'évaluation antérieurement faite de l'état clinique de la personne visée par une ordonnance de garde, cet état ayant pu évoluer depuis la rédaction du rapport psychiatrique. Or, si elles permettent une meilleure compréhension de l'évolution récente de la situation, leur utilisation non balisée risque de contourner les exigences procédurales et de nuire à l'équité de la procédure judiciaire.

¹²¹ Cadre de référence MSSS, p. 22.

Des lignes directrices spécifiques sont donc nécessaires pour assurer leur valeur probante. Ces lignes directrices devraient clarifier que les notes évolutives ont pour unique fonction de mettre à jour le rapport psychiatrique initial sans le contredire ni le remplacer. Elles ne devraient pas servir de support principal à la décision judiciaire. Ces directives devraient également établir des délais et modalités de communication clairs, afin d'éviter que ces notes évolutives soient transmises à la dernière minute sans que les avocats ou la personne concernée aient eu la possibilité de les consulter. Leur dépôt devrait être effectué dans un délai raisonnable avant l'audience, sauf en cas de situation clinique urgente justifiant une mise à jour immédiate. Cet encadrement permettrait de maintenir un équilibre entre la souplesse nécessaire à la pratique clinique et le respect des garanties procédurales fondamentales.

Recommandation 28 : Élaborer des lignes directrices spécifiques en vue d'encadrer la rédaction et la soumission des notes évolutives.

CHAPITRE 8. L'IMPLICATION DES PROCHES

8.1. Constats sur l'implication des proches

Les proches jouent un rôle central auprès des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale, particulièrement dans le contexte d'application de la P-38. Premiers témoins des signes de détresse, ils initient parfois les démarches d'intervention. Ils constituent par ailleurs un soutien quotidien, essentiel et durable pour la personne première concernée.

Les résultats du sondage mené par l'IQRDJ auprès de la population québécoise confirment ce constat : 38 % des répondants rapportent avoir vécu une expérience en santé mentale concernant un proche¹²² et 62 % de ceux qui ont personnellement vécu des difficultés de santé mentale déclarent avoir bénéficié de l'aide de leur entourage¹²³. Par ailleurs, 90 % des répondants au sondage se disent en accord avec l'intervention des proches dans le contexte d'une crise personnelle liée à la santé mentale¹²⁴ et 92 % trouvent justifiée l'intervention d'un membre de la famille lors d'une situation de crise¹²⁵. Ces chiffres montrent que l'intervention des proches n'est pas marginale : elle fait partie intégrante de l'expérience vécue par une large proportion de la population. Ils soulignent également la légitimité de l'implication des proches et la nécessité de reconnaître et de valoriser la place structurante qu'ils occupent dans le processus d'intervention en santé mentale. Pourtant, nos travaux révèlent que leur implication demeure marquée par des contradictions et des limites structurelles.

D'une part, leur rôle ne semble pas suffisamment reconnu par les institutions et les professionnels. Ils sont tenus à l'écart des interventions menées auprès de leurs proches, y compris lorsqu'ils en sont eux-mêmes à l'origine¹²⁶. Leur participation est souvent réduite à un apport d'informations pratiques, sans que soient véritablement reconnues leurs connaissances expérientielles ni la compréhension fine des situations qu'ils ont acquises auprès de la personne concernée. Ce sentiment d'exclusion est renforcé par une application rigide des règles de confidentialité et par une méconnaissance fréquente des procédures mises en place, ce qui limite leur capacité à soutenir ultimement leur proche.

D'autre part, les études de l'IQRDJ ont révélé que les proches assument une charge émotionnelle extrêmement lourde, traversée par des sentiments d'impuissance, de culpabilité et d'angoisse. Le fait d'avoir pris l'initiative d'une hospitalisation forcée est

¹²² Rapport 3, p. 33.

¹²³ Rapport 3, p. 31.

¹²⁴ Rapport 3, p.51.

¹²⁵ Rapport 3, p.47.

¹²⁶ Rapport 4, p.35-38.

notamment vécu comme une forme de trahison. Ce sentiment génère un profond malaise et fragilise de manière durable la relation de confiance qui les lie à la personne première concernée¹²⁷. Parallèlement, les proches ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour agir auprès de la personne concernée ni pour être eux-mêmes accompagnés, alors qu'ils sont exposés à des situations particulièrement éprouvantes¹²⁸.

En somme, l'implication des proches dans le cadre de l'application de la P-38 met en lumière la nécessité d'une réflexion approfondie sur la reconnaissance de leur rôle, sur les modalités de leur participation au processus d'intervention ainsi que sur les ressources qui devraient leur être offertes afin de soutenir leur engagement dans les démarches complexes et émotionnellement éprouvantes qu'exige la situation à laquelle ils sont confrontés.

8.2. Recommandations sur l'implication des proches

Afin de reconnaître la contribution centrale des proches dans l'accompagnement des personnes premières concernées, il importe de développer un dispositif de soutien bien structuré, visible et coordonné. Ce dispositif devrait permettre aux familles d'être soutenues tout au long du parcours : des premiers signes de détresse remarqués chez leur proche aux démarches judiciaires qui peuvent s'ensuivre jusqu'au suivi en dehors de la P-38. L'objectif de telles mesures est de renforcer la capacité d'agir des proches, de préserver la relation de confiance qui les lie à la personne concernée et de favoriser des interventions éthiques et concertées, adaptées aux dynamiques relationnelles.

Dans cette perspective, il est recommandé de développer un système d'intervention spécifiquement dédié aux familles et à l'entourage. Ce service aurait pour missions principales : (1) d'offrir un accompagnement psychosocial pour les proches, (2) d'appuyer les démarches des proches auprès des services de santé, des services sociaux et des instances judiciaires, et (3) d'intervenir directement auprès d'eux lors de situations de crise. Reprenons ces trois dimensions :

- Le système d'intervention dédié aux proches doit d'abord assurer un soutien psychosocial continu en vue d'alléger la détresse et la charge vécue par les familles. Ce soutien comprend l'écoute active, la reconnaissance des sentiments de culpabilité, de peur et d'impuissance, ainsi que leur accompagnement concret en vue de prévenir l'épuisement et la détresse. L'inclusion de pairs aidants familiaux, c'est-à-dire des personnes ayant vécu une expérience comparable,

¹²⁷ Rapport 4, p. 30-35.

¹²⁸ Rapport 4, p. 24-26.

pourrait constituer une forme de soutien prometteuse, en ce qu'elle repose sur l'entraide, la compréhension mutuelle et la valorisation de l'expérience vécue¹²⁹.

- Ce système d'intervention devrait également accompagner les proches dans leurs démarches relatives à la personne première concernée, notamment dans les contextes d'accès aux soins ou de mesures alternatives à la P-38, de demande de garde provisoire ou de suivi post-crise¹³⁰. Les intervenants dédiés auraient pour mandat d'aider les proches à adopter des mesures permettant d'éviter le recours à la P-38, à comprendre les procédures légales et médicales liées à la P-38, à comprendre leurs droits et responsabilités et à naviguer dans les multiples instances impliquées. Après l'hospitalisation, il s'agirait également de les accompagner dans le développement de plans de sortie construits conjointement avec la personne concernée afin de faciliter la transition vers le milieu de vie et de contribuer à la stabilité du rétablissement.
- En situation de crise, ce système doit aussi pouvoir favoriser la mobilisation d'intervenants spécialisés dans l'intervention auprès des familles. Ces intervenants agissent comme première ressource de référence pour les familles lors de crise en santé mentale. Le modèle pourrait s'inspirer du projet pilote mené en 2023 en Montérégie par *le Carrefour en santé mentale pour la famille et l'entourage* (CSMFE), dans lequel un intervenant dédié est appelé à accompagner les familles sur place lors d'interventions de crise. Une telle approche est susceptible de réduire les hospitalisations forcées, les interventions policières répétées et les audiences judiciaires, tout en maintenant la cohésion familiale et la confiance des personnes concernées et des proches envers le réseau.

Pour assurer ces fonctions, il est nécessaire de centraliser le système d'intervention dédié aux proches en traitant les demandes de soutien et d'information au sein d'un service consacré en tant que guichet unique pour les proches de personnes vivant une détresse psychologique ou une crise. Cet organisme aurait pour mandat d'évaluer les besoins, de répondre aux questions de première ligne et d'orienter les familles vers les ressources les mieux adaptées à leur situation. Le modèle de *Cap santé mentale* constitue un exemple inspirant d'une structure coordonnée d'écoute, de référence et d'accompagnement de ce type.

¹²⁹ Cette condition de mise en œuvre s'inscrit dans l'Action 3.3 de l'Axe 3 du PAISM 2022-2026.

¹³⁰ En accord avec l'Action 3.4. de l'Axe 3 du PAISM 2022-2026.

Recommandation 29 : Développer un système d'intervention dédié aux proches, visant notamment à :

- Soutenir les proches sur le plan psychosocial ;
- Accompagner les proches dans leurs démarches concernant la personne première concernée ;
- Intervenir auprès des proches en contexte de crise.

Dans le cadre de la deuxième fonction, à savoir l'accompagnement dans les démarches juridiques et administratives, il est plus particulièrement recommandé de développer des mécanismes permettant d'éviter que la demande de garde provisoire au tribunal (garde temporaire si la recommandation 6 est adoptée) ne repose sur les épaules des proches.

En effet, lorsque cette demande est effectuée par les proches, la relation entre la personne concernée et ses proches s'en trouve extrêmement fragilisée. En confiant explicitement cette responsabilité à un intervenant, le lien de confiance serait préservé tout en fournissant aux proches l'assurance que la demande soit traitée. Plus précisément, il apparaît nécessaire de sensibiliser les organismes et les intervenants du système de santé et de services sociaux à la possibilité de présenter, en leur nom, une demande de garde provisoire au tribunal en vertu de l'article 27 C.c.Q.

En outre, le témoignage des proches à la cour dans le contexte d'une demande de garde en établissement peut s'avérer extrêmement éprouvant pour les proches et fragiliser, ici encore, la relation de confiance qui les unit à la personne première concernée. Cette situation place souvent les familles en porte-à-faux, alors même qu'elles souhaitent avant tout assurer la sécurité et le bien-être de leur proche. Pour remédier à cette difficulté, il serait souhaitable de permettre aux proches, avec le soutien d'un organisme d'aide aux familles, de produire une déclaration assermentée qui aurait la même valeur juridique qu'un témoignage à la cour, mais permettrait de réduire la dimension conflictuelle d'un témoignage en personne. Cette mesure, en évitant la confrontation directe, simplifie la procédure, diminue la charge émotionnelle et favorise la préservation du lien familial.

Recommandation 30 : Alléger la charge procédurale pesant sur les proches dans le contexte d'une demande de garde temporaire, notamment :

- Privilégier le dépôt de la demande d'ordonnance de garde au nom d'un professionnel ou d'un organisme compétent ;
- Privilégier les mécanismes évitant la confrontation directe avec la personne concernée, par exemple en ayant recours à l'affidavit ou à la déclaration sous serment plutôt qu'au témoignage lors de l'audience.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Le renforcement de cette implication passe nécessairement par la mise en œuvre d'autres recommandations soumises dans ce rapport. Il s'agit tout d'abord, en accord avec la recommandation 16, du développement de la fonction d'intervenant pivot, dont le rôle auprès des proches est essentiel. Celui-ci a notamment pour fonction de faciliter le lien avec les proches et de soutenir leur implication.

Par ailleurs, dans le chapitre suivant, la recommandation 33 vise à améliorer le partage d'information entre les professionnels, mais aussi avec les proches, à toutes les étapes du parcours en santé mentale, dans le respect du cadre légal et des droits de la personne concernée.

Enfin, dans le but de favoriser les interventions consensuelles, l'IQRDJ recommande de favoriser les mesures anticipées en santé mentale (Recommandation 4). L'implication des proches dans la conception de ces mesures devrait également être favorisée lorsque la situation le permet.

CHAPITRE 9. LE PARTAGE D'INFORMATION

9.1. Constats sur le partage d'information

LES DIFFICULTÉS LIÉES AU PARTAGE D'INFORMATION ENTRE PROFESSIONNELS

Le partage d'information entre les acteurs impliqués dans l'application de la P-38 constitue un enjeu central dans la coordination des interventions. La mise en œuvre de la P-38 repose sur une trajectoire fragmentée faisant intervenir une pluralité d'acteurs – policiers, intervenants sociaux, urgentologues, équipes psychiatriques et autres ressources spécialisées en santé mentale – dont l'efficacité dépend de la capacité à accéder et à transmettre des informations pertinentes et actualisées. Ces échanges permettent de contextualiser la situation, d'apprécier l'historique d'intervention et de documenter l'évaluation des situations en fonction de leur dangerosité¹³¹.

Nos travaux montrent toutefois que la circulation de l'information demeure extrêmement variable et complexe¹³². Si dans certains milieux, des mécanismes de transmission structurés facilitent la continuité des interventions, dans la majorité des cas, la communication repose sur des échanges oraux fragilisés par la surcharge de travail, l'urgence de la situation et la rotation des équipes.

Par ailleurs, l'accès aux données cliniques reste limité : les intervenants disposent souvent d'une information fragmentaire, provenant de dossiers locaux ou du *Dossier Santé Québec* (DSQ), qui ne regroupent ni l'ensemble des notes cliniques ni les renseignements détenus par d'autres établissements¹³³. Cette fragmentation complique l'évaluation et, par réflexe préventif, peut mener à des décisions plus contraignantes, notamment par le recours à la garde en établissement.

Plus largement, le partage d'information est réalisé dans un contexte de tension constante entre exigences cliniques, contraintes organisationnelles et respect du secret professionnel. Une interprétation rigide de la confidentialité, parfois plus stricte que ne le prévoit le cadre légal actuel, conduit certains professionnels à limiter la communication nécessaire à une prise en charge sécuritaire et cohérente des situations¹³⁴. Les décisions sont alors prises sur la base d'informations partielles, alors qu'elles entraîneront des conséquences directes sur la qualité des évaluations et la sécurité des personnes. Ainsi, la question du partage d'information ne se réduit pas à un enjeu procédural : elle

¹³¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2018, p.17.

¹³² Rapport 4, p.78.

¹³³ Rapport 4, p.78-80.

¹³⁴ Rapport 4, p.80-82.

conditionne directement la nature de la prise en charge, la sécurité des personnes et des intervenants et l'efficacité des trajectoires en santé mentale.

LES DIFFICULTÉS LIÉES AU PARTAGE D'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET LES PROCHES

Tout au long de ces échanges, parfois lacunaires, les proches occupent une place à part. Bien qu'ils soient souvent les premiers à détecter les signes de détresse d'une personne de leur entourage et à initier les démarches menant à la mise en œuvre de la P-38, les proches expriment fréquemment un sentiment d'exclusion. Plusieurs rapportent ne recevoir que très peu d'information sur l'état de la personne concernée, sur l'évolution de la situation ou sur les décisions prises, même lorsqu'ils sont eux-mêmes à l'origine de ces interventions et que leur rôle est essentiel au soutien de la personne première concernée et à son retour à domicile.

Du côté des professionnels, nos études révèlent que cette retenue découle d'une interprétation prudente – parfois excessivement restrictive – des règles entourant la confidentialité. Cette tendance est alimentée par la crainte de contrevenir aux dispositions juridiques entourant la protection des informations personnelles et par une compréhension limitée de la portée réelle de ces obligations.

Ces difficultés de communication entraînent des conséquences concrètes : elles limitent la prévention des situations, fragilisent la coordination des interventions et contribuent à accroître la détresse des proches. Plusieurs acteurs soulignent que cette absence d'information peut paradoxalement augmenter les risques de crise et rendre plus probable le recours à la P-38. En somme, ces constats révèlent un déséquilibre persistant entre les exigences de confidentialité et la nécessité d'une meilleure circulation des informations. Or ce déséquilibre affecte les conditions d'une collaboration plus efficace et respectueuse des droits de chacun.

LA CADRE JURIDIQUE DU PARTAGE D'INFORMATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le cadre juridique applicable au partage d'information en matière de santé a été profondément remanié avec l'adoption, en 2023, de la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux* (LRSSS)¹³⁵. Cette loi, entrée en vigueur le 1er juillet 2024, constitue désormais le régime général applicable à la collecte, l'utilisation, la communication et la protection des renseignements de santé au Québec. Elle vise à moderniser un système auparavant fragmenté en unifiant les règles, en renforçant la gouvernance informationnelle et en facilitant la circulation sécurisée de l'information nécessaire à la continuité des soins. La LRSSS établit notamment des balises claires quant aux communications autorisées sans le consentement de la personne et quant à l'accès aux renseignements nécessaires à la coordination entre les acteurs du réseau.

¹³⁵ Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux, chapitre R-22.1.

En outre, la LRSSS prévoit, à son article 43, la possibilité pour le ministre d'adopter des règlements balisant plus précisément les échanges d'information entre acteurs autorisés. Ces outils réglementaires offrent un levier concret pour uniformiser les pratiques, préciser les limites du partage d'information et renforcer la cohérence intersectorielle, tout en assurant la protection des droits et de la confidentialité des personnes concernées.

Le développement du *Dossier santé numérique* (DSN) s'inscrit dans la logique de cette réforme. Le DSN constitue en effet l'infrastructure technique attendue pour concrétiser les principes de la LRSSS : mise en commun sécurisée des données, traçabilité des accès, accès unifié des professionnels autorisés et participation informée des usagers. Sans un dossier numérique centralisé, les objectifs de la LRSSS demeurent difficilement atteignables et les pratiques actuelles de partage restent fragmentées et hétérogènes.

En regard de ces avancées législatives, nos constats montrent une appropriation très inégale du nouveau cadre juridique. Plusieurs professionnels rencontrés (entre mars et octobre 2024) ne connaissaient ni la LRSSS ni ses implications concrètes dans le cadre spécifique de leur pratique. L'incertitude entourant les communications autorisées ou proscrites, particulièrement en contexte de crise, favorise le développement de pratiques de confidentialité plus restrictives que ce que prévoit la loi. Cet écart entre l'intention du législateur et la réalité du terrain contribue à maintenir une circulation de l'information insuffisante, au détriment de la continuité des soins et de la sécurité des personnes.

9.2. Recommandations sur le partage d'information

Dans la mesure où l'ensemble du cadre juridique entourant le partage de renseignements de santé a été discuté, revisité et adopté très récemment, nos recommandations visent avant tout à en favoriser sa mise en œuvre et son déploiement en matière de santé mentale, plutôt qu'à le redéfinir.

9.2.1. Améliorer les conditions de mise en œuvre du partage d'information entre professionnels

L'entrée en vigueur de la LRSSS établit désormais les balises permettant le partage d'information à toutes les étapes du processus P-38, tant entre les professionnels du réseau sociosanitaire qu'entre ceux-ci et les services policiers. Dès lors, l'ensemble des flux informationnels susceptibles d'être mobilisés dans le cadre de la mise en application de la P-38 sont régis par ce cadre normatif.

Lorsque l'information circule entre les intervenants des services de santé et des services sociaux¹³⁶, l'accès et la communication des renseignements reposent sur le principe de nécessité. L'article 38 de la LRSSS autorise en effet l'accès à tout renseignement requis pour offrir des services, alors que l'article 69 impose à l'organisme qui détient l'information de la communiquer lorsque certaines conditions sont remplies. Par ailleurs, l'article 63 facilite l'utilisation interne d'un renseignement au sein d'un même établissement. Dans le contexte de la P-38, ces dispositions encadrent l'ensemble des échanges requis entre intervenants, qu'il s'agisse d'échanges intrahospitaliers ou entre services hospitaliers et ressources de santé et services sociaux externes. La seule limite applicable est celle de la nécessité, ce qui apparaît compatible avec l'objectif d'assurer la continuité et la cohérence des interventions cliniques.

Les policiers constituent l'autre catégorie d'acteurs appelée à intervenir dans les situations donnant lieu à l'application de la P-38. Le partage d'information à leur égard est précisément balisé par l'article 76 de la LRSSS, qui autorise la communication de renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à la planification ou à l'exécution d'une intervention adaptée. Cette disposition couvre les situations dans lesquelles les policiers soutiennent les services sociaux ou les services de santé, à la demande de ces derniers (§1), lorsqu'ils collaborent dans le cadre d'équipes mixtes (§2), ainsi que dans les cas impliquant des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir son procès en vertu du Code criminel (§3). En dehors de ces contextes spécifiques, l'article 74 prévoit la possibilité de communiquer certains renseignements lorsqu'un risque sérieux de mort ou de blessures graves menace une personne identifiable, ce qui peut concerner spécifiquement les interventions policières réalisées en contexte de crise reliée à la santé mentale.

Abordés globalement, ces mécanismes couvrent l'ensemble des configurations susceptibles de se présenter dans le cadre de la P-38. Ils englobent tant les situations où les policiers interviennent en soutien aux équipes cliniques, que celles où ils agissent en partenariat structuré au sein d'équipes mixtes, ou interviennent en tant que premiers répondants sur les lieux. Ce cadre juridique assure ainsi que, quelle que soit la porte d'entrée de l'intervention, les policiers disposent des renseignements strictement nécessaires pour adapter leur intervention, tout en respectant les limites prévues par la loi et les droits de la personne concernée.

¹³⁶ Défini dans la loi comme une « Personne physique qui offre des services de santé ou des services sociaux au sein d'un organisme du secteur de la santé et des services sociaux ou qui fournit à une telle personne des services de soutien technique ou administratif », art. 3 LRSSS.

Par ailleurs, les débats entourant l'accès des policiers aux renseignements de santé ont été largement menés lors de l'étude du projet de loi 66, adopté en octobre 2024¹³⁷. Ces discussions approfondies, très récentes, nous amènent à privilégier la consolidation plutôt que la réévaluation du cadre juridique existant.

Le cadre entourant la circulation des renseignements entre professionnels, récemment adopté et révisé, apparaît ainsi adéquat pour soutenir la mise en œuvre de la P-38 : il encadre l'ensemble des flux informationnels nécessaires à la coordination entre les professionnels de la santé et des services sociaux et les policiers. Toutefois, son efficacité dépend largement de sa compréhension et de son appropriation par les acteurs concernés. Or, dans la pratique, plusieurs intervenants semblent méconnaître ce nouveau cadre légal. Conformément au *Règlement sur la gouvernance des renseignements de santé et de services sociaux*, chaque organisme doit s'assurer que les membres de son personnel reçoivent une formation sur ces dispositions dès leur entrée en fonction, et que ces compétences soient mises à jour annuellement. Il est également recommandé de s'assurer que les équipes d'interventions de crise (policiers, intervenants sociaux) reçoivent aussi une formation spécifique sur la nature, la portée et les limites du partage d'information dans le cadre de leur fonction et de leur intervention.

Parallèlement, compte tenu de la complexité du nouveau cadre législatif, le développement d'outils pratiques demeure essentiel. Les initiatives déjà engagées par le Ministère, notamment la production d'un guide explicatif¹³⁸ et d'un « napperon » visant à faciliter l'application de la LRSS¹³⁹, constituent un pas important. Ces outils doivent continuer d'être diffusés et intégrés dans le cadre des pratiques courantes de manière à soutenir les acteurs dans leur travail quotidien.

Recommandation 31 : Assurer le déploiement effectif du nouveau cadre juridique entourant le partage des renseignements de santé dans le milieu des intervenants de la santé, des services sociaux et des corps policiers impliqués dans la mise en œuvre de la P-38, notamment par :

- le développement de guides et d'outils concrets facilitant sa compréhension et son application ;
- la sensibilisation et la formation continue des intervenants au nouveau cadre juridique de référence

¹³⁷ *Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'incapacité à subir leur procès*, (LQ 2024, c 26), aussi appelée Loi « Maureen Breau ».

¹³⁸ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-522-03W.pdf>

¹³⁹ https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/MSSS_napperon_vf.pdf

Enfin, bien que la LRSSS établisse les principes directeurs applicables en matière de gouvernance informationnelle, sa pleine opérationnalisation repose sur l'existence d'outils technologiques permettant la circulation fluide et sécurisée des données, au premier rang desquels se trouve le *Dossier Santé Numérique*. Le développement et la consolidation de ces infrastructures sont essentiels pour permettre l'accès, la consignation et la conservation des renseignements, tout comme le prévoit la loi. Le maintien d'un dossier rigoureusement à jour est indispensable pour assurer la cohérence des soins, particulièrement dans un contexte où les équipes sont multiples et sujettes au roulement des effectifs. Sur le plan clinique, il permet que soit assuré un suivi précis de l'évolution de l'état mental de la personne concernée et notamment de la dangerosité que présente sa condition, tout en documentant le respect des obligations professionnelles en matière d'information.

Recommandation 32 : Doter les intervenants d'un système technologique performant garantissant la protection, la conservation et la circulation des renseignements de santé de manière à rendre pleinement opérationnelles les dispositions établies par la LRSSS et assurant la mise en œuvre efficace de la P-38

9.2.2. Améliorer les conditions de mise en œuvre du partage d'information entre les professionnels et les proches

L'amélioration du partage d'information avec les proches doit être envisagée comme un levier de soutien, de continuité des soins et de qualité des interventions. Une communication mieux structurée contribue également à renforcer le climat de confiance entre la personne concernée, ses proches et les équipes professionnelles.

Le nouveau cadre légal régissant la communication des renseignements de santé repose largement sur le principe du consentement. L'article 5 de la LRSSS prévoit qu'un renseignement en matière de santé est confidentiel et ne peut être utilisé ou communiqué que si la personne y consent ou si la loi l'autorise. Comme le montre la section précédente, la loi autorise la circulation de renseignements entre intervenants lorsqu'elle est nécessaire à l'offre de services. Pour les proches, le consentement de la personne demeure le seul principe directeur. En cas d'inaptitude, certaines exceptions s'appliquent. En ce sens, l'article 26 de la LRSSS permet la communication de renseignements au tuteur ou au mandataire, et l'article 22 autorise la transmission d'une telle information à la personne appelée à consentir aux soins lorsqu'elle doit en disposer pour exercer adéquatement son rôle. Hormis ces situations — qui sont néanmoins assez fréquentes en contexte de santé mentale —, aucun renseignement ne peut être transmis aux proches sans le consentement de la personne concernée.

Nos travaux montrent que le principe de confidentialité donne souvent lieu, dans la pratique, à une approche extrêmement prudente, voire restrictive. Plusieurs professionnels tendent à se réfugier derrière le secret professionnel, ce qui limite les échanges, même lorsque la transmission d'informations pourrait être bénéfique à la personne. Il apparaît donc nécessaire d'encourager des pratiques fondées sur un consentement éclairé et modulé, plutôt que l'entretien qu'une logique du « tout ou rien » (consentir à tout ou tout refuser). Un échange ouvert et pondéré permettrait d'expliquer à la personne première concernée les avantages potentiels d'un partage partiel de l'information, ainsi que la nature des informations dont elle accepte ou non la communication à ses proches.

En cours d'hospitalisation, un meilleur partage d'information avec les proches pourrait ainsi être encouragé, notamment en renforçant les espaces d'échange avec l'équipe traitante et en reconnaissant la valeur que comporte leur connaissance de la situation. Des proches mieux informés sont souvent en mesure d'apporter des éléments contextuels particulièrement utiles aux évaluations cliniques, ce qui contribue à améliorer la pertinence et la qualité des interventions. Par ailleurs, une communication régulière réduit le sentiment d'exclusion, renforce la cohérence des interventions, légitime et consolide la place des proches dans le processus décisionnel. Cette avancée est d'autant plus essentielle que, très souvent, les proches demeurent, avant, pendant et après l'application d'une P-38, les acteurs les plus susceptibles de soutenir la personne concernée, tant sur le plan affectif que pratique. Ils jouent un rôle déterminant dans le suivi de son rétablissement.

Pour toutes ces raisons, nous recommandons de maintenir le cadre légal actuel, fondé sur le consentement de la personne, tout en adaptant ses modalités d'application. Une mise en œuvre plus proactive et plus nuancée de ces dispositions favoriserait un échange d'information plus efficace, tout en respectant les droits de la personne concernée.

Recommandation 33 : Former le personnel médical aux modalités d'application du cadre juridique sur la confidentialité des informations de santé dans leurs communications avec les proches, de manière à favoriser un partage d'information approprié, sécuritaire et conforme aux droits des personnes concernées.

RECOMMANDATIONS LIÉES

Les recommandations visant à améliorer le partage d'information avec les proches s'articulent étroitement avec deux autres recommandations du rapport, qui renforcent la cohérence et l'efficacité de l'ensemble du dispositif.

D’abord, la fonction d’intervenant pivot, tel que défini dans la recommandation 16, constitue un levier essentiel dans la gestion d’une communication structurée et continue avec les proches. Durant l’hospitalisation, cet intervenant a notamment pour responsabilité de favoriser les échanges entre la personne concernée, la famille et l’équipe soignante. Son mandat inclut la transmission d’informations claires et adaptées sur le déroulement de la P-38 à la personne concernée, la facilitation d’échanges d’information éclairés et respectueux des droits des personnes, ainsi que la préparation d’un plan de sortie en collaboration avec la personne, ses proches et les ressources communautaires et institutionnelles. En agissant comme relais entre les différents acteurs, l’intervenant pivot contribue à améliorer le partage d’information entre tous les acteurs concernés, y compris les proches.

Par ailleurs l’amélioration des conditions de partage des informations occupe une place particulièrement importante dans la définition de mesures d’anticipation en psychiatrie, incluant à la fois les directives anticipées et les plans de crise conjoints (Recommandation 4). Leur utilisation permet à la personne concernée de préciser à l’avance les informations qu’elle souhaite partager avec ses proches, les modalités d’intervention privilégiées et les ressources en qui elle a confiance. La connaissance de ces mesures par l’intervenant pivot et par les autres professionnels est essentielle de manière à ce que leur intervention en contexte de crise reste fidèle aux volontés exprimées par la personne première concernée, notamment en matière de partage d’information.

CHAPITRE 10. LA MISE EN ŒUVRE DE LA P-38

10.1. Les principes sous-jacents à la P-38

10.1.1. Constats sur les principes sous-jacents à la P-38

La mise en œuvre de la P-38 interpelle plusieurs principes fondamentaux, que l'on pense au respect de l'autonomie, à la protection de la personne, à la proportionnalité de l'intervention, à la dignité ou encore à l'accès à des soins de qualité, sinon au droit à la santé. Dans la pratique, l'articulation de tous ces principes peut s'avérer difficile d'autant plus que la P-38 mobilise une grande pluralité d'acteurs. Les professionnels de la santé et des services sociaux, les policiers, les proches, les juristes et les premières personnes concernées ne s'appuient pas toujours sur les mêmes repères ni sur la même compréhension des finalités et des limites du cadre juridique dans lequel s'inscrivent leurs interventions.

L'absence de fondements explicitement formulés dans la loi contribue à une fluctuation importante des pratiques et, potentiellement, à certaines dérives. L'étude réalisée par l'IQRDJ montre que cette variabilité dans l'interprétation des principes sous-jacents à la loi n'est pas seulement théorique : elle se traduit concrètement par des écarts significatifs dans la manière dont la P-38 est appliquée. Elle participe à exacerber une forme de polarisation entre les différents acteurs impliqués, ce qui génère des tensions récurrentes tant sur le plan conceptuel que sur le plan des réalités opérationnelles.

Ces constats sont particulièrement préoccupants du fait que le placement sous garde constitue par lui-même une atteinte majeure aux droits de la personne. Sans principes directeurs clairement affirmés, toute imprécision ou disparité dans l'application de la loi accentue la vulnérabilité des personnes premières concernées et fragilise la légitimité du dispositif juridique.

Dans ce contexte, il apparaît essentiel d'affirmer explicitement les principes et valeurs qui doivent guider l'interprétation et l'application de la P-38.

10.1.2. Recommandation sur les principes sous-jacents à la P-38

L'étude met en évidence une incertitude persistante quant aux principes fondamentaux qui devraient guider l'interprétation et l'application de la P-38. Bien que la loi encadre strictement la garde en établissement, son esprit — en particulier les valeurs, finalités et limites qui devraient orienter les pratiques — n'est pas clairement formulé. Cette absence de balises explicites contribue à des interprétations variables et parfois à des écarts importants dans les pratiques observées.

Dans ce contexte, l'ajout d'un préambule à la P-38 apparaît nécessaire. Ce préambule aurait pour fonction de rendre explicites les principes sous-jacents à la loi et de fournir un cadre interprétatif commun à tous les acteurs. En clarifiant l'esprit de la loi et l'interprétation qu'il convient de lui donner, un tel préambule permettrait également de prévenir d'éventuelles dérives.

Le préambule devrait énoncer clairement les droits, valeurs et finalités qui fondent l'intervention : le caractère exceptionnel et proportionné des mesures d'intervention contre le gré des personnes et la priorité accordée aux moyens les moins coercitifs, le respect des droits des personnes premières concernées, de leur dignité et de leur autonomie, ainsi que le devoir de l'État de fournir aux personnes un accès aux services de santé et services sociaux nécessaires à leur bien être.

Ce texte permettrait également de rappeler l'ancrage de la P-38 dans les instruments juridiques relatifs aux droits humains, tels que la Charte des droits et libertés de la personne, la Convention relative aux droits des personnes handicapées et les autres normes internationales applicables. Il situerait par ailleurs l'application de la P-38 dans le respect des articles 1 et 2 de la *Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux*¹⁴⁰, qui garantissent des services continus, personnalisés, de qualité, fournis dans le respect de la dignité et de l'autonomie des personnes.

En explicitant les principes directeurs de la P-38, le préambule proposerait ainsi un cadre interprétatif cohérent susceptible d'orienter l'intervention des professionnels, gestionnaires et décideurs. Il y serait précisé que la garde en établissement doit demeurer une mesure de dernier recours, applicable uniquement lorsqu'aucune alternative sécuritaire et proportionnée n'est envisageable. Un tel préambule renforcerait une culture d'intervention fondée sur la désescalade, la dignité et l'autodétermination, plutôt que sur le contrôle ou la neutralisation du risque. Il rappellerait que la sécurité — celle de la personne et d'autrui — doit être recherchée dans le respect du droit, de manière graduée et réfléchie, en privilégiant les alternatives moins restrictives.

Recommandation 34 : Enrichir la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* d'un préambule de manière à ce que soient affirmés les principes directeurs qui en guident l'interprétation.

¹⁴⁰ R.L.R.Q., c. G -1.021.

10.2. L'harmonisation, la supervision et l'évaluation de la P-38

10.2.1. Constats sur l'harmonisation, la supervision et l'évaluation de la P-38

L'analyse menée dans le cadre de cette étude met en évidence deux lacunes majeures qui traversent l'ensemble du processus d'application de la P-38 : le manque d'harmonisation des pratiques et l'absence de mécanismes de supervision et d'évaluation systématique. Ces constats, observables à chacune des étapes de la trajectoire qui balise le régime de garde en établissement, compromettent la cohérence, la transparence et l'équité dans l'application de la loi.

Le processus de garde en établissement repose sur une succession de décisions prises par une pluralité d'acteurs intervenant à des moments distincts et séquencés : policiers, intervenants sociaux, psychiatres, infirmiers, juges, etc. Chaque acteur mobilise des critères d'intervention, outils d'évaluation et protocoles locaux distincts, ce qui fragmente la compréhension globale de la situation de la personne concernée. En l'absence d'un mécanisme structuré de coordination intersectorielle, aucune instance n'est en mesure de porter une vision transversale du régime de garde ni d'assurer l'uniformité de son application.

Cette absence d'harmonisation apparaît de manière particulièrement aiguë dans l'évaluation de la dangerosité, critère central au déclenchement de la P-38 et au maintien de la garde en établissement. Les données montrent en effet une interprétation variable d'un milieu à l'autre et même entre deux professionnels d'un même ressort. À ce jour, aucun dispositif d'ensemble ne permet de documenter la manière dont ce critère est appliqué en pratique ni d'en superviser les modalités.

Par ailleurs, plusieurs pratiques innovantes émergent dans le réseau sous forme de projets pilotes, dont certains montrent des effets prometteurs en matière de continuité des soins, de désescalade ou de collaboration intersectorielle. Toutefois, en l'absence de mécanismes de diffusion, de déploiement et d'évaluation systématique, ces initiatives demeurent isolées et ne profitent pas à l'ensemble du réseau. Les études portant sur les conditions de mise en œuvre concrètes de la P-38, notamment celle menée par l'IQRDJ, gagneraient à être réalisées de manière plus régulière, afin de permettre une amélioration continue du régime d'application de la loi. Dans la même perspective, les recommandations formulées dans le présent rapport nécessitent un suivi structuré, destiné à mesurer leur effectivité et leur efficacité et à adapter les exigences de leur mise en œuvre. Plusieurs éléments appellent en particulier un suivi rigoureux et pérenne, notamment :

- l’harmonisation de l’évaluation du critère de dangerosité conformément au Cadre de référence 2018 du MSSS (Recommandation 9) ;
- la création du rôle d’intervenant pivot visant à renforcer la continuité et la cohérence des interventions (Recommandation 16) ;
- la mise en œuvre de la garde temporaire et sa capacité à améliorer la trajectoire des personnes concernées (Recommandation 6).

L’ensemble de ces considérations justifie l’établissement d’une structure formelle de supervision des conditions de mise en œuvre de la P-38, de coordination et de reddition de comptes, capable d’assurer la cohérence des pratiques, l’adéquation des outils et de favoriser le respect des droits des personnes concernées.

10.2.2. Recommandation sur l’harmonisation, la supervision et l’évaluation de la P-38

L’analyse de l’application de la P-38 révèle le manque de cohérence interrégionale de son application, la grande variabilité des pratiques et l’absence de mécanismes structurés de supervision et de reddition de comptes. Pour assurer une mise en œuvre équitable, transparente et conforme aux droits des personnes premières concernées, il apparaît nécessaire d’instaurer un dispositif chargé d’assurer la surveillance, l’harmonisation et l’évaluation de la loi sur tout le territoire québécois.

Cette instance aurait pour responsabilité d’offrir un cadre de gouvernance clair pour la P-38 et de garantir que son application demeure conforme au caractère exceptionnel de ses dispositions, à leurs finalités protectrices et au respect des droits des personnes concernées. Cette instance exercerait plusieurs fonctions essentielles à l’application cohérente et transparente de la P-38.

Elle aurait d’abord pour mandat d’harmoniser l’application de la loi à l’échelle du territoire québécois. Cette fonction inclurait la supervision des pratiques des différents acteurs impliqués, notamment en ce qui a trait aux critères d’évaluation de la dangerosité. En s’appuyant sur l’observation et l’analyse des pratiques, cette instance veillerait à promouvoir des standards partagés et à réduire les écarts interrégionaux ou interprofessionnels qui compromettent l’équité des conditions d’intervention auprès des personnes premières concernées et la conformité du régime à ses objectifs.

L’instance aurait également pour mission d’évaluer l’application effective de la loi, incluant le suivi des nouvelles mesures afin d’en établir l’efficacité et la conformité aux objectifs de la P-38. Dans ce cadre, elle serait par exemple chargée de superviser et de

soutenir le travail des intervenants pivots, dont le rôle est central pour la continuité et la cohérence des interventions¹⁴¹.

Enfin, l'instance envisagée assurerait la transparence des modalités d'application de la P-38 à l'échelle du territoire québécois, en rendant compte publiquement de ses observations et de ses recommandations. Elle serait chargée de dresser un portrait d'ensemble des pratiques, de mettre en lumière les écarts ou dérives observés et de formuler des recommandations destinées à corriger ou à assurer la valeur des interventions. Les exigences de reddition qui entourent cette activité de communication publique contribueraient à une meilleure compréhension du cadre d'application de la P-38 et encourageraient un dialogue collectif plus informé et nuancé sur la question de la santé mentale.

Si l'IQRDJ encourage la création ou le développement de cette fonction, il appartient au ministre de la Santé et des Services sociaux, responsable de l'application de la P-38¹⁴², de déterminer la structure susceptible de la prendre en charge. Il apparaît néanmoins que, compte tenu de sa mission actuelle — analyser de manière systémique la performance du système de santé et de services sociaux — le Commissaire à la santé et au bien-être pourrait assumer ce mandat. La création, en son sein, d'une direction dédiée à la santé mentale permettrait d'assurer une prise en charge indépendante, transparente et outillée de la fonction. Ce mandat devrait être établi dans le cadre d'une législation spécifique ou d'une modification apportée à la P-38, afin de préciser les responsabilités, les pouvoirs et les garanties d'indépendance nécessaires de cette instance.

En outre, pour remplir sa mission d'évaluation, cette instance devra disposer d'un droit explicite d'accès aux données pertinentes détenues par les établissements de santé, les corps policiers et les tribunaux. Une entente formelle ou réglementaire devrait encadrer le partage de données, en garantissant la protection de la vie privée et la conformité des interventions aux dispositions juridiques balisant le partage des informations en matière de santé.

La réussite d'un tel organisme dépendra de sa capacité à instaurer un dialogue constant entre les différents secteurs impliqués. L'organe devrait ainsi favoriser les concertations intersectorielles, réunissant des représentants du milieu hospitalier, des services sociaux, des corps policiers, du système judiciaire ainsi que des personnes premières concernées.

¹⁴¹ Tel que prévu dans la Recommandation 16.

¹⁴² En vertu de l'article 24 de cette loi.

Recommandation 35 : Créer une instance chargée de la supervision et du contrôle des conditions d'application de *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* à l'échelle du territoire québécois. Elle exercerait les fonctions suivantes :

- Évaluer de manière régulière et continue l'application de la loi ;
- Harmoniser l'application de la P-38 à l'échelle du territoire québécois ;
- Rendre compte annuellement des résultats de ses études, de ses observations et de ses recommandations ;
- Superviser et soutenir le travail des intervenants pivots dans les établissements de santé.

CHAPITRE 11. LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

Pour assurer la mise en œuvre efficace des recommandations formulées, il est essentiel d’instaurer des conditions générales favorables à leur implantation, reposant sur un financement adéquat, une réflexion commune et continue, des mécanismes d’évaluation et de suivi, une adaptation régionale, une formation structurée et continue des acteurs, ainsi que la mise en place d’une campagne publique. Ces conditions constituent un socle indispensable pour s’assurer de la cohérence, de la continuité et de l’efficacité des mesures proposées.

Financement

La réussite des recommandations formulées dans ce rapport repose en grande partie sur la capacité du réseau à mobiliser des ressources financières stables, adéquates et équitablement réparties. Les transformations proposées — qu’il s’agisse de développer de nouvelles pratiques, de renforcer la formation, d’améliorer les infrastructures ou de soutenir l’accompagnement des personnes et de leurs proches — nécessitent toutes un investissement structuré et pérenne. Sans un financement solide, plusieurs mesures risquent de demeurer limitées à des initiatives locales, ponctuelles ou dépendantes de la bonne volonté des équipes, ce qui viendrait compromettre leur mise en œuvre, leur cohérence et leur impact à l’échelle du territoire québécois.

Dans cette perspective, il est essentiel de prioriser le financement et la mobilisation des ressources susceptibles de répondre aux besoins variés de services en matière de santé mentale. C’est en consolidant la capacité d’intervention précoce, par un accès accru aux services de santé et aux services sociaux, aux équipes de crise et aux ressources communautaires, qu’il sera possible de réduire le recours à la P-38. Renforcer la mobilisation des ressources susceptibles de répondre aux besoins variés de la population en matière de santé mentale constitue donc une condition préalable à toute amélioration substantielle du régime, puisqu’une offre suffisante, stable et accessible permettrait d’envisager des interventions plus en amont, c’est-à-dire avant que les difficultés ne s’aggravent au point d’entraîner une hospitalisation forcée des personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale.

Parallèlement, un financement stable et récurrent apparaît indispensable pour assurer la mise en place et la pérennité des mesures recommandées. Les transformations de certaines infrastructures et la transition vers des approches non coercitives exigent un financement soutenu. Sans un appui budgétaire structuré, l’implantation, la qualité et l’équité des mesures recommandées risquent d’être compromises.

Réflexion commune et continue

La mise en œuvre durable des recommandations nécessite un engagement collectif et soutenu de l'ensemble des acteurs concernés. Il serait d'ailleurs bénéfique que cet engagement collectif soit assuré au-delà de la mise en place des recommandations de ce rapport spécifique en instituant un espace permanent de concertation des acteurs du secteur de la santé mentale, de manière à s'assurer de l'harmonisation des pratiques, du partage des enjeux émergents et de l'évolution cohérente du régime.

Cette réflexion commune doit reposer sur des mécanismes formels favorisant un dialogue intersectoriel réunissant notamment les équipes de première ligne, les services spécialisés, les établissements hospitaliers, les intervenants judiciaires, les organisations communautaires, les personnes premières concernées et leurs proches. Un tel dialogue permettrait non seulement d'identifier les obstacles qui pourraient s'opposer à la mise en œuvre des recommandations de ce rapport, mais aussi de mesurer les effets concrets des changements en cours, d'ajuster les processus au fur et à mesure de cette évolution et de repenser collectivement les finalités de la P-38. Ces échanges étant continus et institutionnalisés, ils favoriseront une appropriation partagée des recommandations et renforceront la cohérence de leur mise en œuvre d'un milieu à l'autre.

Suivi des recommandations

L'implantation des recommandations proposées dans ce rapport exige la mise en place d'un système de suivi et d'évaluation. Il ne s'agit pas seulement de mesurer l'application de ces recommandations, mais également d'apprécier leur impact sur le fonctionnement du régime, la réduction du recours à la P-38 et l'amélioration de l'expérience des personnes premières concernées et de leurs proches.

L'évaluation doit être continue, fondée sur des indicateurs clairs et partagés. Elle doit permettre d'identifier rapidement ce qui fonctionne, ce qui nécessite des ajustements et ce qui doit être révisé en profondeur. Elle doit permettre de mesurer les effets des mesures retenues, qu'ils soient bénéfiques ou problématiques. Les résultats de ces évaluations devraient orienter l'ajustement continu du régime, de manière à garantir une amélioration soutenue des pratiques. À cet égard, l'instance de supervision dont la création est recommandée dans le chapitre précédent est appelée à jouer un rôle moteur¹⁴³.

Enfin, cette démarche d'évaluation doit être transparente : ses résultats devraient être diffusés auprès des milieux concernés et communiqués au public, afin d'alimenter la

¹⁴³ Voir recommandation 35.

confiance des citoyens et d'assurer de l'adaptation continue du régime aux besoins émergents.

Adaptations régionales

La mise en œuvre des recommandations doit être modulée selon les réalités propres à chaque région. Les besoins, les ressources disponibles et l'organisation locale des services varient de manière importante d'un territoire à l'autre ; la prise en compte de cette diversité est indispensable pour favoriser la mise en œuvre des mesures proposées.

Il est aussi nécessaire d'accorder aux différents établissements ou équipes une marge d'autonomie leur permettant d'ajuster les modèles d'intervention et les processus organisationnels à leurs contextes spécifiques. Par exemple, certaines régions périphériques devront adapter les modalités de mise en place d'équipes d'intervention de crise en fonction des distances et de la disponibilité des ressources.

Cette adaptation doit toutefois s'inscrire dans un cadre cohérent. L'instance de supervision recommandée au chapitre précédent pourrait jouer, ici encore, un rôle central en soutenant les milieux dans l'analyse de leurs besoins, en s'assurant d'un minimum d'harmonisation sur tout le territoire québécois et en diffusant les apprentissages issus de contextes variés, de manière à assurer une amélioration continue des services à l'échelle du Québec.

Formation

La mise en œuvre des recommandations repose sur un investissement substantiel dans la formation de l'ensemble des acteurs impliqués dans l'application de la P-38. Une formation cohérente, partagée et continue est indispensable pour harmoniser les pratiques et réduire les divergences d'interprétation, particulièrement en matière d'évaluation de la dangerosité et de mise en œuvre des règles de confidentialité.

Les professionnels des milieux policier, d'intervention sociale, hospitalier, communautaire et judiciaire doivent recevoir une formation sur les fondements juridiques et éthiques de l'intervention en situation de crise, incluant :

- le cadre légal de la P-38, le rôle et les fonctions de chaque acteur ;
- le partage d'information et ses limites, conformément au cadre légal régi par la LRSS ;
- les libertés et droits reconnus aux personnes placées sous garde ;

- les pratiques de communication adaptées aux contextes de crise et aux dynamiques familiales, ainsi que les approches relationnelles centrées sur la désescalade et la réduction du recours à la contrainte ;
- l'évaluation de la dangerosité selon des critères partagés¹⁴⁴.

Ces formations doivent s'appuyer sur des outils communs afin de s'assurer de la cohérence des interventions d'un milieu à l'autre. Il est également nécessaire de proposer des formations plus ciblées sur les enjeux spécifiques auxquels est confronté chacun des acteurs dans le cadre de son intervention en vertu de la P-38. Ces formations plus spécifiques doivent s'ancrer dans la réalité pratique des acteurs et miser sur des modèles dynamiques d'échanges et de mises en situation.

Par ailleurs, le contenu de ces formations doit, lui aussi, faire l'objet d'une évaluation systématique de manière à ce que soient mesurés leurs effets sur les pratiques professionnelles, la qualité des interventions et la réduction du recours à la contrainte. Les résultats de cette évaluation devraient alimenter un processus de révision continue des contenus et des méthodes de formation, soutenu par l'organe de supervision, afin de s'assurer qu'elles restent adaptées, cohérentes et efficaces dans l'ensemble du réseau.

Communications et campagnes publiques

Finalement, les travaux menés par l'IQRDJ en préparation de ce rapport ont démontré que la question de la santé mentale concerne directement ou indirectement une très grande proportion de la population québécoise. En contrepartie, un rapide tour des débats entourant la question de la santé mentale révèle la pauvreté de l'information entourant ces questions. Le développement et la promotion de campagnes publiques continues et éclairées sur toutes les questions entourant la santé mentale apparaissent indispensables, tant dans une perspective de sensibilisation de la population à la santé mentale, que dans une perspective de prévention. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit envisager de répondre aux besoins d'une telle information et d'un tel dialogue public, étant entendu que les difficultés de santé mentale ne constituent pas un phénomène marginal et que toute personne est susceptible de rencontrer ces difficultés au cours de sa vie personnelle.

¹⁴⁴ Voir recommandation 9.

RECOMMANDATIONS - TABLEAU SYNTHÈSE

CHAPITRE 1. MISE EN CONTEXTE : LA P-38 ET L'INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Constats sur la P-38 et l'intervention en matière de santé mentale

Le manque d'accès aux services en santé mentale empêche la prévention et la stabilisation des crises, ce qui augmente la vulnérabilité des personnes et mène fréquemment à un recours coercitif fondé sur la P-38. L'insuffisance du suivi post-crise entretient un effet de « porte tournante ».

Faute de services intermédiaires accessibles, l'hospitalisation devient une réponse par défaut à des besoins qui relèvent plutôt d'hébergement, de gériatrie, de dépendance ou d'accompagnement social. Cette absence d'alternatives conduit à une médicalisation et à une judiciarisation de situations pour lesquelles la garde est inadaptée.

L'accès à des services et programmes spécialisés en santé mentale constitue des alternatives à la P-38 qu'il est important de mobiliser davantage.

La P-38 est utilisée au-delà de son rôle d'exception en raison de lacunes structurelles, ce qui banalise la contrainte, fragilise le critère de dangerosité et alourdit les systèmes judiciaire et hospitalier. Cette tendance nuit à la confiance des personnes envers les institutions de soins.

Le recours aux mesures coercitives en matière de santé mentale est condamné par plusieurs instances internationales et limite grandement les bénéfices attendus d'une intervention en matière de santé.

Recommandations sur la P-38 et l'intervention en matière de santé mentale

Sur le recours à la P-38

Recommandation 1 : Maintenir le caractère exceptionnel de la P-38.

Recommandation 2 : Améliorer les conditions d'application de la P-38.

Sur le système commun de services en santé mentale

Recommandation 3 : Améliorer l'accès et la mobilisation du système commun de services en matière de santé mentale.

Recommandation 4 : Favoriser le recours aux mesures anticipées en santé mentale pour prévenir la gestion des crises.

CHAPITRE 2. LES TRAJECTOIRES DE GARDE

Constats sur les trajectoires de garde

Sur la segmentation des gardes

Le mécanisme de garde en établissement est segmenté en trois étapes distinctes (garde préventive, garde provisoire et garde autorisée), chacune mobilisant des décideurs, des modalités et des critères différents.

Cette segmentation rend le processus complexe et entrave le développement d'une vision transversale de la situation de la personne première concernée.

Elle favorise les logiques décisionnelles conformistes, renforçant l'effet entonnoir : plus le processus avance, moins il existe de possibilités d'en dévier.

Sur la judiciarisation de la garde provisoire
Les trajectoires en santé mentale sont marquées par une judiciarisation croissante et une augmentation constante du nombre d'ordonnances de garde.
Les coûts humains et financiers associés à la judiciarisation sont élevés.
Le taux d'acceptation très élevé des demandes de garde provisoire, combiné à la brièveté des audiences en la matière, soulève la question du rôle effectif du contrôle judiciaire.
Sur les délais
Les délais de notification des gardes provisoires sont fréquemment dépassés, entraînant la multiplication des demandes de prolongation et, par conséquent, une augmentation de la durée de la garde préventive.

Recommandations sur les trajectoires de garde

Recommandation 5 : Abolir les régimes de garde préventive et provisoire pour les remplacer par une garde temporaire en effectuant les modifications législatives correspondantes.

Recommandation 6 : Instituer une garde temporaire d'au plus 120 heures permettant l'évaluation psychiatrique de la personne, qu'elle soit autorisée par un médecin, une infirmière spécialisée ou ordonnée par un juge. Les modalités suivantes s'appliquent à la garde temporaire :

- Tout médecin ou infirmière spécialisée exerçant auprès d'un établissement peut, malgré l'absence de consentement et sans autorisation du tribunal, placer une personne sous garde temporaire dans une installation maintenue par cet établissement s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.
- Cette garde peut aussi être autorisée par un juge de la Cour du Québec, à la demande d'un intéressé, s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.
- Lorsqu'une personne est placée sous garde temporaire, une évaluation psychiatrique doit avoir lieu dans les 24 heures suivant sa prise en charge par l'établissement.
- Si cette première évaluation conclut à la dangerosité de la personne et à la nécessité du maintien sous garde, une seconde évaluation psychiatrique doit être effectuée, au plus tard 48 heures après la première évaluation.
- Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée.
- Si les deux évaluations concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal, afin de respecter le délai de notification de la demande de garde autorisée.

CHAPITRE 3. LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ

Constats sur le critère de dangerosité

Le caractère restrictif du critère de dangerosité permet de limiter le recours à la P-38 aux situations exceptionnelles.

La pratique révèle des divergences d'interprétation entre les différents décideurs. La dangerosité n'y est pas évaluée de manière uniforme.

Plusieurs acteurs dénoncent une interprétation abusive du critère de dangerosité qui inclut des situations de *dérangerosité*.

En 2018, le MSSS a produit un cadre de référence en matière de P-38, dans lequel il énonce les critères qui doivent être satisfaits pour constituer la dangerosité, ainsi que ceux permettant de qualifier un danger de « grave et immédiat ».

Recommandations sur le critère de dangerosité

Sur le maintien du caractère restrictif du critère d'intervention de la P-38

Recommandation 7 : Maintenir le critère de dangerosité établi actuellement pour justifier le placement sous garde autorisée.

Recommandation 8 : Maintenir le critère d'un danger « grave et immédiat » pour justifier l'autorité donnée aux policiers de conduire une personne à un établissement de santé en vertu de la P-38 et pour justifier son placement sous garde temporaire (voir Recommandation 6).

Sur l'harmonisation de l'évaluation du critère de dangerosité

Recommandation 9 : Assurer la mobilisation et l'application systématique des critères énoncés dans le Cadre de référence (2018) afin d'harmoniser l'évaluation de la dangerosité des personnes susceptibles d'être placées sous garde en vertu de la P-38, notamment par :

- La formation obligatoire des acteurs concernés sur l'évaluation de la dangerosité,
- Le développement et l'intégration des outils d'évaluation utilisés par les différents intervenants amenés à se prononcer sur la dangerosité ;
- L'intégration systématique des critères définis par le MSSS dans les rapports psychiatriques, les évaluations psychosociales et les décisions judiciaires de manière à les voir fondées sur des lignes directrices uniformisées ;
- Le suivi régulier et documenté de l'application de ces critères de dangerosité.

CHAPITRE 4. L'INTERVENTION SOCIOPOLICIÈRE

Constats sur l'intervention sociopolicière

Sur l'intervention policière

Les policiers ne sont pas toujours suffisamment formés ou spécialisés pour intervenir en contexte de crise liée à la santé mentale.

La présence policière, souvent perçue comme intimidante, peut susciter de la méfiance ou accentuer la détresse des personnes premières concernées.

Certains policiers ont l'impression de servir à pallier les lacunes du système de santé et de gérer des situations qui ne relèvent pas de la sécurité publique. Ce sentiment génère de la frustration et du désengagement.

Les interventions en vertu de la P-38 mobilisent un volume important de temps et de ressources, ce qui suscite un sentiment de surcharge et accentue les tensions liées aux impératifs de rendement des corps policiers.

Sur l'intervention sociale

L'expertise des intervenants sociaux appelés à intervenir en contexte de crise lié à la santé mentale permet d'adopter une approche centrée sur la collaboration, la désescalade et la stabilisation de la situation.

Les équipes mixtes composées de policiers et d'intervenants psychosociaux, ainsi que les équipes d'intervention sociale d'intervention de crise permettent de réduire le recours à la contrainte, bien que leur disponibilité demeure limitée.

La littérature et la pratique valorisent le recours à des équipes d'intervention mixtes et à des équipes d'intervention de crise formées uniquement d'intervenants sociaux.

Recommandations sur l'intervention sociopolicrière

Centrer l'intervention sur l'accompagnement social

Recommandation 10

- **10a** : Mettre en place des équipes d'intervention de crise composées exclusivement d'intervenants sociaux pour répondre aux situations impliquant des crises liées à la santé mentale, en s'inspirant des modèles existants.
- **10b (alternative)** : Déployer et renforcer le recours aux équipes d'intervention mixtes (policiers et intervenants sociaux) en s'inspirant des modèles existants.

Renforcer la coordination entre les intervenants sociaux et les policiers

Recommandation 11 : Améliorer le triage et la coordination des appels d'urgence permettant de rejoindre directement les équipes d'intervention spécialisées en santé mentale (équipes sociales et équipes mixtes).

Recommandation 12 : Élargir le profil des intervenants sociaux habilités à évaluer la présence d'un danger grave et immédiat en vertu de l'article 8 de la P-38.

Recommandation 13 : Développer un dispositif de communication afin que les policiers puissent intervenir rapidement à la demande des intervenants sociaux, lorsque nécessaire.

Améliorer l'intervention des policiers en santé mentale lorsqu'elle est nécessaire

Recommandation 14 : Améliorer la formation des policiers en santé mentale, notamment en les outillant de compétences spécifiques en matière de désescalade des crises.

Recommandation 15 : Réduire la stigmatisation liée à l'intervention policière, notamment en privilégiant le recours à des véhicules banalisés dans le cadre des interventions visant une crise liée à l'état mental d'une personne.

CHAPITRE 5. L'HOSPITALISATION

Constats sur l'hospitalisation	
Sur le manque de ressources hospitalières	
La rareté des ressources humaines et des ressources matérielles limite la capacité des équipes à procéder à des évaluations complètes et à instaurer un lien thérapeutique.	
La saturation des unités contraint parfois les établissements à rediriger les personnes vers d'autres hôpitaux, allonge les délais, accroît la détresse et complique la prise en charge.	
La pression structurelle réduit le temps disponible pour des interventions visant l'adhésion volontaire aux soins, rendant plus difficile le recours à des mesures alternatives aux hospitalisations sous contrainte.	
Sur les défis propres aux urgences	
Dans les urgences non spécialisées, le manque de formation en santé mentale limite la capacité des équipes à évaluer la dangerosité et à désamorcer les crises.	
Le contexte de l'urgence favorise des réponses centrées sur la stabilisation immédiate plutôt que sur une évaluation globale et nuancée de la situation.	
Sur les mesures de contention et d'isolement	
Les mesures de contention et d'isolement constituent des atteintes graves à l'intégrité et à la dignité des personnes, perçues par plusieurs comme des expériences traumatisantes.	
La littérature scientifique et les normes internationales concernant les droits humains (ex. Convention relative aux droits des personnes handicapées, recommandations de l'ONU et de l'OMS) préconisent la réduction, voire l'élimination complète de ces pratiques, considérées contraires à la dignité humaine.	
Dans le contexte de la P-38, ces mesures sont régulièrement engagées.	
Sur les infrastructures	
Les infrastructures hospitalières manquent souvent d'espaces sécurisés et adaptés, ainsi que d'outils nécessaires pour une prise en charge adéquate en santé mentale.	
Dans plusieurs établissements psychiatriques, les conditions d'hospitalisation, notamment l'absence d'accès à l'extérieur, le manque d'activités et l'absence d'intimité, sont perçues comme peu favorables au rétablissement.	
Sur la continuité de la trajectoire	
La coordination est déficiente entre les services policiers, les urgences, les unités d'hospitalisation et les services communautaires, ce qui entraîne une fragmentation de la trajectoire.	
Le manque de circulation de l'information nuit à l'élaboration de plans d'intervention cohérents et favorise les trajectoires de « porte tournante ».	
L'absence de mécanisme structuré pour assurer l'accès à la représentation juridique et la communication limitée avec les proches génèrent beaucoup d'incertitude et fragilisent le respect des droits.	

Recommandations sur l'hospitalisation

Renforcer la continuité de la prise en charge et l'accès aux ressources connexes

Recommandation 16 : Créer une fonction d'intervenant pivot en milieu hospitalier, qui serait chargé d'assurer la continuité et la cohérence de la prise en charge. Ses mandats seraient notamment de :

- Soutenir et informer la personne placée sous garde ;
- Suivre la trajectoire hospitalière de la personne et veiller au respect des délais et des décisions médicales et judiciaires ;
- Faciliter l'accès et le suivi avec les services du système commun en matière de santé mentale ;
- Faciliter l'accès et le suivi avec les autres services offerts par l'établissement ou par d'autres composantes du réseau de la santé et des services sociaux ;
- Assurer la liaison avec les organismes de défense des droits
- Assurer la liaison avec un avocat ;
- Faciliter le lien avec les proches et soutenir leur implication, dans le respect des règles de confidentialité.

Adapter les environnements hospitaliers et les pratiques cliniques aux réalités en santé mentale

Recommandation 17 : Améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes placées sous garde en établissement, en amorçant une réflexion collective réunissant les acteurs concernés, notamment les personnes premières concernées, les chercheurs et les praticiens, et en tenant compte des réalités logistiques, régionales et locales, des ressources et des besoins.

Recommandation 18 : Mettre en place des initiatives visant à réduire l'utilisation des mesures d'isolement et de contention, notamment en améliorant la formation des équipes hospitalières aux approches alternatives et aux stratégies favorisant la désescalade.

CHAPITRE 6. LA STRUCTURE JURIDIQUE

Les régimes juridiques de la garde en établissement et de l'autorisation judiciaire de soins

Constats sur les régimes juridiques de la garde en établissement et de l'autorisation judiciaire de soins

Actuellement, les ordonnances de soins et les ordonnances de garde sont des mécanismes complètement distincts : elles reposent sur des temporalités différentes, elles sont fondées sur des critères centraux distincts (la dangerosité pour la garde et l'inaptitude à consentir pour les soins), elles sont rendues par des décideurs différents (juge de la Cour du Québec pour la garde et juge de la Cour supérieure du Québec pour les soins), elles entraînent des effets différents (l'hospitalisation et l'administration de soins) et leurs modalités de mise en œuvre diffèrent (durée des audiences, délais pour obtenir un jugement, nature du débat contradictoire).

Dans les deux cas, il s'agit de mesures prises contre le gré des personnes concernées, qui constituent des atteintes majeures à leurs droits et libertés fondamentaux.

Le nombre de demandes d'ordonnances de soins et de garde est en augmentation constante.

En pratique, la garde en établissement est parfois instrumentalisée et mobilisée dans l'attente de l'obtention d'une ordonnance de soins.

Les personnes qui sont placées sous garde ne nécessitent pas nécessairement de soins et celles qui sont visées par une ordonnance de soins ne sont pas nécessairement dangereuses.

Recommandation sur les régimes juridiques de la garde en établissement et de l'autorisation judiciaire de soins

Recommandation 19 : Il est impératif de maintenir une séparation nette entre les procédures d'ordonnance de garde et d'ordonnance de soins afin de préserver l'étanchéité des mécanismes parce qu'ils reposent sur des critères différents, nécessitant une audience, une preuve et une décision de nature différente.

La juridiction décisionnaire

Constats sur la juridiction décisionnaire

Les demandes d'ordonnance de soins relèvent de la Cour supérieure du Québec, tandis que les demandes d'ordonnances de garde sont de la compétence de la Cour du Québec. Le tribunal administratif du Québec est compétent pour entendre les demandes des personnes insatisfaites d'une décision de maintien d'une garde ou d'une autre décision prise en vertu de la P-38.

Le morcellement des juridictions est source de complexité pour les justiciables et est susceptible d'entraîner l'augmentation des délais et d'alourdir les exigences procédurales.

Il peut aussi générer une certaine perte de cohérence dans la prise en charge d'une personne en contexte de santé mentale.

Le morcellement des juridictions n'a de conséquence que pour les personnes qui sont visées à la fois par une demande de garde et de soins. De nombreuses personnes qui sont placées sous garde ne nécessitent pas de soins et de nombreuses personnes visées par une ordonnance de soins ne sont pas dangereuses.

Toute restructuration des compétences juridictionnelles dans ce domaine doit être abordée avec prudence. Une simplification apparente du système judiciaire pourrait, en pratique, complexifier d'autres volets du parcours judiciaire ou diluer les garanties offertes aux personnes concernées.

Les tribunaux assument une fonction essentielle de contre-pouvoir et de garant des droits fondamentaux dans le cadre de la garde en établissement.

Recommandations sur la juridiction décisionnaire

Deux options sont envisagées ici :

- **Option 1.** Effectuer un transfert de compétence juridictionnelle afin que les décisions en matière de garde et d'autorisation judiciaire de soins relèvent de la même juridiction, tout en conservant deux procédures séparées (Recommandations 20 a).
- **Option 2.** Maintenir deux compétences juridictionnelles distinctes, en renforçant les conditions de leur coordination (Recommandations 20 b).

Option 1. Une juridiction judiciaire unique

Recommandation 20a : Unifier les compétences juridictionnelles en matière de garde en établissement et d'autorisation judiciaire de soins, tout en maintenant deux procédures distinctes, selon l'une des deux modalités suivantes :

- Confier la compétence juridictionnelle à la Cour du Québec en lui transférant, en tout ou partie, la compétence en matière d'autorisation judiciaire de soins ;
- Confier la compétence juridictionnelle à la Cour supérieure en lui transférant la compétence en matière de garde en établissement.

Recommandation 21a : Privilégier, dans la mesure possible, le recours à un juge unique lorsqu’une même personne fait l’objet de plusieurs demandes concernant notamment la garde et l’autorisation judiciaire de soins.

Recommandation 22a : Exclure la possibilité qu’un juge entende en même temps une demande de garde et une demande de soins.

Option 2. Maintenir deux juridictions distinctes

Recommandation 20b : Mettre en place un mécanisme de coordination entre la Cour du Québec et la Cour supérieure de manière à assurer le suivi des dossiers lorsqu’une même personne fait l’objet de procédures parallèles exigeant l’intervention des deux juridictions et à simplifier le parcours judiciaire de la personne concernée.

CHAPITRE 7. LES CONDITIONS DE LA JUDICIARISATION

La représentation par avocat

Constats sur la représentation par avocat
L’importance de la représentation par avocat
La représentation par avocat revêt une importance fondamentale dans le contexte de garde en établissement, qui permet une atteinte grave aux droits et libertés fondamentaux de la personne.
La présence d’un avocat constitue une garantie essentielle d’accès au droit et à la justice pour des personnes en situation de grande vulnérabilité.
Un certain nombre de personnes visées par une demande de garde se représentent seules au tribunal.
L’accès à la représentation par avocat
De nombreuses barrières limitent l’accès à la représentation par avocat en matière de garde : délais restreints, méconnaissance des droits, ressources limitées, absence d’information, etc.
Les conditions d’admissibilité à l’aide juridique sont très restrictives.
En matière criminelle, il existe une procédure visant à accorder l’aide juridique automatique aux personnes jugées inaptes à mandater un avocat.
Rappelons la recommandation 16 sur la création de la fonction d’intervenant pivot dont l’une des tâches serait de faciliter l’accès et le suivi entre la personne placée sous garde et un avocat.

Recommandations sur la représentation par avocat
Garantir l’accès au régime d’aide juridique pour les personnes visées par une demande de garde en établissement
<i>Deux options sont envisagées ici :</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Option 1 (privilegiée) : Garantir une représentation par avocat sans frais pour toutes les personnes visées par une demande de garde en établissement (Recommandation 23a) • Option 2 : Garantir une représentation par avocat sans frais pour toutes les personnes inaptes à mandater visées par une demande de garde en établissement (Recommandation 23b)
Recommandation 23a : Reconnaître automatiquement le droit de bénéficier des ressources de l’aide juridique aux personnes visées par une demande de garde en établissement sans considération de leur condition financière.

Recommandation 23b : Reconnaître automatiquement le droit de bénéficier des ressources de l'aide juridique à toutes les personnes inaptes pour qui un juge a ordonné la représentation en vertu de l'article 90 C.p.c. sans considération de leur condition financière.

Renforcer l'accès effectif à la représentation juridique en milieu hospitalier

Recommandation 24 : Mettre en place un service de veille à l'aide juridique de manière à ce qu'une personne placée sous garde puisse accéder rapidement à un avocat de l'aide juridique.

La présence des personnes premières concernées à l'audience

Constats sur la présence des personnes premières concernées à l'audience

La présence physique de la personne à son audience constitue une garantie fondamentale de respect de ses droits : elle renforce sa dignité, sa reconnaissance comme sujet de droit et sa participation réelle au processus.

La présence de la personne concernée permet au juge d'apprécier directement son état, sa compréhension et ses préférences, ce qui conduit à une évaluation plus fidèle de sa situation et à des décisions mieux informées.

L'absence physique de la personne première concernée est susceptible de générer des sentiments de dépossession, d'exclusion et d'impuissance et peut miner sa confiance envers le système judiciaire.

Recommandation sur la présence des personnes premières concernées à l'audience

Recommandation 25 : Garantir la présence physique de la personne concernée aux audiences en matière de garde en établissement.

Dans les cas où la présence de la personne est impossible pour des motifs de sécurité ou de santé, privilégier le déplacement du juge vers l'établissement.

S'assurer que les infrastructures offertes par l'établissement soient adaptées aux exigences associées à ces audiences.

La rédaction des jugements

Constats sur la rédaction des jugements

Les avocats des établissements de santé rédigent parfois une première version du jugement que les juges reprennent ensuite.

Les jugements sont les seuls écrits qui témoignent des décisions judiciaires et de leurs fondements. Ils bénéficient tant aux personnes premières concernées qui cherchent parfois à mieux comprendre leur parcours judiciaire, qu'aux autres décideurs pour qui l'accès aux jugements antérieurs peut éclairer la prise de décisions.

Recommandation sur la rédaction des jugements

Recommandation 26 : Élaborer des lignes directrices favorisant la rédaction des motifs qui fondent les décisions judiciaires en matière de garde, en appuyant ces lignes directrices sur les critères de dangerosité énoncés dans le Cadre de référence établi par le MSSS (2018).

Les rapports d'évaluation psychiatrique

Constats sur les rapports d'évaluation psychiatrique

Les rapports d'évaluation psychiatrique constituent l'élément central, voire unique, de preuve de dangerosité dans le cadre des audiences relatives aux ordonnances de garde.

Les psychiatres qui procèdent aux évaluations ne sont généralement pas présents aux audiences, ce qui rend la contestation de la preuve difficile et limite la fonction du débat contradictoire.

Ces rapports sont parfois imprécis ou incomplets et leur contenu parfois standardisé.

Les établissements de santé joignent fréquemment des notes évolutives concernant l'état de santé de la personne au moment de l'audience. Bien qu'utiles pour le juge, ces notes sont déposées très tardivement et ne sont encadrées par aucune norme de forme ou de fond, ce qui soulève des problèmes de transparence et d'équité procédurale.

Recommandations sur les rapports d'évaluation psychiatrique

Recommandation 27 : Élaborer des lignes directrices uniformisées pour la rédaction des rapports d'évaluation psychiatrique et organiser leur contenu à la lumière des critères de dangerosité énoncés dans le Cadre de référence établi par le MSSS (2018).

Recommandation 28 : Élaborer des lignes directrices spécifiques en vue d'encadrer la rédaction et la soumission des notes évolutives.

CHAPITRE 8. L'IMPLICATION DES PROCHES

Constats sur l'implication des proches

Les proches occupent une place centrale dans les contextes impliquant l'état mental des personnes. Ils représentent souvent :

- le seul filet social de la personne ;
- les experts de la personne, capables de détecter les premiers signes de crise ;
- les figures de continuité, garantes d'un accompagnement au-delà des épisodes de crise.

Malgré cette importance, leur rôle demeure insuffisamment reconnu par les institutions et les professionnels.

Les proches sont tenus à l'écart lorsque des mécanismes de garde sont mis en place.

Ils ne sont pas informés par les professionnels de la santé et n'ont pas accès aux informations en raison de la confidentialité des données personnelles.

Lorsqu'ils doivent eux-mêmes déposer une demande d'ordonnance de garde au tribunal, cette démarche est généralement vécue comme une trahison, qui fragilise la relation de confiance avec la personne concernée.

Les proches supportent une charge émotionnelle importante, marquée par l'angoisse, l'épuisement et parfois une rupture du lien, à laquelle s'ajoutent des sentiments d'isolement, de culpabilité et d'impuissance.

Ils manquent souvent d'informations sur les procédures juridiques applicables, les ressources disponibles pour leur proche et les formes de soutien accessibles pour eux-mêmes.

Recommandations sur l'implication des proches

Recommandation 29 : Développer un système d'intervention dédié aux proches, visant notamment à :

- Soutenir les proches sur le plan psychosocial ;
- Accompagner les proches dans leurs démarches concernant la personne première concernée ;
- Intervenir auprès des proches en contexte de crise.

Recommandation 30 : Alléger la charge procédurale pesant sur les proches dans le contexte d'une demande de garde temporaire, notamment :

- Privilégier le dépôt de la demande d'ordonnance de garde au nom d'un professionnel ou d'un organisme compétent,
- Privilégier les mécanismes évitant la confrontation directe avec la personne concernée, par exemple en ayant recours à l'affidavit ou à la déclaration sous serment plutôt qu'au témoignage lors de l'audience.

CHAPITRE 9. LE PARTAGE D'INFORMATION

Constats sur le partage d'information

Sur le partage d'information entre professionnels

Le partage d'information entre les acteurs mobilisés dans le cadre de la P-38 est très variable et complexe. Il est souvent limité à des échanges oraux fragilisés par l'urgence, la surcharge de travail et la rotation des équipes.

L'accès aux données cliniques demeure incomplet : les intervenants disposent souvent d'informations fragmentaires provenant de dossiers partiels ou non intégrés, ce qui complique l'évaluation et peut mener à des décisions plus restrictives.

Une interprétation trop stricte de la confidentialité limite la circulation d'informations pourtant nécessaires à la sécurité, à la cohérence des interventions et à l'évaluation de la dangerosité.

Sur le partage de l'information entre professionnels et proches

Les proches, parfois à l'origine des démarches et essentiels au soutien quotidien, se sentent fréquemment exclus et peu informés de l'état, des décisions ou de l'évolution de la situation.

Les professionnels adoptent parfois une interprétation excessivement prudente de la confidentialité, ce qui limite les échanges avec les proches même lorsque l'information serait utile à la prévention, à la continuité des interventions et à la stabilité de la personne.

Sur le cadre légal du partage d'information en matière de santé

Le nouveau cadre juridique (LRSSS, en vigueur depuis 2024) modernise et unifie les règles de partage d'information en matière de santé, en établissant des balises claires pour les communications entre professionnels et avec les policiers.

Malgré ces avancées, l'appropriation du nouveau cadre demeure inégale : plusieurs intervenants connaissent peu ou mal la LRSSS et appliquent encore des pratiques de confidentialité plus restrictives que ce que la loi permet.

La mise en œuvre efficace du cadre repose sur des outils technologiques comme le Dossier santé numérique, essentiels pour assurer une circulation sécurisée, cohérente et à jour des renseignements.

Recommandations sur le partage d'information

Améliorer les conditions de mise en œuvre du partage d'information entre professionnels

Recommandation 31 : Assurer le déploiement effectif du nouveau cadre juridique entourant le partage des renseignements de santé dans le milieu des intervenants de la santé, des services sociaux et des corps policiers impliqués dans la mise en œuvre de la P-38, notamment par :

- le développement de guides et d'outils concrets facilitant sa compréhension et son application ;
- la sensibilisation et la formation continue des intervenants au nouveau cadre juridique de référence

Recommandation 32 : Doter les intervenants d'un système technologique performant garantissant la protection, la conservation et la circulation des renseignements de santé de manière à rendre pleinement opérationnelles les dispositions établies par la LRSSS et assurant la mise en œuvre efficace de la P-38.

Améliorer les conditions de mise en œuvre du partage entre les professionnels et les proches

Recommandation 33 : Former le personnel médical aux modalités d'application du cadre juridique sur la confidentialité des informations de santé dans leurs communications avec les proches, de manière à favoriser un partage d'information approprié, sécuritaire et conforme aux droits des personnes concernées.

CHAPITRE 10. LA MISE EN ŒUVRE DE LA P-38

Les principes sous-jacents à la P-38

Constats sur les principes sous-jacents à la P-38

La mise en œuvre de la P-38 interpelle plusieurs principes fondamentaux, que l'on pense au respect de l'autonomie, à la protection de la personne, à la proportionnalité de l'intervention, à la dignité ou encore à l'accès à des soins de qualité, sinon au droit à la santé. Dans la pratique, l'articulation de tous ces principes peut s'avérer difficile.

L'absence de fondements explicitement formulés dans la loi contribue à une fluctuation importante des pratiques et, potentiellement, à certaines dérives.

Le placement sous garde constitue par lui-même une atteinte majeure aux droits de la personne.

Recommandation sur les principes sous-jacents à la P-38

Recommandation 34 : Enrichir la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* d'un préambule de manière à ce que soient affirmés les principes directeurs qui en guident l'interprétation.

L'harmonisation, la supervision et l'évaluation de la P-38

Constats sur l'harmonisation, la supervision et l'évaluation de la P-38

L'étude a mis en évidence deux lacunes majeures : un manque d'uniformité dans l'application de la P-38 et l'absence de mécanismes de suivi systématique, ce qui nuit à la cohérence, à la transparence et à l'équité de la loi.

Le critère central de « dangerosité » est interprété de façon variable selon les acteurs et les contextes, donnant parfois lieu à des dérives.

L'absence de coordination intersectorielle et de suivi global contribue à fragmenter le processus décisionnel, empêche une évaluation transversale de la loi et compromet le respect des droits fondamentaux et du principe de proportionnalité.

Plusieurs éléments appellent en particulier un suivi rigoureux et pérenne, notamment :

- l'harmonisation de l'évaluation du critère de dangerosité conformément au Cadre de référence 2018 du MSSS (recommandation 9) ;
- la création du rôle d'intervenant pivot visant à renforcer la continuité et la cohérence des interventions (recommandation 16) ;
- la mise en œuvre de la garde temporaire et sa capacité à améliorer la trajectoire des personnes concernées (recommandation 6).

Recommandation sur l'harmonisation, la supervision et l'évaluation de la P-38

Recommandation 35 : Créer une instance chargée de la supervision et du contrôle des conditions d'application de *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* à l'échelle du territoire québécois. Elle exercerait les fonctions suivantes :

- Évaluer de manière régulière et continue l'application de la loi ;
- Harmoniser l'application de la P-38 à l'échelle du territoire québécois ;
- Rendre compte annuellement des résultats de ses études, de ses observations et de ses recommandations ;
- Superviser et soutenir le travail des intervenants pivots dans les établissements de santé.

CHAPITRE 11. LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS

Conditions générales de mise en œuvre des recommandations

Financement : Un financement stable, structuré et équitable, particulièrement des services en santé mentale du système commun, est indispensable pour assurer l'implantation réelle, cohérente et durable des recommandations.

Réflexion commune et continue : La mise en œuvre des recommandations nécessite une concertation permanente entre tous les acteurs afin d'harmoniser les pratiques, d'ajuster les processus et d'assurer une compréhension partagée du régime.

Suivi et évaluation : Un système d'évaluation continue, appuyé sur des indicateurs clairs, est essentiel pour mesurer les effets des recommandations, détecter les écarts et soutenir des ajustements continus et transparents.

Adaptations régionales : Les mesures doivent être modulées en fonction des réalités régionales tout en maintenant un cadre provincial cohérent et un soutien central à l'harmonisation.

Formation : Une formation structurée et continue de tous les acteurs mobilisés par la P-38 est nécessaire pour assurer des pratiques cohérentes, respectueuses des droits et orientées vers la désescalade.

Communications : Le développement et la promotion de campagnes publiques continues et éclairées sur toutes les questions entourant la santé mentale apparaissent indispensables.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	3
SOMMAIRE	6
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	7
INTRODUCTION	8
CONTEXTE DE LA RECHERCHE	8
MÉTHODOLOGIE.....	9
STRUCTURE DU RAPPORT	10
CHAPITRE 1. MISE EN CONTEXTE : LA P-38 ET L’INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE.....	11
1.1. CONSTATS SUR LA P-38 ET L’INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE	11
Manque de ressources en santé mentale	11
Manque de services intermédiaires pouvant pallier l’hospitalisation en contextes variés ..	12
Surutilisation du système d’exception prévu par la P-38	12
1.2. RECOMMANDATIONS SUR LA P-38 ET L’INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE	13
1.2.1. Sur le recours à la P-38	13
1.2.2. Sur le système commun de services en santé mentale.....	14
L’accès et la mobilisation du système commun de services en matière de santé mentale	14
Les mesures d’intervention consenties	15
CHAPITRE 2. LES TRAJECTOIRES DE GARDE	18
2.1. CONSTATS SUR LES TRAJECTOIRES DE GARDE	18
LA SEGMENTATION DES GARDES	18
LA JUDICIARISATION DE LA GARDE PROVISOIRE	19
LES DÉLAIS	19
2.2. RECOMMANDATIONS SUR LES TRAJECTOIRES DE GARDE.....	20
RECOMMANDATIONS LIÉES.....	24
CHAPITRE 3. LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ	25
3.1. CONSTATS SUR LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ.....	25
L’absence de définition légale	25
Une notion floue.....	26
Une notion clivante	26
3.2. RECOMMANDATIONS SUR LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ	27
3.2.1. Maintenir le caractère restrictif du critère d’intervention de la P-38.....	27

Recommandations liées.....	28
3.2.2. Harmoniser l'évaluation du critère de dangerosité	29
Recommandations liées.....	31
CHAPITRE 4. L'INTERVENTION SOCIOPOLICIÈRE	32
4.1. CONSTATS SUR L'INTERVENTION SOCIOPOLICIÈRE	32
Constats sur le rôle et le mandat policier	32
Constats sur l'intervention sociale.....	33
4.2. RECOMMANDATIONS SUR L'INTERVENTION SOCIOPOLICIÈRE.....	34
4.2.1. Centrer l'intervention sur l'accompagnement social	35
Option A. La mise en place d'équipe sociale d'intervention de crise.....	36
Option B. Le développement des équipes mixtes.....	36
4.2.2. Renforcer la coordination entre les intervenants sociaux et les policiers	37
La gestion et le référencement des appels	37
Les personnes appelées à évaluer la dangerosité	37
La communication entre les policiers et les intervenants sociaux	38
Recommandations liées.....	39
4.2.3. Améliorer l'intervention policière en santé mentale lorsqu'elle est nécessaire	39
CHAPITRE 5. L'HOSPITALISATION	41
5.1. CONSTATS SUR L'HOSPITALISATION	41
Le manque de ressources hospitalières	41
Les défis propres aux urgences.....	42
Les mesures de contention et d'isolement	42
Les défis propres aux infrastructures	43
La continuité de la trajectoire	44
5.2. RECOMMANDATIONS SUR L'HOSPITALISATION.....	45
5.2.1. Renforcer la continuité de la prise en charge et l'accès aux ressources connexes ...	45
Fonction 1. Assurer la continuité des services	45
Fonction 2. Assurer le respect des modalités de garde	46
5.2.2. Adapter les environnements hospitaliers et les pratiques cliniques aux réalités en santé mentale.....	48
Les environnements hospitaliers	48
les mesures d'isolement et de contention	49
Recommandations liées.....	50
CHAPITRE 6. LA STRUCTURE JURIDIQUE.....	51
6.1. LES RÉGIMES JURIDIQUES DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS.....	51
6.1.1. CONSTATS SUR LES RÉGIMES JURIDIQUES DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS.....	51

6.1.2. RECOMMANDATION SUR LES RÉGIMES JURIDIQUES DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET DE L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS	53
6.2. LA JURIDICTION DÉCISIONNAIRE	54
6.2.1. CONSTATS SUR LA JURIDICTION DÉCISIONNAIRE	54
6.2.2. RECOMMANDATIONS SUR LA JURIDICTION DÉCISIONNAIRE.....	55
6.2.2.1. Modèle 1 : Une juridiction judiciaire unique.....	55
L'unification des compétences.....	55
Sur le choix de la juridiction	57
Sur le transfert de compétence à la Cour du Québec	58
Le modèle du juge unique.....	59
Recommandations liées.....	60
6.2.2.2. Modèle 2 : Maintenir deux juridictions distinctes	60
CHAPITRE 7. LES CONDITIONS DE LA JUDICIARISATION	62
7.1. LA REPRÉSENTATION PAR AVOCAT	62
7.1.1. CONSTATS SUR LA REPRÉSENTATION PAR AVOCAT	62
Le rôle et l'importance de la représentation	62
Les obstacles à une représentation effective.....	63
7.1.2. RECOMMANDATIONS SUR LA REPRÉSENTATION PAR AVOCAT.....	64
7.1.2.1. Garantir l'accès au régime d'aide juridique pour les personnes visées par une demande de garde en établissement	64
Option 1 : Garantir une représentation par avocat sans frais pour toutes les personnes visées par une demande de garde en établissement.....	65
Option 2 : Garantir une représentation par avocat sans frais pour toutes les personnes inaptes à mandater visées par une garde en établissement	66
7.1.2.2. Renforcer l'accès effectif à la représentation juridique en milieu hospitalier	67
7.2. LA PRESENCE DES PERSONNES PREMIERES CONCERNEES A L'AUDIENCE	68
7.2.1. CONSTATS SUR LA PRESENCE DES PERSONNES PREMIERES CONCERNEES A L'AUDIENCE	68
7.2.2. RECOMMANDATION SUR LA PRESENCE DES PERSONNES PREMIERES CONCERNEES A L'AUDIENCE	69
7.3. LA RÉDACTION DES JUGEMENTS	70
7.3.1. CONSTATS SUR LA RÉDACTION DES JUGEMENTS.....	70
7.3.2. RECOMMANDATION SUR LA RÉDACTION DES JUGEMENTS	70
7.4 LES RAPPORTS D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE	71
7.3.1. CONSTATS SUR LES RAPPORTS D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE	71
7.3.2. RECOMMANDATIONS SUR LES RAPPORTS D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE	72
Les rapports d'évaluation psychiatrique.....	72
Recommandations liées.....	72
Les notes évolutives	72
CHAPITRE 8. L'IMPLICATION DES PROCHES	74
8.1. CONSTATS SUR L'IMPLICATION DES PROCHES	74
8.2. RECOMMANDATIONS SUR L'IMPLICATION DES PROCHES.....	75

Recommandations liées.....	78
CHAPITRE 9. LE PARTAGE D’INFORMATION.....	79
9.1. CONSTATS SUR LE PARTAGE D’INFORMATION	79
Les difficultés liées au partage d’information entre professionnels	79
Les difficultés liées au partage d’information entre les professionnels et les proches	80
La cadre juridique du partage d’information en matière de santé	80
9.2. RECOMMANDATIONS SUR LE PARTAGE D’INFORMATION.....	81
9.2.1. Améliorer les conditions de mise en œuvre du partage d’information entre professionnels	81
9.2.2. Améliorer les conditions de mise en œuvre du partage d’information entre les professionnels et les proches	84
Recommandations liées.....	85
CHAPITRE 10. LA MISE EN ŒUVRE DE LA P-38	87
10.1. LES PRINCIPES SOUS-JACENTS À LA P-38.....	87
10.1.1. CONSTATS SUR LES PRINCIPES SOUS-JACENTS À LA P-38.....	87
10.1.2. RECOMMANDATION SUR LES PRINCIPES SOUS-JACENTS À LA P-38.....	87
10.2. L’HARMONISATION, LA SUPERVISION ET L’ÉVALUATION DE LA P-38.....	89
10.2.1. CONSTATS SUR L’HARMONISATION, LA SUPERVISION ET L’ÉVALUATION DE LA P-38.....	89
10.2.2. RECOMMANDATION SUR L’HARMONISATION, LA SUPERVISION ET L’ÉVALUATION DE LA P-38....	90
CHAPITRE 11. LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS.....	93
FINANCEMENT	93
RÉFLEXION COMMUNE ET CONTINUE	94
SUIVI DES RECOMMANDATIONS.....	94
ADAPTATIONS RÉGIONALES	95
FORMATION.....	95
COMMUNICATIONS ET CAMPAGNES PUBLIQUES	96
RECOMMANDATIONS - TABLEAU SYNTHÈSE	97
CHAPITRE 1. MISE EN CONTEXTE : LA P-38 ET L’INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE	97
CHAPITRE 2. LES TRAJECTOIRES DE GARDE.....	97
CHAPITRE 3. LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ	99
CHAPITRE 4. L’INTERVENTION SOCIOPOLICIÈRE.....	99
CHAPITRE 5. L’HOSPITALISATION.....	101
CHAPITRE 6. LA STRUCTURE JURIDIQUE.....	102

CHAPITRE 8. L'IMPLICATION DES PROCHES.....	106
CHAPITRE 9. LE PARTAGE D'INFORMATION	107
CHAPITRE 10. LA MISE EN ŒUVRE DE LA P-38	108
CHAPITRE 11. LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS	109
TABLE DES MATIÈRES.....	111