

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

Pour un système mieux adapté aux réalités de notre population vieillissante

Déposé par l'association des médecins gériatres du Québec (AMGQ) à la commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale du Québec

26 mai 2026



Association des
médecins gériatres
du Québec

Mémoire	1
À propos de l'AMGQ	3
Exposé général :	3
A. La complexité des troubles neurocognitifs : le risque est souvent prévisible, mais il est rarement immédiat.	3
B. Simplification du processus de garde	5
C. L'importance de la concertation	5
D. L'importance de la formation	6
E. Ressources pour la population vieillissante	6
Recommandations	7
• Recommandation 1 : processus d'action concertée	7
• Recommandation 2 : importance de la formation sur la population âgée..	7
• Recommandation 3 : ressources pour le soutien à domicile, la prise en charge en clinique externe et les SCPD	7
Conclusions et résumés des recommandations	7

À propos de l'AMGQ

L'Association des Médecins Gériatres du Québec (AMGQ) représente 165 médecins spécialistes en gériatrie qui travaillent dans le système public québécois. Sur le plan professionnel, la mission de l'AMGQ est de soutenir les gériatres du Québec pour offrir aux aînés les plus hauts standards de qualité des soins.

Le Québec fait face à des besoins croissants en services de santé, notamment en raison du vieillissement marqué de sa population. Ce phénomène démographique entraîne une augmentation des maladies chroniques et des problèmes de santé complexes liés à l'âge.

Les médecins gériatres sont fréquemment impliqués dans la trajectoire de soins de personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs ou des troubles de santé mentale. Ils interviennent ainsi régulièrement dans des situations où la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38) est appliquée.

Exposé général :

L'AMGQ soutient favorablement le dépôt du projet de loi 23, soit la *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 modernisation législative permettra d'aider un plus grand nombre de personnes, notamment les aînés présentant des enjeux de santé ayant un impact sur leur sécurité.

Ce projet de loi s'inscrit dans une volonté d'ouverture, de collaboration et de concertation avec les principaux acteurs du milieu ainsi qu'avec les proches aidants.

L'AMGQ estime que cette réforme permettra d'offrir un meilleur soutien et des soins mieux adaptés aux personnes âgées.

A. La complexité des troubles neurocognitifs : le risque est souvent prévisible, mais il est rarement immédiat.

Dans le contexte des troubles neurocognitifs, il n'est pas rare qu'un usager prenne des décisions pouvant compromettre sa sécurité ou celle d'autrui. Or, ce risque évolue dans le temps et ne se manifeste pas toujours sous la forme d'un danger « grave et immédiat ». Dans ces situations, l'équipe médicale peut se retrouver limitée dans sa capacité d'intervenir et d'offrir les soins appropriés.

Ainsi, plusieurs personnes vulnérables ne peuvent actuellement recevoir l'aide dont elles auraient besoin dans le cadre législatif en vigueur. En revanche, avec l'ajout de la notion de « danger pour la personne ou pour autrui », l'AMGQ croit que nous serons en mesure d'aider et de prendre en charge plus d'usagers et ce, sans attendre un risque grave et immédiat.

Voici un court scénario afin d'apporter une perspective pratique et clinique.

Scénario 1

Sous la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui:

- Imaginons un homme de 78 ans qui vit seul à domicile et qui refuse de voir son médecin de famille depuis quelques années. Il a une maladie d'Alzheimer d'intensité modérée. À cause de sa maladie, il n'a pas conscience de ses difficultés ni de l'aide dont il aurait besoin. Sa fille a remarqué qu'il prend sa médication de façon très variable et qu'il oublie parfois de manger. Il présente aussi des idées paranoïdes et croit que ses voisins l'espionnent et lui veulent du mal.
- Depuis plusieurs mois, le CLSC tente de l'aider pour les repas et pour l'administration de sa médication. Monsieur refuse d'ouvrir la porte aux intervenants à chaque fois. La fille a souvent essayé de le convaincre d'accepter l'aide, mais en vain. Monsieur répète sans cesse qu'il ne veut « rien savoir », car il trouve que « tout va bien ». La fille craint qu'il faudra une crise ou un accident avant qu'une intervention ne soit possible.
- Un matin, monsieur appelle sa fille pour lui dire qu'il a mal au ventre. Il accepte de se rendre à l'urgence pour investiguer. Des bilans et imageries sont réalisés et révèlent la présence d'une constipation sévère. Sa fille profite de la visite à l'urgence pour partager ses inquiétudes par rapport à la situation à domicile avec l'équipe médicale.
- À la suite de l'évaluation médicale, il est constaté que monsieur a perdu beaucoup de poids et qu'il est sévèrement dénutri, ce que l'on suspecte fortement d'être en lien avec ses oublis de s'alimenter compte tenu des bilans sanguins et imageries par ailleurs normaux. Monsieur semble aussi étourdi lorsqu'il se lève debout. L'équipe médicale documente une chute de tension artérielle lorsqu'il passe d'une position couchée à debout, ce qui le met à risque de chutes. L'équipe médicale croit que cela est dû au fait qu'il mélange souvent sa médication.
- Une admission est recommandée, mais monsieur refuse. Comme il n'y a pas de danger grave et immédiat, monsieur reçoit son congé de l'urgence. Sa médication qui pouvait causer de la constipation est cessée, on lui prescrit des laxatifs, on le réfère vers des services de popotte roulante et un suivi est organisé en clinique externe de gériatrie. L'équipe médicale doute que ce plan fonctionnera puisqu'il est connu que la prise de médication est

problématique et que monsieur a refusé les suivis médicaux et du CLSC dans le passé.

Sous le projet de loi 23 :

- Lorsque monsieur consulte à l'urgence, la fille partage ses multiples inquiétudes avec l'équipe médicale. L'équipe médicale constate une dénutrition sévère, une gestion de la tension artérielle difficile qui augmente le risque de chute, de la constipation sévère causant de la douleur abdominale et des délires paranoïdes. Bien qu'il n'y ait pas de danger grave et immédiat, l'équipe médicale croit qu'une hospitalisation est souhaitable pour stabiliser monsieur : il est déjà bien connu que monsieur refuse les ajouts de services et les suivis en externe, ce qui ne permettrait pas une prise en charge optimale dans le contexte. Une hospitalisation permettrait également d'ajuster la médication de monsieur pour le stabiliser tant du côté physique que psychiatrique.
- Dans ce contexte, il est maintenant hospitalisé sous une garde temporaire. Grâce à un milieu structuré où il mange toujours ses 3 repas par jour et dans lequel sa médication lui est donnée, l'équipe médicale et sa fille remarquent une grande amélioration. Après 2 semaines d'hospitalisation, Monsieur a repris du poids. La reprise de la médication de façon régulière a aussi permis la résolution des chutes de la tension artérielle quand il se lève. Sa mobilité s'est grandement améliorée.
- Monsieur accepte de rester à l'hôpital de lui-même (la garde en établissement n'a pas été nécessaire). Il accepte aussi de recevoir une petite dose d'antipsychotiques pour ses délires paranoïdes. N'ayant plus de délires paranoïdes, il accepte un retour à domicile avec l'aide du CLSC et un suivi en clinique externe de gériatrie.

B. Simplification du processus de garde

La notion de garde temporaire, qui remplacera la garde préventive et la garde provisoire, permettra de simplifier un processus actuellement très lourd sur le plan administratif, sans compromettre la qualité des soins offerts aux patients.

Par ailleurs, nous saluons le fait que les infirmières praticiennes spécialisées puissent également autoriser des gardes temporaires. L'AMGQ considère cette mesure comme une avancée importante et un aspect très positif du projet de loi.

C. L'importance de la concertation

Le projet de loi mentionne à maintes reprises l'importance de la mise en place de mécanismes de consultations entre les acteurs afin de coordonner les réponses et afin de partager les connaissances. Cependant, dans la section II, article 13.2, les médecins ne sont pas mentionnés comme pouvant faire partie du processus d'action concerté. D'ailleurs, les médecins gériatres pourraient apporter une expertise complémentaire aux différents intervenants. Cela pourrait entre autres être fait par l'entremise du programme du gériatre répondant qui, nous l'espérons, sera mis en place rapidement.

D. L'importance de la formation

Bien que l'on mentionne l'obligation pour Santé Québec de développer une formation sur le rôle et les responsabilités des intervenants d'un « service d'aide en situation de crise », il serait essentiel de s'assurer que la réalité de la population vieillissante y soit adéquatement représentée. En effet, les profils de personnes présentant des troubles de santé mentale ne sont pas les mêmes que ceux des personnes vivant avec un trouble neurocognitif, des SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence) ou encore ceux qui présentent un délirium.

Par ailleurs, les intervenants des services SAPA (Soutien à l'autonomie des personnes âgées), ceux des SAD (soins à domicile) et les professionnels en intervention psychosociale en maltraitances chez les personnes âgées devraient être inclus dans cette formation, puisque les différents professionnels œuvrant auprès des personnes âgées sont régulièrement confrontés à ce type de situations de crise.

E. Ressources pour la population vieillissante

Avec le vieillissement accéléré de la population au Québec, les besoins en soins et en services sont appelés à croître de façon importante. Or, au cours des dernières années, les investissements pour soutenir adéquatement cette réalité sont demeurés limités.

Les équipes de soutien à domicile (SAD) disposent souvent de ressources insuffisantes et doivent intervenir avec des moyens restreints. De plus, l'offre de services varie considérablement d'une région à l'autre. Par exemple, certaines régions peuvent compter sur des équipes spécialisées en SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence), alors que d'autres n'y ont pas accès. La situation est similaire pour plusieurs programmes de soutien à domicile, dont le Chèque emploi-service, qui a été coupé dans plusieurs CLSC, laissant ainsi les proches aidants avec peu d'alternatives disponibles. Au niveau médical, entre 40-50% des membres de l'AMGQ disent ne pas avoir les ressources physiques, administratives et multidisciplinaires suffisantes afin de pouvoir faire des prises en

charge holistiques et efficaces des personnes âgées de la communauté. Une deuxième ligne plus forte et efficace pourrait aider à mieux prendre en charge des cas de gériatrie complexes notamment les patients qui présentent par exemple des SCPD et d'éviter des visites à l'urgence de même que des hospitalisations.

Le manque de ressources, tant en soutien à domicile qu'en gestion des SCPD, conduit trop souvent à l'hospitalisation des usagers, au recours à une médication inappropriée ou à une mise sous garde en l'absence d'autres solutions disponibles.

Recommandations

- **Recommandation 1 : processus d'action concertée**

Nous suggérons d'élargir le processus de concertation des intervenants désignés afin d'y inclure les médecins. Dans le cas des gériatres, nous espérons la mise en place du projet de gériatre répondant, qui facilitera les échanges avec la première ligne pour la discussion de cas complexes. Une telle collaboration avec les acteurs du terrain pourrait permettre d'optimiser la trajectoire de soins de certaines personnes âgées et de prévenir certaines situations relevant actuellement de la P-38.

- **Recommandation 2 : importance de la formation sur la population âgée**

Il est recommandé que la formation des intervenants en situation de crise inclue un volet spécifique sur la réalité des personnes âgées, notamment les troubles neurocognitifs, les SCPD et le délirium, en collaboration avec les équipes SAPA, SAD et des professionnels en intervention psychosociale en maltraitances chez les personnes âgées, afin d'assurer une meilleure adéquation avec les réalités du terrain.

- **Recommandation 3 : ressources pour le soutien à domicile, la prise en charge en clinique externe et les SCPD**

Un investissement à la hauteur des besoins de la population, incluant le renforcement des programmes de soutien à domicile, la mise en place du modèle du gériatre répondant, des cliniques de gériatrie avec suffisamment de ressources pour gérer les cas complexes et la mise en place d'équipes SCPD à l'échelle nationale, constituerait une façon concrète d'assurer l'accès à des soins appropriés et adaptés et de minimiser l'utilisation des mises sous garde.

Conclusions et résumés des recommandations

En conclusion, l'AMGQ accueille favorablement le projet de loi 23, qui constitue une modernisation importante du cadre légal et une occasion réelle d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées présentant des troubles neurocognitifs ou de santé mentale. Cette réforme s'inscrit dans une approche plus collaborative et mieux adaptée aux réalités du terrain.

Afin d'en maximiser les retombées, l'AMGQ recommande :

- D'élargir la concertation aux médecins gériatres, notamment via le déploiement d'un gériatre répondant;
- D'intégrer un volet spécifique sur la réalité des personnes âgées dans la formation des intervenants en situation de crise;
- De bonifier de façon significative les ressources en soutien à domicile, des cliniques externes spécialisées en gériatrie et de déployer des équipes SCPD à l'échelle nationale.

Ces mesures permettraient d'assurer une mise en œuvre cohérente du projet de loi et d'offrir des soins appropriés, continus et sécuritaires aux personnes âgées du Québec.