



Mémoire sur le 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

Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux
Dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques

Rédigé par :
Dre Myriam Le Blanc
Me Annie-Pierre Ouimet-Comtois,
Approuvé par Benoit Geneau, PDG

Le 26 mai 2026

TABLE DES MATIÈRES

1. PRÉSENTATION.....	3
A- À propos de l’Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.....	3
B- À propos des autrices.....	3
2. INTRODUCTION - UN CADRE LÉGISLATIF À MODERNISER, UNE RÉFORME À SAISIR.....	4
3. MISE EN CONTEXTE ET CONCEPTS IMPORTANTS.....	5
A- Anosognosie et refus de soins : la maladie comme premier obstacle aux soins	5
B- Les verdicts de NRC : palliatif au manque de leviers préventifs ?.....	7
C- Mesure exceptionnelle : quand la protection des droits impose l’action	9
4. COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS.....	10
A- Relativement à la définition de danger	11
B- Relativement à l’instauration d’une garde temporaire	12
C- Relativement aux pouvoirs des agents de la paix	14
D- Relativement à la nouvelle section de l’intégrité du TAQ.....	14
E- Relativement aux directives psychiatriques anticipées (DPA).....	17
5. CONCLUSION - UNE RÉFORME NÉCESSAIRE, DES LEVIERS COMPLÉMENTAIRES.....	18
6. ANNEXE - RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS.....	19

1. PRÉSENTATION

A- À propos de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Fondé en 1970, l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (ci-après "l'Institut Pinel") est issu d'une volonté claire du gouvernement du Québec de doter la province d'un établissement psychiatrique à sécurité maximale capable de prendre en charge une clientèle souffrant de problèmes de santé mentale particulièrement complexes, provenant d'établissements correctionnels et du réseau de la santé de toutes les régions du Québec. L'Institut accueille ainsi principalement des usagers présentant des maladies mentales lourdes et complexes dont l'évolution clinique est souvent marquée par une résistance aux traitements habituels et des difficultés de collaboration aux soins. Ces patients, fréquemment judiciairisés et ayant parfois posé des gestes violents, requièrent un environnement sécurisé, une approche thérapeutique ultraspécialisée et une équipe multidisciplinaire formée à leur prise en charge particulière. Par sa mission unique, à l'intersection des milieux de la santé, de la justice et de la sécurité publique, l'Institut Pinel exerce un leadership national en psychiatrie légale, tant au niveau des pratiques de pointe de soins et de services qu'en matière de recherche et de transfert des connaissances. La mission ultraspécialisée et la vocation universitaire de l'établissement lui confèrent un rôle et des responsabilités qui lui sont propres, étant le seul établissement de santé au Québec dédié uniquement à la santé mentale. Au moment de la rédaction du présent mémoire, l'Institut Pinel compte un total de 978 employés (incluant 75 cadres), de même que trente (30) médecins-psychiatres y exerçant leur profession.

B- À propos des autrices

Me Annie-Pierre Ouimet-Comtois, avocate responsable des services juridiques à l'Institut Pinel, est membre du Barreau du Québec depuis 2007. Elle est titulaire d'une maîtrise en droit et politiques de la santé de l'Université de Sherbrooke, où elle enseigne la psychiatrie légale dans ce même programme depuis 2016. Spécialisée en droit de la santé et en psychiatrie légale depuis le début de sa carrière, elle possède une expertise approfondie dans les domaines directement visés par le PL-23. Au fil de sa pratique, elle a représenté des usagers, des établissements de santé ainsi que des professionnels de la santé dans des dossiers touchant la garde en établissement, l'autorisation judiciaire de soins et les suivis devant la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM). Elle a agi, et continue d'agir à ce titre dans un nombre important de dossiers, devant les différentes instances administratives et judiciaires, incluant devant la Cour d'appel. Elle travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des partenaires du milieu, dans le cadre de dossiers complexes à l'intersection du droit et de la santé, et est régulièrement appelée à donner des

conférences et des formations sur le sujet. Cette expertise ancrée dans la réalité du terrain la place en position privilégiée pour éclairer la commission sur les enjeux liés à la prise en charge des personnes dont l'état mental représente un risque pour leur sécurité ou celle d'autrui, ainsi que sur les défis concrets auxquels font face les différents acteurs concernés.

Dre Myriam Le Blanc est psychiatre depuis 2017. Elle détient une maîtrise en administration des services de santé de l'Université de Montréal (2017) de même qu'une formation complémentaire en psychiatrie communautaire urbaine de l'Université de Toronto (2018). Elle pratique depuis lors à l'Institut Pinel, au sein des services externes et dans les établissements de détention provinciaux. Elle a contribué au développement de l'équipe SIM forensique de l'Institut Pinel, dont elle demeure la psychiatre responsable, et occupe les fonctions de cheffe médicale des services externes et carcéraux ainsi que de cheffe adjointe du département de psychiatrie. Elle a également exercé en psychiatrie communautaire générale au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Professeure adjointe de clinique à l'Université de Montréal, elle contribue aussi à la formation des étudiants en médecine et des résidents en psychiatrie. Elle collabore activement avec des partenaires des milieux de la santé, de la justice et de la sécurité publique, ainsi qu'avec des organismes communautaires, tant pour l'amélioration des soins et services que par l'offre régulière de formations. Son expertise couvre ainsi l'ensemble du continuum de soins en psychiatrie légale, de la prise en charge en milieu carcéral au suivi dans la communauté, ce qui lui confère une perspective clinique directement pertinente aux objectifs poursuivis par le PL-23.

2. INTRODUCTION - UN CADRE LÉGISLATIF À MODERNISER, UNE RÉFORME À SAISIR

L'Institut Pinel accueille favorablement le PL-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*. Cette réforme est réclamée de longue date, tant par les proches des personnes concernées que par la majorité des acteurs du terrain issu des milieux de la santé mentale, du droit, de la sécurité publique et de la société civile. Elle représente une avancée nécessaire pour moderniser un cadre législatif dont les limites sont documentées et reconnues, et ce, pour mieux protéger les personnes vulnérables tout en prévenant des drames évitables.

Bien entendu, la loi seule ne saurait répondre à l'ampleur des défis que pose la santé mentale au Québec. Des investissements substantiels, des innovations continues ainsi qu'une amélioration des services demeurent impératifs pour réduire les délais d'attente, renforcer les ressources de proximité et assurer la cohérence des parcours de soins. Le PL-23 constitue néanmoins une avancée nécessaire : en établissant des balises claires et en

renforçant la protection des personnes vulnérables, il pose les fondements d'une réforme plus large. Loi et investissement ne sont pas des alternatives — ils sont des leviers complémentaires qu'il convient de mobiliser conjointement pour bâtir un système de santé mentale à la hauteur des besoins de la population.

Le présent mémoire établit ainsi que le projet de loi est nécessaire indépendamment d'investissements supplémentaires et de l'amélioration des services. Peu importe le nombre de ressources disponibles, encore faut-il les leviers pour que les personnes y accèdent malgré les effets de la maladie. Il est donc essentiel de situer notre réflexion dans son contexte afin de mieux cerner les personnes visées par ces mesures exceptionnelles, avant de formuler nos commentaires et recommandations sur le PL-23.

3. MISE EN CONTEXTE ET CONCEPTS IMPORTANTS

Le cadre normatif applicable aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale n'a connu aucun changement structurant depuis près de trente ans, soit depuis l'adoption de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*¹ (ci-après P-38) adoptée le 18 décembre 1997 et entrée en vigueur le 1er juin 1998. Cette loi avait comme objectif principal le juste équilibre entre protection des droits et sécurité publique, en réaction à l'héritage de la période asilaire qui a profondément marqué le Québec.

Le paysage thérapeutique de la santé mentale a profondément évolué dans les 30 dernières années. Or, force est de constater que notre époque reste néanmoins marquée par une multiplication des crises liées à la santé mentale, largement relayée dans l'espace médiatique et public. Cette situation révèle une lacune structurelle que le PL-23 vise à corriger.

A- Anosognosie et refus de soins : la maladie comme premier obstacle aux soins

Le PL-23 propose un changement de paradigme : la question ne serait plus uniquement « comment protéger la société par un arrêt d'agir ? », mais plutôt « comment garantir à une personne malade et inapte, l'accès aux soins dont elle pourrait bénéficier, avant que sa situation ne devienne dangereuse et potentiellement irréversible ? ».

La nature particulière du refus de soins dans un contexte de maladie mentale, et plus spécifiquement en cas de trouble sévère et persistant, est centrale à la réflexion sur le PL-23. En effet, un tel refus est majoritairement un symptôme même de la maladie, nommé « anosognosie », soit un « trouble neuropsychologique qui explique qu'une personne atteinte

¹ RLRQ, c. P-38.001

de schizophrénie ne semble pas avoir conscience de sa condition. À l'inverse du déni, qui est un mécanisme de défense psychologique “normal”, cette méconnaissance de la maladie par l'individu est pathologique² ». La littérature scientifique décrit qu'environ 50% des personnes atteintes de troubles mentaux graves — schizophrénie ou troubles bipolaires — ne prennent pas leur traitement, la raison la plus fréquente étant la non-reconnaissance de leur propre maladie alors que l'absence d'autocritique est le symptôme le plus commun de la schizophrénie, touchant 98% des patients³.

L'inaptitude à consentir aux soins étant essentiellement l'incapacité de comprendre la maladie dont on souffre⁴, une proportion importante de personnes souffrant de troubles mentaux graves sont nécessairement inaptes. Ce constat est fondamental pour l'architecture législative qui doit encadrer l'intervention auprès de ces personnes. En effet, une personne dont l'anosognosie l'empêche de reconnaître qu'elle est malade ne peut pas faire le choix éclairé de chercher de l'aide ou d'adhérer aux soins disponibles – peu importe leur facilité d'accès ou leur nombre. Ainsi, l'augmentation des ressources en santé mentale, la promotion des modèles fondés sur les données probantes et la diversification des modes d'intervention pour répondre aux besoins individuels des personnes demeurent des conditions essentielles, mais insuffisantes pour offrir des soins à ceux qui en ont besoin. D'ailleurs de nombreuses initiatives ont été mises en place dans les dernières années, telles que le traitement intensif bref à domicile et les équipes mixtes d'intervention psycho-sociale⁵.

Hospitalisées de façon répétée en contexte de crise, les personnes inaptes et vulnérables peuvent se heurter à un cycle d'hospitalisations et de refus de traitement — contribuant au phénomène des portes tournantes — que la loi, dans sa forme actuelle, ne permet pas de briser. Or, la P-38 est essentiellement la seule porte d'entrée existant actuellement pour que les personnes inaptes refusant les soins y aient néanmoins accès. C'est précisément là que réside l'une des améliorations substantielles proposées par le PL-23. En permettant une intervention plus précoce, avant que l'état de la personne ne se soit détérioré au point de représenter un danger grave et immédiat de préjudice physique pour elle-même ou pour autrui, le PL-23 crée des conditions d'un accès au traitement dans un délai cliniquement pertinent.

En effet, en psychiatrie comme dans tous les domaines de la médecine, le moment de l'intervention est déterminant : plus elle survient tôt dans la trajectoire de la maladie, plus les

² SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, *Symptômes — L'anosognosie*, en ligne : Symptômes

³ « 57% of patients with schizophrenia had a moderate to severe lack of awareness of mental illness; 32% were remarkably unaware of the social consequences of their illness; and 22% denied the need for, or benefit of, medication » BUCKLEY, P.F., WIRSHING, D.A., BHUSHAN, P. ET AL. *Lack of Insight in Schizophrenia : Impact on treatment adherence*. CNS Drugs 21, 129–141 (2007), p. 130-133.

⁴ *Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.*, 1994 CanLII 6105 (QC CA).

⁵ À Montréal, l'équipe de l'Urgence psychosociale-justice (UPS-J) du CIUSSS-Centre-Sud et celle de l'Équipe de soutien aux urgences psychosociales (ESUP) du SPVM collaborent en ce sens.

perspectives de rétablissement sont favorables. À l'inverse, une condition de santé mentale non traitée peut se chroniciser, devenir plus réfractaire au traitement et avoir des impacts de plus en plus significatifs sur les différentes sphères de fonctionnement de la personne, avec un assombrissement du pronostic de rétablissement⁶.

Ainsi, on peut raisonnablement anticiper des effets systémiques positifs du PL-23. En effet, une prise en charge précoce et l'instauration rapide des soins requis par l'état de la personne amèneraient certainement une diminution des durées de gardes prolongées, une réduction significative du phénomène des portes tournantes — ces hospitalisations répétées qui témoignent d'un suivi insuffisant entre les épisodes — ainsi qu'une amélioration des pronostics individuels. En somme, un cadre d'intervention plus humain, plus accessible et plus précoce n'élargit pas le filet de la coercition : il déplace le point d'entrée dans le système de soins, de la crise vers la prévention, et de l'urgence vers l'accompagnement.

Cette réalité prend une dimension particulièrement significative lorsqu'on l'examine à la lumière du régime applicable aux personnes déclarées inaptes à subir leur procès ou non-criminellement responsables pour cause de troubles mentaux (NRC).

B- Les verdicts de NRC : palliatif au manque de leviers préventifs ?

Le Québec compte le plus grand nombre de verdicts de NRC au Canada⁷, même devant l'Ontario, malgré sa différence de population. Par ailleurs, il est documenté que les personnes souffrant de troubles mentaux sont surreprésentées dans le système correctionnel. Il est estimé que les personnes aux prises avec un trouble sévère et persistant représentent 12 à 17%⁸ de la population correctionnelle alors qu'elles ne constituent que 3 à 4% de la population générale⁹.

⁶ VIOLET VAN DEE, HUGO G. SCHNACK, WIEPKE CAHN, *Systematic review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders: An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets*, 2023, Schizophrenia Research, Vol. 254, p. 133-142, en ligne : <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.024>.

⁷ Voir notamment le projet de recherche CROCKER ANNE et als, *National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada* par Anne Crocker. Ces données ont été reprises dans les médias : voir notamment RADIO-CANADA, « Le Québec "champion" de la non-responsabilité criminelle », 21 février 2024; LE DEVOIR, « Le Québec en haut du palmarès pour son nombre élevé de verdicts de non-responsabilité criminelle », 21 février 2024

⁸ COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *La santé mentale et le système de justice pénale : « Ce que nous avons entendu »*, Rapport sommaire sur les données probantes, 2020, Santé Canada ; SCOTT C, FALLS B., *Mental illness management in corrections*. In: Trestman RL, Appelbaum KL, Metzner JL, eds. Oxford Textbook of Correctional Psychiatry. New York (NY): Oxford University Press; 2015. pp. 8–12.

⁹ ELLEN STEPHENSON, *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale – Regards sur la société canadienne*. Statistique Canada. 22 septembre 2023; Système canadien de surveillance des maladies

L'une des hypothèses avancées pour expliquer cet écart du nombre de verdicts NRC avec le reste du pays est la portée trop limitée des lois actuelles de prévention, notamment la P-38, qui ne permettent pas d'agir efficacement en amont. En effet, il importe de ne pas lire ces données à travers le seul prisme de la sécurité publique. La judiciarisation criminelle est souvent vue comme un moyen d'avoir accès aux soins psychiatriques. Autrement dit, pour une proportion significative de ces personnes, le passage devant les tribunaux et l'obtention d'un verdict de NRC constituent — paradoxalement — la porte d'entrée vers les soins psychiatriques dont elles avaient besoin. Le système judiciaire criminel devient ainsi un palliatif aux lacunes des mécanismes civils de prise en charge qui ne permettent pas d'agir en prévention afin d'éviter une détérioration de l'état des personnes et la commission d'actes malheureux¹⁰. Le seuil légal actuel restreint ainsi souvent l'intervention à une fenêtre temporelle très étroite, précisément celle où la probabilité de passage à l'acte est la plus élevée, le temps de réaction le plus limité et les interventions complexes et à risque. Il est dès lors pertinent, comme l'ont déjà fait les autres provinces, de remettre ce critère en question, tant pour la personne elle-même — qui, en raison de l'anosognosie, ne reconnaît pas sa maladie — que pour la sécurité du public. À cet égard, la littérature scientifique et la pratique clinique démontrent clairement que ce sont les proches qui constituent le premier cercle d'exposition aux comportements à risque, en tant que témoins directs ou victimes.

Un cadre législatif rénové, permettant d'agir plus tôt et dans un contexte thérapeutique préventif plutôt que punitif, offre la perspective de rompre ce cycle — au bénéfice des personnes concernées, de leurs proches et de la collectivité.

D'ailleurs, des programmes alternatifs en justice et santé mentale (tel que les PAJSM) ont été déployés dans l'ensemble de la province dans les dernières années pour répondre à cet enjeu. Bien que ce type d'initiative qui vise une diversion du système judiciaire doive être salué et encouragé, des interventions en amont de la judiciarisation demeurent prioritaires.

chroniques (SCSMC) – accessible au <https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/?G=00&V=5&M=5&S=B>

¹⁰ Référant au risque de détérioration ou d'affaiblissement de l'état de santé, l'IQRDJ précise que « Le Québec est la seule juridiction qui n'inclut pas expressément ce critère » à l'une ou l'autre des étapes du processus, INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 2 – Analyse comparative*, 27 septembre 2024, p. 20.

C- Mesure exceptionnelle : quand la protection des droits impose l'action

D'un point de vue clinique, il est observé quotidiennement que la maladie mentale grave constitue, en elle-même, une atteinte profonde à l'autonomie de la personne. Cette réalité trouve également son parallèle juridique alors qu'une maladie mentale non traitée en raison d'une anosognosie constitue une atteinte grave à l'intégrité de la personne. Le législateur en reconnaît d'ailleurs expressément la portée, les commentaires du Ministre de la Justice sur l'article 16 C.c.Q. (traitant des autorisations judiciaires de soins) précisent que cet article : « a pour but de respecter davantage l'expression de volonté des mineurs et des majeurs inaptes et de protéger leur intégrité contre un refus injustifié provenant soit de leur représentant, soit d'eux-mêmes »¹¹. Le législateur reconnaît donc expressément que le refus peut être injustifié, y compris lorsqu'il émane de la personne elle-même, et que la protection de l'intégrité peut commander d'y passer outre. Dans le même esprit, l'article 13 C.c.Q. permet de passer outre l'impossibilité d'obtenir un consentement lorsque l'intégrité de la personne est menacée. L'intention du législateur était ainsi clairement de protéger le majeur inapte contre les effets de la maladie elle-même lorsque cet état l'empêche de consentir de manière libre et éclairée.

Il est par ailleurs reconnu que les mesures appliquées contre le gré peuvent être traumatisantes. Le personnel soignant doit être particulièrement attentif à cette réalité et chercher activement à en atténuer l'impact. Même dans un contexte de soins contraints, le respect de l'autonomie de la personne doit demeurer une priorité, tout en gardant à l'esprit que la maladie non traitée est, en soi, une source profonde de souffrance. Faute d'une intervention en amont, des personnes perdent leur logement, leur emploi et leurs liens sociaux — des acquis essentiels au maintien d'une vie digne¹². Ces pertes, souvent durables et irréversibles, constituent des atteintes réelles et graves aux droits et libertés fondamentaux. C'est précisément pour cette raison que des mesures légales doivent être prévues, en dernier recours, lorsque toutes les autres options ont été épuisées.

La croissance anticipée des procédures dans le sillage du PL-23 a été soulevée comme préoccupation quant au respect du caractère exceptionnel de la loi. Des données brutes sont

¹¹ COMMENTAIRES DU MINISTRE DE LA JUSTICE SUR LE CODE CIVIL DU QUÉBEC, *commentaires sur l'article 16*, Québec, Publications du Québec, 1993, p.42.

¹² Selon l'Organisation mondiale de la santé « La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté », en ligne : [Santé mentale](#) ; À noter aussi « Plus de 80 % des personnes décédées par suicide présentent un diagnostic de trouble mental » : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS), *Prévenir le suicide — Besoins et réalités des groupes spécifiques : Les personnes ayant un ou des troubles mentaux*, Gouvernement du Québec, 2024 (document 24-247-14W) citant COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA. (2018). *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherche ultérieurs*.

avancées à cet effet, notamment 16 000 gardes préventives annuellement¹³. Ces données méritent d'être relativisées. À notre avis, la notion d'exceptionnalité d'une mesure juridique ne renvoie pas à son volume numérique, mais à sa nature, soit un recours de dernier ressort, applicable uniquement « lorsque toutes les autres options ont échoué ou sont inapplicables »¹⁴. Une hospitalisation contre le gré est une mesure exceptionnelle non pas parce que le nombre de procédures est rare dans l'absolu, mais parce qu'elle n'est justifiée que lorsque la personne, en raison de son état mental, répond aux critères de la loi et qu'elle est incapable de recourir elle-même aux soins disponibles, alors qu'aucune autre avenue n'a permis d'intervenir. Par ailleurs, plusieurs de ces procédures visent les mêmes personnes, en proie au phénomène des portes tournantes suivant des refus de traitement. Ainsi, comparées aux centaines de milliers de Québécois atteints de troubles mentaux graves – lesquels touchent 3 à 4% de la population – qui pourraient ne pas recevoir les soins requis par leur état¹⁵, les procédures de garde représentent une fraction minime des prises en charge en psychiatrie.

C'est à la lumière de ces constats que s'inscrivent les commentaires et recommandations qui suivent, lesquels visent à assurer la pleine cohérence et l'efficacité du cadre législatif proposé par le PL-23.

4. COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS

L'Institut Pinel appuie les objectifs et les orientations du PL-23, lesquels sont en phase avec les recommandations formulées par la coroner Géhane Kamel au terme de l'enquête publique sur les décès de la sergente Maureen Breau et d'Isaac Brouillard Lessard, survenus le 27 mars 2023 à Louiseville. Dans son rapport déposé en septembre 2024¹⁶, la coroner Kamel formule en effet 38 recommandations visant à décroïsonner les interventions entre les acteurs médicaux, sociaux et judiciaires, à renforcer le suivi des personnes présentant un trouble mental grave et à moderniser les leviers juridiques disponibles. La coroner Kamel

¹³ INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 1 – Portrait général et revue de littérature*, 27 septembre 2024, p. 43.

¹⁴ INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandation finales*, 10 décembre 2025, p. 13.

¹⁵ En effet, en se basant sur les statistiques applicables, il est possible d'extrapoler qu'environ 135 000 à 180 000 personnes ne reçoivent pas un traitement adapté à leur condition en raison d'une faible autocritique (avec une population d'environ 9 millions de personnes et une prévalence entre 3 et 4%, il est raisonnable de supposer qu'entre 270 000 et 360 000 Québécois seraient atteints de troubles mentaux graves, avec une proportion de 50% de personnes atteintes qui ne suivent pas leur traitement comme requis).

¹⁶ BUREAU DU CORONER, *Rapport d'enquête publique sur les décès de Mme Maureen Breau et de M. Isaac Brouillard Lessard*, Bureau du coroner du Québec, Géhane Kamel, 9 septembre 2024.

formule des recommandations similaires aux termes de deux autres enquêtes publiques¹⁷ portant sur des décès liés à la prise en charge de personnes dont l'état mental était détérioré. Dans le dossier sur le décès de Jacques Côté, la coroner pointe précisément les limites de la P-38, qui oblige les policiers à « malheureusement attendre que le danger se matérialise avant d'intervenir, et ce, malgré des craintes fondées des proches »¹⁸.

Le PL-23 énonce, à son article 2, que « toute intervention auprès d'une personne présentant une altération de son état mental doit être effectuée dans son intérêt et avoir pour objectifs de préserver sa santé, de favoriser son rétablissement et de veiller à sa sécurité et à celle d'autrui ». Cet objectif répond directement aux préoccupations formulées par la coroner dans le cadre de ces enquêtes, lesquelles reflètent des enjeux sociaux largement documentés et relayés publiquement au cours des dernières années. Considérant les objectifs du PL-23, nous proposons les précisions énoncées ci-dessous pour assurer la pleine atteinte des objectifs visés. En annexe, nous reprenons le contenu des articles du PL-23 avec nos propositions intégrées directement dans le texte pour faciliter la lecture et la compréhension de nos commentaires.

A- Relativement à la définition de danger

Considérant les observations énoncées précédemment, le changement central du PL-23, soit un changement de paradigme en la qualification claire de la notion de danger en tant que « situation où il existe un danger » laquelle est définie comme une « compromission de l'état mental », permettrait d'atteindre pleinement l'objectif de mieux venir en aide aux personnes atteintes afin d'éviter les effets délétères d'une maladie qui demeure non-traitée. En ce sens, le PL-23 permettrait réellement d'agir en prévention comme le veut le titre de la loi.

Afin d'assurer la pleine cohérence et l'efficacité du cadre législatif proposé, nous recommandons d'uniformiser la notion de danger dans le Code civil. En effet, le manque d'harmonisation entre la notion de danger telle que définie à l'article 7 de la LPP par le PL-23 et celle qui demeure inchangée aux articles 27 et 30 C.c.Q. est susceptible d'engendrer des difficultés d'interprétation importantes. Si l'intention du législateur est que la notion de danger soit interprétée de façon uniforme et cohérente, il est impératif que les articles du Code civil soient modifiés en conséquence. En l'absence d'une telle modification, les articles du C.c.Q. continueront d'être interprétés selon la jurisprudence actuelle, soit essentiellement

17 BUREAU DU CORONER, *Rapport d'enquête publique sur le décès de MM. André Lemieux, Mohamed Belhaj, Alex Lévis-Crevier et Abdulla Shaikh*, Bureau du coroner du Québec, Géhane Kamel, 29 février 2024. 17 BUREAU DU CORONER, *Rapport d'enquête publique sur le décès de M. Jacques Côté*, Bureau du coroner du Québec, Géhane Kamel, 11 février 2025.

18 BUREAU DU CORONER, *Rapport d'enquête publique sur le décès de M. Jacques Côté*, Bureau du coroner du Québec, Géhane Kamel, 11 février 2025, p. 21.

la définition retenue par la Cour d'appel dans *J.M. c. Hôpital Jean-Talon*¹⁹, où le danger visé aux articles 27 et 30 C.c.Q. est qualifié de « péril important » dont le risque de sa réalisation doit être élevé, sans que sa matérialisation soit nécessairement imminente.

Une telle incohérence aurait des conséquences concrètes. Une personne placée sous garde temporaire selon les critères du PL-23 pourrait ne pas satisfaire au seuil requis pour la garde en établissement sous l'article 30 C.c.Q., la ramenant ainsi dans le phénomène de portes tournantes que le PL-23 cherche précisément à enrayer. De même, si cette personne conteste sa garde temporaire en vertu de l'article 21 de la LPP, la Section de l'intégrité serait amenée à statuer selon des critères distincts de ceux ayant guidé la décision du médecin ou de l'IPS, créant une dualité de régimes au sein d'un même cadre normatif.

Recommandation #1 : Harmoniser les expressions utilisées dans la LPP et le CcQ quant au danger pour assurer une cohérence dans les critères applicables.

Modifier les articles 27 C.c.Q. et 30 C.c.Q. pour préciser que le danger visé à cet article est celui d'une personne présentant une altération de son état mental tel que décrit à l'article 7 L.p.p. (art. 7 PL-23).

B- Relativement à l'instauration d'une garde temporaire

L'IQRDJ, dans ses recommandations finales, conclut que les trois (3) étapes de la garde (préventive, provisoire, en établissement) sont complexes et délétères pour l'utilisateur. Il souligne notamment qu'à l'étape de la garde provisoire l'un des objectifs poursuivis est précisément « de permettre l'apaisement de la crise avant que la situation se judiciaireise »²⁰, un objectif que la structure actuelle peine à atteindre. À l'instar de l'IQRDJ, nous sommes d'avis que « le cumul des étapes, les délais légaux difficiles à respecter et la judiciarisation répétée des parcours nuisent à la cohérence du régime et à la protection effective des droits des personnes concernées »²¹.

C'est pourquoi nous considérons que la fusion des gardes préventive et provisoire en une nouvelle « garde temporaire » est essentielle. Cette consolidation permettrait également que l'évaluation psychiatrique ait lieu sans recours systématique à une procédure judiciaire,

¹⁹ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378

²⁰ INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandations finales*, 10 décembre 2025, p. 19 et 20.

²¹ *Ibid.*

position également soutenue par l'IQRDJ. Une telle approche est dans l'intérêt des usagers; dans un nombre important de cas où la prolongation de la garde ne s'avère pas nécessaire, elle favorise l'apaisement de la crise tout en évitant une judiciarisation inutile et potentiellement traumatisante²². Par ailleurs, le retrait de l'étape judiciaire relative à la garde provisoire ne signifie pas un affaiblissement des protections accordées aux personnes concernées. Les mécanismes de contestation élargis prévus au PL-23 constituent en effet un rempart efficace en prévoyant la possibilité d'un recours en cas de besoin.

Nous sommes toutefois d'avis que la condition exigeant l'impossibilité d'obtenir une autorisation judiciaire de garde temporaire en temps utile introduit une confusion incompatible avec les objectifs mêmes de cette mesure tels qu'énoncés précédemment. Cette condition apparaît en effet inapplicable dans le cas de l'utilisateur déjà hospitalisé. La garde temporaire devant être mise en place dès la manifestation du désir de quitter, aucune procédure judiciaire ne pourrait raisonnablement être présentée sans induire une période de garde illégale²³. Ainsi, par souci de clarté et pour éviter que des procédures inutiles en urgence soient présentées, ce qui serait manifestement contraire aux objectifs visés par le PL-23, nous recommandons d'abolir cette condition.

Recommandation #2 : Consolider et clarifier la garde temporaire prescrite par un médecin ou une IPS pour éviter une mauvaise interprétation des critères applicables

2a) Modifier l'article 27 C.c.Q (art. 20 PL-23) pour y enlever « et que l'autorisation du tribunal ne peut être obtenue en temps utile ».

2b) Modifier l'article 7 L.p.p. (art. 7 PL-23) en supprimant au premier alinéa « et qu'une ordonnance du tribunal visée au premier alinéa de l'article 27 du Code civil ne pourrait, dans les circonstances, être obtenue en temps utile. »

²² Tel qu'énoncé par l'IQRDJ : « 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 judiciarise. » INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandations finales*, 10 décembre 2025, p. 20.

²³ Sans compter l'impossibilité de respecter le délai de notification minimal de deux jours prévu à la loi (article 46 du PL-23).

C- Relativement aux pouvoirs des agents de la paix

À l'instar de l'Association des policières et policiers provinciaux du Québec²⁴, nous sommes favorables aux propositions du PL-23 relatives au pouvoir d'intervention des agents de la paix. Dans le même ordre d'idées que les commentaires effectués dans la section précédente sur la garde temporaire, ce pouvoir des agents de la paix risque lui aussi d'être interprété de manière restrictive en raison de la condition énoncée au paragraphe 4.

Bien que la condition au paragraphe 4 du second alinéa de l'article 8 fait vraisemblablement référence à des mesures d'intervention alternatives, il y a un risque réel qu'elle soit interprétée comme exigeant systématiquement l'obtention d'une ordonnance judiciaire — ce qui serait, selon nous, contraire à l'intention du législateur. Cette condition est par ailleurs inutile puisque redondante. La loi étant dans son ensemble d'application exceptionnelle et de dernier recours, l'intervention policière est nécessairement tributaire de l'échec des autres avenues disponibles. De surcroît, la condition énoncée au paragraphe 3 du même article — exigeant que le transport en établissement soit nécessaire « pour éviter, selon le cas, que cette atteinte ne s'aggrave ou que ce risque d'atteinte ne se matérialise » — implique déjà qu'aucun autre recours, notamment consensuel, ne soit possible.

Recommandation #3 : Consolider et clarifier les pouvoirs d'intervention des agents de la paix pour éviter une mauvaise interprétation des critères applicables

Modifier l'article 8 *L.p.p.* (art.8PL-23) pour supprimer le paragraphe 4 de l'alinéa 2 : « 4° aucune autre mesure ne pourrait, dans les circonstances, être prise en temps utile. »

D- Relativement à la nouvelle section de l'intégrité du TAQ

Parmi les 38 recommandations de la coroner Kamel dans le dossier Maureen Breau, l'une des plus significatives préconise une refonte de la structure du TAQ afin qu'une section dédiée agisse comme tribunal exclusif en santé mentale²⁵, avec compétence élargie aux procédures d'autorisations judiciaires de soins et de gardes. L'IQRDJ abonde dans le même

²⁴ ASSOCIATION DES POLICIÈRES ET POLICIERS PROVINCIAUX DU QUÉBEC, Mémoire portant sur le projet de loi no 23, présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, 7 mai 2026.

²⁵ La recommandation 24 de la coroner se lit ainsi : « Revoir la structure du Tribunal administratif du Québec (TAQ), notamment pour que la Direction de la santé mentale (DSM), incluant la CETM au sein de la Section des affaires sociales (SAS), agisse comme un tribunal exclusif en santé mentale afin d'étendre son champ de compétences pour y inclure la gestion des lois civiles en matière de santé mentale (c.-à-d. ordonnances de soins et traitement, garde en établissement et la Loi P-38) » : BUREAU DU CORONER, Rapport d'enquête concernant les décès de Isaac Brouillard-Lessard et Maureen Breau, p. 83.

sens, soulignant que le « morcellement des compétences judiciaires rend le parcours particulièrement complexe » pour les personnes concernées alors que cette multiplicité d'instances « alimente l'incertitude, engendre des délais supplémentaires et s'accompagne d'une charge émotionnelle importante surtout pour les personnes premières concernées qui sont souvent fragilisées par leur propre état de santé »²⁶.

La création d'une Section de l'intégrité de la personne au sein du TAQ s'inscrit directement dans ces recommandations d'unification des procédures. Il convient de rappeler que le TAQ, par l'entremise de sa Division de la santé mentale, détient déjà compétence pour statuer sur les contestations des décisions prises en vertu de la P-38²⁷ ainsi que sur les dossiers des personnes déclarées inaptes à subir leur procès ou reconnues non-responsables criminellement. Ainsi, le TAQ exerce une fonction juridictionnelle, rendant des décisions touchant directement aux droits et libertés fondamentaux des personnes concernées²⁸.

En plus de regrouper sous une même instance les principales procédures — tant civiles que criminelles — susceptibles de viser les personnes souffrant de troubles mentaux, la Section de l'intégrité de la personne présente plusieurs avantages propres aux particularités de ces dossiers. Sur le plan de l'accessibilité, étant un tribunal itinérant, ses juges administratifs peuvent agir dans l'ensemble des régions du Québec, avec recours privilégié à la visioconférence, qui facilite manifestement l'accès aux audiences, lesquelles peuvent néanmoins avoir lieu en personne, les juges pouvant se déplacer directement à l'hôpital²⁹. De plus, le modèle d'un juge seul, plutôt qu'un banc de trois juges, favorise également une intervention rapide lorsque la situation l'exige, tout en écartant le risque d'apparence de partialité liée à la participation de professionnels de la santé comme juges administratifs³⁰.

Quant à la spécialisation, les juges nommés à cette Section n'entendraient que des dossiers liés à la santé mentale et, dans la mesure du possible, demeureraient assignés au dossier

²⁶ INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandations finales*, 10 décembre 2025, p. 54.

²⁷ Article 21 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*; à noter que cette même loi prévoit également que le TAQ doit recevoir d'emblée copies des jugements et des rapports psychiatriques ce qui démontre que le législateur lui confère un rôle de « gardien » des procédures de gardes même en l'absence d'une contestation (articles).

²⁸ Voir notamment *R. v. Owen*, 2003 SCC 33 qui réitère que la CETM doit rendre la décision la moins privative de liberté.

²⁹ À cet effet, il est important de souligner que dans certains districts judiciaires, les délais pour présenter une demande d'autorisation de soins peut aller de plusieurs semaines à plusieurs mois.

³⁰ INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandations finales*, 10 décembre 2025, p. 56-57.

d'une même personne pour l'ensemble des procédures la concernant. Cette continuité favorise le développement d'une expertise approfondie et assure la cohérence des décisions, préoccupation soulevée par l'IQRDJ³¹. Cette approche rejoint par ailleurs l'importance que les tribunaux accordent à l'individualisation des procédures et à la personnalisation de l'analyse judiciaire dans ce type de dossiers — une valeur fondamentale lorsque sont en jeu les droits et la situation clinique d'une personne vulnérable.

En ce qui concerne la souplesse procédurale, le caractère moins formel des audiences constitue un avantage supplémentaire, particulièrement adapté à la réalité des personnes souffrant de troubles mentaux. En atténuant le caractère “adversarial” inhérent aux procédures judiciaires traditionnelles, cette approche favorise un cadre procédural moins intimidant et plus propice à une participation de la personne concernée. Des adaptations concrètes en découlent : flexibilité dans l'ordre des témoignages, dispense des formalismes protocolaires habituels et tenue des audiences dans un environnement moins solennel. L'expérience de la CETM démontre d'ailleurs que ce mode de fonctionnement flexible est adapté aux besoins des personnes visées par ces procédures.

Enfin, aux avantages d'accessibilité, de spécialisation et de souplesse procédurale s'ajoutent les mécanismes de contestation élargis ainsi que l'admissibilité universelle à l'aide juridique prévus au PL-23, lesquels permettent aux personnes visées de faire valoir leurs droits de manière efficace et éclairée. Nous formulons toutefois une réserve quant à la portée de l'expression « toute personne intéressée », qui nous apparaît trop large et susceptible de donner ouverture à des contestations contraires à l'intérêt de la personne visée. Nous sommes d'avis que le droit de contester devrait à tout le moins être conditionnel à l'existence d'une volonté exprimée par la personne elle-même, ou par son représentant légal, tel que le prévoit l'actuel article 21 de la P-38.

Recommandation #4 : Préciser les personnes pouvant demander la contestation d'une décision prise en vertu de la loi pour éviter toute confusion

Modifier l'article 21 *L.p.p.* (art.15 PL-23) pour reprendre le même libellé que dans la Loi actuelle pour les gens autorisés à contester à savoir « toute personne qui n'est pas satisfaite d'une décision prise en vertu de la présente loi, à son sujet ou au sujet d'une personne qu'elle représente ou pour laquelle elle démontre un intérêt particulier »

³¹ Tel qu'énoncé par l'IQRDJ « 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. » INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandations finales*, 10 décembre 2025, p. 54.

E- Relativement aux directives psychiatriques anticipées (DPA)

L'instauration des DPA concrétise les principes d'autonomie et autodétermination, en cohérence avec la *Loi concernant les soins de fin de vie*³² par le biais des directives médicales anticipées (DMA) que la demande anticipée d'aide médicale à mourir.

Cette approche s'inscrit par ailleurs dans des pratiques cliniques déjà existantes. Plusieurs équipes utilisent en effet des outils pour documenter les choix de la personne en cas de détérioration de son état mental, tels que les plans de crise conjoints. Ces démarches soutiennent l'autonomie des personnes et renforcent l'alliance thérapeutique avec les équipes traitantes. Comme le souligne l'IQRDJ, l'introduction des DPA permettrait de systématiser et de formaliser juridiquement la volonté des personnes³³ contribuant ainsi à leur *empowerment*, même en contexte d'inaptitude.

Nous jugeons toutefois essentiel d'apporter une précision importante au texte. À notre avis, l'intention du législateur ne peut être de permettre un refus anticipé de soins dont la personne pourrait avoir besoin. Seul le consentement anticipé devrait être prévu par les DPA, la personne conservant la possibilité de refuser catégoriquement les soins au moment de leur application. Dans ce cas, les DPA deviennent une manifestation de l'expression de la volonté de la personne, tel qu'elle peut se manifester conformément à l'article 12 C.c.Q.³⁴.

Recommandation #5 : Préciser que les DPA ne peuvent viser qu'un consentement anticipé à des soins et non un refus, afin de rendre ce mécanisme efficace

Modifier l'article 13.11 pour ne permettre que le consentement anticipé à des DPA en enlevant, dans le premier alinéa « ou non » à la suite de si elle consent.

³² RLRQ, c.S-32.0001.

³³ L'IQRDJ précise qu'« 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 » INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Rapport 5 – Recommandations finales*, 10 décembre 2025, p. 4.

³⁴ « Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a pu manifester. »

5. CONCLUSION - UNE RÉFORME NÉCESSAIRE, DES LEVIERS COMPLÉMENTAIRES

Le présent mémoire aura mis en lumière la nécessité de la réforme mise de l'avant par le PL-23, pour corriger les lacunes du cadre actuel dans le but de mieux protéger les personnes les plus vulnérables. Dans le respect de l'intention du législateur, les recommandations formulées visent à apporter les clarifications requises afin de prévenir les zones d'ambiguïté et éviter des contestations judiciaires.

Nous considérons que le PL-23 s'inscrit dans une volonté réelle de mieux soutenir les droits fondamentaux, l'autonomie et la dignité des personnes. Si une hospitalisation contre le gré de la personne est manifestement une privation de liberté, il faut se rappeler que la maladie mentale en soi, et les conséquences qui en découlent, constituent d'emblée une atteinte aux droits et libertés fondamentaux de la personne. Dans cette perspective, une intervention précoce, même contre le gré momentané de la personne, a pour finalité de lui restituer les droits fondamentaux dont la maladie l'a privée. La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé³⁵ rappelle d'ailleurs que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». C'est précisément cet impératif que le PL-23 cherche à mieux servir. Sa mise en œuvre devra être accompagnée d'un guide d'application élaboré en collaboration avec les acteurs du terrain, afin d'assurer une application cohérente et adaptée aux ressources disponibles. Un mécanisme de suivi et d'évaluation des impacts des changements législatifs sera par ailleurs essentiel pour mesurer les effets concrets de cette réforme dans le temps³⁶.

Enfin, le PL-23 ne saurait constituer à lui seul une réponse complète aux enjeux de la santé mentale au Québec. Comme le soulignait la coroner Kamel, « le manque de ressources est un problème réel, mais les structures de suivi pour les personnes qui sont réfractaires le sont encore plus »³⁷. Cette réforme législative doit donc être envisagée comme un levier essentiel, complémentaire aux investissements et aux améliorations structurelles nécessaires pour permettre au réseau de la santé et des services sociaux de répondre pleinement et adéquatement aux besoins de la population québécoise.

***Le présent mémoire constitue la posture de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel à l'égard du PL-23.*

³⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, constitution, en ligne : Constitution.

³⁶ Tel que recommandé par le Collège des médecins, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (CMQ), *Mémoire — Projet de loi 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*, Commission de la santé et des services sociaux, Québec, 8 mai 2026.

³⁷ BUREAU DU CORONER, *Rapport d'enquête publique sur les décès de Mme Maureen Breau et de M. Isaac Brouillard Lessard*, Bureau du coroner du Québec, Géhane Kamel, 9 septembre 2024, p. 79.

6. ANNEXE - RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

La présente annexe reprend les recommandations formulées à la section 4 en les intégrant directement aux textes de loi modifiés par le PL-23, afin d'en faciliter la lecture et la compréhension. Les modifications proposées apparaissent en rouge dans le texte.

Article 7 du PL-23 Modifiant l'article 7 de la Loi sur la protection des personnes (LPP)

♦ **MODIFICATION RECOMMANDÉE** : Supprimer la condition « et qu'une ordonnance du tribunal visée au premier alinéa de l'article 27 du Code civil ne pourrait, dans les circonstances, être obtenue en temps utile » — cette condition est inapplicable lorsque la personne est déjà hospitalisée et souhaite quitter l'établissement.

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne présentant une altération de son état mental sous garde temporaire dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus 48 heures, s'il est d'avis que cette personne se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui ~~« et qu'une ordonnance du tribunal visée au premier alinéa de l'article 27 du Code civil ne pourrait, dans les circonstances, être obtenue en temps utile. »~~ Toute infirmière praticienne spécialisée exerçant pour un tel établissement peut également agir ainsi, si elle est de cet avis.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par « situation où il existe un danger » une situation où la santé ou la sécurité de la personne ou la sécurité d'autrui est compromise du fait que les conditions suivantes sont réunies :

- 1° la personne cause ou a causé une atteinte grave à son intégrité physique ou à celle d'autrui ou, en raison de son comportement, elle risque de façon raisonnablement prévisible de causer une telle atteinte ou de subir une détérioration importante de son état mental;
- 2° les faits constatés par le médecin ou par l'infirmière praticienne spécialisée ou portés à sa connaissance lui permettent raisonnablement d'établir que cette atteinte, ce risque d'atteinte ou cette détérioration est lié, en tout ou en partie, à l'altération de l'état mental de la personne;
- 3° la mise sous garde temporaire de la personne est nécessaire pour éviter, selon le cas, que cette atteinte ne s'aggrave, que ce risque d'atteinte ne se matérialise ou que cette détérioration ne survienne.

Le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur médical et des services professionnels, dans le cas d'un établissement de Santé Québec ou d'un établissement regroupé, ou le directeur des services professionnels, dans les autres cas. À défaut d'un tel directeur, ce professionnel doit en aviser, respectivement, le président-directeur général ou le directeur général de l'établissement.

Tout médecin exerçant auprès de l'établissement où la personne est mise sous garde peut demander que celle-ci soit soumise à une évaluation psychiatrique sans son consentement et sans l'autorisation du tribunal. Toute infirmière praticienne spécialisée exerçant pour un tel établissement peut également agir ainsi.

À l'expiration de la période de 48 heures de la prise en charge de la personne par l'établissement, celle-ci doit être libérée, à moins qu'elle n'ait été soumise à un premier examen psychiatrique concluant à la nécessité de la garde.

Article 8 du PL-23 modifiant l'article 8 de la LPP

♦ **MODIFICATION RECOMMANDÉE** : Supprimer la condition « aucune autre mesure ne pourrait, dans les circonstances, être prise en temps utile » — qui risque d'être interprétée comme la nécessité de recourir aux tribunaux.

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne présentant une altération de son état mental auprès d'un établissement visé à l'article 6, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que cette personne se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui.

Pour l'application du premier alinéa, on entend par « situation où il existe un danger » une situation où la santé ou la sécurité de la personne ou la sécurité d'autrui est compromise du fait que les conditions suivantes sont réunies :

- 1° la personne cause ou a causé une atteinte grave à son intégrité physique ou à celle d'autrui ou, en raison de son comportement, elle risque de façon raisonnablement prévisible de causer une telle atteinte;
- 2° les faits constatés par l'intervenant visé au premier alinéa ou portés à sa connaissance lui permettent raisonnablement d'établir que cette atteinte ou ce risque d'atteinte est lié, en tout ou en partie, à l'altération de l'état mental de la personne;
- 3° il est nécessaire d'amener la personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 pour éviter, selon le cas, que cette atteinte ne s'aggrave ou que ce risque d'atteinte ne se matérialise;
- ~~4° aucune autre mesure ne pourrait, dans les circonstances, être prise en temps utile.~~

Un agent de la paix peut aussi, sans l'autorisation du tribunal, amener une personne qui a énoncé des directives psychiatriques anticipées conformément au chapitre II.3 auprès d'un établissement visé à l'article 6, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise 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 le trouble mental avec lequel elle vit, qui estime que les conditions suivantes sont réunies :

- 1° la personne est inapte à consentir aux soins en raison de son trouble mental;
- 2° la personne a, dans ses directives, donné son consentement à être amenée auprès d'un établissement visé à l'article 6 si, en raison de ce trouble mental, elle est inapte, de façon temporaire, à consentir aux soins;

3° cette mesure est nécessaire pour que soient offerts à la personne les soins auxquels elle a préalablement consenti dans ses directives.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin ou par une infirmière praticienne spécialisée. Le médecin ou l'infirmière peut alors la mettre sous garde temporaire conformément à l'article 7.

Article 15 du PL-23 Modifiant l'article 21 de la LPP — Recours et contestation

♦ **MODIFICATION RECOMMANDÉE** : Préciser les personnes habilitées à demander la contestation d'une décision prise en vertu de la LPP – pour éviter des recours sans intérêt juridique

21. ~~Toute personne intéressée~~ Toute personne intéressée qui n'est pas satisfaite d'une décision prise en vertu de la présente loi à son sujet, au sujet d'une personne qu'elle représente ou au sujet d'une personne pour laquelle elle démontre un intérêt particulier, peut contester devant le Tribunal administratif du Québec une garde temporaire décidée par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée, le maintien d'une garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil, ou toute autre décision prise en vertu de la présente loi. Une lettre de la personne sous garde adressée au Tribunal, exposant l'objet et les motifs de contestation, constitue une requête au sens de l'article 110 de la Loi sur la justice administrative (chapitre J-3).

Lorsque la contestation concerne le maintien d'une garde, un rapport d'examen psychiatrique contemporain au jour de l'audience doit être produit au Tribunal par l'établissement. À cette fin, la personne sous garde doit être soumise, s'il y a lieu, à un examen psychiatrique.

Le Tribunal peut également agir d'office et réviser le maintien de toute garde ou toute décision concernant une personne sous garde, prise en vertu de la présente loi.

Le recours formé devant le Tribunal ou son intervention d'office ne suspend pas la garde ou l'exécution de la décision, à moins qu'un membre du Tribunal n'en décide autrement.

Article 10 du PL-23 Introduisant la section sur les directives psychiatriques anticipées (DPA)

♦ **MODIFICATION RECOMMANDÉE** : Supprimer la possibilité de refuser des soins de manière anticipée au nouvel article 13.11 LPP— ce qui mènerait la personne qui refuse catégoriquement les soins lorsqu'inapte à ne jamais pouvoir accéder à des soins

13.11. Toute personne majeure, apte à consentir aux soins et qui vit avec un trouble mental pouvant mener, de façon temporaire, à une inaptitude à consentir aux soins peut, au moyen de directives

psychiatriques anticipées, indiquer si elle consent ~~ou non~~ aux soins qui pourraient être requis par son état mental dans le cas où elle serait inapte à consentir à de tels soins en raison de ce trouble mental.

Elle peut également, au moyen de telles directives, indiquer si elle consent à ce qu'un agent de la paix puisse, sans l'autorisation du tribunal, l'amener auprès d'un établissement visé à l'article 6 pour y recevoir les soins auxquels elle a consenti dans ses directives, dans le cas où elle serait inapte, de façon temporaire, à consentir aux soins en raison du trouble mental avec lequel elle vit, conformément au troisième alinéa de l'article 8.

Article 20 du PL-23 modifiant l'article 27 du Code civil du Québec

♦ **MODIFICATION RECOMMANDÉE** : Uniformiser la qualification du danger introduite dans la LPP avec celle du C.c.Q. — pour éviter une mauvaise interprétation du critère du C.c.Q.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne ~~représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui~~, le tribunal peut ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée temporairement dans un établissement de santé ou de services sociaux en vue d'une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger satisfait aux critères prévus par la Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental (chapitre P-38.001) et que l'autorisation du tribunal ne peut être obtenue en temps utile, la personne peut être mise sous garde temporaire comme il est prévu par cette loi.

Article 30 du Code civil du Québec Aucune modification proposée dans le PL-23

♦ **MODIFICATION RECOMMANDÉE** : Uniformiser la qualification du danger introduite dans la LPP avec celle du C.c.Q. — pour éviter une mauvaise interprétation du critère du C.c.Q.

30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne ~~est dangereuse se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui~~ et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.