

MÉMOIRE

CSSS - 005M

C.P. PL 23

Loi visant à mieux accompagner
les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque

POUR UN SYSTÈME MÉDICO-LÉGAL PLUS HUMAIN ET MODERNE EN PSYCHIATRIE

Projet de loi n° 23, Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui

DÉPOSÉ À LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX, ASSEMBLÉE NATIONALE

Dre Claire Gamache, présidente
Dr Maxime Dussault-Laurendeau, secrétaire et dirigeant sur le CA

Mai 2026



ASSOCIATION DES
MÉDECINS PSYCHIATRES
DU QUÉBEC

Table des matières

À propos de l'AMPQ	3
Introduction	3
Les principes fondamentaux : primauté des droits de la personne	3
Anosognosie : ne pas savoir qu'on est malade, un concept fondamental	3
Tout mettre en place pour éviter le recours à la LPP : arrimage avec les nouveaux modèles de soins et d'intervention	4
Recommandations : 6 ajustements pour permettre au projet de loi 23 d'atteindre ses objectifs	5
1. Nouveau critère de dangerosité : harmoniser la définition	5
2. Garde temporaire : simplifier le processus et éliminer les obstacles inutiles	5
3. Processus d'action concertée : garantir une mise en œuvre efficace et sans obstacles administratifs	6
4. Entente-cadre nationale : intégrer l'expertise clinique et les acteurs du terrain	6
5. Directives psychiatriques anticipées : en assurer l'application effective et prévenir les impasses cliniques	7
6. Tribunal administratif : assurer des délais rapides et les ressources nécessaires à son efficacité	8
Conclusion et résumé des recommandations	9

À propos de l'AMPQ

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) représente environ 1400 psychiatres œuvrant dans le système public québécois. Elle a pour mission, entre autres, de favoriser la qualité des soins psychiatriques au Québec. Elle veut mettre de l'avant des pratiques psychiatriques avec les plus hauts standards, accessibles, et humaines. L'AMPQ joue un rôle actif dans la promotion de la littératie en santé mentale et la déstigmatisation des troubles mentaux.

En tant que médecins spécialisés dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux, les psychiatres sont une partie prenante incontournable dans les soins aux personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que dans l'application de la LPP (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*). Le sondage de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) de 2025 assure que la légitimité des psychiatres lors de l'intervention en santé mentale atteint 93 % dans la population¹.

Introduction

L'AMPQ accueille favorablement le dépôt du projet de loi 23. Ce projet de loi introduit une réforme attendue et réclamée depuis de nombreuses années par une large concertation d'acteurs et de partenaires du milieu, dont notre association. De plus, de nombreux rapports récents de coroners recommandent aussi les changements proposés par ce projet de loi. Le projet de loi 23 constitue une avancée majeure qui doit être entérinée le plus rapidement possible. Cumulée à d'autres mesures, comme les soins dans la communauté et les alternatives à l'hospitalisation, cette nouvelle loi a le potentiel de doter le Québec d'un système médico-légal plus humain et adapté aux réalités des personnes qui souffrent, et de ceux qui les accompagnent.

L'AMPQ souhaite apporter une perspective clinique ancrée dans la pratique sur le terrain pour soutenir les travaux des parlementaires.

Les principes fondamentaux : primauté des droits de la personne

L'AMPQ partage les principes fondamentaux énoncés dans son article 2. En effet, il est crucial de communiquer la primauté des droits de la personne, notamment le droit à l'intégrité et à la liberté, ainsi qu'à la dignité. Cet article souligne clairement la nature exceptionnelle des mesures coercitives et la nécessité de privilégier des interventions consensuelles. En contrepartie, il reconnaît la nécessité d'agir dans l'intérêt de la personne présentant une altération de son état mental, afin de favoriser son rétablissement et de veiller à sa sécurité et à celle d'autrui.

Nous tenons à reconnaître tout particulièrement l'inscription de la nécessité de lutter contre la stigmatisation liée aux troubles mentaux. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont confrontées à des préjugés qui nuisent à la recherche de soins et de support, à leur participation à la société, et même aux interactions avec leur famille et leurs proches.

L'ajout de la voix du gouvernement à celle des groupes qui luttent contre la stigmatisation est un pas dans la bonne direction.

Anosognosie : ne pas savoir qu'on est malade, un concept fondamental

Pour un bon nombre de personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants, comme la schizophrénie et les psychoses apparentées, la maladie s'accompagne d'une *anosognosie*, c'est-à-dire l'incapacité de la personne à reconnaître son état. On retrouve également cette incapacité dans les troubles neurocognitifs majeurs. Ces situations génèrent des refus de soins, le plus souvent au détriment de la santé, de la sécurité et des intérêts des personnes concernées.

L'intervention du législateur est requise pour les situations où l'état mental de la personne ne lui permet pas d'exercer son jugement et son autonomie, compromettant par le fait même sa santé, ainsi que sa sécurité ou celle d'autrui.

La loi doit assurer un équilibre délicat entre la protection de l'autonomie et la protection de la personne. Nous sommes d'avis que le projet de loi 23 améliore cet équilibre.

¹ <https://iqrj.ca/wp-content/uploads/2025/05/Rapport-IQRDJ-Sondage-public-avec-Annexe.pdf>

Tout mettre en place pour éviter le recours à la LPP : arrimage avec les nouveaux modèles de soins et d'intervention

La réforme du système médico-légal s'inscrit dans un contexte plus large de transformation des modèles de soins visant à offrir des alternatives à l'application de la LPP. En psychiatrie, les programmes cliniques, comme les hospitalisations à domicile à travers le traitement intensif bref à domicile (TIBD), les équipes d'accompagnement bref dans la communauté (équipes ABC) et les unités d'intervention brèves (UIB) sont des alternatives aux hospitalisations dont le déploiement doit être maintenu.

De même, le déploiement d'équipes mixtes et d'intervenants psychosociaux, comme des pairs aidants et des équipes de crise, est essentiel pour répondre à des crises de santé mentale et psychosociale.

La modernisation du système médico-légal, l'arrivée de modèles de soins dans la communauté et le déploiement d'équipes d'intervention pour les situations de crise sont intimement liés afin de réduire l'utilisation de la LPP tout en s'assurant que l'ensemble des personnes impliquées disposent des outils nécessaires pour le rétablissement du patient.

Recommandations : 6 ajustements pour permettre au projet de loi 23 d'atteindre ses objectifs

Ce projet de loi propose une modernisation du cadre médico-légal, qui vient corriger des dysfonctionnements du système collectivement identifiés, et depuis longtemps. Notre analyse détaillée du projet de loi a toutefois permis de mettre en évidence certains éléments qui mériteraient, selon l'AMPQ, d'être ajustés afin que ce dernier ait réellement la portée souhaitée par le législateur et les partenaires sur le terrain. Ces ajustements, significatifs, mais concis, permettront de mieux atteindre les objectifs.

1. NOUVEAU CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ : HARMONISER LA DÉFINITION

Recommandation d'amendement : Modifier les articles 27 et 30 du Code civil pour harmoniser la définition du danger avec celle qui est proposée dans le projet de loi 23 — et ainsi éviter l'instauration d'un « double seuil » risquant fort de miner tout l'impact du nouveau critère.

Le projet de loi introduit un critère modernisé permettant d'intervenir dans une « situation où il existe un danger », ce qui constitue une avancée importante vers une approche plus préventive. En effet, la notion de « danger grave et immédiat » est remplacée par une définition plus équilibrée, permettant d'intervenir avant que le danger ne se matérialise, sans toutefois donner lieu à une privation de liberté dans des situations où cela serait déraisonnable. Cette nouvelle définition s'appliquerait à la garde temporaire et au transport à l'hôpital.

Nous constatons toutefois que le projet de loi ne modifie pas la définition de la dangerosité qui devra être appliquée par le tribunal lors des requêtes pour les gardes autorisées ou temporaires, telle que définie par les articles 27 et 30 du Code civil du Québec et par la jurisprudence qui en découle.

Ceci entraînerait la coexistence de deux seuils de dangerosité, dont le plus restrictif sera celui appliqué par le tribunal. Au cours des dernières décennies, la Cour d'appel a progressivement donné une interprétation restrictive aux articles 27 et 30 du Code civil, définissant le danger comme un « péril important ».

Sur le terrain, ceci donne lieu à des situations où les tribunaux rejettent des requêtes de garde bien que les deux examens psychiatriques concluent à la nécessité de la garde, générant des situations de déni de soins pour des personnes hautement vulnérables, avec une altération importante du jugement, et qui refusent les soins. Ceci donne également lieu à des situations dites de « porte tournante », où les personnes sont amenées à répétition à l'hôpital dans une situation de danger aigu, mais doivent être relâchées aussitôt, lorsqu'elles sont évaluées à la lumière du seuil de danger requis par le tribunal.

Par ailleurs, les personnes vivant avec des troubles neurocognitifs peuvent présenter une altération importante de leur état mental nécessitant une garde contre le gré, mais se manifestant davantage par des dangers par omission et de l'autonégligence donnant lieu à une détérioration progressive, qui répondent mal à la notion de « péril important ».

L'instauration d'un « double seuil » risque fort de miner tout l'impact du nouveau critère proposé, puisque, dès le premier examen psychiatrique, c'est le critère du tribunal qui devra s'appliquer. Ceci aura pour effet de perpétuer les problématiques du système actuel. Nous sommes d'avis que le *nouveau* critère proposé par le législateur devrait également s'appliquer aux ordonnances du tribunal.

2. GARDE TEMPORAIRE : SIMPLIFIER LE PROCESSUS ET ÉLIMINER LES OBSTACLES INUTILES

Recommandations d'amendements :

- **À l'article 7, retirer la référence à l'impossibilité d'obtenir une ordonnance en vertu de l'article 27 du Code civil en temps utile.**
- **À l'article 8, 2^e alinéa, 4^e paragraphe, retirer l'exigence qu'aucune autre mesure ne puisse être prise en temps utile.**
- **À l'article 8, ajouter « ou d'un professionnel de la santé ou des services sociaux assurant le suivi des soins ou des services qu'elle reçoit en lien avec son trouble mental ».**

Nous saluons la mise sur pied d'une *garde temporaire* pour remplacer la garde préventive et la garde provisoire. En particulier, nous sommes favorables à l'abolition de la nécessité d'obtenir une ordonnance du tribunal pour procéder à l'évaluation lorsqu'une personne est sous-garde préventive.

En effet, le système actuel implique que l'hôpital doit obtenir une ordonnance d'évaluation par le tribunal avant de procéder à l'évaluation psychiatrique d'une personne qui est sous garde préventive, pour ensuite soumettre une deuxième requête au tribunal pour une garde autorisée, une fois les évaluations psychiatriques complétées. En plus d'être fastidieuse pour les patients, les proches et les établissements, cette étape est totalement inutile et n'a aucune valeur ajoutée en matière de protection de l'autonomie.

L'abolition de cette étape nous apparaît donc absolument salutaire dans cette réforme.

Toutefois, certaines formulations soulèvent des questionnements, notamment :

- À l'article 7, premier alinéa, la référence à *l'impossibilité d'obtenir une ordonnance en vertu de l'article 27 du Code civil en temps utile*. Ceci vient miner l'intention du législateur d'abolir l'étape de la garde provisoire pour les patients sous garde préventive. Suivant cette disposition, l'hôpital devrait continuer à obtenir une ordonnance du tribunal pour évaluer la personne lorsque possible, alors que l'intention explicite est d'éliminer cette étape. La nouvelle garde temporaire prévoit *déjà* les mécanismes nécessaires pour que le tribunal se penche dans un délai rapide sur la nécessité de la garde, lorsque les examens psychiatriques l'estiment requise.
- À l'article 8, 2^e alinéa, 4^e paragraphe, l'exigence *qu'aucune autre mesure ne puisse être prise en temps utile*. Nous craignons que cela soit également interprété comme une invitation à recourir à une ordonnance du tribunal. Ceci nous semble contraire à l'objectif poursuivi, soit de permettre aux agents de la paix d'intervenir en temps utile dans les situations où il existe un danger.
- À l'article 8, premier alinéa, la mention « à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (SASC) ». Ceci implique que, même pour les personnes connues et suivies par une équipe professionnelle, les policiers doivent se référer à un intervenant d'un SASC qui ne connaît pas la personne. Suivant cette formulation, l'équipe traitante devrait également continuer à se référer au tribunal lorsqu'elle craint pour la sécurité d'une personne, plutôt que de faire directement appel aux policiers. Or, à notre avis, l'équipe traitante est souvent la mieux placée pour évaluer une détérioration de l'état mental chez une personne connue et recommander une intervention appropriée.

Ces dispositions pourraient recréer, en pratique, les obstacles que le projet de loi vise précisément à éliminer.

3. PROCESSUS D'ACTION CONCERTÉE : GARANTIR UNE MISE EN ŒUVRE EFFICACE ET SANS OBSTACLES ADMINISTRATIFS

Recommandations d'amendement :

- **Ajouter à l'article 13.2 : « 8° un professionnel de la santé ou des services sociaux assurant le suivi des soins ou des services qu'elle reçoit en lien avec son trouble mental »**

La mise sur pied d'un processus d'action concertée favorise une meilleure circulation de l'information et une meilleure coordination des interventions entre les différents partenaires. Ceci permettra de diminuer le fonctionnement en silos, d'avoir une vision plus globale des situations cliniques complexes et à risque, et d'intervenir de façon plus cohérente.

Toutefois, nous avons une préoccupation concernant le mécanisme de désignation des intervenants désignés. Nous souhaitons que cette disposition puisse être appliquée de façon efficace sur le terrain et que des obstacles administratifs n'empêchent pas les cliniciens d'agir promptement. Plus spécifiquement, les médecins psychiatres n'étant pas des employés de Santé Québec, nous craignons une complexité supplémentaire dans le processus de désignation. Or, l'efficacité de ce mécanisme dépendra largement de sa simplicité d'application.

4. ENTENTE-CADRE NATIONALE : INTÉGRER L'EXPERTISE CLINIQUE ET LES ACTEURS DU TERRAIN

Recommandation d'amendement :

- **Ajouter l'Association des médecins psychiatres du Québec à l'article 13.9, premier alinéa.**

Le projet de loi 23 prévoit la conclusion d'une entente-cadre nationale entre le ministre et plusieurs ministères et organismes concernant la protection des personnes présentant une altération de leur état mental. Cette entente-cadre nationale doit inclure des éléments comme :

- Les principes directeurs qui doivent guider les actions posées à l'égard des personnes qui présentent une altération de leur état mental ;
- Les modalités et les limites relatives au rôle et à la collaboration des intervenants désignés ;
- La constitution de comités pour la gouvernance nationale et régionale
- L'élaboration et l'actualisation d'outils de soutien à l'intervention.

Une connaissance des plus récentes avancées cliniques, des dynamiques sur le terrain et des relations entre les équipes soignantes, les patients et leurs proches et des soins sur le terrain doit nourrir les éléments prévus à l'entente-cadre. Notre association possède cette expertise et nos membres sont responsables d'une grande partie des lois et des soins en santé mentale. Nous pouvons non seulement contribuer à l'élaboration de cette entente, mais aussi assurer sa diffusion et promouvoir les meilleures pratiques auprès de nos membres. C'est pourquoi nous recommandons que l'AMPQ fasse partie des groupes nommés dans le projet de loi.

5. DIRECTIVES PSYCHIATRIQUES ANTICIPÉES : EN ASSURER L'APPLICATION EFFECTIVE ET PRÉVENIR LES IMPASSES CLINIQUES

Recommandations d'amendements :

- **Article 13.11, alinéa 1, retirer la mention « ou non ».**
- **Article 13.25, remplacer « exclure la possibilité qu'il s'agisse d'un refus catégorique de recevoir les soins » par « s'assurer que le refus est directement lié au trouble mental visé par la DPA et à l'incapacité qui en découle »**
- **Article 13.25, ajouter « dans un tel cas, un deuxième avis par un deuxième professionnel de la santé confirmant les conclusions de l'évaluation doit être consigné au dossier ».**
- **Abroger l'article 13.26**

Les directives psychiatriques anticipées (DPA) constituent une innovation majeure et une avancée concrète, à la fois pour l'autonomie et la protection des personnes vivant avec un trouble mental. Afin de bien définir et maximiser l'impact de ce mécanisme, nous soulevons deux préoccupations par rapport au texte dans sa forme actuelle.

D'abord, nous constatons que lorsque la personne devenue inapte refuse les soins, la directive anticipée n'est pas applicable. La nécessité de recourir à une ordonnance du tribunal dans de telles situations vient rendre pratiquement inopérante la directive psychiatrique anticipée, dont l'utilité relève justement de l'anticipation de telles situations. Nous croyons que la DPA devrait s'appliquer même en cas de refus lorsque l'incapacité est confirmée, que ce refus est lié au trouble mental et à l'incapacité, et que cette situation avait été anticipée dans la DPA. Il serait opportun d'ajouter la nécessité d'un 2^{ème} avis indépendant pour confirmer que toutes ces conditions sont réunies, afin d'assurer la plus grande rigueur du processus.

Deuxièmement, nous constatons que le texte prévoit la possibilité d'un refus anticipé de soins, avec la mention « consent ou non » au premier alinéa de l'article 13.11. Nous craignons les conséquences potentiellement désastreuses d'un refus anticipé de tous les soins. Par exemple, une personne pourrait se retrouver non criminellement responsable pour un geste posé en état de psychose, sous mandat de détention de la Commission d'examen des troubles mentaux, mais sans aucune possibilité de traitement pouvant ouvrir la porte à un rétablissement — ou par le fait même à une libération. Non seulement cette disposition place la personne dans un cul-de-sac clinique infini et indéfini, mais elle met à risque la sécurité de l'ensemble des personnes qui seront appelées à intervenir auprès d'elle. Il apparaît déraisonnable que le tribunal ne puisse pas intervenir en de telles circonstances.

Nous sommes d'avis que les directives anticipées devraient permettre un consentement anticipé et l'expression de préférences, mais pas un refus généralisé de soins, qui apparaît difficilement conciliable avec les objectifs de protection et de rétablissement poursuivis par le projet de loi. Un tel refus pourra certainement être exprimé le temps venu, et être examiné par le tribunal à la lumière des critères pertinents.

6. TRIBUNAL ADMINISTRATIF : ASSURER DES DÉLAIS RAPIDES ET LES RESSOURCES NÉCESSAIRES À SON EFFICACITÉ

La création d'une section spécialisée du Tribunal Administratif du Québec (TAQ) constitue une avancée importante, en permettant le regroupement des procédures de gardes et de soins sous une même juridiction. Le fonctionnement actuel en silos et les importants délais judiciaires donnent lieu à d'innombrables situations où des personnes sont hospitalisées pendant plusieurs semaines sans recevoir les traitements appropriés dans l'attente d'une audience à la Cour. Nous croyons que cette nouvelle section du TAQ saura développer une expertise spécifique et offrir une expérience plus adaptée aux personnes touchées, en évitant les transports répétés des hôpitaux vers les palais de justice.

Nous souhaitons par le fait même souligner l'importance que le TAQ dispose des ressources nécessaires pour offrir les audiences requises dans des délais rapides, afin que les changements apportés donnent les résultats escomptés en matière d'efficacité.

Conclusion et résumé des recommandations

L'AMPQ réitère son appui au projet de loi 23 et sa conviction de l'importance de mener à terme cette réforme. Elle se positionne ainsi en faveur de son adoption, aux côtés d'autres partenaires essentiels dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux graves. En effet, il s'agit d'une réforme nécessaire et attendue, qui fait l'objet d'un fort consensus parmi les acteurs sur le terrain, et qui représente une occasion majeure et peut-être unique d'améliorer l'accès aux soins, la continuité des interventions et la protection des personnes les plus vulnérables. Afin d'assurer la pleine efficacité du projet de loi et maximiser sa portée, nous suggérons les ajustements suivants :

- Modifier les articles 27 et 30 du Code civil pour harmoniser la définition du danger avec celle qui est proposée dans le projet de loi 23.
- À l'article 7, retirer la référence à l'impossibilité d'obtenir une ordonnance en vertu de l'article 27 du Code civil en temps utile.
- À l'article 8, 2^e alinéa, 4^e paragraphe, retirer l'exigence qu'aucune autre mesure ne puisse être prise en temps utile.
- À l'article 8, ajouter « ou d'un professionnel de la santé ou des services sociaux assurant le suivi des soins ou des services qu'elle reçoit en lien avec son trouble mental ».
- Ajouter à l'article 13.2 : « 8^o un professionnel de la santé ou des services sociaux assurant le suivi des soins ou des services qu'elle reçoit en lien avec son trouble mental »
- Ajouter l'Association des médecins psychiatres du Québec à l'article 13.9, premier alinéa.
- Article 13.11, alinéa 1, retirer la mention « ou non ».
- Article 13.25, remplacer « exclure la possibilité qu'il s'agisse d'un refus catégorique de recevoir les soins » par « s'assurer que le refus est directement lié au trouble mental visé par la DPA et à l'inaptitude qui en découle »
- Article 13.25, ajouter « dans un tel cas, un deuxième avis par un deuxième professionnel de la santé confirmant les conclusions de l'évaluation doit être consigné au dossier ».
- Abroger l'article 13.26

Ce projet de loi devra s'inscrire dans une démarche constante d'amélioration du tissu social, clinique, psychiatrique et communautaire autour des personnes qui, dans leur parcours de vie, ont besoin d'une mobilisation sociétale pour être entendues, soutenues et protégées.