

Introduction	3
L'accès aux soins en santé mentale	4
1.1 Les problèmes actuels d'accès aux soins	4
1.2 L'élargissement du critère de dangerosité	5
Les directives psychiatriques anticipées	6
2.1 Une portée limitée	6
2.2 Des difficultés d'application	7
2.3 Des responsabilités trop larges confiées aux intervenants d'un service d'aide en situation de crise	8
Conclusion	10
Rappel des recommandations	10

NOTE : Dans le présent mémoire, le masculin a été préconisé, sans préjudice, afin d'en fluidifier la lecture.

Introduction

La mission du Collège des médecins du Québec est de protéger le public en veillant à une médecine de qualité. Afin d'accomplir cette mission, le Collège est porté par des valeurs d'engagement, de rigueur, de collaboration, d'intégrité et de respect.

Le Collège des médecins du Québec présente ses observations et constats concernant 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*.

Ce projet de loi est au cœur de notre mission de protection du public et commande l'exercice d'équilibre particulièrement délicat d'assurer à la fois la sécurité de la population et la protection des personnes vulnérables.

Le Collège souhaite saluer la volonté du législateur de s'attaquer à cet enjeu complexe et de moderniser le cadre juridique applicable. Les tragédies qui ont marqué le Québec au cours des dernières années, voire des derniers mois, démontrent que le statu quo n'est pas envisageable et que la réflexion à ce sujet doit être menée largement avec toutes les parties prenantes.

Le Collège partage ici ses préoccupations quant aux moyens proposés par le projet de loi pour atteindre ce difficile équilibre, notamment en ce qui concerne leurs effets potentiels sur l'accès aux soins en santé mentale. Il s'agit entre autres de l'élargissement du critère de dangerosité et de l'introduction de directives psychiatriques anticipées. Dans ce mémoire, nous formulons 4 recommandations.

L'accès aux soins en santé mentale

1.1 Les problèmes actuels d'accès aux soins

Le contexte actuel de l'accès aux soins et services en santé mentale demeure intrinsèquement lié aux dispositions proposées dans le projet de loi 23. Il est essentiel d'analyser ces mesures au regard des problématiques persistantes liées à l'accès aux soins, étant donné que l'adoption du projet de loi 23 ne permettra pas, à elle seule, de résoudre l'ensemble des enjeux existants en santé mentale.

Le Collège a pris connaissance du rapport final de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ)¹, visant à documenter l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38). Des recherches exhaustives, une vaste consultation et un sondage auprès de la population font émerger des constats qui mettent en lumière des enjeux persistants.

Les portes tournantes

Les travaux menés par l'IQRDJ soulèvent des lacunes importantes dans l'organisation et l'accessibilité des soins et services en santé mentale. On pense notamment à l'insuffisance des dispositifs de prévention en amont des crises, de même qu'aux difficultés persistantes à mobiliser quand il le faut les ressources existantes.

Les délais d'accès, la disponibilité limitée des soins et services, ainsi que la fragmentation des trajectoires de soins réduisent la capacité du réseau à intervenir précocement auprès des personnes en détresse. C'est alors qu'on recourt aux dispositions de la loi P-38, qui devient dès lors, par défaut, un mécanisme central d'accès au système de santé mentale. C'est aussi un point de retour récurrent surnommé « les portes tournantes », car le manque de services freine le suivi

de la personne ayant fait l'objet d'une intervention forcée.

Ces constats de l'IQRDJ mettent en lumière que le recours à la garde en établissement se veut souvent une réponse institutionnelle contrainte par l'absence d'alternatives pour une prise en charge préventive (accompagnement soutenu ou interventions graduées), plutôt qu'un choix clinique optimal. Ils démontrent que le manque de ressources intermédiaires adaptées aux besoins des populations vulnérables (en situation d'itinérance, aînées, aux prises avec des dépendances, etc.) conduit à la médicalisation et à la judiciarisation de problématiques relevant davantage d'autres services – de première ligne et spécialisés – à domicile et dans la communauté. Par conséquent, les personnes concernées demeurent exposées à une rechute et sont souvent contraintes de réintégrer le réseau.

Le projet de loi 23 vise à mettre fin à ce cercle vicieux en intervenant plus tôt, afin de prévenir des drames, de réduire le recours à des mesures coercitives et d'améliorer l'accompagnement des personnes concernées et de leurs proches.

Le Collège est d'avis que l'atteinte des objectifs du projet de loi 23 dépend du renforcement de l'accessibilité, de la continuité et de la complémentarité des services tout au long du parcours en santé mentale, dans une démarche axée sur la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et le respect de l'autonomie.

Il est légitime de vouloir intervenir plus tôt, soit avant qu'un danger ne se matérialise. Toutefois, le recours aux mécanismes prévus dans la loi P-38 et visés par le projet de loi 23 doit demeurer exceptionnel et il ne peut se substituer à la nécessité d'agir en amont par la prévention et un meilleur accès aux soins et services en santé mentale. À défaut de résoudre ces enjeux et

malgré la réforme projetée, la loi P-38 continuera de s'appliquer et d'être instrumentalisée afin de répondre aux défaillances actuelles du réseau, au détriment de tous.

1.2 L'élargissement du critère de dangerosité

L'élargissement du critère de dangerosité proposé par le projet de loi 23 soulève des enjeux spécifiques concernant sa mise en application, notamment en ce qui a trait à ses répercussions concrètes sur le réseau de la santé et des services sociaux. Cette modification pourrait entraîner une augmentation du nombre de personnes assujetties aux mécanismes de garde, accentuant ainsi la pression sur des ressources cliniques déjà fortement sollicitées dans le cadre du régime légal actuel.

Les données les plus récentes, datant de mars 2026, mettent en évidence le recours important aux mesures prévues par la loi P-38. Durant de l'exercice 2023-2024, 19 106 personnes ont été placées sous garde préventive. En 2024 seulement, 14 945 demandes d'évaluation psychiatrique ou de garde en établissement ont été soumises à la Cour du Québec². Ces statistiques se réfèrent au critère actuel de dangerosité établi par la loi P-38, lequel est plus restrictif que celui proposé dans le projet de loi 23.

Risque d'engorgement

De l'avis du Collège, l'élargissement du critère de dangerosité risque d'entraîner une augmentation du nombre de mises sous garde. Les ressources en santé mentale étant déjà fortement sollicitées, une telle augmentation pourrait engorger le système et aggraver les difficultés actuelles d'accès aux soins et services.

Il est primordial que la mise en œuvre du projet de loi 23 s'accompagne de mécanismes rigoureux permettant d'en évaluer les effets concrets. Conformément aux recommandations de l'IQRDJ, il convient d'établir un processus assurant la surveillance et l'application adéquates de la loi.

Une attention particulière devra être portée à l'évolution du nombre de placements sous garde, à l'impact sur l'accès aux soins et services en santé mentale, ainsi qu'à l'utilisation des ressources cliniques. Cette démarche permettra de vérifier si les mesures instaurées par le projet de loi produisent des résultats conformes aux attentes et d'éviter toute conséquence indésirable.

L'amélioration de l'accès aux soins, la continuité des suivis et la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins des personnes concernées sont des conditions essentielles pour prévenir les situations de danger, réduire le recours à la contrainte et éviter que l'élargissement du critère de dangerosité pallie, par la garde, les lacunes persistantes en matière d'accès aux soins et services en santé mentale. Sinon, en l'absence d'investissements et de ressources additionnelles, le projet de loi 23 pourrait aggraver les difficultés actuelles d'accès aux soins et services.

Recommandation 1

Le Collège recommande des investissements soutenus en santé mentale pour renforcer l'accès aux soins et services, la continuité des soins et la capacité du réseau en première ligne, dans les services spécialisés et les ressources intermédiaires, de manière à répondre adéquatement aux besoins des personnes concernées, à atteindre les objectifs du projet de loi 23 et à circonscrire le recours aux mesures coercitives.

Recommandation 2

Le Collège recommande que l'entrée en vigueur du projet de loi 23 soit accompagnée de mécanismes structurés pour surveiller et évaluer ses impacts sur le nombre de mises sous garde, sur l'accès aux soins et services en santé mentale, ainsi que sur l'utilisation des ressources cliniques.

Le Collège reconnaît la volonté du législateur de préserver les principes fondamentaux d'autonomie et de liberté de choix lorsque vient le temps, pour une personne, de consentir à recevoir des soins de santé ou de les refuser. Ce sont d'ailleurs ces principes qui servent de fondements aux directives médicales anticipées (DMA) prévues dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*, qui ont une valeur contraignante.

Les directives anticipées permettent à une personne d'accepter ou de refuser, à l'avance, certains soins requis par son état de santé au cas où elle deviendrait inapte à y consentir alors qu'elle se retrouverait dans une situation clinique particulière, comme en situation de fin de vie ou d'atteinte sévère et irréversible de ses fonctions cognitives. Ces directives psychiatriques anticipées (DPA) s'inspirent effectivement de celles sur les soins de fin de vie puisqu'elles permettraient aux personnes inaptes, de façon temporaire en raison d'un trouble mental, de consentir à l'avance aux soins qui seront requis par leur état mental.

2.1 Une portée limitée

L'ajout des DPA dans le projet de loi vise à garantir le respect des droits, de l'autonomie et de la volonté de chaque personne, même si sa capacité à consentir à des soins ou à les refuser est momentanément affectée par un problème de santé mentale. Le Collège soutient cette initiative, puisque le consentement libre et éclairé est un principe essentiel à la pratique médicale.

Le cinquième rapport de l'IQRDJ précise que des études internationales démontrent que les mesures anticipées permettent de réduire de 25 à 30 % le recours aux hospitalisations forcées et à la contrainte, et favorisent l'utilisation efficiente des ressources cliniques et sociales. Ces mesures sont de nature à renforcer la relation de confiance entre la personne, son entourage et les professionnels et intervenants. En cas de recours à une DPA, il sera essentiel de tout mettre en œuvre pour obtenir la collaboration de la personne par la discussion et l'établissement d'une relation d'aide positive, qui sont souvent possibles même en situation d'atteinte de l'état mental. Le Collège ne peut que réitérer que le recours à la loi P-38 doit demeurer exceptionnel.

Le Collège estime cependant que les DPA ne pourraient bénéficier qu'à un faible nombre de patients, jouissant d'une bonne autocritique face à leur maladie, disposant d'un bon réseau et d'une prise en charge ou d'un accompagnement par divers professionnels et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Malheureusement, cela ne représente pas la majorité des cas en situation de dangerosité admis en établissement contre leur gré pour y recevoir des soins et traitements.

D'ailleurs, nous soulignons le contexte de vulnérabilité et de précarité qui peut s'ajouter au portrait parfois complexe d'une personne atteinte d'un trouble mental, par exemple des problèmes de consommation ou une situation d'itinérance. Ce contexte peut avoir un impact considérable sur la capacité d'autocritique de cette personne face à sa maladie et sur sa volonté de se prévaloir d'une DPA ou de révoquer une DPA si son aptitude à consentir aux soins n'est pas compromise.

Illustration d'un cas de révocation d'une DPA

Pour illustrer la complexité liée à l'application d'une DPA, prenons le cas d'une personne en phase dépressive, impulsive ou maniaque, mais restant apte à consentir aux soins. Cette personne pourrait révoquer sa DPA juste avant une crise susceptible de poser un risque nécessitant l'intervention selon la loi P-38. Le professionnel de la santé accompagnant la révocation doit seulement attester que la capacité de consentir n'est pas altérée au moment présent, bien qu'elle puisse l'être sous peu. Ce scénario met en évidence que si les DPA représentent une avancée visant à respecter les volontés relatives aux traitements, leur portée demeure limitée et leur applicabilité peut être sujette à discussion.

Nécessité d'un diagnostic

Nous entrevoyons une autre limite importante à la portée de ce mécanisme d'anticipation des volontés, soit celle prévue au paragraphe 2 du nouvel article 13.14 de la loi P-38. Il précise que pour formuler une DPA, la personne doit avoir reçu un diagnostic pour le trouble mental avec lequel elle vit et qui peut mener de façon temporaire à consentir aux soins. Or, en raison des difficultés d'accès aux soins et services en santé mentale, de nombreuses personnes vivant avec un trouble mental n'ont jamais reçu de diagnostic formel, qu'elles soient en situation de précarité ou non, et ce pour diverses raisons : isolement, manque de soutien, ressources limitées.

Ainsi, les personnes qui n'ont pas reçu de diagnostic formel – et qui représentent déjà une part importante de la patientèle à l'égard de laquelle les mesures prévues dans la loi P-38 sont appliquées – ne pourront pas se prévaloir des DPA. Rappelons que le régime actuel de la loi P-38 ne repose pas sur l'existence ou non d'un trouble mental diagnostiqué, mais sur la présence d'un état mental présentant un danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui. Dans ces conditions, les DPA ne pourront, dans de nombreux cas, constituer une véritable alternative à une garde forcée ou à une ordonnance de soins.

Transport

Enfin, le Collège souligne que le transport d'une personne en établissement n'est pas un soin en soi. En conséquence, le Collège s'interroge sur la pertinence d'intégrer cet élément dans le régime des DPA. Le fait de transporter une personne vers un établissement n'est qu'un corollaire de la DPA, en vue de lui prodiguer les soins auxquels elle a préalablement consenti.

2.2 Des difficultés d'application

Parallèle avec les DAAMM

Les DPA introduites par le projet de loi 23 s'inspirent grandement des demandes anticipées d'aide médicale à mourir (DAAMM) prévues à la *Loi concernant les soins de fin de vie* : par exemple, l'assistance d'un professionnel de la santé pour décrire les signes et les symptômes liés au trouble mental avec lequel la personne vit et qui peuvent constituer une indication de son inaptitude à consentir aux soins; la possibilité de désigner un tiers de confiance; les fonctions attribuées à divers intervenants lors de la surveillance de signes et de symptômes identifiés; et le versement des DPA dans le registre établi à cette fin.

Depuis l'introduction des DAAMM à l'automne 2024, le Collège reçoit en continu de nombreux commentaires du public et de professionnels de la santé, soulevant des préoccupations relatives à leur éventuelle applicabilité, notamment quant aux manifestations cliniques énoncées dans la demande. Par exemple, qu'advient-il des signes et symptômes liés au trouble mental, qui peuvent d'ailleurs varier en fonction de divers facteurs externes, comme l'usage de substances, et qui servent d'éléments précurseurs à l'applicabilité des DPA?

D'autres témoignages portent sur la difficulté à trouver un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) à l'aise à porter assistance à la personne souhaitant formuler une DAAMM. Le Collège craint des écueils similaires avec les DPA,

de sorte qu'il soit difficile de les appliquer et de s'en prévaloir. Considérant les enjeux d'accès à des soins et services en santé mentale, nous pouvons nous interroger sur la possibilité, pour une personne en situation d'itinérance atteinte d'un trouble mental, d'avoir accès à un professionnel de la santé pouvant l'assister dans la formulation de DPA.

Refus catégorique

Nous anticipons également des enjeux avec la question du refus catégorique, qui rendrait inapplicable la DPA, par opposition à une résistance aux soins qui pourrait découler de l'état de santé de la personne. Il peut être parfois délicat et difficile, en contexte de soins de fin de vie, d'exclure la possibilité qu'il s'agisse d'un refus catégorique ou non. En contexte d'enjeu de santé mentale, c'est tout autre chose lorsque la personne est en crise, se débat et indique clairement un refus de soins ou une volonté de révoquer ses DPA.

Campagne de sensibilisation

Du côté des DMA, bien qu'elles s'appliquent dans des circonstances bien précises et qu'elles visent 5 soins médicaux, elles sont encore méconnues et très peu utilisées plus de dix ans après leur mise en vigueur.

Nous sommes d'avis que la mise en place d'une campagne de sensibilisation et d'information concernant les DPA est essentielle, pour éviter une sous-utilisation encore plus marquée de ce mécanisme qui soulève déjà de sérieux doutes quant à sa portée.

Registre

Le Collège souligne enfin des difficultés importantes d'accès au registre des DMA, dont les mêmes sont à anticiper pour les DPA. Actuellement, le registre géré et opéré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'est accessible qu'à certains professionnels, dont les médecins et infirmières, comme prévu au *Règlement sur les modalités d'accès au registre des directives médicales anticipées et des demandes anticipées d'aide médicale à mourir et*

son fonctionnement. La marche à suivre pour une autorisation d'accès peut parfois s'avérer fastidieuse, tout comme la consultation du registre.

Comme les DPA seront utilisées notamment en contexte d'urgence, de crise ou d'enjeu relié à l'état mental, pour lesquels des soins seraient requis, comme c'est souvent le cas lors du recours à la loi P-38, le Collège s'interroge quant à leur réelle utilisation.

2.3 Des responsabilités trop larges confiées aux intervenants d'un service d'aide en situation de crise

Les dispositions du projet de loi 23 relatives aux DPA attribuent de nouvelles responsabilités aux intervenants des services d'aide en situation de crise. Ces responsabilités soulèvent d'importantes préoccupations quant à leur portée, à leur faisabilité et surtout quant à leur conformité au cadre législatif applicable en matière professionnelle.

Le projet de loi prévoit, dans le contexte d'un transport contre le gré d'une personne ayant formulé des DPA, que l'intervenant d'un service d'aide en situation de crise ou le professionnel de la santé doit notamment, avant de demander un transport, s'assurer que la personne est inapte à consentir aux soins en raison de son trouble mental. Cette exigence suppose une évaluation de l'aptitude à consentir aux soins, qui est une appréciation clinique complexe. Dans l'état actuel du droit, l'évaluation de l'état de santé mentale et de l'aptitude relève d'activités réservées au sens du *Code des professions* et ne peut être effectuée que par les professionnels de la santé habilités.

À moins d'être un professionnel de la santé habilité ou d'être autrement autorisé par la loi, l'intervenant d'un service d'aide en situation de crise ne peut procéder légalement à de telles évaluations. À cet égard, la définition « d'intervenant d'un service d'aide en situation de crise », prévue à l'article 8 du projet de loi 23, porte à croire que ces personnes ne sont pas nécessairement des professionnels de la santé habilités.

De plus, l'article 10 du projet de loi confie également à ces intervenants plusieurs autres responsabilités dans la mise en œuvre des DPA. Elles incluent notamment de vérifier les volontés consignées aux DPA lorsqu'un changement dans l'état de santé de la personne est constaté et pourrait influencer leur application (nouvel article 13.21); de consulter le registre des DPA lorsque l'intervenant constate l'inaptitude de la personne (nouvel article 13.22); et de déterminer si la personne est inapte à consentir aux soins ou en voie de le devenir (nouvel article 13.23).

Encore une fois, ces responsabilités impliquent des évaluations cliniques liées à l'aptitude et à l'état de santé mentale de la personne. Elles excèdent les fonctions et les compétences des intervenants, qui ne sont pas des professionnels de la santé et ne disposent pas de l'habilitation légale nécessaire pour effectuer ces évaluations.

Dans ce contexte, le Collège s'inquiète que le projet de loi 23 attribue aux intervenants des services d'aide en situation de crise des responsabilités contraires au régime des activités réservées prévu au *Code des professions*, ce qui soulève de sérieux enjeux de légalité et de protection du public. En confiant ces responsabilités à ces intervenants, le projet de loi crée non seulement une confusion quant aux rôles et responsabilités des différents acteurs appelés à intervenir, mais il expose également les personnes visées et ces intervenants à des risques importants.

Le Collège s'attend à ce que le législateur revoie ces dispositions afin de circonscrire clairement les responsabilités des intervenants des services d'aide en situation de crise et s'assure que toute activité d'évaluation clinique relevant d'une activité réservée soit exclusivement exercée par des professionnels de la santé légalement habilités à le faire.

Recommandation 3

Le Collège recommande que les DPA fassent l'objet d'une étude plus approfondie avant d'être déployées, afin de mettre en place les conditions favorables à leur application et de mieux évaluer les retombées.

Recommandation 4

Le Collège recommande que le législateur revoie les dispositions relatives aux DPA afin de circonscrire les responsabilités des intervenants des services d'aide en situation de crise et de s'assurer que toute évaluation clinique relevant d'une activité réservée est exclusivement exercée par des professionnels de la santé légalement habilités à le faire.

Conclusion

Le Collège réitère son appui à la volonté du gouvernement de moderniser le cadre législatif applicable en matière de garde en établissement et d'intervention en contexte de dangerosité. Il est toutefois d'avis que le projet de loi risque de rater sa cible s'il ne s'accompagne pas d'investissements importants en santé mentale, d'autant plus que le système peine déjà à répondre à la demande et que l'élargissement du critère de dangerosité pourrait entraîner une augmentation du nombre de mises sous garde. Dans cette optique, des mécanismes devront être déployés afin de mesurer les effets du projet de loi et d'en évaluer l'application sur le terrain.

Par ailleurs, si les directives psychiatriques anticipées constituent une mesure intéressante pour favoriser l'autonomie et, dans certains cas, pour éviter le recours à des mesures contraignantes, le Collège entrevoit plusieurs difficultés quant à leur mise en œuvre et à leur applicabilité. Il estime, avant tout, que des conditions favorables devront être mises en place afin d'en soutenir le déploiement, tout en respectant le cadre juridique prévu au *Code des professions*.

Le Collège demeure disponible pour contribuer à l'atteinte des objectifs poursuivis, dans le respect des droits des personnes concernées et de la protection du public.

Rappel des recommandations

Recommandation 1

Le Collège recommande des investissements soutenus en santé mentale pour renforcer l'accès aux soins et services, la continuité des soins et la capacité du réseau en première ligne, dans les services spécialisés et les ressources intermédiaires, de manière à répondre adéquatement aux besoins des personnes concernées, à atteindre les objectifs du projet de loi 23 et à circonscrire le recours aux mesures coercitives.

Recommandation 3

Le Collège recommande que les DPA fassent l'objet d'une étude plus approfondie avant d'être déployées, afin de mettre en place les conditions favorables à leur application et de mieux en évaluer les retombées.

Recommandation 2

Le Collège recommande que l'entrée en vigueur du projet de loi 23 soit accompagnée de mécanismes structurés pour surveiller et évaluer ses impacts sur le nombre de mises sous garde, sur l'accès aux soins et services en santé mentale, ainsi que sur l'utilisation des ressources cliniques.

Recommandation 4

Le Collège recommande que le législateur revoie les dispositions relatives aux DPA afin de circonscrire les responsabilités des intervenants des services d'aide en situation de crise et de s'assurer que toute évaluation clinique relevant d'une activité réservée est exclusivement exercée par des professionnels de la santé légalement habilités à le faire.

- 1 Rapport 5 de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice, déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux et portant sur l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38), disponible au <https://iqrdj.ca/cpt-posts/etude-sur-la-p-38/>.
- 2 [Conférence de presse](#) de Sonia Bélanger, ministre de la Santé, de Simon Jolin-Barrette, ministre de la Justice, et de Shirley Dorismond, adjointe parlementaire de la ministre responsable des Services sociaux, tenue le mardi 24 mars 2026.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

1250, boul. René-Lévesque O., Bur. 3500
Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

cmq.org

ISBN 978-2-924674-52-9