

**Mémoire présenté à la Commission de la santé et des
services sociaux dans le cadre de la consultation sur le
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*

**Préparé par
Isabelle Cournoyer, avocate, LL.B., LL.M. et
chargée de cours « Psychiatrie légale », Université de
Sherbrooke**

20 avril 2026

Table des matières

1	Présentation.....	3
2	Mise en contexte et constats généraux.....	4
2.1	Concept d'inaptitude à consentir	4
2.2	Limites importantes du régime de gardes en établissement.....	6
2.3	Difficultés d'application du consentement substitué	8
3	Commentaires et modifications suggérées.....	9
3.1	Abolition des gardes préventive et provisoire et instauration de la garde temporaire.....	9
3.2	Pouvoir d'intervention des agents de la paix pour amener la personne dans un établissement de santé.....	10
3.3	Contestation prévue à l'article 21 L.p.p. : par qui?	11
3.4	Système de garde par le Tribunal administratif du Québec	12
3.5	Directives psychiatriques anticipées (ci-après : « DPA »).....	12
4	Résumé des recommandations.....	15
5	Conclusion	17
6	Annexe.....	19

1 Présentation

Me Isabelle Cournoyer¹ a complété un baccalauréat en droit (LL.B.) à l'Université de Montréal en 2005. Elle a par la suite été admise à la profession d'avocat auprès du Barreau du Québec en 2007. Elle est titulaire d'une maîtrise en droit et politiques de la santé à l'Université de Sherbrooke depuis 2013. Son essai final intitulé: « L'intention législative derrière l'article 16 C.c.Q. est-elle réellement atteinte dans le cadre de la pratique quotidienne de la psychiatrie ? » a porté plus particulièrement sur les autorisations de soins contre le gré.

À partir de 2007, elle a exercé sa pratique en droit de la santé dans un cabinet représentant divers établissements du réseau pour ensuite se joindre à l'un des contentieux d'établissements lors de leur création en 2015. Jusqu'à ce jour, elle a eu l'occasion de présenter multiples² procédures de gardes provisoires, de gardes autorisées et d'autorisations judiciaires de soins en plus de représenter des établissements de santé à de nombreuses audiences de la Commission d'examen des troubles mentaux (ci-après « C.E.T.M. »). Dans le cadre de sa pratique, elle rend des avis juridiques quotidiens sur l'application des règles de consentement aux soins aux équipes cliniques et donne régulièrement de la formation concernant divers enjeux légaux.

Depuis 2018, elle est chargée de cours au programme de maîtrise en droit et politiques de la santé offerte à l'Université de Sherbrooke où elle enseigne le cours de « Psychiatrie légale ». Elle est également l'une des auteurs de l'ouvrage collectif « Droit et politiques de la santé » publié par LexisNexis et dans lequel elle a rédigé le chapitre sur les « Autorisations de soins ».

¹ Note de l'autrice : Ce mémoire est soumis à titre personnel et ne représente pas une position officielle de Santé Québec. Les opinions qui y sont exprimées n'engagent que son autrice.

² Une estimation conservatrice d'au moins 3 000 dossiers.

2 Mise en contexte et constats généraux

Nous saluons le projet de *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui* (ci-après : « PL-23 ») et en appuyons les objectifs ainsi que les orientations. Avant de formuler nos commentaires et recommandations, il nous apparaît essentiel d'amorcer le présent mémoire par une mise en contexte visant à permettre au lecteur de saisir pleinement l'importance – et même l'urgence – d'une telle réforme législative.

Si notre expérience est très spécifique, elle s'avère hautement révélatrice. En effet, nous constatons que, dans la quasi-totalité des cas judiciairisés, les personnes visées, atteintes de troubles cognitifs ou mentaux, présentent une non-reconnaissance de leur maladie (anosognosie³). À notre avis, cette réalité doit impérativement être prise en considération par le législateur dans l'élaboration de solutions véritablement adaptées aux réalités du terrain. Elle est cruciale, tant pour comprendre les difficultés inhérentes à l'adhésion volontaire aux soins que pour situer les limites actuelles de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* (ci-après : « L.p.p. »). De plus, une réelle compréhension de cette réalité devrait permettre d'orienter adéquatement les choix législatifs vers l'octroi de droits à la personne malade et non à la maladie ayant pris le contrôle en situation de crise. C'est donc dans cette perspective que nous axons notre réflexion plus particulièrement sur la situation de la personne inapte à consentir à des soins qu'elle refuse (ci-après : la « personne inapte »).

Dans un premier temps, nous exposerons le concept central d'inaptitude à consentir aux soins, son interprétation juridique, ainsi que ses répercussions directes sur le caractère volontaire de la prestation de soins. Par la suite, nous traiterons des limites de la L.p.p., notamment quant aux difficultés de prise en charge de la personne inapte. Enfin, nous verrons que le consentement substitué, rempart visant la prestation du soin à la personne inapte malgré son refus, ne remplit pas pleinement son objectif, laissant en marge un bon nombre d'entre elles pour lesquelles il faut bien souvent attendre la matérialisation d'un danger grave et immédiat avant de pouvoir intervenir.

2.1 Concept d'inaptitude à consentir

D'emblée, précisons que le fait d'être atteint d'une maladie mentale ou de troubles cognitifs n'entraîne jamais une inaptitude automatique à consentir aux soins proposés. En effet, l'aptitude à consentir à un soin, par exemple à une médication antipsychotique,

³ Définition du dictionnaire *Larousse* : « Incapacité pour un patient de reconnaître la maladie ou la perte de capacité fonctionnelle dont il est atteint. »

doit être évaluée au cas par cas en fonction de la situation de la personne visée et de ce qu'elle comprend réellement des paramètres de la décision qu'elle a à prendre⁴.

Bien qu'il y fasse spécifiquement référence, le *Code civil du Québec* (ci-après : « C.c.Q. »), est muet quant à la définition devant être donnée à la notion d'inaptitude à consentir à des soins de santé. La Cour d'appel en 1994, dans l'affaire *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G.A.*⁵, inspirée d'une loi de la Nouvelle-Écosse, a établi les cinq critères applicables en droit québécois. Ces critères non-cumulatifs doivent être appliqués à chaque fois qu'un soin est proposé par un soignant afin de déterminer l'aptitude de la personne :

- 1) Est-ce que la personne comprend la nature de sa condition pour laquelle un soin lui est proposé?
- 2) Est-ce qu'elle comprend la nature et le but du soin qui lui est proposé?
- 3) La personne saisit-elle les risques et les avantages du soin si elle le subit?
- 4) La personne comprend-elle le risque de ne pas subir le soin ?
- 5) La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa condition ?

Dès 1994, la Cour d'appel faisait les commentaires suivants sur l'absence de reconnaissance de la maladie et ses conséquences :

« En santé mentale, il y a une réalité extrêmement importante : la personne impliquée se rend-elle compte qu'elle est malade? C'est un critère capital, à l'égard duquel le profane est vulnérable parce qu'il risque d'être manipulé par la personne malade qui, sous d'autres aspects, paraît normale et peut même ébahir. L'ignorance ou la non-reconnaissance par une personne de sa maladie est trop souvent la composante essentielle du maintien de cette maladie. [Nous soulignons] »⁶.

À titre d'exemple, la personne inapte pourra nier les symptômes psychotiques rapportés par ses proches, les minimiser ou leur attribuer une cause externe complètement indépendante d'un quelconque diagnostic psychiatrique. Dans un tel contexte, il s'avère hautement improbable que, de son propre chef, elle réclame une prise en charge de ses problèmes de santé mentale puisqu'elle n'est, *de facto*, pas à même de les reconnaître comme tels. En fait, même si cette personne inapte était finalement amenée à consulter à l'urgence suite à un incident quelconque, il est tout à fait logique que tout au long du continuum où des soins lui seront offerts, elle préférera les refuser ou n'y offrira tout simplement aucune collaboration.

⁴ Cela étant dit, force est de constater que la majorité de la jurisprudence en matière d'autorisations de soins contre le gré est principalement rendue à l'égard de personnes atteintes de ce type de conditions. C'est d'ailleurs dans le domaine de la psychiatrie que le test permettant d'évaluer la capacité d'une personne à consentir à un soin a été développé.

⁵ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] n° AZ-94012013, p. 24 (C.A.).

⁶ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] n° AZ-94012013, p. 25 (C.A.).

2.2 Limites importantes du régime de gardes en établissement

Diverses raisons peuvent amener une personne à refuser une hospitalisation alors que son état de santé le requiert. Parmi celles-ci, la non-reconnaissance de la maladie (anosognosie) constitue assurément l'un des facteurs déterminants expliquant pourquoi, malgré des tentatives répétées de persuasion, une personne inapte exigera souvent de quitter l'établissement contre avis médical⁷. Ainsi, l'hospitalisation de la personne inapte ne sera souvent que pour la période la plus courte possible et en lien avec un seuil élevé de dangerosité.

En effet, de façon tout à fait exceptionnelle, la *L.p.p.* et le *C.c.Q.* permettent qu'une personne puisse être gardée contre son gré dans un établissement de santé, dans des circonstances bien précises⁸. La durée varie selon le type de garde et celle-ci doit être levée dès qu'elle n'est plus nécessaire ou que le danger est résorbé. Ainsi, la garde préventive requiert l'existence d'un danger grave et immédiat et ne peut excéder soixante-douze heures⁹. La garde provisoire, quant à elle, ne permet qu'une hospitalisation brève, limitée au temps requis pour la réalisation de l'évaluation psychiatrique¹⁰. Enfin, la garde en établissement, ou garde autorisée, peut être ordonnée par le tribunal pour une durée déterminée (habituellement entre 14 et 30 jours) avec possibilité de recommencer les procédures si les circonstances le justifient¹¹. Or, tant pour la garde provisoire que pour la garde en établissement, la jurisprudence a interprété

⁷ Ici encore, pourquoi une personne qui ne comprend pas la gravité de sa situation en raison de son trouble mental accepterait-elle une hospitalisation ? Pourquoi une personne âgée atteinte de troubles cognitifs accepterait-elle une hospitalisation visant l'évaluation de ses capacités fonctionnelles, alors qu'elle est convaincue de n'avoir besoin d'aucune aide à domicile pour accomplir ses activités de la vie quotidienne et domestique ?

⁸ *G.G. c. C.S.S.S. Richelieu-Yamaska* 2009 QCCA 2359 par. 41 « [...] La garde en établissement, à titre de mesure privative de liberté, ne peut être autorisée par le tribunal que pour des raisons graves et sérieuses. »

⁹ Des délais de prolongation sont prévus lorsqu'elle se termine un samedi ou un jour férié dans certaines circonstances (art.7. *L.p.p.*).

¹⁰ Dans le cas d'une personne déjà hospitalisée, la garde provisoire prévoit que la personne doit faire l'objet de deux rapports dont un premier dans les 24 heures et un deuxième dans les 48 heures de l'ordonnance. Pour la personne qui n'est pas déjà hospitalisée, le premier rapport doit être effectué dans les 24 heures de sa prise en charge par l'établissement et le deuxième au plus tard dans les 96 heures de cette prise en charge. Dans les deux cas, l'établissement a un maximum de 48 heures pour obtenir une ordonnance de garde en établissement (article 28 *C.c.Q.*). Si certaines évaluations sont permises à cet article, la jurisprudence en a circonscrit l'application à l'unique détermination du danger qui serait lié à l'état mental, voir : *Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval c. S.R.* 2021 QCCA 1812.

¹¹ Cette ordonnance ne peut être rendue par la Cour du Québec que suite à la production de deux rapports d'évaluation psychiatrique concluant à la nécessité de la garde. Malgré ces deux rapports, le tribunal doit « tester » les conclusions des psychiatres et se faire sa propre opinion de la dangerosité de la personne et ce, même en l'absence de toute contre-expertise à cet effet (voir article 30 *C.c.Q.*).

le niveau de dangerosité requis comme nécessitant la preuve d'un « péril important », dont le risque de réalisation doit être élevé¹².

Cette interprétation restrictive réduit considérablement la fenêtre d'intervention auprès de la personne inapte, laquelle se retrouve alors confinée aux seules situations où il est possible de faire la preuve qu'elle présente un danger important¹³. Cette hospitalisation ne visant ultimement qu'à contrôler le danger présenté par l'état mental, il en résulte un recours strictement limité au simple arrêt d'agir temporaire, sans possibilité de véritable continuité d'intervention thérapeutique¹⁴.

Or, rappelons que même lorsque les conditions strictes de la garde sont effectivement réunies, celle-ci ne permet pas, à elle-seule, l'instauration du traitement requis par l'état de santé de la personne inapte. En effet, même hospitalisée contre son gré, cette dernière pourra continuer de refuser les traitements pourtant nécessaires à la stabilisation de son état mental¹⁵. À cet égard, soulignons également que même dans les situations où le danger s'est effectivement matérialisé – lorsque la personne inapte a été déclarée non-criminellement responsable pour cause de troubles mentaux – un tel verdict ne permettra pas non plus, de lui imposer un traitement contre son gré, la C.E.T.M. n'ayant pas compétence pour ordonner un traitement¹⁶.

¹² Voir notamment *R.D. c. Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre, installation de l'Hôpital Charles-Le Moyne*, 2021 QCCA 1682 et *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378. Quant à la définition du terme « péril », le dictionnaire Larousse le définit comme suit : « Situation dans laquelle se trouvent quelqu'un ou quelque chose dont l'existence même est menacée [...] Danger qui menace l'existence de quelqu'un ou de quelque chose [...] ». Dans l'état actuel des choses, les familles se voient donc régulièrement forcées de témoigner « contre » la personne inapte pour démontrer son haut niveau de dangerosité et ce, à plus d'une reprise et devant des tribunaux différents. L'on ne peut non plus passer sous le silence le fait que ce système de garde s'avère complètement inadapté à la situation particulière de la personne âgée en perte d'autonomie avec des troubles cognitifs.

¹³ L'interprétation jurisprudentielle de la *L.p.p.* est on ne peut plus claire lorsque que la Cour d'appel énonce : « [88] Il est vrai que les médecins, les établissements et même les tribunaux sont placés parfois devant un choix cornélien entre la liberté et la protection de la personne, mais entre les deux, le législateur donne ici préséance à la première, [...] ». voir : *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378.

¹⁴ Aucun doute ne persiste à cet égard alors que la jurisprudence assimile le concept de « garde dans un établissement » à celui d'une « détention » ou d'une forme « incarcération », laquelle est « intrinsèquement préjudiciable ». Cela explique d'ailleurs l'impossibilité d'accorder des droits de sortie pour tester l'évolution clinique de la personne lors d'une telle garde : voir *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378. Toute volonté thérapeutique est évacuée de ce régime.

¹⁵ Si certaines conditions précises sont remplies, il faudra alors tenter une nouvelle procédure à l'égard de la personne inapte devant une toute autre instance judiciaire, soit la Cour supérieure.

¹⁶ Article 672.55 du Code criminel. Bien qu'il s'agisse ici d'une compétence fédérale, il demeure pertinent de le mentionner. En effet, de par les failles du mécanisme de traitement contre le gré de la personne inapte, l'établissement se retrouve parfois restreint quant aux moyens dont il dispose pour respecter l'obligation qui lui est conférée d'assurer la protection du public contre le risque important que présente l'accusé.

Les précisions ci-haut illustrent clairement que, dans sa forme actuelle, la *L.p.p.* ne permet aucune prise en charge réelle et soutenue de la personne inapte, alors qu'elle est pourtant vulnérable et hospitalisée en contexte de crise.

2.3 Difficultés d'application du consentement substitué

Le droit à l'autodétermination de la personne apte à consentir à un soin est un droit fondamental, lequel permet d'empêcher toute atteinte non consentie à son inviolabilité¹⁷. Bien que d'une importance capitale, ce principe cède le pas à certaines exceptions où soit l'obtention d'un consentement substitué, soit l'autorisation du tribunal, suffira à permettre l'administration du traitement proposé en toute légalité. La raison d'être de telles exceptions s'inscrit explicitement dans une volonté claire de protection de la personne inapte. En effet, l'idée est alors de la protéger de ses propres décisions, lesquelles sont, aux yeux du législateur, susceptibles de porter atteinte à son intégrité, laquelle doit être préservée à tout prix¹⁸.

À la lecture de ce qui précède, en cas d'inaptitude à consentir au soin proposé, l'équipe traitante devrait juridiquement pouvoir se référer au proche en mesure d'offrir un consentement substitué pour ensuite être à même de procéder à la prestation du traitement¹⁹. Or, si l'administration d'un traitement sur la base du consentement substitué ne pose pas problème lorsque la personne inapte accepte ou se conforme passivement au soin proposé, elle s'avère complètement impraticable en l'absence de collaboration. À titre d'exemple, le consentement offert par la mère d'un jeune schizophrène qui refuse de se présenter à son injection d'antipsychotique n'est d'aucune utilité pour le contraindre à se mobiliser pour obtenir le traitement, ni pour faire intervenir les agents de la paix pour l'amener à le recevoir. Dans une telle situation, le cadre législatif prévoit pourtant que le consentement substitué du proche devrait suffire pour protéger l'inapte contre son refus de soins et s'assurer qu'il recevra le traitement que requiert son état.

¹⁷ Voir notamment l'article 1 de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* RLRQ, c. C-12, et l'article 10 C.c.Q qui précise « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. ». La personne apte peut d'ailleurs prendre une décision allant à l'encontre de son propre intérêt.

¹⁸ En effet, l'article 12 C.c.Q. détermine les critères devant guider la décision substituée, laquelle devra toujours être prise dans l'intérêt supérieur de la personne inapte. Voir également les commentaires sur l'article 16 C.c.Q : « De façon générale, cet article a pour but de respecter d'avantage 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. » : QUÉBEC (Ministère de la Justice), *Commentaires du ministre de la justice*, t.I, Québec, Publications du Québec, 1993, p.42. Voir aussi à titre d'exemple l'article 13 C.c.Q. lequel permet de passer outre l'impossibilité d'obtenir un consentement lorsque la vie de la personne est en danger ou « son intégrité menacée ».

¹⁹ Une priorité est détaillée à l'article 15 C.c.Q : « 15. Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée et en l'absence de directives médicales anticipées, le consentement est donné par le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. ».

À notre avis, les conséquences de cette inefficacité ne peuvent être ignorées car en découle une sorte de vide juridique dans lequel une bonne partie des personnes inaptes tombent quotidiennement. En effet, que ce soit suite à une première visite à l'urgence où un suivi en clinique externe est proposé à la personne inapte sans qu'elle n'y donne suite ou une acceptation peu convaincante donnée à une équipe de suivi à domicile à laquelle elle refusera ultérieurement d'ouvrir la porte. Le résultat est le même, à savoir qu'il faudra attendre la matérialisation d'un danger pour espérer pouvoir lui apporter l'aide et les soins dont elle a pourtant besoin dans l'immédiat²⁰.

3 Commentaires et modifications suggérées

À la lumière de ce qui précède, on ne peut que déplorer le manque de moyens légaux actuels permettant la prise en charge d'une personne inapte, avant que la dangerosité ne se manifeste et qu'il ne soit trop tard. Ainsi, le PL-23 instaurant un tribunal unifié et prévoyant en parallèle des moyens alternatifs susceptibles d'aider la personne lorsque son état mental est altéré tout en minimisant la contrainte, est une avancée importante²¹. Cela étant dit, les modifications suivantes sont nécessaires pour assurer l'atteinte de ses objectifs.

3.1 Abolition des gardes préventive et provisoire et instauration de la garde temporaire

Tout d'abord, précisons que les nouveaux critères définissant la « situation où il existe un danger » permettant la mise sous garde temporaire s'avèrent beaucoup plus adaptés aux situations vécues sur le terrain et permettront une prise en charge plus rapide d'une personne présentant une altération de son état mental. Le but du PL-23 étant notamment de réviser les critères d'intervention pour le transport et la mise sous garde d'une personne, le fait de redéfinir la notion de danger est un élément clé, puisqu'il a pour effet d'améliorer la capacité d'agir.

Cela étant précisé, au niveau juridique, nous constatons un manque d'uniformité entre les notions de danger de l'article 7 *L.p.p.* tel que modifié par le PL-23 et celles des articles

²⁰ Certains pourraient soulever l'argument à l'effet qu'en cas de doute, il y a lieu de considérer tout refus comme « catégorique » et présenter la demande à un juge en vertu de l'article 16 C.c.Q. pour que le traitement puisse être donné. Or, il est difficile de croire que le législateur ait voulu que tous les refus de personnes inaptes soient ainsi judiciairisés, sans quoi il n'aurait pas choisi de spécifier « catégorique ». Sans compter que dans plusieurs situations où la personne inapte ne collabore pas, il est difficile de faire la preuve des critères donnant ouverture à la compétence du tribunal. La jurisprudence ayant d'ailleurs rejeté des demandes en l'absence d'un tel refus, laissant alors la personne inapte sans traitement, le consentement substitué ne jouant pas le rôle qui lui est réservé.

²¹ Dès son préambule, le PL-23 rappelle 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. Cette précision est éclairante et devra en guider l'interprétation.

27 et 30 C.c.Q. qui demeurent inchangées. À notre avis, cette situation amène deux types de « garde temporaire », soit l'une déterminée par le médecin ou l'IPS (7 L.p.p, art.7 PL-23) et l'autre par le tribunal (art.27 C.c.Q.), mais dont le niveau de dangerosité requis pour l'émettre n'est pas le même. Le fait que la référence aux motifs sérieux n'ait pas été modifiée par le législateur en même temps que l'ajout des précisions à l'article 7 L.p.p. (art.7 PL-23) envoie un message contradictoire quant à la nature du danger requis pour l'émission d'une ordonnance en vertu de l'article 27 C.c.Q. Cette incertitude est susceptible d'entraîner une dérive vers l'ancien critère déjà reconnu par la jurisprudence.

Recommandation #1 : modifier les articles 27 C.c.Q. (art.20 PL-23) et 30 C.c.Q. pour clarifier que le danger visé à ces articles 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).

Dans un deuxième temps, l'élimination de la garde provisoire afin de permettre d'emblée l'évaluation psychiatrique de la personne placée sous garde temporaire par un médecin ou une IPS constitue une mesure phare du PL-23. Nous comprenons que l'intention est clairement que les examens psychiatriques puissent être effectués plus rapidement et pendant la garde temporaire, donc sans devoir automatiquement passer devant un tribunal.

Considérant cette volonté, nous sommes d'avis que l'ajout d'une condition *sine qua non* d'être dans l'impossibilité d'obtenir une ordonnance du tribunal en temps utile crée une confusion délétère à son application. Que signifie cette impossibilité? Quelle interprétation y sera-t-elle donnée? Étant donné la nature restrictive de cette Loi, il y a lieu de croire qu'en cas de doute, la pratique d'avoir recours au tribunal redeviendra la norme. L'un des aspects pourtant centraux du PL-23, soit la déjudiciarisation de la personne en période de crise, s'en trouverait alors neutralisé.

Recommandation #2 : 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 ».

Recommandation #3 : 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 ».

3.2 Pouvoir d'intervention des agents de la paix pour amener la personne dans un établissement de santé

À la lecture des modifications en lien avec les pouvoirs de l'agent de la paix, plusieurs aspects positifs peuvent être notés, dont notamment le fait qu'il sera dorénavant toujours assisté par une personne formée pour prendre la décision de diriger une personne vers

un établissement²². Les nouvelles alternatives du PL-23 pourront ainsi être plus facilement proposées et utilisées en parallèle ou en remplacement du transport vers l'établissement de santé. La notion de danger a ici aussi été redéfinie, avec des nuances qui s'avèrent selon nous adéquates vu le fait que la personne n'est pas encore hospitalisée²³. Dans sa forme actuelle, il semble qu'une telle intervention par les agents de la paix, soutenue par des intervenants qualifiés, constitue une mesure alternative beaucoup plus adaptée que l'obtention d'une ordonnance auprès d'un tribunal par un membre de la famille.

Cela étant dit, dans un 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 effet, alors que le législateur fait probablement référence à d'autres mesures alternatives à son paragraphe 4 du second alinéa de l'article 8 *L.p.p.* (art.8 PL-23), l'obtention d'une ordonnance risque d'y être associée et ainsi, redevenir systématiquement la règle si cette condition est maintenue.

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

3.3 Contestation prévue à l'article 21 *L.p.p.* : par qui?

Nous sommes d'avis que l'expression « toute personne intéressée » est trop large et pourrait potentiellement mener à des abus de personnes inaptes à un moment où elles sont très vulnérables. Selon nous, pour remplir son rôle, une telle contestation devrait minimalement être guidée par une volonté émanant de la personne visée d'intenter une procédure judiciaire dans son propre dossier. Pour ce faire, nous croyons que l'ancienne formulation s'avère plus adéquate et représentative des besoins de la personne dont l'état mental est altéré.

Recommandation #5 : 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 ».

²² À l'exception du pouvoir octroyé en vertu de la *common law*.

²³ À savoir l'absence du critère de détérioration importante de son état mental.

3.4 Système de garde par le Tribunal administratif du Québec

À notre avis, il n'est pas souhaitable d'étendre le système de garde qui existe déjà à la Cour supérieure pour les autorisations de soins, aux demandes de gardes dans un établissement de santé.

D'emblée, soulignons que le nombre de demandes susceptibles de découler d'un tel élargissement est très important. En effet, si les autorisations de soins seront celles de nature réellement urgente, cette interprétation de l'urgence s'applique bien mal au système de gardes dans un établissement. De plus, les prolongations de délais déjà prévues pour les gardes suffisent selon nous à respecter les droits de la personne.

Sur un aspect plus pratique, le recours au système de garde devrait demeurer une mesure exceptionnelle, car il implique une logistique non négligeable quant aux ressources humaines impliquées. À titre d'exemple, les établissements n'ont pas d'avocats, de techniciens ou de secrétaires juridiques la fin de semaine ni les jours fériés pour présenter de telles demandes. De tels enjeux peuvent certainement se voir transposés aux autres acteurs impliqués, dont notamment le Tribunal administratif du Québec et les bureaux d'avocats offrant des services en défense.

Recommandation #6 : modifier l'article 6.1 du Règlement sur la procédure du Tribunal administratif du Québec (art.66 PL-23) pour enlever les cas de garde en établissement.
--

3.5 Directives psychiatriques anticipées (ci-après : « DPA »)

Nous saluons l'instauration des DPA et considérons qu'il s'agit d'un élément central du PL-23. Cette possibilité ayant déjà été octroyée dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, c.S-32.0001 (ci-après : « L.c.s.f.v. »), tant par le biais des directives médicales anticipées que la demande anticipée d'aide médicale à mourir, le temps était venu d'élargir cette possibilité à une personne affligée d'un trouble mental. Rappelons qu'il s'agit ici du mécanisme ultime de respect de l'autonomie et de l'autodétermination puisque c'est la personne elle-même qui, à l'avance, détermine le contenu de ses volontés, lesquelles auront force contraignante au moment où les conditions y donnant ouverture seront rencontrées.

De manière générale, nous sommes d'avis que la présence d'un professionnel de la santé dans le cadre de la rédaction de telles volontés s'avère essentielle pour plusieurs raisons, entre autres pour s'assurer de l'existence du diagnostic susceptible de mener à une inaptitude temporaire, pour cibler adéquatement les symptômes pouvant découler du trouble et préciser les traitements relevant des bonnes pratiques cliniques. Toutes ces conditions constituent, selon nous, des balises solides permettant d'assurer les aspects libre et éclairé du consentement donné de manière anticipée.

Quant à la possibilité de nommer un ou deux tiers de confiance dont le rôle sera de lever le drapeau le moment venu, nous sommes d'avis que cette condition comporte deux aspects positifs. Elle assure que la volonté préalablement manifestée pourra être respectée en temps opportun, tout en permettant le transfert d'informations pertinentes au proche, afin qu'il puisse jouer le rôle crucial qui lui est dévolu de par sa présence souvent aux premières loges de la détérioration.

Cela étant dit, les deux précisions suivantes s'avèrent essentielles afin d'éviter que cet outil ne mène à des situations incongrues ou qu'il ne soit tout simplement vidé de sa fonction.

Dans un premier temps, il n'est pas souhaitable de permettre à une personne de rédiger des DPA visant à refuser à l'avance des soins dont elle pourrait avoir besoin, car ce choix est susceptible de mener à des situations indésirables. À titre d'exemple, pensons à une personne qui, suite à des accusations criminelles, serait trouvée non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux et placée sous mandat de détention dans un établissement de santé. Dans une telle situation, un traitement devra tôt ou tard être débuté pour contrôler le risque, pour diminuer les symptômes psychotiques et lui permettre un congé éventuel. Or, si cette personne a rédigé des DMA refusant les traitements à l'avance, elle se verra alors privée de sa liberté pour une période indéfinie sans jamais pouvoir changer d'idée vu son inaptitude avérée²⁴.

Dans un deuxième temps, le fait de ne pas donner une valeur contraignante aux DPA en cas de refus catégorique risque de limiter grandement la pertinence de cet outil. En effet, avec l'élargissement de l'interprétation du terme « catégorique » au fil des années par la jurisprudence, y sont dorénavant inclus notamment les concepts « d'acceptation stratégique », de « refus répétés antérieurs » ainsi que la « crainte d'une interruption prochaine du traitement pris sur une base volontaire »²⁵. Or, toutes ces interprétations connexes risquent d'ajouter inutilement aux situations devant être soumises au tribunal alors que l'intention est justement que la personne puisse elle-même, à l'avance, décider des traitements qu'elle désire obtenir. De plus, soulignons le fait que l'absence de collaboration, laquelle est assez fréquente chez une personne inapte dont la maladie

²⁴ Si un tel raisonnement était adéquat pour les directives médicales anticipées dans la *L.c.s.f.v.* vue la possibilité d'acharnement thérapeutique en fin de vie, il ne l'est pas dans les circonstances visées par le PL-23.

²⁵ Cette jurisprudence semble s'être développée afin de permettre une meilleure prise en charge des personnes vulnérables. Il s'agit selon nous d'une démonstration des limites du concept de refus catégorique et une confirmation de son caractère inadéquat comme facteur permettant de déterminer les personnes inaptes qui seront contraintes à recevoir un traitement : « [...] Il n'y a donc aucune raison de réserver l'intervention du tribunal aux cas de refus catégorique par le majeur dit inapte ou le refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé de ce majeur. Cette disposition ne répond ni à la réalité clinique, ni aux véritables besoins des majeurs inaptes. [...] le recours au tribunal en matière de soins de santé s'imposerait dans les cas suivants : -s'il existe un doute sérieux ou une contestation de l'inaptitude du majeur à prendre une décision éclairée [...] si le majeur est inapte, il existe une dissension quant à la décision, acceptation ou refus de traitement qui respecte son meilleur intérêt ou encore les volontés qu'il a pu manifester [...] » dans Robert P.KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu », (2003) 63 *R. du B.* 1,19.

mentale est décompensée, risque de mener plus souvent qu'autrement à une judiciarisation. En effet, que faire lorsque la personne inapte refuse tout contact avec son équipe traitante ? Il devient alors très difficile de départager s'il s'agit d'un refus catégorique. En cas de doute, il y a lieu de croire que la décision sera de ne pas agir sans autorisation du tribunal.

À l'instar de son élargissement et des interrogations susceptibles d'en découler, nous sommes d'avis que l'impossibilité d'appliquer les DPA en présence de refus catégorique a pour effet néfaste d'en annuler l'utilité. En effet, l'objectif principal de procéder à la rédaction de telles DPA est justement que la personne puisse se protéger contre les effets de sa maladie en cas de décompensation la rendant inapte et l'amenant à refuser les soins en raison de ses symptômes. Dans sa rédaction actuelle, l'utilité des DPA se verra limitée aux situations où la personne collabore et donc accepte minimalement les soins ce qui, en soi, ne requiert pas l'application des DPA. Selon nous, ce n'est donc pas le type de refus qui devrait déterminer si la DPA est applicable, mais uniquement l'inaptitude en lien avec la maladie pour laquelle les DPA ont été rédigées à la base.

Recommandation #7 (scénario 1) : modifier l'article 13.11 *L.p.p.* (art.10 PL-23) 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.
Modifier 13.25 *L.p.p.* (art.10 PL-23) en remplaçant le refus catégorique par « déterminer si ce refus découle bien de la maladie pour laquelle elle avait initialement demandé un traitement ».
Abroger 13.26 *L.p.p.* (art.10 PL-23).

Recommandation #7 (scénario 2) : modifier l'article 13.11 *L.p.p.* (art.10 PL-23) 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.
Permettre la possibilité d'appliquer les DPA malgré le refus catégorique en l'ajoutant à 13.26 *L.p.p.* (art.10 PL-23).

Recommandation #7 (scénario 3) : Si la possibilité de refuser des soins dans les DMA est conservée, modifier l'article 13.26 *L.p.p.* (art.10 PL-23) pour ajouter la possibilité de contestation de soins préalablement refusés en ajoutant au premier alinéa après consenti « ou refusé ».

4 Résumé des recommandations

Les modifications proposées intégrées aux textes de loi sont comprises à l'annexe (section 6).

- 1. Harmoniser les notions relatives au danger dans la *L.p.p.* et le *C.c.Q.* en modifiant les articles 27 et 30 *C.c.Q.* en changeant « danger » pour « situation où il existe un danger ».**

Recommandation #1 : modifier les articles 27 *C.c.Q.* (art.20 PL-23) et 30 *C.c.Q.* pour clarifier que le danger visé à ces articles 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).

- 2. Consolider la garde temporaire prescrite par l'IPS ou le médecin en enlevant la condition relative à l'impossibilité d'obtenir l'autorisation du tribunal en temps utile.**

Recommandation #2 : 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 ».

Recommandation #3 : 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 ».

- 3. Clarifier les pouvoirs des agents de la paix en enlevant la condition relative à l'absence d'autre mesure applicable en temps utile qui risque d'être interprétée comme une obligation de présenter une demande en vertu de 27 *C.c.Q.***

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

- 4. Préciser les personnes pouvant demander la contestation d'une décision en vertu de la *L.p.p.* pour éviter la confusion engendrée par l'expression « toute personne intéressée ».**

Recommandation #5 : 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 ».

5. Maintenir le *statu quo* quant à la disponibilité du tribunal 7 jours sur 7 seulement aux cas d'autorisations de soins urgents non-visées par l'article 13 C.c.Q.

Recommandation #6 : modifier l'article 6.1 du Règlement sur la procédure du Tribunal administratif du Québec (art.66 PL-23) pour enlever les cas de garde en établissement.

6. Préciser l'application des DPA pour assurer leur réelle effectivité quant à la possibilité de refuser des soins d'avance et quant à l'opposition d'un refus catégorique à leur application. (Voir tableau en annexe avec les 3 scénarios.)

Recommandation #7 (scénario 1) : modifier l'article 13.11 *L.p.p.* (art.10 PL-23) 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.

Modifier 13.25 *L.p.p.* (art.10 PL-23) en remplaçant le refus catégorique par «déterminer si ce refus découle bien de la maladie pour laquelle elle avait initialement demandé un traitement ».

Abroger 13.26 *L.p.p.* (art.10 PL-23).

Recommandation #7 (scénario 2) : modifier l'article 13.11 *L.p.p.* (art.10 PL-23) 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.

Permettre la possibilité d'appliquer les DPA malgré le refus catégorique en l'ajoutant à 13.26 *L.p.p.* (art.10 PL-23).

Recommandation #7 (scénario 3) : Si la possibilité de refuser des soins dans les DMA est conservée, modifier l'article 13.26 *L.p.p.* (art.10 PL-23) pour ajouter la possibilité de contestation de soins préalablement refusés en ajoutant au premier alinéa après consenti « ou refusé ».

5 Conclusion

De manière générale, après plusieurs années de pratique au sein du réseau de la santé – plus particulièrement en psychiatrie et en gériatrie – nous sommes en mesure de constater l’effritement progressif, voire l’inefficacité, de certains mécanismes de protection pourtant destinés à préserver la personne inapte des conséquences de décisions qu’elle n’est pas en mesure de prendre de façon libre et éclairée. Tel que démontré, le cadre législatif actuel n’offre, en pratique, qu’un arrêt d’agir bref, ponctuel et strictement conditionnel à la quasi-matérialisation d’un danger important. Cela limite considérablement la portée préventive des interventions. Cela contraint trop souvent les intervenants à attendre des actes dangereux avant de pouvoir aider, octroyant ainsi des droits à la maladie, plutôt qu’à la personne inapte. Nul besoin d’insister qu’il s’agit ici d’une situation où la sempiternelle solution d’ajout de ressources ne s’avère pas un facteur déterminant car, indépendamment de la quantité de soins qui lui seront offerts, la maladie de la personne inapte l’empêche de comprendre qu’elle en a besoin. Dans cette optique, nous sommes donc profondément convaincue qu’une initiative législative telle que le PL-23 ne saurait être perçue comme accessoire, elle nous apparaît au contraire essentielle et même prioritaire.

L’unification des procédures sous un même tribunal devrait inévitablement faciliter le processus, incluant celui pour obtenir des soins contre le gré. Quant à l’instauration d’une utilisation plus généralisée de la visioconférence, nous sommes d’avis que cette modalité contribuera significativement à simplifier une logistique actuellement lourde et complexe, notamment en ce qui concerne les déplacements de personnes dangereuses et instables vers les palais de justice. Certes, la tenue d’audiences en présentiel comporte des avantages indéniables, notamment sur le plan du contact humain. Toutefois, en dépit de certains ajustements qui seront nécessaires, l’utilisation de la visioconférence demeure susceptible de générer un gain d’efficacité appréciable pour l’ensemble des acteurs concernés, y compris pour la personne visée souhaitant être entendue dans les meilleurs délais. De plus, il y a tout lieu de croire que l’aspect facilitateur de la visioconférence encouragera une plus grande participation des personnes visées à leur audience car aucun déplacement n’est requis. L’utilisation de la visioconférence au sein des hôpitaux constituant désormais une pratique bien établie, notamment dans le cadre des audiences de la C.E.T.M., cela devrait en atténuer les défis d’implantation.

En terminant, il est raisonnable d’anticiper une augmentation du nombre de personnes amenées en établissement pour y être gardées. En l’absence du critère de danger grave et immédiat, un plus grand nombre de personnes présentant un problème de santé mentale pourraient être dirigées vers un hôpital, par le biais d’un agent de la paix et d’un intervenant d’un service d’aide en situation de crise, dans l’espoir qu’ils puissent enfin bénéficier de l’évaluation, de l’accompagnement et du traitement requis par leur état. Dans ce contexte, il sera souhaitable que les interventions des équipes traitantes s’articulent autour des mesures alternatives prévues au PL-23, telles que les DPA et le processus d’action concertée (PAC). Une telle approche est susceptible de favoriser une

prise en charge plus structurée et durable, contribuant ainsi à une diminution des ré-hospitalisations et à une meilleure continuité des soins.

6 Annexe

MODIFICATIONS PROPOSÉES INTÉGRÉES AUX TEXTES TELS QUE MODIFIÉS PAR LE PROJET DE LOI (Les extraits à modifier sont en caractère gras : les raturés sont à retirer et les soulignés sont à rajouter.)

I- LPP et Code civil du Québec

Article 7 du PL-23 modifiant l'article 7 de la LPP

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 :

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.

Dans la présente loi, on entend par « intervenant d'un service d'aide en situation de crise » une personne qui a reçu la formation prévue à l'article 23.1 et qui est dans l'une des situations suivantes :

1° elle est à l'emploi de Santé Québec et affectée à l'exercice de fonctions liées aux services d'aide en situation de crise visés au paragraphe 1° de l'article 4 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021);

2° elle est à l'emploi d'un établissement visé à la partie IV.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuits et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) et affectés à l'exercice de fonctions liées à des services comparables à ceux prévus au paragraphe 1° de l'article 4 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux;

3° elle est à l'emploi d'un groupement ayant conclu une entente avec Santé Québec ou avec un établissement visé au paragraphe 2° concernant la prestation de services d'aide en situation de crise ou de services qui y sont comparables pour le compte de Santé Québec ou d'un tel établissement et affectée à l'exercice de fonctions liées à ces services.

Article 15 du PL-23 modifiant l'Article 21 de la LPP

21. 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 adressés 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 20 du PL-23 modifiant l'article 27 du Code civil du Québec

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui ~~représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental~~, 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)

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 se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui est dangereuse 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.

Article 66 du PL-23 introduisant l'article 6.1 au Règlement sur la procédure du Tribunal administratif du Québec

6.1. En cas d'urgence, une demande visant à obtenir une autorisation de soins ~~ou concernant la garde en établissement~~ peut être entendue, même un jour férié, par le membre avocat ou notaire désigné par le président du Tribunal pour assurer la garde.

II- DISPOSITIONS RELATIVES SPÉCIFIQUEMENT AUX DPA

Article 10 du PL-23 introduisant les articles 13.11 et suivants à la LPP

Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
<p>Modifications aux articles 13.11 et 13.25 et abolition de l'article 13.26</p> <p>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</p>	<p>Modifications aux article 13.11 et 13.26</p> <p>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</p>	<p>Modification à l'article 13.26</p> <p>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</p>

<p>soins en raison du trouble mental avec lequel elle vit, conformément au troisième alinéa de l'article 8.</p> <p>13.25 Si la personne exprime ou si elle manifeste par des signes et des symptômes découlant du trouble mental avec lequel elle vit un refus ou une résistance à recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans ses directives psychiatriques anticipées, le professionnel de la santé doit, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce <u>détermine si ce refus découle bien de la maladie pour laquelle elle avait initialement demandé un traitement</u> ne doit pas considérer qu'il s'agisse d'un refus catégorique de recevoir des soins. Le professionnel doit consigner par écrit les constats qu'il a faits, dont les signes et les symptômes qu'il a observés, le cas échéant, et les conclusions de son évaluation.</p> <p>13.26. En cas de refus catégorique d'une personne inapte à</p>	<p>soins en raison du trouble mental avec lequel elle vit, conformément au troisième alinéa de l'article 8.</p> <p>13.25 Si la personne exprime ou si elle manifeste par des signes et des symptômes découlant du trouble mental avec lequel elle vit un refus ou une résistance à recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans ses directives psychiatriques anticipées, le professionnel de la santé doit, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce ne doit pas considérer qu'il s'agisse d'un refus catégorique de recevoir des soins. Le professionnel doit consigner par écrit les constats qu'il a faits, dont les signes et les symptômes qu'il a observés, le cas échéant, et les conclusions de son évaluation.</p> <p>13.26. En cas de refus catégorique d'une personne inapte à</p>	<p>soins en raison du trouble mental avec lequel elle vit, conformément au troisième alinéa de l'article 8.</p> <p>13.25 Si la personne exprime ou si elle manifeste par des signes et des symptômes découlant du trouble mental avec lequel elle vit un refus ou une résistance à recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans ses directives psychiatriques anticipées, le professionnel de la santé doit, sur la base des informations dont il dispose et selon le jugement clinique qu'il exerce ne doit pas considérer qu'il s'agisse d'un refus catégorique de recevoir des soins. Le professionnel doit consigner par écrit les constats qu'il a faits, dont les signes et les symptômes qu'il a observés, le cas échéant, et les conclusions de son évaluation.</p> <p>13.26. En cas de refus catégorique d'une personne inapte à</p>
---	---	---

<p>consentir aux soins de recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans des directives psychiatriques anticipées, l'article 16 du Code civil, prescrivant l'autorisation du tribunal s'applique.</p>	<p>consentir aux soins de recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti dans des directives psychiatriques anticipées, l'article 16 du Code civil, prescrivant l'autorisation du tribunal s'applique, <u>sauf dans le cas où la personne a spécifiquement prévu l'application desdites directives malgré son refus catégorique.</u></p>	<p>consentir aux soins de recevoir les soins auxquels elle a préalablement consenti ou refusé dans des directives psychiatriques anticipées, l'article 16 du Code civil, prescrivant l'autorisation du tribunal s'applique.</p>
--	---	--