

MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION  
DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC

# **POUR UNE RÉVISION EN PROFONDEUR DU DROIT CIVIL EN SANTÉ MENTALE**



ASSOCIATION DES  
MÉDECINS PSYCHIATRES  
DU QUÉBEC

---

OCTOBRE 2024

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF</b>	<b>3</b>	<b>DANGEROUSITÉ</b>	<b>8</b>
PRINCIPAUX CONSTATS	3	UN FARDEAU LOGISTIQUE IMPORTANT	9
RECOMMANDATIONS CLÉS	3	<b>Vignette clinique 2 – logistique fugues/transport</b>	<b>10</b>
<b>À PROPOS DE L'APMQ</b>	<b>4</b>	EXIGENCES ÉLEVÉES EN MATIÈRE DE DANGEROUSITÉ	11
<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>	<b>Vignette clinique 3 – dangerosité insuffisante</b>	<b>13</b>
LES MESURES INVOLONTAIRES : UN DERNIER RECOURS	4	PARTAGE D'INFORMATION DIFFICILE ET CONFIDENTIALITÉ	14
Pourquoi une réforme législative en santé mentale?	5	TRIBUNAUX JUDICIAIRES : L'EXPÉRIENCE PATIENT, L'EXPERTISE ET L'ÉVALUATION	14
Une vue d'ensemble essentielle à une réforme réussie	5	RÉSUMÉ DES CONSTATS	17
<b>CONSTATS SUR LE SYSTÈME ACTUEL</b>	<b>6</b>	<b>RECOMMANDATIONS DE L'AMPQ</b>	<b>18</b>
COMPLEXITÉ INJUSTIFIÉE DES LOIS EN VIGUEUR	6	<b>CONCLUSION</b>	<b>20</b>
La garde préventive	6		
La garde provisoire et la garde autorisée	6		
<b>Vignette clinique 1 - complexité</b>	<b>7</b>		

## FIGURE

TRAJECTOIRE POUR LES GARDES ET LES ORDONNANCES	8
--	---



# SOMMAIRE EXÉCUTIF

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) propose une révision complète de la Loi P-38 pour améliorer le traitement des patients en santé mentale. Actuellement, les patients et les familles se heurtent à une complexité excessive et des délais prolongés dans l'application des mesures légales pour les soins psychiatriques. Ce mémoire souligne les insuffisances des processus actuels, notamment la redondance des procédures, les longs délais et les critères restrictifs de dangerosité qui empêchent une prise en charge rapide.

## PRINCIPAUX CONSTATS

- » **Complexité excessive** des lois existantes, créant des obstacles pour les patients et les familles;
- » **Redondance** des procédures, notamment pour la garde préventive et les ordonnances de soins;
- » **Délais prolongés** pour obtenir des ordonnances de soins, ce qui empêche des interventions rapides; et
- » **Critères de dangerosité trop restrictifs**, empêchant une intervention avant que les patients soient en grave danger.

## RECOMMANDATIONS CLÉS

1. **Révision législative en profondeur** : Fusionner les procédures de garde et de soins pour une cohérence légale et une application plus fluide;
2. **Tribunal administratif spécialisé en santé mentale** : Regrouper les questions de garde et de soins sous une même juridiction pour améliorer l'efficacité et la cohérence;
3. **Assouplissement du critère de dangerosité** : Permettre des interventions basées sur le besoin de soins plutôt que la dangerosité immédiate;
4. **Amélioration du partage d'informations** : Faciliter la communication entre les professionnels de santé, les familles et les policiers pour mieux évaluer les besoins des patients; et
5. **Évaluation contre le gré en urgence** : Permettre des évaluations en cas d'urgence sans nécessiter d'ordonnance judiciaire préalable.

Ce mémoire propose un ensemble de mesures pour moderniser la législation, améliorer l'accès aux soins et protéger les droits des patients tout en garantissant leur sécurité et celle de la collectivité.



# À PROPOS DE L'AMPQ

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) représente environ 1300 psychiatres œuvrant dans le système public au Québec. Elle a pour mission, entre autres, de favoriser la qualité des soins psychiatriques au Québec. Elle veut mettre de l'avant des pratiques psychiatriques avec les plus hauts standards, accessibles, humaines et reconnues, contribuant à l'amélioration de la santé mentale de la population.

## INTRODUCTION

L'AMPQ s'inquiète profondément de la situation actuelle en matière de droit en santé mentale. Nos psychiatres, ainsi que les acteurs et partenaires impliqués, à commencer par les patients et leurs familles, sont inquiets du système actuel. Ce climat de tension et de frustration croissantes affecte directement les cliniciens, dont le mandat premier est d'offrir des soins de qualité et accessibles à la population. C'est pourquoi l'AMPQ a accueilli favorablement l'annonce du gouvernement de lancer un processus de révision de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38).

L'application de la P-38, l'organisation de la psychiatrie légale et les autres enjeux médico-légaux interpellent notre association depuis quelques années déjà. Des journées de réflexion ont été organisées par l'AMPQ en 2022, 2023 et 2024 réunissant les parties prenantes sur les thèmes des gardes en établissement et des ordonnances judiciaires de soins et la hiérarchisation de la psychiatrie légale. Des représentants de la magistrature, des avocats d'établissements et de la défense, des groupes

de défense des droits, des patients partenaires, des regroupements de familles, entre autres, ont participé à ces journées.

Des discussions avec un grand nombre de ces partenaires ont également eu lieu à l'automne 2023 et à l'hiver 2024 afin de réfléchir collectivement aux problématiques vécues sur le terrain, faire émerger du consensus et identifier des leviers d'actions potentiels. Nous avons aussi consulté nos membres via des présentations formelles lors de nos congrès annuels de 2023 et 2024 en plus de consulter des experts en la matière dans d'autres provinces canadiennes. Nous constatons qu'auprès d'une large majorité de parties prenantes, la nécessité d'une réforme n'est plus à démontrer.

Ce document est la contribution de l'AMPQ aux travaux de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice. Il est le fruit des constats dégagés à la suite de nos journées de réflexion, de nos rencontres avec plus de 25 groupes et associations et des travaux de notre comité médico-légal composé d'experts dans le domaine.

## LES MESURES INVOLONTAIRES : UN DERNIER RECOURS

Le présent mémoire se concentre sur les enjeux légaux et d'administration de la justice en lien avec la clientèle de santé mentale.

Cependant, il est essentiel de souligner la prémisse de base à la position de l'AMPQ : **un accès amélioré aux soins en santé mentale, en particulier des soins de proximité dans la communauté, doit absolument être mis de l'avant. Des soins offerts précocement, ainsi que des soins évitant des détériorations et des transports forcés en urgence devraient devenir la norme.**



Les mesures involontaires – c’est-à-dire des interventions cliniques découlant d’ordonnances émises par les tribunaux - doivent toujours rester une solution de dernier recours, non une solution de rechange à des services plus accessibles. L’AMPQ tient à rappeler qu’elle poursuit ses discussions à ses membres et ses chefs de département et ses représentations aux instances appropriées, en particulier le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), visant à améliorer l’organisation des soins et l’accessibilité aux services en psychiatrie de manière générale. Notons que seulement le volet civil sera abordé dans ce mémoire tandis que les lois criminelles feront l’objet d’autres travaux.

Enfin, nous souhaitons également mettre en garde contre les généralisations hâtives qui conduisent trop souvent à confondre violence et problèmes de santé mentale. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus souvent les victimes que les perpétrateurs de la violence. Si certains états conduisent à une dangerosité, il faut faire preuve de nuance et éviter les discours qui stigmatisent davantage ces personnes.

**25%**

des personnes avec des troubles mentaux sévères sont victimes de violence au cours d’une année.

Les personnes avec des troubles mentaux sont

**11x fois**

plus susceptibles d’être des victimes de violence que la population en général.

Source : Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness.

## Pourquoi une réforme législative en santé mentale?

Par la nature même des troubles mentaux que les psychiatres et les équipes interdisciplinaires soignent quotidiennement dans les hôpitaux et les cliniques du Québec, des leviers légaux sont parfois indispensables. Ces leviers légaux permettent à la personne de recevoir les soins et les services requis par son état de santé, ou lui apportent protection lorsque requis par son état mental et que les mesures volontaires ne sont pas suffisantes. En effet, l’absence de reconnaissance de sa condition (anosognosie) est une caractéristique commune et fréquente des troubles mentaux majeurs comme la schizophrénie, et engendre naturellement des refus de soins et de services, pouvant être néfastes pour la personne.

Entre

**40%** et **50%**

des patients souffrent d’une anosognosie associée à leur trouble mental.

Sources: Amador, Xavier F. (ed.), David, Anthony S. (ed.), *Insight and Psychosis: Awareness and Related Disorders (2 edn)*, Oxford University Press, 2014. Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1998). Lack of insight in mood disorders. *European Journal of Psychiatry*, 12(3), 148-158.

En tant que médecins, la première obligation des psychiatres est envers leurs patients. La psychiatrie d’aujourd’hui offre des soins efficaces et sécuritaires. Elle est capable de traiter avec succès un ensemble de troubles hautement invalidants, redonnant ainsi aux personnes qualité de vie et perspectives de rétablissement. Lorsqu’une personne inapte refuse des soins requis par son état, cela implique la mise en tension de différents droits de la personne, en l’occurrence le droit à l’autodétermination d’un côté, et le droit à la santé, à la sécurité et à des soins adéquats de l’autre.

Comme dans la plupart des juridictions, des dispositifs légaux sont nécessaires pour permettre d’intervenir lorsque cela est requis et justifié. Dans ces cas, l’intervention clinique est faite dans le meilleur intérêt de la personne, ou pour protéger le public. Des mécanismes d’arbitrage solides pour protéger le droit à l’autonomie des patients et assurer que les personnes inaptes en raison de leur état mental ne se voient pas injustement privées de soins ou de protection doivent être prévus. Ces mécanismes se doivent aussi d’être compréhensibles et efficaces, afin de permettre au citoyen de s’y retrouver et d’éviter d’engorger inutilement les systèmes de santé et de justice.



## Une vue d'ensemble essentielle à une réforme réussie

Nous estimons que la révision de la Loi P-38 ne peut se faire sans une vue d'ensemble des questions de droit et de justice en matière civile qui entourent les soins aux personnes souffrant de troubles mentaux.

Nos membres et différents groupes rencontrés pour la préparation de ce mémoire estiment qu'une réforme se limitant qu'à la Loi P-38 ne rencontreraient pas leurs attentes ni celles de la population. C'est pourquoi nos constats et nos recommandations ne se limitent pas à la seule Loi P-38. Nous proposons une révision en profondeur qui permettrait de se doter d'une loi en santé mentale cohérente dans son fonctionnement et dans ses objectifs, facilitant son application et sa compréhension par l'ensemble des parties prenantes concernées.

Il serait également judicieux d'examiner les juridictions environnantes. Par exemple, le modèle ontarien mérite d'être regardé avec soin, étant donné qu'il répond à bon nombre des préoccupations soulevées dans ce document et satisfait aussi aux différentes chartes canadiennes. D'autres provinces comme la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick ont récemment modifié de manière significative leurs lois en santé mentale, proposant aussi d'autres modèles inspirants.

## CONSTATS SUR LE SYSTÈME ACTUEL

### COMPLEXITÉ INJUSTIFIÉE DES LOIS EN VIGUEUR

Les mécanismes prévus dans la loi en matière de garde sont d'une complexité excessive pour l'ensemble des parties impliquées. Plusieurs textes de lois différents sont concernés, dont le Code civil du Québec et la Loi P-38. Une illustration de cette complexité sont les trois types de gardes, soit la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée, qui reposent pourtant toutes sur la **notion de dangerosité immédiate envers soi-même ou autrui**. Concrètement, elles constituent toutes une détention à l'hôpital.

En plus de ces trois paliers de garde en centre hospitalier, s'ajoute un volet de soins contre le gré, qui est une procédure complètement différente balisée par le Code civil, et qui repose sur les **notions d'incapacité à consentir et de refus catégorique**.

### LA GARDE PRÉVENTIVE

La garde préventive peut être instaurée par tout médecin et dure un maximum de 72h. Elle repose sur la dangerosité grave et immédiate.

### LA GARDE PROVISOIRE ET LA GARDE AUTORISÉE

Les gardes provisoires (ou ordonnances d'évaluation) doivent être ordonnées par la Cour, et peuvent être obtenues en communauté ou à l'hôpital. Lorsqu'elle est ordonnée en communauté, elle permet aux policiers de transporter la personne à l'hôpital. Un premier rapport d'examen psychiatrique doit être produit dans les 24h de la prise en charge par l'hôpital et un deuxième dans les 96h. Si les deux rapports concluent de la nécessité de la garde, il revient au tribunal d'ordonner ou non une garde autorisée (souvent d'une durée de 21 à 30 jours). Lorsque la garde provisoire concerne un patient déjà sous garde préventive à l'hôpital, un premier rapport est requis dans les 24h du jugement et un deuxième dans les 48h. De la même manière, les rapports sont ensuite soumis au tribunal qui décidera de la nécessité de poursuivre la garde.



## VIGNETTE CLINIQUE 1 - COMPLEXITÉ

Julien, 21 ans, étudie à l'université et habite chez ses parents. Depuis quelques mois, ses parents ne le reconnaissent plus. Il s'isole, échoue ses cours, entend des voix qui le dénigrent et lui donnent des ordres. Il parle seul, parfois en criant et il est convaincu que sa mère a été remplacée par un imposteur et que la CIA l'espionne. Dernièrement, il est plus agressif (fait des trous dans les murs) et irritable. À plusieurs reprises, ses parents ont tenté de le convaincre de consulter, mais il refuse et il se fâche. Il ne croit souffrir d'aucun problème de santé mentale.

Un jour, les parents de Julien appellent la police alors qu'il est en crise mais en attendant leur arrivée, Julien est redevenu très calme et il assure que c'est un malentendu. Il nie toute idée suicidaire. Devant l'absence d'un danger grave et immédiat, les policiers suggèrent aux parents de s'adresser au tribunal pour obtenir une ordonnance d'évaluation. Dès le lendemain, les parents se présentent au palais de justice, témoignent en cour de leurs inquiétudes et obtiennent l'ordonnance d'évaluation qu'ils déposent au poste de police.

Par la suite et en vertu de l'ordonnance, Julien est amené à l'hôpital en ambulance. Il refuse de rester. Les psychiatres constatent les mêmes symptômes que les parents et concluent à une schizophrénie et à la nécessité de la garde en établissement. Un juge de la cour du Québec entend les arguments du patient lors d'une nouvelle audience, mais conclue également à la nécessité de la garde pour une durée de 30 jours.

Les psychiatres offrent à Julien une médication antipsychotique, mais il la refuse catégoriquement, ne se croyant toujours pas malade. Il demeure très symptomatique, est envahi par des hallucinations auditives et tient des propos délirants. Ainsi, l'hôpital entreprend des démarches pour une ordonnance de traitement. Quatre semaines plus tard, un juge de la Cour Supérieure ordonne un traitement contre le gré pour une durée d'un an. Finalement, Julien débute un traitement.

Progressivement, son état s'améliore. Il est de plus en plus dégagé, souriant. Il ne parle plus seul, est moins préoccupé par la CIA et il ne se méfie plus de sa mère. Quelques semaines plus tard, il quitte l'hôpital et il reprend progressivement ses activités dans les mois qui suivent, notamment l'école avec un charge réduite. Il réussit tous ses cours et il est sur la voie du rétablissement.

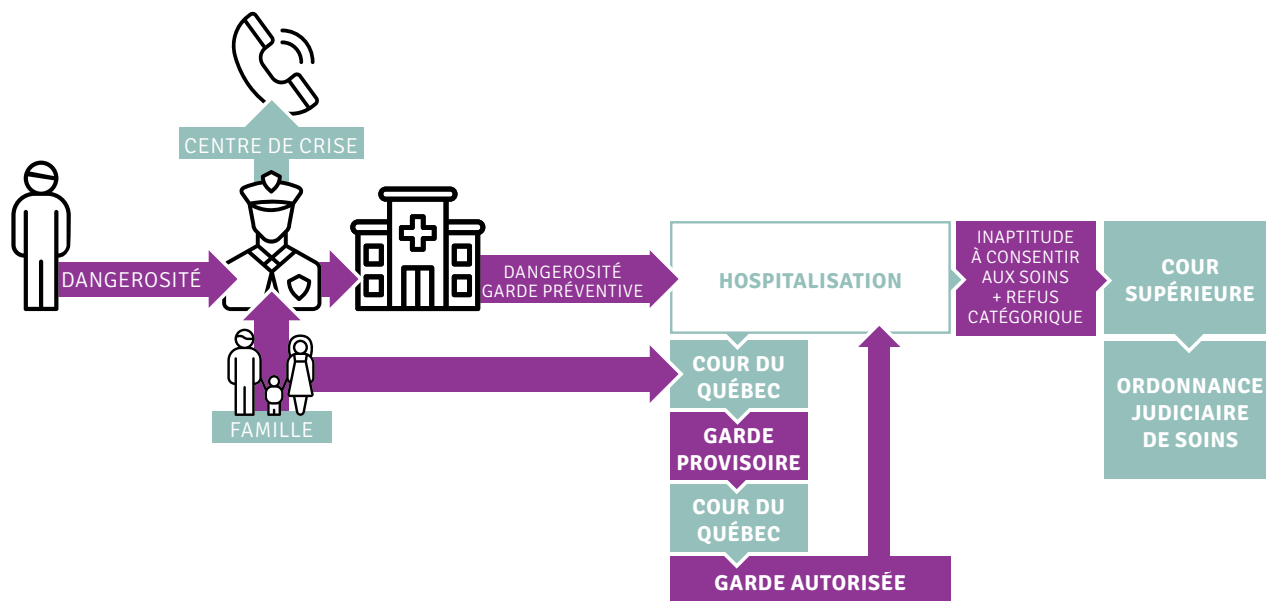
## REDONDANCE DES PROCÉDURES

La succession des différents types de gardes donne lieu à des dédoublements des audiences et des procédures sur la question de la dangerosité. Le patient qui représente un danger grave et immédiat et qui refuse d'être gardé fait d'abord l'objet d'une garde préventive. Une demande de garde provisoire est ensuite complétée et débattue devant la Cour du Québec, pour obtenir l'autorisation d'évaluer le patient et de le garder pendant la durée de l'évaluation.

À cette étape, le psychiatre doit déjà avoir suffisamment évalué la personne pour démontrer sa dangerosité devant la Cour, ce qui apparaît comme une incohérence majeure, puisque l'hôpital demande justement l'autorisation du tribunal pour évaluer la personne.

Lorsque la garde provisoire est accordée, et que les deux rapports psychiatriques qui en découlent concluent de la nécessité de la garde, on retourne devant la Cour pour démontrer à nouveau la dangerosité et tenter d'obtenir la garde autorisée. Ainsi, les lois en vigueur imposent aux patients, aux cliniciens, aux établissements ainsi qu'à l'appareil juridique des procédures redondantes dont l'objectif demeure le même : établir la dangerosité.

### TRAJECTOIRE POUR LES GARDES ET LES ORDONNANCES



Nous constatons que la plupart des patients et leurs familles n'arrivent pas à se retrouver dans ce cadre complexe et mal adapté à la réalité du terrain.



## UN FARDEAU LOGISTIQUE IMPORTANT

Les délais prévus par la loi et la succession des procédures imposent un fardeau logistique important au système de santé en plus de porter préjudice aux personnes. En effet, les patients doivent se présenter en personne devant les différentes instances à de multiples reprises pour chacune des procédures présentées ci-dessus. Pour les patients et les familles cela revient à passer de longues heures dans les palais de justice loin des unités d'hospitalisation pour une période indéterminée et impossible à prévoir. Ceci constitue une entrave à l'accès au patient par le personnel soignant et la prestation de soins, en plus de mobiliser des ressources humaines importantes pour le transport et l'accompagnement des patients.

### TRANSPORTS NOMBREUX ET IMPACT SUR L'ORGANISATION DES SOINS

L'enjeu du transport est criant dans certaines régions, où les palais de justice sont très loin des hôpitaux, ce qui implique de longs déplacements. Le personnel fourni n'est souvent pas suffisant pour assurer convenablement la sécurité durant le transport, ce qui donne lieu à des fugues. En effet, des patients parviennent à échapper à la vigilance du personnel et à prendre la fuite du palais de justice. Le personnel assigné à ces transports se trouve également exposé à un risque d'agression physique.

Un patient sous garde préventive pour une période de 72h devra comparaître devant la Cour du Québec pour une garde provisoire. Dans certaines régions, le patient et un membre du personnel soignant pourraient être appelés à se déplacer sur une longue distance vers le palais de justice. Sur le lieu, ce patient devra attendre pour une période indéterminée pour passer devant le juge et ensuite retourner à l'hôpital. Ce même patient sera appelé à comparaître à nouveau devant le tribunal quelques jours plus tard, et refaire le même processus.

Aux défis du transport s'ajoute la disponibilité du médecin. Lorsqu'une ordonnance d'évaluation est rendue, le délai prévu pour le premier examen est de 24 heures et le deuxième examen psychiatrique est de 48h. Comme les ordonnances sont rendues à des moments difficiles à prévoir en fonction de l'activité du tribunal, ceci implique une disponibilité rapide de la part du médecin et une priorisation de ces activités au détriment des autres activités cliniques qui s'en voient pénalisées. Dans certaines régions où les psychiatres sont moins nombreux, ce sont l'accès aux soins et le traitement des patients qui s'en trouvent affectés : annulation de rendez-vous, retard dans la prise en charge, garde dans les urgences psychiatriques, etc.

### FLEXIBILITÉ INSUFFISANTE

Par ailleurs, les gardes en établissement sont une détention stricte et ne permettent pas, par exemple, de donner graduellement des sorties au patient au fur et à mesure que son état s'améliore et que la dangerosité diminue. Dans certaines situations cliniques, de telles sorties s'avèrent utiles pour favoriser le rétablissement tout en maintenant le filet de sécurité légal de la garde en établissement. Actuellement, l'approche « tout ou rien » génère des conditions d'hospitalisation rigides et contraires aux principes du rétablissement, prolongeant indûment les séjours hospitaliers, et respectant peu l'autonomie des patients.



## VIGNETTE CLINIQUE 2 – LOGISTIQUE FUGUES/TRANSPORT

David, 35 ans, vit dans une maison de chambre et consomme régulièrement du crack et à ce moment, peut devenir désorganisé et agité. Il hallucine des insectes dans son appartement et il croit que son voisin veut le tuer. Il circule avec un couteau, fait des appels répétés au 911 et parle de tuer son voisin. La police se présente chez lui et le trouve dans un état d'agitation important. Il hurle et fait des menaces. Les policiers réussissent à le maîtriser et le conduisent à l'hôpital, où il est placé sous garde préventive.

Comme il demeure agité, les médecins demandent une garde provisoire afin de prolonger l'évaluation. David souhaite contester la procédure et est conduit au palais de justice en taxi avec un agent de sécurité de l'hôpital. Pendant l'audience, il invective et menace le juge et les avocats. Il est visiblement désorganisé. Le juge conclue à la nécessité de la garde provisoire. Après l'audience, David prend la fuite du palais de justice et l'agent de sécurité de l'hôpital n'est pas en mesure de le retenir. On fait appel aux policiers qui le retrouvent chez lui, en état de consommation. À nouveau, ils doivent le maîtriser pour le conduire à l'hôpital.

Quelques jours plus tard, lors de l'audience pour la garde autorisée, on obtient l'accord du tribunal pour procéder par visio-audience. Une garde de 21 jours est ordonnée. Par la suite, l'état de David s'améliore rapidement et il n'est plus agité ni menaçant. Cependant, il demeure convaincu que son voisin veut le tuer. Il demande des sorties pour aller fumer mais, tant qu'il est sous garde, ce n'est pas une option.

Compte tenu de l'amélioration après 14 jours de garde, le psychiatre décide de lever la garde et de poursuivre l'hospitalisation sur une base volontaire, afin de permettre au patient de tester progressivement des sorties à l'extérieur. David prend la fuite dès le lendemain. Malgré la précarité de son état, l'hôpital ne dispose d'aucun levier pour le ramener à l'hôpital. Il sera ramené 10 jours plus tard, à nouveau très désorganisé et agité.

### DÉLAIS DÉRAISONNABLES

En matière d'ordonnance de soins, il faut souvent plusieurs semaines, voire mois, pour obtenir une audience en Cour supérieure. Ainsi des patients se retrouvent sous garde à l'hôpital à attendre leur audience avant de recevoir des soins, puisque leur état n'est pas susceptible de s'améliorer sans traitement. Les hôpitaux deviennent, en quelque sorte, des milieux d'incarcération plutôt que des milieux de soins.

Ces situations sont inacceptables sur le plan humain en plus d'engorger indûment les unités d'hospitalisation. Les unités deviennent également des endroits avec une patientèle très symptomatique durant de longs délais qui côtoie une patientèle ayant besoin de calme pour se rétablir. Ces délais déraisonnables peuvent aussi contribuer à rendre la maladie psychiatrique plus difficilement traitable à long-terme. Par ailleurs, les ordonnances de soins sont généralement prévues pour un traitement

longitudinal dans la communauté, mais il n'existe aucune procédure rapide et accessible pour un traitement à court terme.

Dans les dernières décennies, une vaste littérature scientifique a démontré qu'une plus longue durée de psychose non traitée est associée à une évolution défavorable sur le plan des symptômes de la maladie et du fonctionnement.<sup>1</sup>

1 Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry. 2005 Sep;62(9):975-83. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.975. PMID: 16143729.



## EXIGENCES ÉLEVÉES EN MATIÈRE DE DANGÉROSITÉ

La Loi P-38 et les différents types de gardes en établissement dans la loi québécoise reposent strictement sur la notion de dangerosité. Nous constatons, de manière consensuelle avec la vaste majorité des parties consultées pour notre mémoire que ce critère tel que défini actuellement, est beaucoup trop restrictif.

### RESTRICTION DES TRANSPORTS EN MILIEU HOSPITALIER

Par exemple, pour transporter une personne à l'hôpital contre son gré, les policiers doivent en avoir la consigne provenant d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat.

Ceci donne lieu à des situations où les agents de la paix ne peuvent transporter à l'hôpital une personne à l'état mental perturbé qui en aurait clairement besoin, faute

d'un danger suffisant. Pourtant, un danger grave mais non immédiat peut justifier une intervention clinique. Sans une ordonnance de la cour, l'équipe traitante ne peut intervenir même en cas de danger grave. Ainsi, le fardeau retombe sur les familles qui doivent entamer des procédures judiciaires exigeantes pour obtenir une ordonnance d'évaluation, souvent au péril de la relation avec leur proche.

### CRITÈRE DE DANGER TROP ÉTROIT

En matière de garde en établissement, l'hôpital doit démontrer la présence d'une dangerosité qui est définie par la jurisprudence comme un « péril important ».<sup>2</sup> La détérioration de l'état mental et les « dommages » plus généraux ne sont pas reconnus comme un danger. Par ailleurs, on ne reconnaît pas une détérioration de l'état mental et du fonctionnement comme un danger, et le besoin de soins n'est pas davantage un critère reconnu.

La plupart des juridictions au Canada disposent de critères plus larges que la dangerosité telle que définie au Québec. On retrouve par exemple des critères de dangerosité élargie, ne se limitant pas à un péril corporel, ou encore des dispositions relatives à la détérioration de l'état mental et au besoin de soins. Ainsi, le Québec est la province au Canada qui a le critère le plus restrictif de dangerosité, puisque la plupart des autres provinces ont ainsi élargi leur définition dans les deux dernières décennies.

Les tribunaux sont de plus en plus exigeants en matière de précision sur la nature du danger, l'imprévisibilité du comportement n'étant pas un argument suffisant. Or, l'évaluation de la dangerosité constitue un défi clinique important qui comporte certaines limites inhérentes. En effet, certains troubles mentaux peuvent conduire à des comportements dangereux pour le patient, ses proches et la population sans toutefois être prévisible avec certitude. Ainsi, les tribunaux doivent chercher un équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs dans un contexte d'incertitude.

L'utilisation d'outils standardisés est utile, et devrait être d'avantage appliquée, mais possède aussi ses limites. On constate aussi que la notion de dangerosité s'applique assez mal à des patients âgés atteints de troubles neurocognitifs majeurs (démence), alors qu'il est assez commun que ces patients nécessitent d'être gardés à l'hôpital contre leur gré pour y recevoir des soins parce que leur jugement est perturbé par leur condition.

2 J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de Montréal, 2018 QCCA 378



## DÉNI D'ACCÈS AUX SOINS

Les psychiatres et les équipes interdisciplinaires constatent que certains patients présentant une détérioration évidente de leur état mental, de leur fonctionnement et de leur aptitude et refusant les soins ne peuvent être transportés à l'hôpital, faute d'un danger immédiat. Lorsqu'ils y sont amenés, certains sont libérés (parfois en situation d'itinérance) par la Cour parce qu'ils ne présentent pas de dangerosité suffisante pour une garde en établissement, les privant ainsi des soins appropriés. Ceci constitue une atteinte importante au droit à la santé de ces personnes, qu'on laisse à la merci d'un trouble sévère traitable, dont le pronostic s'aggrave au fur et à mesure que la durée de maladie non-traitée s'allonge.

Les données cliniques sur les effets d'un trouble mental non-traité sont éloquentes à ce sujet. Chez les patients

schizophrènes, une plus longue durée de psychose non traitée mène à une augmentation du taux de rechute, une résistance accrue aux traitements et à un déclin cognitif.<sup>3</sup> En matière de soins en psychiatrie, les délais ont des conséquences bien réelles sur la santé mentale de nos patients.

De plus, les ordonnances requièrent un refus catégorique du traitement de la part du patient. Or, plusieurs patients prétendent accepter les soins de façon stratégique, les rendant inéligibles à une ordonnance de soins, mais ne prennent pas adéquatement les traitements, ce qui entraîne une détérioration de leur état mental et des préjudices sérieux. Également, de telles ordonnances ne sont pas actuellement une alternative viable pour une intervention rapide en raison des délais déjà mentionnés.

## CRIMINALISATION DES TROUBLES MENTAUX

La Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) est devenue la voie d'entrée alternative à des soins involontaires pour de nombreux patients souffrant de troubles psychotiques et qui refusent les soins. Cette situation illustre les insuffisances du cadre législatif civil. Les exigences élevées en matière de dangerosité font en sorte qu'il faut trop souvent attendre que le danger se matérialise avant d'intervenir avec des conséquences sur le patient et bien souvent ses proches.

Les lois civiles actuelles ne favorisent pas la prévention des actes violents, qui surviennent généralement avant l'instauration d'un traitement. En conséquence, les patients sont plus judiciarisés au Québec qu'ailleurs au Canada, avec un nombre beaucoup plus élevé de mandats de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) pour des accusés reconnus non-criminellement responsables, souvent pour des délits moins graves.<sup>4</sup> Ces patients, pourtant très malades, qui ne répondent aux critères civils, finissent par poser des actes criminels, faute de traitement, ce qui leur permet finalement de recevoir des soins contre leur gré.

3 Jhilam Biswas, Eric Y. Drogin et Thomas G. Gutheil (2018), "Treatment Delayed is Treatment Denied", *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online* December 2018, 46 (4) 447-453.

4 Crocker AG, Nicholls TL, Seto MC, Côté G, Charette Y, Caulet M. The national trajectory project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. Part 1: context and methods. *Can J Psychiatry*. 2015 .



### VIGNETTE CLINIQUE 3 – DANGÉROSITÉ INSUFFISANTE

L'état mental d'Esteban, 27 ans, a commencé à se dégrader il y a environ cinq ans. Il vit dans la rue depuis deux ans. À l'époque, il habitait avec sa copine et travaillait dans la construction. Progressivement, il est devenu plus méfiant et paranoïde, au point où il a perdu son travail et n'a pas été capable d'en garder un autre. Sa copine et ses parents ont tenté de l'amener à consulter, ce qu'il a toujours refusé. Sa copine a finalement décidé de le quitter il y a deux ans et de son côté, il n'a pas entretenu l'appartement et a cessé de payer le loyer. Ainsi, il a été expulsé et s'est retrouvé à la rue. Il est convaincu d'avoir une puce implantée dans la tête par une organisation criminelle internationale, il entend des voix qu'il attribue à des esprits maléfiques.

Un jour, alors qu'il marche en plein milieu de la rue, il est interpellé par les policiers. Ceux-ci le trouvent incohérent, délirant et considérant que marcher en pleine rue représente un danger grave et immédiat, ils le conduisent à l'hôpital contre son gré. À l'hôpital, il est calme, mais refuse les soins et demande à quitter. On constate qu'il a des propos délirants et on communique avec les parents qui sont très inquiets pour leur fils, visiblement très malade. Les

psychiatres entreprennent une démarche pour une garde provisoire. Devant le juge, Esteban tient un discours plutôt convaincant à l'effet qu'il n'a jamais été agressif avec quiconque, et qu'il n'a aucune intention de se faire du mal. Le juge constate qu'Esteban présente effectivement un état mental perturbé, mais conclue qu'il n'y a pas de dangerosité suffisante pour le garder contre son gré. La requête de garde est rejetée et le patient quitte l'hôpital.

Six mois plus tard, il est arrêté alors qu'il lance des cailloux sur des automobiles. Il explique aux policiers qu'il tente de sauver les automobilistes d'une fin du monde imminente, et que les cailloux sont en fait des boules d'énergie divine. Il est accusé de méfait et sera reconnu non criminellement responsable. Dans ce contexte, il est admis à l'hôpital sous mandat de la commission d'examen des troubles mentaux. Pendant son hospitalisation de trois mois, il bénéficie d'un traitement antipsychotique. Son état s'améliore significativement. Lorsqu'il quitte l'hôpital, il intègre une maison de chambres et entreprend des démarches d'employabilité pour un éventuel retour sur le marché du travail.

## PARTAGE D'INFORMATION DIFFICILE ET CONFIDENTIALITÉ

L'AMPQ considère que les règles strictes en matière de confidentialité limitent le partage d'information entre les différents intervenants sur le terrain et donc l'efficacité des soins apportés aux patients. Ce constat est partagé par d'autres acteurs du milieu. Les échanges avec les membres de la famille peuvent être limités par les refus fréquents des patients, étant donné la nature de leur problématique. Rien ne prévoit ou balise l'échange d'information avec la famille en cas de garde en établissement. Pourtant le consentement substitué aux soins par un proche en cas d'incapacité est requis par le Code civil, lorsqu'il n'y a pas de refus catégorique. Pour que le proche puisse consentir de façon éclairée, il est nécessaire qu'il dispose de l'information pertinente.

Les échanges avec les policiers ou autres intervenants dans la communauté sont également limités. Cependant, l'adoption du projet de loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et du projet de loi 66 visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité pour cause de troubles mentaux ou d'incapacité à subir leur procès pourrait faciliter ces échanges tout en introduisant des balises pour encadrer le partage d'information. Cela ne concernera cependant, que les patients déjà sous la responsabilité de la CETM.

Également, les dossiers antérieurs ne sont pas disponibles d'un hôpital à l'autre en temps opportun. La nouvelle Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux entrée en vigueur le 1er juillet 2024 permet nouvellement les échanges de dossier sans le consentement du patient, mais ceux-ci demeurent limités par des barrières technologiques.

## TRIBUNAUX JUDICIAIRES : L'EXPÉRIENCE PATIENT, L'EXPERTISE ET L'ÉVALUATION

Le système actuel amène les patients à comparaître de façon courante devant des tribunaux judiciaires pour des enjeux de santé mentale. Tel que mentionné, ils sont transportés de l'hôpital, où ils auraient vraisemblablement besoin d'être, et amenés au palais de justice où ils attendent dans les corridors, souvent à répétition, en raison de la redondance des procédures. On y instaure également une dynamique « adversariale » entre le patient et l'établissement. Pour certains patients, ceci peut s'avérer très stressant, voire traumatisant. Pour le personnel hospitalier, le transport de patients comporte également des défis logistiques et de sécurité.<sup>5</sup>

Ces déplacements forcés sont inappropriés pour une clientèle gériatrique, lorsqu'elle est à mobilité réduite ou atteinte de troubles neurocognitifs. Ces mêmes patients ont parfois perdu la capacité de se rappeler des audiences auxquelles on doit les soumettre.

5 Moskowitz, J. Sapadin, J. Guttenburg, M. (2020) Interfacility ambulance transport of mental health patients.



## VIGNETTE CLINIQUE 4 – JUDICIARISATION

Veuve depuis six mois, Madame Tremblay a 77 ans. Elle vit seule dans sa maison des 44 dernières années. Elle a été admise en gériatrie après avoir été retrouvée sur la voie publique confuse et désorientée. La maison est insalubre et encombrée. On retrouve des aliments avariés sur les comptoirs et dans le réfrigérateur. Le service d'incendie estime que la demeure représente un danger important.

À l'hôpital, on constate que madame Tremblay souffre d'une maladie d'Alzheimer avancée. Son mari compensait pour ses déficits, mais depuis son décès elle n'arrive plus à fonctionner. Elle ne se reconnaît toutefois aucun déficit, estimant « avoir toute sa tête ». Elle est irritable et bouscule parfois d'autres patients sur l'unité. Elle demande à quitter.

Devant le danger que la situation représente, l'équipe doit entreprendre des démarches pour une garde provisoire puis une garde autorisée. Ainsi, Mme Tremblay est transportée au palais de justice à deux reprises. Quand on la questionne, elle ne comprend pas l'objet des procédures. Dans les jours suivants, elle ne se rappelle pas être allée au palais de justice. Elle sera finalement hospitalisée pendant plusieurs semaines, le temps d'entreprendre des démarches en Cour supérieure pour une ordonnance d'hébergement, permettant de placer Mme Tremblay en sécurité dans un CHSLD.

### EXPERTISE ET ÉVALUATION

En matière de garde, la loi prévoit que le juge du tribunal judiciaire doit former sa propre opinion sur la question de la dangerosité, « quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée, et même en l'absence de toute contre-expertise » (Code civil du Québec, article 30). On donne ce rôle à une cour généraliste, qui ne possède pas nécessairement d'expertise particulière pour évaluer l'état mental, bien que certains juges développent une connaissance plus approfondie à travers leur pratique.

Le traitement des troubles mentaux graves et persistants nécessite une expertise de pointe. Malgré des défis cliniques qui perdurent, les options thérapeutiques se sont multipliées dans les dernières décennies au plus grand bénéfice des patients. Ceci implique que les spécialistes doivent constamment se tenir à jour et s'appuyer sur les plus récentes études. Dans ce contexte, il n'est pas réaliste d'attendre de non-psychiatres comme des juges ou des familles d'apprécier une situation clinique complexe ou les différentes alternatives de traitement sans la contribution active du médecin psychiatre et de l'équipe interdisciplinaire.

### PARTAGE DE JURIDICTIONS

Les questions de garde en établissement relèvent de la Cour du Québec et les contestations sont entendues par le Tribunal administratif du Québec (TAQ), Commission des affaires sociales. Les questions de soins relèvent de la Cour supérieure du Québec. Cette division des pouvoirs en matière de droit et de santé mentale entraîne un fonctionnement en silos et prive le patient d'une évaluation globale de sa situation par un tribunal qui aurait compétence sur l'ensemble des enjeux susceptibles d'être pertinents. Ceci amène également à mettre sous garde de nombreux patients sans offrir les soins requis ou appropriés, puisque la garde ne comprend pas de volet de soins.





## RÉSUMÉ DES CONSTATS

---

Il nous apparaît clair que le système actuel est dysfonctionnel. Il est en effet d'une complexité excessive et injustifiée, autant dans la façon dont la loi est conçue, que dans la manière dont elle est appliquée avec le partage de juridictions entre différents tribunaux judiciaires, que dans ses conséquences cliniques pour la patientèle et conséquences logistiques sur le terrain.

Le critère de dangerosité tel que défini actuellement est trop restrictif, tout comme les règles en matière de confidentialité. Nous constatons, aux côtés des acteurs du milieu, que cela porte préjudice aux patients, à leur famille et aux proches aidants. Des personnes inaptes se voient privées de soins dont elles auraient besoin et par le fait même perdent leurs acquis et voient leur maladie s'aggraver avec le temps. D'autres, de plus en plus nombreux, se retrouvent sous mandat de la CETM. Des familles sont contraintes à entreprendre des procédures judiciaires pour leur proche malade au péril de leur relation avec ce proche vulnérable.

Il nous apparaît clair que les attentes sont très élevées envers le processus actuel de révision de la loi, afin de se doter enfin d'un système fonctionnel et compréhensible pour tous, véritablement centré sur la personne.



# RECOMMANDATIONS DE L'AMPQ

## 1. PROPOSER UNE RÉVISION LÉGISLATIVE EN PROFONDEUR – ENGLOBANT À LA FOIS LES ENJEUX DE GARDES ET DE SOINS

Nous sommes d'avis qu'une modernisation est nécessaire et que celle-ci doit aller au-delà de la seule Loi P-38. En effet, les enjeux de gardes et de soins sont intimement liés, et nous croyons que dans un souci de cohérence, ces deux aspects doivent être abordés dans le cadre de cette révision.

Les objectifs d'une nouvelle mouture de la loi doivent être clairement définis. Nous croyons que l'objectif de l'hospitalisation involontaire ne devrait pas se limiter à détenir sans soigner la personne pour contenir un danger, comme c'est le cas actuellement, mais surtout à lui offrir les soins requis par son état

mental. Dans l'ensemble, la loi doit avoir pour objectif de créer un équilibre entre le droit à l'autodétermination d'un côté, et les intérêts de la personne et son droit à la santé, à des soins adéquats et à la sécurité de l'autre.

Une nouvelle loi devrait donc refléter l'ensemble de ces préoccupations. Or, la révision unique de la P-38 ne permettrait pas de créer une loi cohérente, avec une vision d'ensemble de ce qui est offert aux personnes qui sont visées par cette loi. Il faut remettre la personne au centre de la loi en santé mentale et lui offrir garde et soins lors d'un même épisode.

## 2. METTRE SUR PIED UN TRIBUNAL ADMINISTRATIF SPÉCIALISÉ EN SANTÉ MENTALE ET REGROUPER LES PROCÉDURES SOUS UNE MÊME JURIDICTION

Un tribunal formé d'un panel de juges avec une diversité de formations, incluant au moins un clinicien en santé mentale (à l'image du TAQ-CETM qui comprend généralement un avocat, un professionnel comme un psychologue ou un travailleur social, et un psychiatre), permettrait d'assurer que l'instance décisionnelle dispose de l'expertise de pointe requise pour évaluer les situations cliniques et les plans de soins dans leur ensemble. Le recours à un panel de juges permettrait également d'améliorer la standardisation des décisions. Un juriste, tel un avocat sénior ou un juge, pourrait être désigné sur ce panel et ainsi développer une expertise sur les lois civiles en santé mentale.

Nous sommes d'avis que la même instance devrait détenir la compétence pour entendre les causes de gardes et de soins. Les questions de dangerosité et d'inaptitude à consentir aux soins devraient toutes deux être débattues devant la même instance, et un plan thérapeutique approprié devrait être mis

en place dans le meilleur intérêt de la personne en fonction des circonstances. Ainsi, dès les délibérations sur la garde, il serait opportun d'évaluer la nécessité d'ordonner des soins pour le court terme en cas d'inaptitude, et de permettre des sorties à visée de réadaptation. Ceci permettrait d'éviter de longues hospitalisations où la personne demeure hospitalisée involontairement (i.e. détenue) sans traitement en attendant de comparaître en Cour supérieure pour une requête d'ordonnance d'autorisation de soins. Enfin, il serait opportun d'assouplir l'exigence du refus catégorique pour les ordonnances de soins, qui entraîne parfois des délais préjudiciables pour le patient dans l'instauration d'un traitement.

Soulignons à titre d'exemple le modèle ontarien, où l'on retrouve une Commission du consentement et de la capacité (Consent and Capacity Board ou CCB), un tribunal administratif ayant juridiction en matière de gardes et de soins.



### 3. REVOIR LE CRITÈRE DE DANGÉROSITÉ

La loi devrait prévoir une évaluation plus globale de l'état de santé mentale de la personne, des risques et préjudices qu'il encourt en raison de son état mental, de son aptitude et des besoins immédiats en matière de protection et de soins. Notamment :

- » Nous recommandons que le caractère immédiat du danger soit retiré de la loi, comme ce fut le cas en Ontario à la suite de la réforme en profondeur de la Loi sur la santé mentale avec la loi de Brian en 2000. En effet, le mot « immédiat » a été retiré afin de permettre une définition plus large de la dangerosité, qui correspond davantage aux limites des évaluations de risques par les cliniciens puisqu'un danger peut aisément être important sans être immédiat. De plus, l'élargissement du critère de dangerosité en Ontario a aussi été appliqué aux services policiers (Section 17 de la loi en santé mentale) pour permettre aux policiers d'appréhender des patients en situation de crise en communauté. Ceci permettrait également de dégager les familles du fardeau d'entreprendre des procédures à l'endroit de leur proche en donnant plus de latitude aux services d'urgence.
- » Également, la loi devrait prévoir un critère complémentaire qui ne serait pas basé sur la dangerosité corporelle, mais plutôt sur le besoin de traitement de certaines personnes ou encore sur la notion de préjudice important – par exemple, les usagers qui font la « porte tournante » à l'hôpital ou dont l'état mental est gravement détérioré et qui en subissent des conséquences multiples. À noter que ce type de disposition existe en Ontario à la suite à leur réforme majeure en 2000, ainsi que dans d'autres provinces comme la Colombie-Britannique, le Saskatchewan et le Manitoba.

## 4. PRÉVOIR DES EXCEPTIONS À LA CONFIDENTIALITÉ

Lorsqu'une évaluation est requise en raison de l'état mental d'une personne, il serait pertinent de permettre une communication entre l'équipe soignante et les différents acteurs impliqués, comme les policiers et autres intervenants dans la communauté. Ceci permettrait de s'assurer que toute l'information pertinente et nécessaire aux soins de la personne est disponible en temps opportun pour évaluer la nature du danger. Le projet de loi 66 propose de faciliter le partage de certaines informations avec les corps policiers pour les patients sous mandat de la CETM.

De telles dispositions existent également en Ontario où les cliniciens peuvent échanger de l'information avec la famille et les proches ainsi que d'autres soignants dans le cadre de l'évaluation d'un patient pour une garde et ce, sans le consentement du patient. Il s'agit d'une mesure de dernier recours pour les patients ayant le plus grand risque et les plus grands besoins (ceux en attente d'évaluation pour une garde). Au Québec, l'adoption de la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux introduit des possibilités de partage d'information avec d'autres organismes

ou dans des circonstances très précises. De telles exceptions encadrées par des critères strictes pourraient être envisagées dans une réforme globale de la loi P-38 et des autres cadres juridiques.

Les mécanismes prévus dans la loi devraient envisager un rôle pour les familles et des proches aidants. Leur rôle est fondamental dans l'accompagnement des personnes aux prises avec des troubles mentaux sévères afin de favoriser leur rétablissement. Bien que fondamental, le droit à la confidentialité ne doit pas devenir un mécanisme qui exclut du processus décisionnel les familles et les proches aidants des personnes inaptes à consentir aux soins. Il faudrait permettre à la famille et aux proches aidants de s'impliquer, sans toutefois leur imposer le fardeau de devoir s'antagoniser son proche. En effet, le rôle des proches aidants est aujourd'hui reconnu dans le parcours des patients dans le réseau de la santé: participation au plan de soins, le soutien émotionnel, la coordination des services et des soins, etc. Il serait essentiel de leur définir une place dans une réforme des lois en place.<sup>6</sup>

6 <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personne-proche-aidante>

## 5. METTRE FIN À LA NÉCESSITÉ D'OBTENIR UNE ORDONNANCE DU TRIBUNAL POUR PROCÉDER FORMELLEMENT À L'ÉVALUATION

La loi devrait prévoir un mécanisme permettant l'évaluation contre le gré en cas d'urgence, sans qu'un juge ait à ordonner l'évaluation. Par la suite, le tribunal pourrait se pencher sur la nécessité ou non de la garde avec toutes les informations en main. La plupart des autres provinces au Canada permettent l'évaluation du patient dans un contexte de garde préventive sans

que le patient consente explicitement, permettant un système efficace et cohérent. Ceci ne porterait pas davantage préjudice au droit à l'autonomie que le système actuel, puisque le résultat de cette évaluation devrait tout de même être soumis à un processus légal rigoureux.

## 6. PRÉVOIR DES MÉCANISMES DE TRANSPARENCE, DE RÉVISION ET DE COLLECTE DE DONNÉES

Nous recommandons que la révision des ordonnances de traitement de longue durée se fasse devant la même instance qui les ordonne au lieu de la confier au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens comme c'est actuellement le cas. Par exemple, à l'image de la révision annuelle des mandats de la CETM par le TAQ, un tribunal spécialisé pourrait réviser périodiquement de telles ordonnances. Ceci garantirait aux patients des occasions régulières d'exprimer leur point de vue

et ainsi de faire valoir leurs droits.

Un registre provincial sur les gardes et les ordonnances de soins permettrait de récolter des données, un exercice difficile, voire impossible, dans l'état actuel des choses. Une telle transparence est nécessaire pour assurer un suivi continu des pratiques et favoriser la confiance du public dans les institutions.

### SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS

La nouvelle mouture de la loi devrait être plus compréhensible pour toutes les parties prenantes, permettre un fonctionnement efficace et remettre la personne au centre du système, en créant un sain équilibre entre la protection de l'autonomie et la protection de la personne et de la collectivité. L'AMPQ propose une vision qu'elle traduit par un ensemble de mesures concrètes :

1. **Initier une révision législative** en profondeur - englobant à la fois les enjeux de garde et de soins
2. **Mettre sur pied un tribunal administratif** spécialisé en santé mentale et regrouper les procédures sous une même juridiction
3. **Mettre fin à la nécessité d'obtenir une ordonnance** du tribunal pour procéder formellement à l'évaluation
4. **Revoir le critère de dangerosité**
5. **Prévoir des exceptions** à la confidentialité
6. **Prévoir des mécanismes de transparence**, de révision et de collecte de données sur l'ensemble des gardes et des soins contre le gré

## CONCLUSION

Nous proposons de réviser en profondeur la loi civile québécoise en matière de troubles mentaux, sans se limiter à la seule P-38, en s'inspirant notamment des législatures environnantes telles que le modèle ontarien. L'AMPQ souhaite se positionner comme un acteur de changement en collaboration avec les partenaires du milieu afin de renforcer l'efficacité des systèmes de santé et de justice.

Cette orientation est partagée par les parties prenantes du système actuel. En tant qu'acteur de changement et générateur d'idées, l'AMPQ continuera de collaborer pleinement avec les instances désignées et le milieu dans son ensemble pour faire émerger des solutions tangibles et efficaces, adaptées aux besoins urgents et croissants de la population québécoise.

Par ce mémoire, l'AMPQ veut également souligner son engagement envers la patientèle qu'elle soigne et défend, ainsi que contrer la stigmatisation.

