

# L'application de la Loi P-38 sur le territoire de la Montérégie : observations dans le cadre hospitalier et judiciaire

Mémoire soumis par

**Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM)**

Dans le cadre de la consultation de l'Institut québécois de la Réforme  
du Droit et de la Justice (IQRDJ) à l'égard de l'application de la Loi sur la  
protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour  
elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001)



Décembre 2024

## **Collectif de défense des droits de la Montérégie**

1295 ch. De Chambly (siège social)

Longueuil (Québec) J4J 3X1

450 674-2410

<https://www.cddm.qc.ca/>

<https://www.facebook.com/CDDMpage>

### **Rédaction :**

David-Alexandre Grisé, coordonnateur

### **Collaboration à la rédaction :**

Bineta Fall, Chargée de projet P-38

Nous souhaitons remercier l'Institut québécois de la Réforme du Droit et de la Justice (IQRDJ) pour leur ouverture et leur excellent travail bien documenté jusqu'à maintenant.

**« On peut trouver que le préjudice n'est pas grand, puisqu'après tout, la requérante ne souffre pas, sinon de cette privation de liberté, de son séjour à l'hôpital, en ce sens qu'on ne lui inflige là aucun mauvais traitement physique. On ne doit cependant pas sous-estimer la gravité intrinsèque de la privation de liberté : c'est peut-être pour son «bien» qu'on confine ainsi la requérante, mais ce n'est pas son choix et, dans la mesure où elle ne fait pas l'objet d'un régime de protection et peut encore légalement décider pour elle-même, il y a préjudice grave.»**

*Juge Marie-France Bich  
Cour d'appel du Québec*

## **Présentation l'organisme**

Le Collectif de défense des droits de la Montérégie (ici nommé CDDM) est un organisme communautaire mis sur pied en 1989 par des personnes concernées et convaincues de la nécessité de se regrouper pour faire valoir les droits des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale.

L'organisation est membre de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), ainsi que du Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ).

## **Mission :**

Le CDDM est un organisme communautaire à but non lucratif offrant aide et accompagnement en promotion et respect des droits aux personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale.

Le Collectif est aussi :

- Un groupe alternatif en santé mentale,
- Un groupe de revendication et de changements sociaux,
- Un groupe de mobilisation appliquant les principes d'éducation populaire autonome.

## **Objectifs :**

Agir face aux pratiques et aux politiques qui vont à l'encontre des droits de la personne en défendant les individus ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale.

- Aider les personnes à se défendre par elles-mêmes;
- Informer et accompagner les personnes qui désirent porter plainte ou exercer un droit;
- Regrouper toute personne de la Montérégie concernée par la défense des droits des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale;
- Collaborer avec tout organisme ou individu ayant des préoccupations similaires.

## Première partie : Prémisse et vision globale

### ***Considérations sociologiques des interventions en santé mentale au Québec***

En vigueur depuis 1998, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (P.38.001)* venait compléter les nouvelles dispositions du Code civil sur la garde en établissement en encadrant le processus. Cette Loi fait l'observation de plusieurs changements importants, notamment :

- Avec l'apparition de l'évaluation d'un intervenant (potentiel et non obligatoire) en situation de crise avant le transport de la personne à l'hôpital par un agent de la paix;
- Un changement de vocabulaire et de concept qui distinguait les soins (jadis la cure) à celle de la garde forcée;
- En faisant état de l'état mental de la personne plutôt que de la simple évocation d'un diagnostic psychiatrique;
- En balisant, finalement, les procédures et les délais associés à la garde contre le gré des personnes dans une optique nettement plus restreinte et sous le couvert de l'implication de jugement de cour nécessaire.

Comme en témoigne le sociologue Marcelo Otero, la nouvelle Loi P-38 (LPP) suggère, théoriquement, une forme de désinstitutionnalisation, un nouveau territoire d'application de la « gestion du risque » et surtout un élargissement des sphères de pratiques qui entourent les personnes dites « dangereuses ».

*À l'instar de la Loi de protection du malade mental, la nouvelle Loi P-38 fait de sorte que ces dernières, « ne s'inscrivent pas de manière nette dans le registre d'intervention du système de santé (physique et mentale), de protection sociale (pauvreté, chômage, employabilité, etc.) ou de sécurité (police, tribunaux, service correctionnel) présentant ainsi de sérieuses questions à la fois théoriques et pratiques. (...) Ces populations, bien réelles, mais difficiles à catégoriser, incarnent certaines lignes de faille de la socialité contemporaine qu'on pourrait définir dans une première approche comme ce psychosocial en danger, dangereux et dérangeant qui pose problème. (...) C'est-à-dire, ce (nouveau) psychosocial perçu et défini comme problématique vis-à-vis duquel plusieurs stratégies d'intervention (policières, médicales, sociales, communautaires, etc.) sont mobilisées parce qu'on a affaire à un danger (réel ou présumé) ou encore à un comportement qui dérange<sup>1</sup> ».*

En d'autres mots, le territoire social et son champ d'interventions psychosociales des mesures de prévention à toute judiciarisation des personnes sont depuis la nouvelle réalité et le nouveau territoire (nous sortons les personnes du milieu psychiatrique). Les réorientations proposées par la LPP se devaient de mettre en branle de nouvelles pratiques collaboratives avec de nouveaux

---

<sup>1</sup> Otero, M. (2007). Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 51–78. <https://doi.org/10.7202/016932ar>

acteurs d'interventions variées et concertées. La définition du problème aura évolué par le fait même...

Cependant, que ce soit sur le territoire de la Montérégie ou ailleurs au Québec, les mêmes difficultés, obstacles et débats ont été constatés depuis l'établissement de la Loi :

- Les problèmes de définition de la dangerosité (restreinte ou élargie) toujours au cœur de tractations à ce jour;
- Concurrence des champs de pratiques et des pouvoirs d'intervention entre le corps médical des nouveaux intervenants de crise, policiers, ambulanciers et du milieu communautaire;
- Multiplication des interventions policières à saveur psychosociale au cours des dernières décennies et déploiement tardif d'équipes et de pratiques mixtes. À ce propos, les premières équipes mixtes n'ont vu le jour qu'en 2012 seulement sur le territoire de la Montérégie<sup>2</sup>;
- Implantation et financement plus que tardifs et insuffisants des services de crise 24/7;
- Apport de la psychiatrie légale et influence de cette dernière sur la jurisprudence de manière à redéfinir les critères de la dangerosité;
- Non-respect procédural de la Loi tant au niveau du milieu hospitalier que du milieu judiciaire. Globalement, ce qui aura motivé et bousculé les 2 milieux, ce sont surtout les jugements de la Cour d'appel du Québec;
- D'un « modèle québécois » mis en péril à l'égard d'une desserte d'aide, d'accompagnements et de services sur le territoire québécois, dans la mesure où ce dernier s'est toujours composé d'une première ligne qui intègre les organisations communautaires tout en constatant leur institutionnalisation progressive au fil du temps ainsi que leur professionnalisation;
- Du non-respect du **caractère exceptionnel** de l'application de la Loi dans le cadre des divers champs d'interventions qui se démontre autant par le nombre de requêtes en la matière élevé, mais aussi à l'égard de la proportion presque toujours favorable des jugements de la cour en leur faveur de ces dernières.

---

<sup>2</sup> Sorel-Tracy magazine, 20 juin 2012. <https://www.soreltracy.com/2012/juin/20j2.html>

### ***La désinstitutionnalisation a-t-elle (réellement) eu lieu?***

Ce dernier point soulève une nouvelle observation pour vous lecteurs. Comme nous le savons, la désinstitutionnalisation en santé mentale a commencé dans les années 1960 au Québec et cette dernière visait à transférer les soins des hôpitaux psychiatriques vers des services communautaires et ambulatoires. Cette dernière, largement documentée, a fait miroiter des trajectoires de vie, mais aussi diverses insuffisances et résistances associées à cette vague de changements. À terme, les résultats de la désinstitutionnalisation ont varié selon les pays et les régions, avec des succès et des défis différents.

Plusieurs décennies plus tard, certains auteurs et historiens suggèrent une relecture encore plus critique de ce virage et témoignent ni plus ni moins d'un **mythe de la désinstitutionnalisation**<sup>3</sup>. Les auteurs argumentent que malgré les intentions positives, la désinstitutionnalisation n'a pas complètement réalisé ses promesses, souvent en raison de la persistance des structures asilaires et des défis dans la mise en place de services communautaires adéquats.

D'autant plus, nous pouvons alléguer, tout comme ces auteurs, que ces avancées n'ont pas porté le **changement de culture profond et nécessaire dans le respect des droits en santé mentale et des objectifs de l'époque** tandis que des enjeux de pouvoirs, organisationnels et même économiques dans certains milieux auront primé dans ces sphères de pratiques bien avant ceux des droits individuels des personnes qui vivent avec un défi de santé mentale.

Qui plus est, les médias nous auront témoigné d'une **vague de fond vers une possible réinstitutionnalisation** des personnes à travers ces cas de « faits divers », d'autres vraiment tragiques, et plus récemment, en rapport avec les nouvelles réalités en matière d'itinérance, de toxicomanie et de cette santé mentale « dangereuse et souvent dérangeante ». Le retour à des formes d'institutionnalisation est un sujet de débat qui a lieu présentement, avec des arguments pour et contre en termes de qualité des soins et de respect des droits des patients, mais sur des lignes de **tension contradictoires entre les libertés individuelles des personnes vs la sécurité publique ou du reste de la société ambiante**.

Pour nous, il est sans équivoque qu'une « possible réforme » de la loi se déploie dans un contexte social de « panique morale », de l'abandon progressif, mais constant des programmes sociaux par les gouvernements successifs, d'une réponse politique nécessaire et contemporaine à des événements tragiques ainsi qu'à des jeux d'influences de fond nommés précédemment.

---

<sup>3</sup> La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle, Alexandre Klein, Hervé Guillemain et Marie-Claude Thifault (dir.). Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018, 235 p.

**Nous intervenons aujourd’hui en affichant notre biais, et ce en fonction de notre mandat et notre mission. Nous le ferons de la même manière que le fit le ministre Carmant lorsqu’il aura affiché son biais favorable au « modèle ontarien » devant l’audience des juristes présents lors du Colloque de formation du Barreau du 2 février 2023, auquel nous étions à titre de présentateurs d’une recherche sur les autorisations judiciaires de soins. Ce dernier ayant quitté avant notre présentation vu son horaire chargé.**

### ***La santé mentale et la santé publique, les parents pauvres de la santé et des services sociaux au Québec.***

Bon nombre d’associations et regroupements sollicitent nos gouvernements successifs afin de souligner les manques criants en matière de financement des organisations publiques et communautaires offrant une dispense d’aide et de services en santé mentale. **La majorité d’entre elles préconisent des approches de nature préventive (vs curatives, hospitalières et exclusivement médicales), plus orientées sur les déterminants sociaux de la santé (mentale) ainsi qu’à la mise en place de moyens variés, adaptés et personnalisés afin de pallier les enjeux de santé mentale de la population, et la littératie est considérable en ce sens.**

Rappelons qu’en 2024, la part du budget pour la santé mentale par rapport à l’ensemble des dépenses de programmes en santé et services sociaux au Québec ne représente que 6,28%<sup>4</sup>.

La santé publique a repris le devant de la scène au début de la pandémie de COVID-19, mais depuis la Seconde Guerre mondiale, elle avait largement été reléguée à l’arrière-scène des considérations politiques entourant les questions de santé.

Plus récemment, au Québec, l’austérité budgétaire imposée par le gouvernement Couillard a entraîné une diminution en valeur absolue du financement de la santé publique. Ce dernier est passé de 458 millions de dollars à 418 millions entre 2014 et 2019.

**Dépenses en santé publique par rapport à l’ensemble des dépenses de programmes, Québec, 2014-2023**



<sup>4</sup> Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes, Eve-Lyne Couturier, IRIS, 2024

<https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante>

mentale/#Loffre\_de\_soins\_en\_sante\_mentale\_dans\_le\_secteur\_public

Tableau 1 : Dépenses en santé publique par rapport à l’ensemble des dépenses de programmes, INSPQ



Ce n'est qu'avec la pandémie que le budget de la santé publique a été renforcé, mais on peut voir au graphique que l'évolution des dépenses de ce programme n'a tout de même pas suivi celle de l'ensemble des dépenses de programmes dans la dernière décennie. En ce moment, les dépenses de santé publique sont 40 fois inférieures au reste des dépenses de programmes du MSSS.

Une partie des raisons pour lesquelles la santé publique est l'enfant pauvre du MSSS vient du fait qu'une fois ses recommandations faites, plusieurs des mesures de santé publique sont enchâssées dans les lois et mises en application par nos institutions sans qu'elles soient constamment inscrites sous la rubrique de la santé publique. Nous pouvons penser aux lois concernant la santé et la sécurité au travail, la salubrité des logements, les différents polluants, l'affichage des risques sur les produits dangereux, l'ajout de nutriments à des produits alimentaires de base, etc.

Finalement et de manière inquiétante, **il semble que le financement en santé publique en Montérégie s'avère être le plus faible sur l'ensemble du territoire québécois.** Ce qui n'augure en rien bien<sup>5</sup>.

Il faut savoir que même en disposant d'immenses moyens et en articulant des approches préventives, il peut paraître illusoire ou utopique de considérer une société au risque zéro ainsi que de répondre de tous les besoins psychiques de la population québécoise. Nonobstant, **cet idéal collectif doit et peut profiter à l'ensemble de la population québécoise**, le tout dans l'espoir de nous préserver des coûts économiques et sociaux que peut engendrer l'institutionnalisation des personnes dans les milieux de santé ainsi que de leur judiciarisation.

## **RECOMMANDATION :**

**Nous abondons dans le sens des nombreuses associations qui militent en faveur d'un meilleur financement des organisations et programmes de santé (mentale et publique) ainsi que les organisations communautaires qui s'avèrent être la première ligne des répondants.es aux besoins et réalités variées de la population québécoise. Le tout dans l'espoir d'économies systémiques et afin d'en éviter les coûts sociaux sur l'ensemble de la population.**

**Tout comme d'autres regroupements, nous faisons le constat que le milieu communautaire fait partie intégrante du modèle québécois et que si ce dernier s'effrite, les retombées sur les services publics ne seront qu'exacerbées**

---

<sup>5</sup> Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services Sociaux entre 2004 et 2019 (2021RP-09), Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2021, Collections de BAnQ

## ***Du territoire en question : La Montérégie***

### **Caractéristiques principales :**

- **Superficie** : Environ 11 110 km<sup>2</sup>
- **Population** : Environ 1,5 million d'habitants, ce qui en fait la deuxième région la plus peuplée du Québec après Montréal
- **Principales villes** : Longueuil, Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Hyacinthe, Brossard, et Châteauguay

### **9 Centres hospitaliers :**

Longueuil (2), St-Jean-sur-Richelieu, Salaberry-de-Valleyfield, Ormstown, Vaudreuil-Dorion, Châteauguay, Saint-Hyacinthe, Sorel-Tracy

En Montérégie, environ 45 organismes communautaires<sup>6</sup> sont financés à même le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et ont pour mission des enjeux de santé mentale :

- **5 organisations ou associations de parents et amis**
- **2 centres de prévention du suicide**
- **5 centres de crise**
- **3 organismes de promotion et de prévention en santé mentale**
- **1 organisme régional de promotion et de défense des droits**
- 1 regroupement régional en santé mentale

Les autres organisations du territoire ont pour mandat notamment: la prévention, l'écoute et le soutien, le suivi d'intensité variable ou psychosocial, l'hébergement et l'entraide. Nous pouvons toutefois nous questionner sur les rayonnements respectifs des organisations (**en gras**) sur l'ensemble du territoire en lien avec l'application de la LPP. En apparence, c'est peut-être trop peu.

### ***Points à noter : Les disparités géographiques***

Les régions rurales et éloignées, y compris certaines parties de la Montérégie, peuvent faire face à des **défis supplémentaires en termes d'accès aux services de santé mentale**. La mixité des régions urbaines densifiées à d'autres, rurales, nous ouvre sur des besoins d'adaptations aux réalités particulières et à des **dynamiques entre les grands centres à l'égard de leurs périphéries respectives**. Les grands centres s'observant comme des pôles de services, ils attirent les personnes en situation de vulnérabilité en fonction de leurs besoins et particularités.

---

<sup>6</sup> <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/psoc/#liste>

## **RECOMMANDATIONS :**

**Ne pas laisser de populations orphelines, et ce par le financement adéquat des programmes de transport collectif afin de favoriser l'accès aux services des personnes;**

**Financer adéquatement les organisations à vocation régionale afin que ces dernières puissent avoir accès aux personnes, même éloignées;**

**Financer adéquatement les organisations des grands centres afin qu'elles puissent répondre aux besoins des personnes vulnérables, toujours de plus en plus nombreuses dans ces milieux de vie;**

**Déployer des services de crise et de prévention du suicide sur l'ensemble du territoire de la Montérégie;**

**Adopter une vision beaucoup plus large de « la crise » afin d'accueillir des personnes au-delà de la crise suicidaire;**

**Nous recommandons l'implantation d'équipes mixtes sur l'ensemble du territoire ainsi qu'une collaboration entre les services policiers et les intervenants de crise;**

**D'établir une définition et des grilles d'évaluation de dangerosité claires et précises dans la loi et de s'assurer que la définition s'éloigne d'une définition de la dérangerosité. Cette dernière se doit à la cohérence et à l'harmonisation, et ce, du milieu de vie jusqu'au centre hospitalier.**

## Deuxième partie :

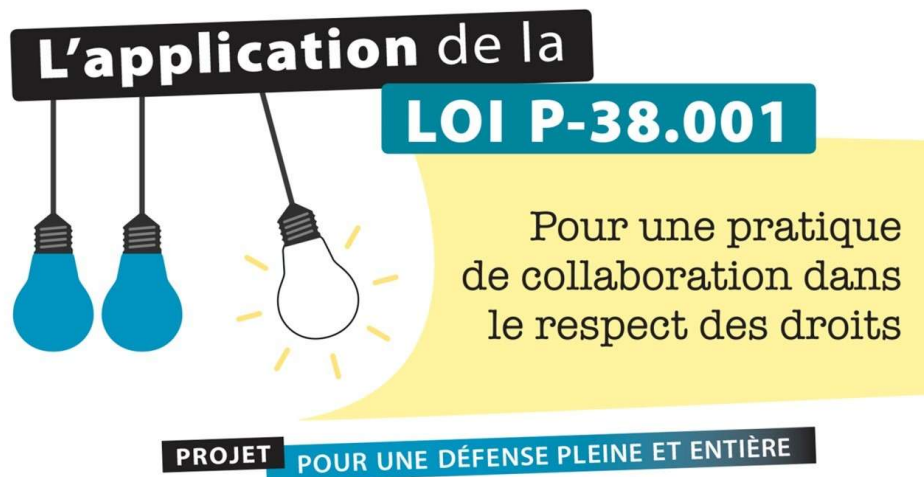
### Observances de l'application de Loi dans les milieux hospitaliers et judiciaires

**Notre projet : « Pour une défense pleine et entière »**

**Pour une défense pleine et entière** est un projet de justice alternative mettant en évidence l'apport et l'implication de notre organisation auprès des personnes visées par une requête de garde en établissement.

Comme son titre l'indique, ce dernier assure que toute personne visée par une requête P-38 a le droit de connaître les enjeux, les modalités au cœur de ce mécanisme d'exception porté contre elle, le tout afin de choisir si elle souhaite la contester (ou non) et ultimement présenter sa situation.

À partir d'une mécanique collaborative et systématisée entre le CISSS-Montérégie-Est (CSSSME) et le CDDM, ce dernier nous permet de contacter proactivement en toute confidentialité les personnes faisant l'objet d'une requête de garde en établissement afin de les informer de leurs droits et recours. **Des modèles de collaboration relativement similaires existent ailleurs au Québec et sont portés par nos collègues membres de l'AGIDD-SMQ.**



Ce projet, maintenant âgé de sept ans, a débuté en février 2017 et se poursuit encore, le tout via une entente de collaboration qui désigne les rôles des parties tout en préservant leur autonomie et leur liberté d'action. Cette entente de collaboration trouve un écho à travers certaines pratiques et objectifs précis, soit :

- Informer systematiquement toute personne faisant l'objet d'une requête de garde de ses droits et recours dans les districts judiciaires de Longueuil, Saint-Hyacinthe et Richelieu;
- Permettre à toute personne désirant contester la requête d'être accompagnée à la cour dans cette démarche par le Collectif de défense des droits de la Montérégie;
- Permettre à toute personne qui conteste la garde d'être représentée par un.e avocat.e si elle le désire.

**Au terme de ces années, ce sont des centaines d'interventions directes qui ont été offertes aux personnes visées par l'application de LPP.**

#### **RECOMMANDATION :**

**Nous proposons que les organismes de promotion et défense des droits membres de l'AGIDD-SMQ puissent être engagés de manière systématisée auprès des personnes visées par une requête de garde en établissement ainsi que de celles liées aux autorisations judiciaires de soins;**

**D'ordonner les établissements de santé à collaborer avec ces organisations.**

**D'enchâsser l'intervention des conseillers.ères en droits dans la loi comme c'est le cas dans d'autres provinces (Nouvelle-Écosse, Nunavut, Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Nouveau-Brunswick et Alberta). Spécifiquement, faire comme à Terre-Neuve où la loi stipule que le conseiller en droits doit rencontrer la personne dans les 24 heures où elle devient une usagère involontaire.**

#### ***Du droit à l'information***

Corollairement, le droit à l'information devient un élément à valeur ajoutée à notre projet tandis qu'il revêt des qualités importantes sous des aspects juridiques, citoyens et démocratiques. Qui plus est, il s'avère être un enjeu précis dans le cadre de l'application de la Loi P-38.

C'est donc sous ce prisme que découle nos principales observations, et les embûches sont nombreuses, mais pas insurmontables selon nous. À ce propos, la chercheuse en droit, Emmanuelle Bernheim, soulève et campe très bien l'enjeu à l'égard du droit à l'information dans les sociétés dites libérales :

**« Le droit à l'information des personnes placées sous garde en établissement est porteur d'enjeux juridiques et sociaux importants. En tant que droit reconnu par la Charte des droits et libertés de la personne et également en tant que condition essentielle à l'exercice d'autres droits fondamentaux, le droit à l'information permet la promotion des valeurs de citoyenneté et la mise en place d'une procédure transparente de reconnaissance et de mise en œuvre des droits. Malgré une existence formelle, tant en droit international qu'en droit interne, la concrétisation du droit à l'information pose de nombreuses difficultés. (...) Cette négation factuelle des droits fondamentaux a pour répercussion la constitution d'une classe de citoyens à part, dont l'exclusion sociale et la stigmatisation contribuent à la perpétuation d'un statut marginal, en dehors du projet social commun<sup>7</sup> ».**

### **L'objectif du projet : sa systématisation**

L'objectif principal de ce projet de collaboration fut le suivant : « *Que le Collectif de défense des droits de la Montérégie ait un accès systématique à toutes les personnes faisant l'objet d'une requête de garde en établissement sur le territoire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est tout en respectant le droit à la confidentialité des personnes* ». Les objectifs de systématisation ont, à juste titre, une valeur procédurale simple, bien entendu, mais sont aussi garants du souci accordé au respect du droit à l'information évoqué précédemment.

Initialement, la mise en place d'une telle systématisation a été bien coordonnée et incarnée de part et d'autre et on y dégageait une intégration complète de toutes les parties depuis le début du projet de collaboration. **Cependant la pandémie a fait mal à notre projet dans la mesure où nous avons assisté à des difficultés organisationnelles chez nos collaborateurs du CISSME.** En effet, un roulement de personnel et une fatigue notoire à faire partie du portrait durant cette période. Dans ces circonstances, des personnes visées par des requêtes n'ont pas été portées à notre attention. Nous reprenons actuellement notre souffle au moment de la rédaction de ce mémoire.

Actuellement, nos ponts de communication au quotidien dans le cadre de notre projet sont limités à quelques personnes-ressources et, en leurs absences ou vacances, nous avons connu des ratés. **Nous devons élargir la connaissance et la valeur ajoutée de notre collaboration à l'ensemble du personnel des unités impliquées.**

---

<sup>7</sup> Bernheim, E. (2009). Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen. McGill Law Journal / Revue de droit de McGill, 54(3), 547–577. <https://doi.org/10.7202/038894ar>

## RECOMMANDATION :

**Que les chef.fes d'unité de soins psychiatriques ou les directions des programmes de santé mentale des CISSS impliqués favorisent et organisent de manière systématisée des rencontres entre le personnel infirmier (ou agent.e administrif.ve) afin de déployer et harmoniser les pratiques de collaboration entre les 2 parties en collaboration.**

### ***La systématisation et ses impacts organisationnels : un enjeu de pérennité***

Depuis nombre d'années au *Collectif de défense de droits de la Montérégie* (CDDM), des efforts sont déployés afin de concentrer nos actions autour des enjeux qui relèvent des droits fondamentaux et autour de l'application de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS). Bien entendu, le projet de collaboration nous liant au CISSSME a eu un net retentissement sur nos actions quotidiennes et il nous aura fallu plusieurs aménagements à l'interne et également des prises de dispositions nécessaires afin de répondre à tous les aspects de la défense des droits des personnes recevant de telles requêtes. **De manière similaire à nos collaborateurs du réseau de la santé, nous avons connu, nous aussi, des difficultés d'attraction et de rétention de personnel depuis la COVID (le marché de l'emploi a évolué très rapidement).**

Il est à rappeler qu'actuellement, **notre projet ne vise que 3 des 9 centres hospitaliers de l'ensemble du territoire de la Montérégie.** Nous sommes en voie d'évaluer les impacts financiers qu'un plus large déploiement occasionnerait sur l'ensemble du territoire. Devant les obligations légales des centres hospitaliers à favoriser l'exercice des droits des utilisateurs ainsi que des retombées positives de notre collaboration;

## RECOMMANDATION :

**Financer suffisamment le CDDM (et les autres groupes de promotion et défense des droits du Québec) afin qu'il puisse élargir son champ d'intervention sur l'ensemble du territoire de la Montérégie (et du Québec) et ce par le rehaussement de son financement à la mission globale. Le tout afin de garantir les possibilités d'aide et d'accompagnement des personnes dans la défense de leurs droits, et ce tant en milieu institutionnel que dans les communautés.**

## Des pratiques et réalités hospitalières

Notre projet nous offre des entrées systématiques dans 3 centres hospitaliers soit : l'hôpital Pierre-Boucher de Longueuil, l'hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe et l'hôpital Hôtel-Dieu de Sorel-Tracy. **Nous constatons que, bien qu'ils opèrent sous la même enseigne (le CISSS-Montérégie-Est), 3 mondes distinctifs s'ouvrent sous nos yeux...**

### ***Demander la garde et enjeu autour du consentement libre et éclairé***

Nous pouvons sans l'ombre d'un doute considérer des atouts à notre entrée dans l'appareil de la santé dans ce contexte donné. Cependant, ceci ne doit pas soustraire le personnel ou les médecins-psychiatres à la transparence et à la clarté devant la situation. Dans le cadre de nos interventions, nous avons recensé des témoignages de personnes qui voulaient de l'aide et des soins et desquelles **nous avons constaté des requêtes de garde (provisoire), et ce malgré leur consentement à l'hospitalisation.**

Ces **pratiques s'avèrent totalement infondées et irrégulières** et nous témoignent d'un détournement des droits des personnes, et ce malgré l'implantation des nouveaux protocoles sur l'application de la LPP du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). La LPP semble parfois instrumentalisée ou répondre de pratique « au cas où » d'un refus de soins manifesté par une personne.

**Rappelons que le consentement aux soins est un principe fondamental du droit médical** et est encadré par le Code civil du Québec. Selon ce code, toute personne est présumée apte à consentir aux soins qui lui sont proposés, qu'elle soit sous tutelle ou non. Le consentement doit être libre et éclairé, ce qui signifie que la personne doit comprendre la nature et les conséquences des soins proposés (même les évaluations dans le cadre de la LPP).

Il nous faut rappeler **l'affaire J.M. c. Hôpital Jean-Talon qui concerne une décision de la Cour d'appel du Québec en 2018**. J.M. avait été mis sous garde préventive à l'Hôpital Jean-Talon après avoir proféré des menaces de mort. L'appelant, représenté par ses avocats, avait fait valoir l'illégalité de la garde préventive dont la durée aurait dépassé le terme de 72 heures prescrit par l'article 7 de la LPP. **De plus, il fut reconnu que la deuxième évaluation psychiatrique avait été réalisée sans son consentement...**

Dans le cadre de l'application de la LPP (ou autres demandes de soins), il faut s'assurer de préserver les qualités du consentement, et ce par le biais d'une offre d'informations suffisantes, en y prenant le temps et en visant la recherche de ce dernier. Il est possible que l'état d'une personne ne favorise pas cette quête et ses qualités, mais l'enjeu est sérieux. Nous avons l'information qu'un dépliant se doit d'être remis de manière systématique aux personnes en garde préventive (aux urgences). Nous devons soulever un enjeu tout au long de l'application de la LPP : **l'analphabétisation totale ou partielle.**



## **RECOMMANDATION :**

**Toute personne doit recevoir toutes les informations nécessaires concernant l'acte ou la procédure pour laquelle le consentement est requis. Cela inclut les risques, les bénéfices, les alternatives possibles et les conséquences de ne pas consentir.**

**Nous proposons que les organisations de défense des droits en santé mentale puissent être impliquées le plus rapidement lors d'application de mesures d'exception au Québec.**

### ***Huissier, où es-tu?***

Nous avons observé à de nombreuses reprises (principalement dans les districts judiciaires de Saint-Hyacinthe et Richelieu) que l'arrivée de l'huissier ne se faisait que 2 heures seulement avant l'audience ou même en soirée. Lors de ces cas (en soirée), les documents ne furent tout simplement pas livrés directement aux personnes ou le personnel infirmier ne s'était pas donné la peine de les transmettre aux personnes visées par la suite (culture de jour et culture de nuit).

La plupart du temps, dans ce genre de situation, les personnes se voient complètement précipitées. Nos interventions ne sont que du « bruit » supplémentaire et le contexte est malheureusement très accablant pour les personnes. Dans de tels cas, nous sommes contraints à **proposer aux personnes des remises de l'audience afin de mieux se préparer**, mais certaines personnes n'ont parfois ni l'envie, ni l'état et ni les moyens de s'investir convenablement à leur défense et à l'appropriation de la situation. Les obligations de soutien à l'exercice des droits des personnes s'en trouvent ainsi entachées.

Devant cet état de fait maintes fois reflété, nos partenaires nous ont avisés d'un manque (en nombre) d'huissiers de justice. Ces derniers ayant pour pratique de faire la livraison « en bloc » plutôt qu'à la pièce afin de pallier cette situation. La livraison ne se faisant qu'en fin de matinée...

## **RECOMMANDATIONS :**

**Établir que l'organisme régional de promotion et défense des droits soit considéré comme un « parti en cause » afin de recevoir toutes les informations dans les délais prescrits par la LPP;**

**Que l'organisme régional de promotion et défense des droits fasse statutairement partie de la liste d'envoi électronique des Directions des soins professionnels (DSP) des établissements requérant une LPP. Le tout de manière confidentielle;**

**Impliquer la Chambre des huissiers de justice du Québec afin de normaliser les enjeux relatifs à l'application de la LPP sur l'ensemble du territoire québécois.**

## Des pratiques et réalités judiciaires

La Montérégie compte 46 juges qui siègent dans les différents palais de justice et points de service, couvrant les matières civiles, criminelles, pénales et celles de la jeunesse. Nous nous trouvons à recenser les pratiques et réalités à travers l'application de la LPP de 3 districts judiciaires, à savoir : **Longueuil (27 juges), Saint-Hyacinthe (5 juges) et Richelieu (2 juges).** **Nous pouvons inférer des différences notables des réalités ici.**

### ***Délai et préavis fondés sur les réalités judiciaires?***

Comme le stipule l'article 396 du Code de procédure civile :

*« La demande qui concerne la garde d'une personne dans un établissement de santé ou de services sociaux en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation ne peut être présentée au tribunal moins de **deux jours après sa notification** soit au titulaire de l'autorité parentale et au tuteur si la personne est mineure, soit au tuteur, curateur ou mandataire du majeur ou, s'il n'est pas représenté, à un membre de sa famille ou à la personne qui en a la garde ou qui démontre un intérêt particulier à son égard. À défaut, la demande et les pièces sont notifiées au curateur public. »*

Les délais moyens de réception des avis observés en 2022-23 oscillent toujours autour de 24h et dans quelques cas, nous avons observé un bon délai de 48 heures. Ces délais semblent aussi pondérés en fonction de **journées dument établies pour les audiences dans certains des districts judiciaires**. Les débuts de semaine et les vendredis semblent les journées les plus privilégiées. Cette situation nous propose une vision des limitations systémiques de l'appareil judiciaire, ce qui n'est rien de rassurant pour tous les citoyens et encore moins dans ces cas d'institutionnalisation forcée pour les personnes vivant avec une problématique en santé mentale...

La situation n'est pas acceptable tandis que même un délai de 48h laisse peu de temps à la préparation et l'appropriation des démarches pour les personnes en position de vulnérabilité.

**Le tableau ci-dessous fait état du moment de transmission de nos avis (fax) de la part des agentes administratives impliquées à notre projet en 2022-2023**

	48 heures ouvrables avant l'audience	Moins de 24 heures ouvrables avant l'audience	Moins de 5 heures ouvrables avant l'audience	Moins d'une heure ouvrable avant l'audience	Réception après l'audience	Réception des fax hors des heures d'ouverture du CDDM	Total
Honoré-Mercier	2	8	29	4	-	2	<b>45</b>
Pierre-Boucher	2	3	7	-	1	-	<b>13</b>
Hôtel-Dieu-de-Sorel	1	2	10	1	1	-	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>73</b>

**RECOMMANDATION :**

**Que le ministère de la Justice établisse un comité de surveillance avec plusieurs parties externes dans le but de superviser et surveiller les enjeux pratiques liés à l'application des mécanismes d'exception dans une optique de statu quo ou non.**

***Accès aux salles d'audience***

Par un étrange effet du hasard (ou non), dès le début du projet de collaboration, l'accès aux salles d'audience nous fut retiré dans les districts judiciaires de Saint-Hyacinthe et dans celui de Richelieu. En effet, de nouvelles consignes relatives au respect du huis clos ont émergé de la part de la magistrature dans ces districts rattachés, ce qui a rendu notre apport et nos accompagnements beaucoup moins significatifs dans ces régions données. **Nous soulignons aux lecteurs que nous avons accès aux salles préalablement et que nous étions connus et reconnus par certains.es juges.**

**Paradoxalement, nous avons toujours un droit d'accès aux salles d'audience dans le district judiciaire de Longueuil.** Rappelons que nos accompagnements sécurisent et calment les personnes. Ils assurent une bonne communication et des éclaircissements entre les avocats et leurs clients et nous accordent parfois la possibilité de faire une « *postvention* » à la suite de l'audience afin d'aider la personne à bien se saisir des récents événements et leur exposer les recours possibles dans les circonstances (requête au Tribunal administratif du Québec ou demande en appel, le cas échéant).

Nous avons interpellé la juge en cheffe de la cour civile de la Montérégie à l'époque. Cette dernière semblait laisser toute discrétion à ses collègues des districts évoqués plutôt. Nous leur avons conséquemment envoyé une missive dans laquelle nous soulignons les qualités de notre projet et les bienfaits de nos accompagnements. Nous avons fait aussi miroiter que nous sommes un « groupe intéressé » à accompagner les personnes, et ce, malgré le huis clos. Le tout est conséquent et raisonnable en fonction de notre mission, il nous semble.

Nous n'avons reçu aucun retour ou réponse de la part de l'ensemble de la magistrature visée aux 2 districts impliqués par cette interdiction à ce jour. Nous n'avons pas tenté notre chance depuis. Le droit à l'accompagnement s'en trouve extrêmement limité.

### **RECOMMANDATIONS :**

**Sensibiliser la magistrature québécoise et faire reconnaître le rôle prépondérant des organismes de promotion et défense des droits au Québec dans leur rôle d'assistance;**

**Soustraire ces derniers du huis clos dans le cadre des audiences de LPP (cour du Québec) ainsi que des autorisations judiciaires de soins (cour Supérieure du Québec).**

***Visioconférence : quand les besoins ponctuels deviennent la norme.***

Un récent jugement de la Cour d'appel du Québec (datant de 2018) aura marqué un trait important sur les responsabilités multiples des divers CISSS du Québec et exerce de nouvelles pressions dans la mécanique qui y est associée dans la sphère judiciaire. Depuis, afin de faire respecter les délais prescrits par la LPP, des aménagements ont eu lieu durant certaines périodes précises au courant de l'année (vacances estivales et la période des fêtes) afin de faire procéder les dossiers et maintenir les audiences en vertu des délais de rigueur.

La **vidéoconférence est devenue un moyen de plus en plus déployé** dans les districts concernés par notre projet et partout ailleurs au Québec. Qui plus est, depuis la COVID-19, elle est maintenant une pratique parfaitement normale. Cette réalité est usuelle dans certaines régions administratives du Québec, notamment aux Îles-de-la-Madeleine, la Côte-Nord et sûrement bien d'autres et les raisons pratiques sont relativement raisonnables dans ces circonstances précises.

À titre d'organisation en défense des droits, nous soulevons des craintes à l'égard de telles réalités puisque nous jugeons qu'elles risquent de faire apparaître un « nouveau type de justice », mais aussi un nouveau type de citoyen du même souffle. Qui plus est, la Montérégie dispose de moyens certains et bénéficie d'accès faciles aux salles d'audience locales. Nous l'avons constaté devant des absences ou tout simplement un manque de juge dans quelques districts précis.

Finalement, en ne permettant pas une distanciation physique et même symbolique franche entre ces deux milieux et aux réalités qui s'avèrent nettement distinctes, nous courrons le risque de la **création d'un amalgame engendrant de nouvelles méfiances**, mais aussi la dilution des qualités inhérentes à ces milieux, c'est-à-dire : **soigner pour l'un et veiller au respect et principes du droit pour l'autre.**

Si la pratique des visioconférences perdure, d'autres aménagements devront avoir lieu afin de laisser des espaces et un temps préalable aux personnes, aux accompagnateurs (dont les membres de l'équipe du CDDM) et leur représentant.e en vue des préparations nécessaires aux audiences.

- Nous avons de plus relevé que certaines personnes ne savaient même pas si elles furent représentées ou bien qui pouvait être leur représentant légal à l'écran à quelques reprises;
- Les personnes se retrouvent devant une mise en scène télévisuelle parfois inaccessible ou bien tout simplement inintelligible dans les circonstances;
- Plusieurs personnes disent apprécier, car c'est moins exigeant et anxiogène que de se présenter à la cour en présence.

## **RECOMMANDATIONS :**

**Que l'accès aux salles d'audience virtuelles soit assuré au groupe de promotion et défense des droits de toutes les régions du Québec.**

**Qu'on laisse libre-choix aux personnes de se présenter ou non en présentiel pour leur audience.**

**Que des espaces et des moments soient à la disponibilité des personnes dans le milieu hospitalier préalablement à leur audience afin de rencontrer leur avocat ou toute autre personne intéressée.**

**Que l'avocat.e de la défense soit au moins présent.e physiquement pour assister son ou sa cliente.**

## ***Le droit comme marché ou de l'existence de quasi-monopoles***

D'après nos recherches sur le bottin du Barreau du Québec, seulement environ 260 avocats.es pratiquent en droit de la personne au Québec. 28 496 avocats.es ont pourtant été répertoriés en 2024. En 2022, seulement 16% de ces derniers.ères travaillaient en matière civile<sup>8</sup>. Faites maintenant le calcul.

Toujours dans les districts de Saint-Hyacinthe et de Richelieu, nous avons constaté qu'une infime minorité d'avocats sont disponibles et intéressés afin de représenter les personnes en temps et lieu. Pour le district de Saint-Hyacinthe, nous nous sommes trouvés devant un avocat aux pratiques plus que discutables puisque ce dernier (ou sa secrétaire) interpelle toujours directement les personnes en se présentant comme leur représentant légal. Cette pratique est connue et nommée dans les milieux anglo-saxons comme étant du «ambulance-chasing». Cette dernière peut être largement comprise comme une forme de **sollicitation non désirée**.

Cette pratique particulière a engendré, de l'aveu même d'une avocate du contentieux du CISSSME, des impacts et du stress chez certaines personnes, malheureusement. Dans un cas précis, nous avons relevé une distorsion et une incompréhension complète du recours pour une usagère. Nous savons qu'à ce jour, ce dernier intervient toujours sur l'unité après avoir été (peut-être) avalisé au préalable. Nous relevons ici un **enjeu de nature déontologique** et soulevons le besoin pour les personnes de choisir d'une manière libre et éclairée leur recours aux services des avocats de leur choix.

À terme, cette situation nous engage à rencontrer des directions des services juridiques afin de bonifier notre liste d'avocats pratiquant dans le domaine et si la pratique persiste à plus long terme, elle risque d'attiser une **méfiance supplémentaire à l'égard de l'appareil judiciaire** pour les personnes ayant des difficultés plus persistantes ou récurrentes. Nous l'observons déjà sur le terrain. **Les droits à une représentation et au choix de son avocat.e sont donc entachés.**

Nous observons conséquemment certaines pratiques de monopole dans 2 districts judiciaires impliqués, des raccourcis procéduraux et du difficile choix à son représentant légal dans ces derniers (Saint-Hyacinthe et Richelieu). Les ressources étant plus importantes au bureau d'aide juridique de Longueuil (une approche rotative a été préconisée et peut nous servir prochainement). **En somme : 3 milieux, 3 réalités spécifiques et distinctes.**

---

<sup>8</sup> Barreau-mètre, la profession en chiffre. Barreau du Québec, 2022.

## **RECOMMANDATIONS :**

**Tout comme l'avait fait le groupe de travail du Barreau en 2010, il serait pertinent d'envisager que l'article 394.1 C.p.c. soit modifié afin d'ajouter que, lorsque sont mises en cause l'inviolabilité, l'intégrité, la sécurité, l'autonomie ou la liberté de la personne en raison de son état mental, la personne doit être représentée d'office sauf si la personne refuse d'être représentée et que le juge estime que le refus est approprié;**

**Nous recommandons de voir à l'augmentation du financement des services juridiques du Québec afin que chacune des succursales soit en mesure de garantir un choix du ou de la représentant.e légal aux personnes visées par la LPP ou une autorisation judiciaire de soins;**

**Que ces mêmes bureaux de services juridiques se saisissent obligatoirement des dossiers en la matière et qu'ils ne recourent pas aux services d'avocats.es en pratique privée.**

**Que les membres du Barreau reçoivent des formations sur les enjeux de droits en santé mentale afin d'y relever les composantes éthiques et professionnelles associées;**

### **Troisième partie : Les biais favorables du ministre Carmant**

En fonction de l'état actuel à l'égard l'application de la LPP, nous devons nommer les choses par leur nom. Actuellement, en fonction des données et des recherches établies, les gardes sont largement autorisées d'une part (peu exceptionnelles et la preuve en défense est asymétrique en moyens). En second lieu, une fois les personnes internées, la seule issue possible afin de garantir sa sortie, c'est de consentir à la médication (la game dans la game comme dirait un entraîneur). Cette règle implicite est toujours source d'une grande confusion pour bien des intervenants et au possiblement aux yeux de la population.

Bien stricte sur ses pouvoirs et contraintes réels, la LPP induit toujours plus dans l'imaginaire collectif l'idéal de la médicalisation à titre de moyen-fin incontournable afin de suppléer à la dangerosité ponctuelle des individus. Troisièmement, les usages nombreux de requêtes et d'application de la LPP nous révèlent une tendance de plus en plus manifeste : le recours à l'autorisation judiciaire de soins.

S'il faut inférer deux possibilités des biais du ministre Carmant, elles pourraient être les suivantes :

- **Établir à même l'application de garde forcée le recours implicite à une médicalisation forcée (qui aura le mérite d'être officielle cette fois-ci); à tout le moins facilitée.**
- **Une possible réforme des structures visant à établir une nouvelle forme de tribunal spécialisé en santé mentale (toujours sous le modèle ontarien).**

Une partie du scénario nous replonge dans le passé (Loi sur la protection du malade mental de 1972). L'autre viserait le déploiement d'un dispositif législatif et structurel qui pourrait avoir le potentiel de nous plonger dans un dédale réformiste sans pour autant nous garantir les fins politiques souhaitées.



## ***Une consultation des partenaires de la Montérégie (synthèse)***

Le CDDM a lancé une consultation aux partenaires du milieu le 26 mars 2024. Cette dernière aura contribué à la participation 33 personnes de divers organismes communautaires de la Montérégie qui occupent des mandats variés, complémentaires, voire antagonistes. Elle avait pour prémisses les biais affichés du ministre.

**Objectif :** Discuter de la Loi P-38.001 et recueillir des avis sur son application et ses impacts dans lequel 3 ateliers distincts furent déployés, chacun abordant différents aspects de la loi.

### **Atelier 1 : Attentes et compréhension de la LPP**

**Questions posées :** Les participants ont répondu à des questions sur leurs attentes pour la journée, leur niveau de compréhension de la loi et comment la loi s'applique dans leurs organisations respectives.

**Niveau de compréhension :** La moyenne de compréhension de la loi était entre 5,78 et 8,25 sur 10 avec des variations selon l'expérience et le contexte d'implication des participants. (Ces moyennes émanaient de chacune des tables lors de l'événement. Elles étaient délibérément composées d'acteurs aux missions variées).

**Application de la Loi :** La loi P-38 fait partie de la réalité quotidienne des organisations (leurs mandats, leurs valeurs et leurs réalités). Elle est souvent utilisée en gestion de crises et en partenariat avec les hôpitaux et les services policiers. On y reconnaît une complexité et une énorme variabilité d'un milieu à l'autre.

### **Atelier 2 : Comparaison avec la loi ontarienne**

**Pouvoir du médecin :** Discussion sur le pouvoir des psychiatres en Ontario par rapport au Québec.

**Tribunal ou commission :** Comparaison entre la gestion des gardes en établissement par la Cour du Québec et le Consent and Capacity Board en Ontario.

**Centralisation des pouvoirs :** Débat sur la centralisation des pouvoirs dans une seule instance en Ontario versus plusieurs instances au Québec (cour du Québec, cour Supérieure et TAQ).

**Audiences systématiques :** Fréquence et moment des audiences systématiques au Québec et en Ontario.

### **Atelier 3 : Suggestions pour améliorer la gestion des situations de dangerosité**

**Groupes de travail :** Les participants ont formulé des souhaits pour mieux gérer les situations de dangerosité liées à l'état mental, incluant des propositions pour dissocier la dangerosité de la santé mentale, améliorer la communication entre les acteurs et augmenter les ressources disponibles.

#### **Conclusion**

Le document met en lumière les défis et les divergences d'opinions concernant l'application de la Loi P-38.001, ainsi que des suggestions pour des améliorations futures.

### **Recommandations générales pour les organisations impliquées**

#### **Modèles alternatifs d'organisation du travail :**

Les participants visaient surtout la mise en œuvre des modèles visant à limiter l'impact des facteurs de risque sur la santé mentale.

#### **Soutien et encadrement :**

Améliorer le soutien disponible à l'entrée dans la profession, notamment par des formations spécifiques.

#### **Formation continue :**

Besoin de formations continues et spécifiques pour les intervenants, y compris les juges, policiers, et professionnels de la santé.

#### **Dé-stigmatisation :**

Mettre en place des actions pour déstigmatiser les enjeux de santé mentale, comme des formations pour les gestionnaires et des méthodes innovantes en matière disciplinaire. Défi de déstigmatiser les enjeux de santé mentale au sein de la profession juridique et dans la société en général.

#### **Accès aux ressources :**

Améliorer l'accès aux ressources en matière de santé et de bien-être, et nommer des personnes-ressources en santé mentale dans les organisations.

## **Recommandations spécifiques par atelier**

### **Atelier 1 : Attentes et compréhension de la Loi**

#### **Formation adéquate :**

Adapter la grille d'évaluation du risque suicidaire à la loi.

Équité régionale : Assurer une équité entre les régions en termes d'accès et de qualité des services.

#### **Ressources :**

Augmenter les ressources disponibles pour faire que l'application de la loi ne se fasse qu'en dernier recours.

### **Atelier 2 : Comparaison avec la Loi ontarienne**

#### **Pouvoir du médecin :**

Simplifier le processus en s'inspirant de l'Ontario, tout en maintenant un équilibre des pouvoirs. De manière évidente, le modèle ontarien n'a pas rallié les participants présents dans la mesure où ce dernier permet beaucoup plus facilement des formes d'ordonnances de soins.

Équilibrer le pouvoir des psychiatres avec des mécanismes de contrôle pour éviter les abus.

Personne ne souhaite un retour au modèle asilaire.

#### **Tribunal ou commission :**

Créer une commission similaire à l'Ontario, composée d'experts en santé mentale et en droit. Les participants.es ont démontré une réceptivité évidente à ce que les personnes ne passent plus uniquement devant 1 seul juge.

Ils aiment bien la diversité des savoirs potentiels d'un juré composé de compétences diverses.

Le modèle peut rallier les personnes présentes.

Créer une commission similaire à l'Ontario nécessite des changements législatifs et une réorganisation des structures existantes toutefois.

#### **Centralisation des pouvoirs :**

Centraliser les pouvoirs dans une instance unique pour simplifier le processus, tout en évitant les abus.

Centraliser les pouvoirs pourrait simplifier le processus, mais pose des risques d'abus et de manque de contrôle.

#### **Audiences systématiques :**

Réévaluer la fréquence des audiences pour éviter les prolongations inutiles de garde.

### **Atelier 3 : Suggestions pour améliorer la gestion des situations de dangerosité**

#### **Dissociation entre dangerosité et santé mentale :**

Mettre fin aux préjugés et à l'infantilisation des personnes.

Que les personnes puissent identifier eux-mêmes les déterminants de dangerosité qui leur sont propre (contrat d'Ulysse).

#### **Centres de répit et unités sans médication :**

Créer des centres de répit et des unités sans médication pour offrir des alternatives aux hospitalisations.

Établir des milieux et des types d'interventions basées sur le rétablissement et une approche plus humaine.

#### **Communication et coordination :**

Améliorer la communication entre les différents acteurs du système de santé.

Difficulté à assurer une communication efficace entre les différents acteurs du système de santé et de justice.

Problèmes de coordination entre les services de santé mentale, les hôpitaux, et les organismes communautaires.

#### **Formation et éducation :**

Former adéquatement les intervenants et sensibiliser aux problématiques de consommation.

De la formation continue.

#### **Accès aux ressources :**

Assurer un accès rapide et gratuit aux ressources de désintoxication et de thérapie.

#### **Adaptation des services :**

Adapter les services aux besoins des usagers, notamment en termes d'horaires et de conditions de garde.

Les participants présents auront placé la personne au cœur de la définition de ses enjeux tout en valorisant l'écoute.

## **Conclusion et recommandation non négligeables**

Comme plusieurs risquent de le noter, nous constatons depuis toujours l'absence d'encadrement ou de répondant, tant dans les principaux établissements de santé qu'au ministère de la Santé, que dans l'application de la P-38.001. Nous avons simplement envie de dire: il est plus que temps.

### **RECOMMANDATION :**

**Nous proposerons la nomination de ce type de répondant ou d'instance spécifique au sein des établissements ainsi qu'au ministère de la Santé en conséquence.**

Depuis plusieurs années, nous faisons des demandes d'accès à l'information afin d'accéder aux données relatives aux requêtes et jugements en matière de LPP, de mesures de contrôles et d'autorisations judiciaires de soins. Nous constatons l'usage d'aucun moyen ou outil standardisé de collecte de données d'un établissement à l'autre et cela pose un problème d'analyse, de vision et de contrôle évident pour quiconque témoignerait de l'intérêt, surtout Santé Québec.

### **RECOMMANDATION :**

**Que des outils standardisés soient établis sur l'ensemble du territoire québécois, et ce à l'égard de l'application de tous les mécanismes d'exception cités plus haut.**

### ***L'ensemble de l'état de la situation et de nos aspirations***

Tout au long de ce document, nous avons développé une vision qui explique en partie pourquoi l'application de la LPP s'est avérée laborieuse, voire inopérante et non harmonisée sur le territoire de la Montérégie. Que ce soit sous des considérations sociologiques et historiques, à travers des observations pratiques issues d'une collaboration effective ou bien d'une consultation des praticiens.nes du milieu communautaire, nous saisissons de nombreux obstacles à une application satisfaisante de la LPP pour presque tout le monde et chacun dans nos mandats et visions précises.

Dans un premier temps, pourrions-nous, collectivement, considérer d'autres voies et avenues que l'internement et la médicalisation de nos souffrances individuelles et collectives? La désinstitutionnalisation de jadis s'observait dans un contexte historique et culturel d'émancipation. Quelle est la culture de notre ère? Le consumérisme? La gestion courante? Le soi vécu et perçu comme le seul dépositaire de ses ressources et responsabilités?

Secondement, dans notre mandat et mission, nous constatons de nombreux ratés d'application ou tout simplement de froides inconsidérations des droits (sociaux, économiques et éthiques) qui ont des incidences marquées sur les personnes, leur qualité de vie et leur trajectoire existentielle. Pour notre part, nous constatons que la notion de dangerosité est régulièrement confondue avec les préjugés liés à la santé mentale, le diagnostic, le principe du meilleur intérêt de la personne ou le fait que la personne soit « dérangeante ».

**– Les droits à la représentation, à l'information et au consentement aux soins sont brimés.**

**– Les alternatives à l'enfermement forcé sont quasiment inexistantes et les services de crise sont loin d'être implantés dans tout le Québec.**

**– Une confusion persiste dans le milieu médical et judiciaire entre le fait de contraindre la personne à prendre un traitement et contraindre une personne à l'hospitalisation forcée.**

Donc, selon ce que nous constatons dans notre région, nous préconiserons encore un respect strict de la loi actuelle et visons la confirmation de son respect tant sur la forme que sur le fond. Le lecteur n'aura pas de surprises à concevoir que nous aspirons d'en voir diminuer son usage aussi. Bien entendu!

Ainsi, les études et les apports des groupes de défense de droits en santé mentale, dont la dernière en lice est celle d'Action-Autonomie en octobre 2024, font l'illustration d'une application aléatoire de cette loi d'exception. Nous demandons au gouvernement de ne pas modifier la Loi avant de s'assurer que son application est faite de façon rigoureuse. Nous demandons plutôt au gouvernement d'assurer une cohérence, une harmonisation et une bonification des pratiques allant dans le sens actuel de la LPP.

Troisièmement, notre appel à la discussion et la contribution des acteurs organisés du milieu communautaire en santé mentale se voulait à mettre de l'avant les divers enjeux entourant l'application de la LPP mais aussi de démontrer leurs réalités et perceptions respectives. Il paraît essentiel de souligner notre grande préoccupation vis-à-vis des modifications potentielles de la Loi, mais aussi celle des partenaires. En effet, ces derniers manifestent un intérêt pour des changements et des modifications, mais manifestement des valeurs humaines et alternatives sont préconisées et le retour en arrière ne semble tout simplement pas acceptable en fonction de leurs propos recueillis!

## **Le mot de la fin**

Puisque M. Carmant n'a pu assister à notre présentation du 2 février 2023, nous proposerons notre conclusion de ladite conférence. Bien qu'elle concernait les nouveaux enjeux relatifs aux autorisations judiciaires de soins en Montérégie, les enjeux et les principes évoqués demeurent entièrement les mêmes.

« La présentation des résultats de cette recherche à la lumière des expériences et constats du CDDM est une invitation à nous questionner sur les moyens et les pratiques à mettre en œuvre pour favoriser l'accès à la justice des personnes visées par des demandes d'autorisation de soins (et de gardes en établissement). À cet égard, la reconnaissance et la considération des savoirs expérientiels sont essentielles pour cesser de produire et de reproduire, dans le cadre judiciaire, les injustices épistémiques que subissent les personnes économiquement, socialement et culturellement défavorisées et ayant des diagnostics psychiatriques.

*Ce que l'on appelle l'« accès à la justice » peut signifier beaucoup de choses. C'est, par exemple, le fait pour une personne de disposer des ressources financières nécessaires pour obtenir des conseils juridiques quand elle en a besoin; le fait d'être informée de son droit à l'assistance d'un avocat lorsque sa liberté est en jeu; le fait de pouvoir compter sur des tribunaux capables de résoudre son problème en temps utile. C'est aussi le fait de connaître les outils et les services qui sont à sa disposition et de savoir comment s'en prévaloir. C'est le fait de connaître ses droits et de comprendre le fonctionnement de notre système de justice. C'est même le fait, pour une personne, de constater que des gens comme elle sont présents dans toutes les sphères du système de justice. Et c'est le fait d'avoir confiance dans la capacité de ce système d'aboutir à une solution juste – sachant que l'on peut respecter cette solution et l'accepter, même si ce n'est pas celle que l'on souhaitait. En fin de compte, il s'agit d'assurer une justice adéquate à tous les justiciables, et non une justice parfaite à quelques privilégiés. L'accès à la justice est un enjeu qui concerne la démocratie, les droits de la personne et même l'économie.*

*(Allocution prononcée par le très honorable Richard Wagner, C.P., Juge en chef du Canada à l'occasion de la 7e Conférence annuelle sur le travail pro bono Vancouver (Colombie-Britannique), le 4 octobre 2018).*

Ainsi, croiser les savoirs pratiques, savants et expérientiels pourrait contribuer à instiguer un souffle nouveau aux pratiques en santé mentale et en justice. L'augmentation de l'usage des autorisations judiciaires de soin (et des gardes en établissement) est le symptôme d'un marasme collectif qui, espérons-le, ne sera que temporaire. Pour y mettre fin, nous devons travailler en complémentarité pour préserver le caractère exceptionnel de cette pratique, et chercher des solutions à l'extérieur de la coercition et de la contrainte<sup>9</sup> ».

---

<sup>9</sup> Les pratiques des contentieux des Centres intégrés de santé et de services sociaux en matière d'autorisation de soins et les droits des parties défenderesses : une étude des dossiers judiciaires de Longueuil  
Emmanuelle Bernheim, David-Alexandre Grisé et Édith Perrault, Colloque de formation du Barreau, février 2023.