

CONSULTATIONS SUR LA LOI P-38.001

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

**Penser les législations
en matière de santé mentale
à la lumière des droits humains**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR LA



À L'INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE

29 NOVEMBRE 2024

Penser les législations en matière de santé mentale à la lumière des droits humains

Table des matières

Introduction	3
Survol des enjeux liés à la loi P-38 et au <i>Code civil du Québec</i>	4
Les textes pertinents en droit international des droits humains	5
L'interdépendance des droits	6
Le droit à la santé	7
Pratiques coercitives en santé mentale : un changement de paradigme s'impose	8
Utilisation peu exceptionnelle d'une loi <i>d'exception</i>	10
La responsabilité d'agir contre la stigmatisation et les préjugés	12
Conclusion	13

Introduction

La Ligue des droits et libertés (LDL) est une organisation indépendante, non partisane et sans but lucratif, qui vise à défendre et à promouvoir l'universalité, l'indivisibilité et l'interdépendance des droits humains. Depuis sa création en 1963, la LDL a influencé plusieurs politiques gouvernementales et projets de loi en plus de contribuer à la création d'instruments voués à la défense et la promotion des droits humains, telle que la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec. Elle intervient régulièrement dans l'espace public pour porter des revendications et dénoncer des violations de droits auprès des instances gouvernementales sur la scène locale, nationale ou internationale.

Le présent mémoire est soumis à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) dans le cadre des consultations de sur les enjeux entourant la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001). La LDL expose d'emblée ses exigences élevées en ce qui concerne la transparence de ce processus de consultation et sa portée concrète lorsque le législateur prendra connaissance des contributions et envisagera une réforme de la loi, telle qu'il en a annoncé l'intention.

La LDL souhaite par sa contribution apposer le cadre d'analyse des droits humains à la Loi P-38 et aux enjeux qu'elle soulève dans son application.

Les sections suivantes mobilisent les textes et observations issus du droit international des droits humains, afin d'indiquer quels sont les grands principes qui devraient être au cœur des considérations pour avancer vers un meilleur respect des droits et libertés des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. Y sont abordés l'interdépendance des droits et le droit à la santé comme cadre d'analyse pertinent. On expose le changement de paradigme qui est prescrit depuis une perspective de droits humains en ce qui concerne les législations en santé mentale. On revient sur l'exceptionnalité que doit revêtir la Loi P-38, pour ensuite terminer en soulignant les obligations des États d'agir contre la stigmatisation et les préjugés à l'égard des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale.

Il est à noter que ce mémoire se réfère entre autres à la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Toutes les personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale ne s'identifient pas nécessairement en tant que personnes en situation de handicap. Cependant, la définition donnée au concept de « handicap » par cette Convention est large et il s'agit d'un texte fort important pour la réflexion sur les pratiques coercitives en santé mentale :

« Le handicap psychosocial résulte de l'interaction entre des personnes ayant des problèmes de santé mentale réels ou perçus et des barrières comportementales et environnementales qui empêchent leur participation pleine et effective à la société sur la base de l'égalité avec les autres. La discrimination, la stigmatisation et l'exclusion sont des exemples de ces barrières. Ce terme vise à refléter une approche sociale plutôt que médicale des expériences mentales et émotionnelles, en mettant l'accent sur les barrières comportementales et environnementales qui restreignent la participation égale d'une personne à la société¹ .»

La perspective du handicap comme étant créé par la société est porteuse, dans l'optique où ce sont les obstacles et pratiques discriminatoires et attentatoires aux droits qu'il faut éliminer pour que toute

¹ World Health Organization and Human Rights office of the High Commissioner, *Mental health, human rights and legislations : Guidance and practice* (2023) à la p xiv.

personne, peu importe ses conditions physiques, mentales ou psychosociales, soit à même de participer pleinement dans la société.

Survol des enjeux liés à la loi P-38 et au Code civil du Québec

Ce mémoire propose dans un premier temps un très bref survol des principaux enjeux liés à la P-38, référant tant l'IQRDJ que les autres lecteurs et lectrices aux documentations produites par les organisations de défense des droits en santé mentale. À cet égard, nous souhaitons reconnaître l'expertise et l'engagement sur le long terme de ces organisations, dont les analyses et recommandations devraient être au cœur d'une éventuelle réforme législative.

Les groupes de défense des droits en santé mentale, tels qu'Action Autonomie et l'Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), documentent depuis des décennies et de manière détaillée les diverses atteintes aux droits des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. Ces enjeux sont principalement soulevés dans l'application de la Loi P-38, qui se voulait en principe une loi susceptible de protéger les droits, mais qui dans les faits s'avère pour de nombreuses personnes une pratique d'oppression. Dans son document **La garde en établissement : Une loi de protection, une pratique d'oppression**, l'AGIDD-SMQ fait état des dérapages principaux en lien avec la P-38, à savoir :

- La nature exceptionnelle de la garde en établissement n'est pas respectée, la P-38 est très souvent utilisée.
- La notion de dangerosité n'est pas interprétée de manière restrictive, et se confond dans les faits avec une notion de *dérangerosité*. La stigmatisation des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale contribue à brouiller la notion de *dangerosité*.
- Les droits à la représentation et à l'information sont brimés, ainsi que les éléments de procédure auquel la personne concernée devrait avoir droit (présence de la personne concernée à sa propre audition devant le tribunal, recevoir signification de la requête liée à l'audition dans les délais requis par la loi, être représentée par un-e avocat-e, caractère expéditif des audiences, etc.)
- Le droit au consentement libre et éclairé aux soins est contourné, alors que les examens psychiatriques et, par la suite, des traitements sont imposés sans le consentement des personnes et que parfois, la personne concernée subit des pressions et menaces pour consentir à ces gestes médicaux.

Les données publiées par Action Autonomie dans sa Synthèse du portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état de santé mentale présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'île de Montréal, publiée en octobre 2024, et dans d'autres portraits antérieurement publiés par cet organisme, sont également éloquentes. Elles mettent en relief que l'application de la loi P-38 n'a rien d'exceptionnel; que les droits des personnes concernées sont très souvent bafoués (durée de la garde préventive, justice procédurale, interprétation large et arbitraire de la dangerosité, etc.) et que l'expérience s'avère souvent traumatisante pour les personnes subissant la garde en établissement forcée.

Le contexte d'hospitalisation psychiatrique revêt une dimension carcérale, amplifiée par l'architecture asilaire des établissements². Certains édifices austères ressemblent à des prisons avec des fenêtres

² Payne, C. et O. Sacks, *Asylum: Inside the Closed World of State Mental Hospitals*, MIT Press, 2009, en ligne : <https://www.chrispaynephot.com/asylum-1> (consulté le 15 novembre 2024).

à barreaux qui ne s'ouvrent que très peu, et les chambres comportent des dispositifs de contentions bien visibles. Les lieux sont exigus, souffrent d'un sous-financement chronique et sont parfois insalubres³.

Bon nombre de témoignages de patient-e-s font état que les règles de vie dans une unité interne en psychiatrie sont d'une grande sévérité. Par exemple, les patient-e-s peuvent être obligés de revêtir des vêtements d'hôpitaux bien qu'aucun examen physique ne leur soit pertinent. Ils et elles se voient retirer leurs téléphones et ne peuvent communiquer librement avec le monde extérieur. Lorsqu'un téléphone public est disponible, les conversations sont souvent filtrées, espionnées et limitées par le personnel soignant. De plus, la présence des proches aidants est systématiquement refusée, malgré le souhait de certains patient-e-s d'être accompagnés. Ces derniers n'ont aucune vie privée, forcés de partager des chambres avec d'autres et/ou de faire leur toilette sous observation. Alors qu'une division physique sécuritaire existe entre eux et le personnel soignant, les patient-e-s n'ont aucun moyen de s'isoler ou de se protéger des autres patient-e-s et encore moins des soignants. Finalement, toute manifestation de colère ou de frustration, toute expression verbale de mécontentement peut suffire à provoquer un « code blanc » appelant aux contentions physique et/ou chimique⁴.

Les soignants exercent parfois une coercition informelle qui met en péril le consentement libre et éclairé des patients. Le port de vêtements personnels, l'accès à l'extérieur, la visite des proches et les sorties de courte durée chez soi peuvent ainsi représenter des privilèges destinés à *récompenser les bons comportements*. Les patients en quête de répit de leurs conditions d'hospitalisation sont donc incités à ne pas exercer leurs droits (par exemple : poser des questions par rapport à leurs soins, demander un accompagnement, etc.) afin de bénéficier rapidement de ces privilèges qui leur redonnent un peu de dignité.

Lorsqu'une garde est imposée, en vertu de la loi P-38 ou par la Cour du Québec à une personne qui est considérée dangereuse, en vertu des dispositions du *Code civil du Québec*, il est probable qu'elle ait déjà été aux prises avec des enjeux tels que l'insomnie, la paranoïa, le retrait social, l'humeur dépressive, l'anxiété, l'hypersensibilité, etc. Le milieu psychiatrique et le fait d'être contraint de l'intégrer sont susceptibles d'accentuer ces difficultés plutôt que de les apaiser, notamment en raison des conditions dans lesquelles y sont maintenues les personnes.

De nombreux autres rapports de recherche, analyses et témoignages de personnes concernées font également état des enjeux de droits humains liés à la P-38 et à son application⁵.

Les textes pertinents en droit international des droits humains

Au sein de la *Charte internationale des droits de l'homme* qui se développe depuis la *Déclaration universelle des droits de l'homme* de 1948, plusieurs instruments internationaux peuvent éclairer les enjeux de la loi P-38 et plus largement des pratiques coercitives en matière de santé mentale. C'est le cas de la *Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains ou*

³ Plusieurs exemples paraissent dans les médias, notamment [Des hôpitaux dans un piètre état | Le Journal de Montréal](#)

⁴ Morin, Paul ; Michaud, Cécile, Santé mentale au Québec, [Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination](#), 2003, Vol.28 (1), p.126-150.

⁵ Voir recherche de 2007 d'Otero et al, avec l'AGGID-SMQ au sujet de l'application de P-38. En ligne : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3686330>. Voir également 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. En ligne : <https://doi.org/10.7202/038894a>

dégradants en 1987, que le Canada a ratifié, sans toutefois adhérer à son protocole facultatif. C'est le cas également de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CRDPH) en 2010, ratifiée par le Canada, qui a aussi adhéré à son protocole facultatif en 2019. Le Québec s'est aussi déclaré lié par décret à ces deux instruments internationaux et à leurs protocoles facultatifs. Ainsi, tant le Canada que le Québec ont des obligations de respect, de protection et de mise en œuvre des droits humains à la lumière de ces *Conventions*.

Les analyses et recommandations de certains Rapporteurs spéciaux des Nations unies sont également précieuses pour cette réflexion, notamment celles du Rapporteur spécial sur le droit à la santé (2018) et du Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées (2019) à la suite de leurs visites respectives au Canada.

En octobre 2023, le document [*Mental health, human rights and legislations : Guidance and practice*](#), a été publié conjointement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH). Il se présente comme un guide phare destiné aux personnes impliquées dans les législations et les politiques publiques, dans les soins et la recherche, en plus d'être utile aux organisations de la société civile et aux représentant-e-s des médias, entre autres. Ce guide apparaît comme un repère incontournable à l'heure de réviser les législations, afin que toute réforme tende vers un meilleur respect des droits et de la dignité humaine. Il propose de repenser en profondeur la législation en matière de santé mentale et souligne l'exigence d'un changement de paradigme majeur pour assurer le respect des droits. Le document de l'OMS et du HCDH dresse un portrait d'ensemble alarmant en ce qui concerne les législations en matière de santé mentale dans le monde. Tous les États ont des progrès significatifs à faire, et le Québec n'y échappe pas.

Les droits humains sont reconnus par des instruments constitutionnels ou quasi constitutionnels de protection, justement car ils doivent être considérés comme le socle de toute législation. Les droits humains servent de cadre de référence autant pour reconnaître les violations et dénis de droits chez certains groupes marginalisés que pour nous guider collectivement vers une société plus juste et respectueuse de la dignité humaine. Cette perspective est donc essentielle au moment d'envisager une réforme législative en matière de santé mentale.

Rappelons que les droits humains sont universels. Toute personne en est titulaire, quel que soit son état de santé mentale. Or, les personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale ont vécu à travers les siècles des violences et des abus systémiques, des dénis de justice, de la discrimination et une stigmatisation sans précédent qui perdurent encore aujourd'hui. Considérant que les troubles de santé mentale affectent une personne sur trois (CMQ, 2024), cet héritage historique réaffirme la nécessité de continuer à renforcer le respect et la protection des droits et libertés en matière de santé mentale.

L'interdépendance des droits

Pour la LDL, l'*interdépendance* des droits humains est une dimension incontournable dans l'analyse de tout enjeu. La réalisation d'un droit est intimement liée à celle des autres droits. Ceci signifie que les avancées pour l'exercice d'un droit ont des retombées positives pour d'autres droits. Inversement, les reculs ou dénis d'un droit entraînent des conséquences négatives pour d'autres droits.

Par exemple, une personne jouissant pleinement de son droit à la liberté est en mesure de s'acquitter de ses obligations professionnelles et financières. Inversement, la privation de liberté engendrée par une hospitalisation forcée fait obstacle à l'exercice du droit au travail, du droit à l'information et du

droit au logement, notamment. Les impacts de la privation de liberté peuvent aussi être graves quant à la famille, par exemple en privant les enfants de leur droit de jouir de la protection et de l'attention de leurs parents.

L'interdépendance des droits se révèle aussi lorsque des *soins* comme un examen psychiatrique, de la médication ou une hospitalisation sont imposés. Par exemple, priver une personne de sa capacité juridique (incluant son droit de consentir de manière libre et éclairée à ses propres soins) entraîne des répercussions très graves sur son droit à la sécurité, son droit à la santé et son droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités. Les *soins* non consentis sont susceptibles d'être traumatisants, de détériorer l'état psychologique de la personne, voire de diminuer son espérance de vie, en plus de briser l'alliance thérapeutique (INSPQ, 2012). Effectivement, les traumatismes engendrés par les pratiques coercitives découragent beaucoup de patients d'aller chercher de l'aide dans les années suivant cette expérience, tant pour des enjeux de santé mentale que physique.

Le droit à la santé

Le droit à la santé réfère au meilleur état de santé physique, mental et social qu'il est possible pour toute personne d'atteindre. Par conséquent, le droit à la santé n'est pas l'absence de maladie ou de handicap, et ne se limite pas aux soins, mais englobe plutôt tous les éléments qui influent sur l'environnement d'un être humain tout au long de sa vie. Ces déterminants sociaux incluent notamment le statut socioéconomique, le logement, la sécurité alimentaire, l'éducation, l'origine ethnique, le genre, l'environnement sain et bien d'autres. Ces déterminants ont un impact sur la santé des individus et des communautés. Les gouvernements québécois et canadien ont reconnu cette définition large du droit à la santé notamment en adhérant au *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, auquel ils sont liés.

Alimentée également par la perspective de l'interdépendance des droits humains, la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* précise que l'exercice du droit à la santé des personnes en situation de handicap physique ou psychosocial exige une protection spécifique de plusieurs autres droits et libertés. Les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale ont ainsi droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap, le droit de ne pas être soumises à de la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit au respect de leur autonomie, de leur dignité, de leur intégrité sur la base de l'égalité avec les autres et de leur vie privée.

Le droit à la santé des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale appelle donc au respect de tous ces droits, et ne peut aucunement être invoqué pour justifier des pratiques ou des soins coercitifs. Le droit à la santé n'équivaut pas non plus à un *devoir de santé* de la part de la personne concernée et ne peut être instrumentalisé comme un argument permettant d'imposer des soins non consentis à une personne prétendument dangereuse, ou dérangeante.

La mise en œuvre du droit à la santé implique également que le gouvernement agisse au maximum des ressources disponibles pour déployer des politiques publiques prévenant et redressant les inégalités sociales et économiques qui impactent la santé, et notamment la santé mentale. Cette lecture encourage à travailler pleinement en amont plutôt qu'en aval. Par conséquent, des efforts massifs devraient être déployés dans la prévention, les services sociaux et les services communautaires. Cette lecture encourage également à agir sur le continuum des soins et services dont peuvent bénéficier les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale : toutes lacunes au long de ce continuum est susceptible de provoquer un recul de la santé globale d'une personne et

ultimement, pousse les intervenant-e-s vers un recours moins parcimonieux à des pratiques coercitives et à la P-38.

Cette mise en œuvre du droit à la santé exige la participation démocratique des populations dans les décisions les concernant en matière de santé et de services sociaux. C'est la voie à suivre pour s'assurer de décisions justes, inclusives et équitables, et de politiques et législations tenant compte des réalités et des besoins des différents groupes et communautés. À cet égard, l'expérience, l'analyse et les demandes provenant des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale doivent être prises en compte, car leur expertise expérientielle est incontournable. À l'heure de réfléchir une réforme de la loi P-38, la voix des personnes concernées doit être non seulement entendue, mais estimée crédible et essentielle.

Pratiques coercitives en santé mentale : un changement de paradigme s'impose

La loi P-38 permet de mettre une personne sous garde préventive pendant 72h sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique n'ait été effectué, si un médecin considère que « *l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui* ». Par la suite, un tribunal est habilité à ordonner une garde provisoire et des évaluations psychiatriques, toujours sans le consentement de la personne concernée. Pendant la garde, la personne peut également se voir imposer des contentions chimiques sans son consentement. De plus, les organisations de défense des droits en santé mentale et les chercheur-e-s ont fort bien documenté les enjeux de droit à l'information : les personnes concernées peinent à obtenir des informations claires et transparentes sur le processus qu'elles sont entrain de subir, la médication qui leur est imposée, et leurs recours légaux.

Quant au *Code civil du Québec*, il permet dans certains cas de déléguer à un tiers la capacité juridique d'une personne cliniquement jugée « inapte », et dans d'autres de juger une personne inapte à consentir aux soins. L'objet ici n'est pas d'entrer dans les détails de chaque situation, mais de relever que le régime législatif en place au Québec actuellement, incluant la loi P-38, permet la coercition en matière de psychiatrie et le consentement substitué – que le document de l'OMS et du HCNUDH nomme les « décisions substituées ». Le cadre législatif crée de nombreuses situations dans lesquelles le consentement libre et éclairé aux soins n'est pas respecté.

Un régime fondé sur les droits humains devrait non seulement respecter la capacité juridique de toute personne sans égard à son état de santé mentale ou d'un handicap psychosocial, mais assurer que son plein exercice soit possible. Comme l'expose sans équivoque le guide de l'OMS et du HCNUDH, la reconnaissance pleine et entière de la capacité juridique constitue la clef de voûte du changement de paradigme nécessaire à l'exercice des droits et libertés des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. L'OMS et le Haut-Commissariat soulignent que cet exercice plein et entier de la capacité juridique devrait être au cœur des préoccupations dans toute interaction entre la personne et le système de soins et de services, peu importe sa condition et son diagnostic.

Les décisions substituées et la coercition nient l'autonomie des personnes en leur retirant le pouvoir décisionnel de consentir ou de refuser un soin ou un internement. Le pouvoir décisionnel est délégué à des substituts réputés prendre des décisions pour la personne concernée et dans son meilleur intérêt. Cette substitution fait fi des connaissances sur les meilleurs moyens pour gérer et interpréter leurs symptômes et nuit à la relation thérapeutique susceptible de les faire progresser dans leur état de santé.

Les décisions soutenues, en revanche, proposent des options et de l'accompagnement pour qu'une personne puisse exercer pleinement sa capacité juridique, et ce soutien doit être fourni en se basant sur les préférences et volontés de la personne concernée. Plusieurs formules sont possibles dans les régimes de décisions soutenues, mais dans tous les cas la capacité légale n'est ni retirée ni restreinte.

Le droit international des droits humains est catégorique à l'effet que les régimes législatifs supportant les décisions substituées sont appelés à se transformer en régimes supportant les décisions soutenues :

« Conformément à l'article 12 de la *Convention sur les droits des personnes handicapées*, les États parties ont l'obligation d'abroger les dispositions légales qui autorisent la prise de décision au nom d'autrui et de mettre la prise de décision soutenue à la disposition des personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux⁶ .»

Le Rapporteur spécial sur le droit à la santé, à la suite de sa visite au Canada en 2018, a déclaré espérer que le Canada élimine la réserve qu'il a émise lors de la ratification de la *Convention sur les droits des personnes handicapées* au sujet des décisions substituées, afin d'intégrer un paradigme de décision soutenue⁷. La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a émis une recommandation allant dans le même sens lors de sa visite en 2019 :

« Au Canada, les personnes ayant un handicap intellectuel ou psychosocial se voient systématiquement refuser la capacité juridique en vertu de régimes décisionnels de substitution (...). En réalité, loin d'être protégées, les personnes handicapées placées dans le cadre de ces mesures sont privées de leur reconnaissance de la capacité juridique dans des conditions d'égalité et d'autres droits, et courent un plus grand risque d'abus et de placement en institution. Dans ce contexte, j'exhorte toutes les provinces et tous les territoires à entreprendre un processus complet d'examen de leur système juridique afin de permettre la pleine réalisation du droit à la capacité juridique des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres⁸. »

Bien entendu, la capacité juridique des personnes concernées rejoint de près la notion du consentement libre et éclairé de toute personne à des soins qui lui sont proposés. Alors que le consentement aux soins en psychiatrie s'obtient trop souvent sans la pleine participation du patient, sous la menace ou la contrainte informelle, ou encore est imposé via une décision judiciaire, le cadre des droits humains appelle à renforcer le consentement à l'égard de tout soin, cela incluant les évaluations psychiatriques et la médication. Les bénéfices, désavantages et risques de chaque traitement proposé devraient être présentés et communiqués à la personne concernée par l'équipe traitante, lui permettant d'obtenir des réponses à ses questions, d'y consentir ou non, et de retirer son consentement à n'importe quel moment.

L'OMS et le HCNUDH sont clairs à l'effet que tout traitement imposé contre la volonté d'une personne est attentatoire au droit à la santé, à la capacité légale, au droit de ne pas subir de violence, d'exploitation et d'abus ainsi qu'à l'intégrité de la personne⁹. De plus, les pratiques coercitives en

⁶ OMS et HCNUDH, p. 27.

⁷ Human Rights Council, Forty-first session Visit to Canada, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, par 49.

⁸ Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées Mme Catalina Devandas-Aguilar sur sa Visite de pays au Canada, du 2 au 12 avril 2019. En ligne : <https://www.ohchr.org/fr/2019/04/end-mission-statement-United-nations-special-rapporteur-rights-persons-disabilities-ms>

⁹ OMS et HCNUDH, à la p 20.

santé mentale violent le droit à être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants, qui sont des droits auquel il est strictement interdit de déroger; les États sont ainsi appelés à bannir totalement toute intervention médicale non consentie¹⁰.

La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées insistait sur la nécessité de changements en la matière au Canada, exhortant les gouvernements provinciaux et territoriaux à « transformer leurs systèmes de santé mentale » et veiller « à ce que toutes les interventions en soins de santé soient fournies sur la base du consentement libre et éclairé »¹¹.

À ces appels à respecter le consentement et la capacité juridique des personnes s'ajoute le fait que les pratiques coercitives en matière de santé mentale sont documentées pour leurs effets négatifs importants. La coercition nuit gravement à, voire empêche, l'établissement d'une alliance thérapeutique¹² et les nombreux traumatismes physiques et psychologiques qui s'ensuivent découragent les personnes de revenir chercher de l'aide pour leur état de santé par la suite, diminuant de 4 à 12 ans leur espérance de vie¹³. Il s'avère donc essentiel d'assurer que des mécanismes effectifs existent pour que des personnes ayant subi les conséquences de pratiques coercitives puissent dénoncer, exiger une reconnaissance du tort subi et un redressement de leurs droits, et ultimement de mettre fin à toute pratique coercitive. Le guide l'OMS et du HCNUDH ne laisse planer aucun doute quant à la voie à emprunter :

« Il est essentiel de mettre fin aux pratiques coercitives dans le domaine de la santé mentale - telles que l'internement forcé, le traitement forcé, l'isolement et la contention - afin de respecter les droits des personnes qui utilisent les services de santé mentale. La coercition est préjudiciable en termes de santé physique et mentale, car elle éloigne les personnes des systèmes de santé mentale et de soutien. En outre, de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux ont subi des traumatismes au cours de leur vie. Lorsque la violence, la coercition et les abus se produisent dans les services de santé mentale, les personnes ne sont pas seulement déçues par le service, elles peuvent être retraumatisées et leurs difficultés initiales peuvent être aggravées¹⁴. »

Utilisation peu exceptionnelle d'une loi d'exception

La Loi P-38 se veut une loi d'exception, car elle prévoit une suspension exceptionnelle des droits des personnes concernées. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, à l'article 118.1, réitère l'intention d'exceptionnalité : « la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

¹⁰ OMS et HCNUDH, à la p 15.

¹¹ Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale Catalina Devandas-Aguilar sur sa Visite de pays au Canada, du 2 au 12 avril 2019. En ligne : <https://www.ohchr.org/fr/2019/04/end-mission-statement-United-nations-special-rapporteur-rights-persons-disabilities-ms>

¹² Lessard-Deschênes, C. et M.-H. Goulet, « The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients », (2022) 29-2 *J Psychiatr Ment Health Nurs* 287296, doi. En ligne : [10.1111/jpm.12800](https://doi.org/10.1111/jpm.12800).

¹³ INSPQ, A. Lesage, V. Émond, L. Rochette, D. St-Laurent, J.-F. Lévesque, S. Martel, M. Gagné, A. Bilodeau, G. Dolley, S. Ruel, J. Soucy, A. Delorme et C. Robitaille, « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *INSPQ - SURVEILLANCE DES maladies chroniques* 2012.6.16. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>.

¹⁴ OMS et HCNUDH, à la p 55.

L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne ».

Tel que mentionné au début de ce document, les groupes de défense des droits en santé mentale soulignent à quel point le caractère d'exceptionnalité de la P-38 n'est pas respecté : elle est utilisée très souvent. Plus inquiétant encore, Action Autonomie, dans son rapport intitulé *Portrait de l'application de la Loi P-38 par les établissements de santé de l'Île de Montréal* paru en octobre 2024, témoigne d'une tendance à la hausse qui s'est accentuée dans les récentes années : « le nombre total de recours aux dispositions de privation de liberté prévues par la Loi P-38 et le *Code civil du Québec* (gardes préventives, provisoires et autorisées) totalise 12 605, en hausse de 56,5 % face aux 8 055 recours de l'année 2014-2015 »¹⁵.

À cet égard, il est intéressant de noter que l'OMS et le HCNUDH attribuent un rôle important au régime législatif en place : en permettant les pratiques coercitives en matière de santé mentale, un tel régime participe à la normalisation de la coercition, et le recours aux lois comme la P-38 tend à augmenter à mesure qu'il est banalisé¹⁶.

Le caractère exceptionnel de cette loi suggérerait aussi que les tribunaux fassent preuve d'une extrême parcimonie et de prudence dans le traitement des requêtes, qui concernent le cœur de leur mission de protection des droits et libertés des personnes concernées. La réalité est plutôt que les audiences sont souvent expéditives et que les requêtes sont traitées et accordées majoritairement en moins de 10 minutes¹⁷. Action Autonomie ainsi que des chercheuses s'étant penchées sur la question récemment font état d'une pratique de « projets de jugements » rédigés par la partie demanderesse et utilisés par le tribunal, révélés par les erreurs dactylographiques qui permettent de deviner que le *copier-coller* est utilisé pour accélérer le travail¹⁸. Tout indique que dans l'application de la P-38, les tribunaux semblent souvent servir à faciliter et même accélérer l'application de la P-38 plutôt qu'à veiller à ce qu'elle soit appliquée avec parcimonie. Leur usage n'est pourtant pas de *rubber-stamper* les démarches de l'établissement psychiatrique, mais de veiller rigoureusement à la protection des droits des personnes concernées et à l'exceptionnalité du recours à cette loi.

L'utilisation excessive de la P-38 alors qu'elle devrait être exceptionnelle est attribuable en partie à la part d'arbitraire et de subjectif qui est faite à la notion de *dangerosité*. Cette notion, comme le souligne l'AGIDD-SMQ, n'est pas interprétée de façon restrictive et ouvre la porte à qualifier de *dangereux* une panoplie de comportements *dérangeants*. La place accordée au subjectif, à l'arbitraire et aux considérations morales des acteurs¹⁹ pour juger du danger que représente une personne pour elle-même ou pour autrui ouvre la porte aux biais des divers intervenant-e-s susceptibles d'utiliser la P-38, et donc au profilage racial et social. Il semble exister à ce jour peu de résultats de recherche portant sur les profilages qui ont cours dans l'application de la P-38 spécifiquement.

¹⁵ Action Autonomie, « J'méritais pas ça », *Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal*, à la p 19.

¹⁶ OMS et HCNUDH, p. 67.

¹⁷ Action Autonomie, à la p. 46.

¹⁸ Perrault, Édith et Emmanuelle Bernheim, *Les autorisations judiciaires de soins : analyse comparative des pratiques entre deux centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie*. Rapport de recherche. Collectif de défense des droits de la Montérégie, Service aux collectivités, UQAM, 2023, p. 12.

¹⁹ Emmanuelle Bernheim, *Une tension normative irréconciliable*. 32 *Les discours psychiatrique (2009-10)* 40 R.D.U.S. et juridique sur le risque psychiatrique, à la p 55 : En ligne :

https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Bernheim.pdf

Néanmoins, des études plus vastes sur les pratiques psychiatriques coercitives démontrent que celles-ci ciblent certains groupes de façon disproportionnée, notamment les personnes autochtones, les personnes racisées et les personnes en situation d'itinérance. Des recherches ont démontré que parmi les jeunes patients montréalais référés pour un premier épisode psychotique, les personnes noires, d'ascendance caribéenne ou africaine étaient 2,7 fois plus à risque que les autres d'accéder aux services de santé de manière coercitive (ex.: application de la P-38, judiciarisation de dossier) tout comme de subir des traitements coercitifs (ex.: contentions physique et chimique) par rapport aux personnes d'ascendance caucasienne, arabe, latine ou asiatique. Ce biais racial était plus prononcé chez les patients les plus âgés²⁰. De plus, des études ontariennes et québécoises établissent que les personnes noires sont plus susceptibles d'avoir des contacts avec la police durant leur parcours de soins psychiatriques²¹, plus susceptibles d'être amenées à l'urgence par les services policiers et ambulanciers lorsqu'elles sont en psychose²² et plus susceptibles de subir des pratiques psychiatriques coercitives²³.

Cette réalité n'est pas sans rappeler les profilages racial et social perpétués à travers certaines pratiques policières attentatoires aux droits humains. La LDL constate que les pratiques coercitives en santé mentale témoignent elles aussi d'un phénomène de profilage dont il est absolument nécessaire de comprendre la dimension systémique pour apporter des solutions adéquates. Il ne s'agit pas ici de tenter de se prémunir contre l'éventuel biais de certains médecins, infirmiers ou policiers qui peuvent placer une personne en garde préventive en vertu de la P-38. Il s'agit plutôt d'intervenir au niveau du cadre législatif pour mettre fin aux pratiques attentatoires aux droits et porteuses d'un grand potentiel de profilage racial et social.

La responsabilité d'agir contre la stigmatisation et les préjugés

La LDL est préoccupée du fait que le processus de consultations concernant une éventuelle réforme de la Loi P-38, à l'instar d'autres mesures récentes telles que la *Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès*, semble faire suite à quelques événements très violents ayant fait les manchettes au cours des dernières années. Il est indéniable que des événements suscitant une certaine panique sociale et beaucoup d'attention médiatique doivent être pris au sérieux.

Or, cela ne justifie en rien d'attribuer d'emblée ces événements violents à des personnes vivant des problèmes de santé mentale, alors qu'aucun diagnostic ne le confirme. Cet amalgame est dénoncé depuis longtemps par les groupes de défense des droits en santé mentale et démenti par des chercheur-e-s, qui s'évertuent à souligner que la corrélation n'est ni démontrée ni concluante, une infime proportion des actes de violence étant attribuables à une personne avec un trouble mentale²⁴

²⁰ Knight, S., G. E. Jarvis, A. G. Ryder, M. Lashley et C. Rousseau, « Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis », (2022) 73-1 *Psychiatr Serv* 28, doi : [10.1176/appi.ps.202000715](https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000715).

²¹ FEENEY, A., UMAMA-AGADE, E., CURLEY, A., ASGHAR, M. & BRENDAN, K., "Police Involvement in Involuntary Psychiatry Admission: A Report From the Dublin Involuntary Admission Study" (2020) 71: 12 *Psychiatric Services* 1292.

²² (JARVIS, E., KIRMAYER, L. J., JARVIS, G. K. & WHITLEY, R., "The Role of Afro-Canadian Status in Police or Ambulance Referral to Emergency Psychiatric Services" (2005) 56:5 *Psychiatric Services* 705.)

²³ RODRIGUES, R. & al, "Risk of involuntary admission among first-generation ethnic minority groups with early psychosis: a retrospective cohort study using health administrative data » (2019) 29 *Epidemiology and Psychiatric Sciences* e59, 1.

²⁴ AGIDD-SMQ, Mémoire sur le projet de loi 66, septembre 2024. En ligne : <https://www.agidd.org/publications/memoire-sur-le-projet-de-loi-66/>

²⁵. Par ailleurs, un tel amalgame infondé et largement médiatisé entre maladie mentale et événements violents, contribue à la stigmatisation et à la marginalisation des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale.

Le rôle de l'État est plutôt d'agir contre la stigmatisation et les préjugés qui persistent à l'endroit des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. Le rapport de l'OMS/HCNUDH insiste sur le rôle de la législation, laquelle est susceptible d'influencer les attitudes et les comportements du public à l'égard des personnes aux prises avec de tels enjeux ou avec des handicaps psychosociaux. « En s'alignant sur les normes internationales en matière de droits humains, la législation peut favoriser un changement culturel qui promeut la transformation sociale dans le domaine de la santé mentale ²⁶». De même, l'article 8 de la CRDPH stipule que les États s'engagent à « prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées en vue de combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses concernant les personnes handicapées ²⁷».

Ainsi, la LDL appelle le législateur québécois, dans la foulée de tout changement légal ou politique, et particulièrement dans le processus de consultation sur la loi P-38, à assumer pleinement cette dimension de ses obligations.

Conclusion

Avec ce mémoire, la Ligue des droits et libertés souhaite proposer le cadre des droits humains comme perspective fondamentale pour réfléchir aux législations en matière de santé mentale, en particulier la Loi P-38 et plus largement, au cadre législatif en lien avec les gardes en établissement. Bien du chemin reste encore à faire pour effectuer un changement de paradigme majeur, afin d'adopter une approche basée sur les droits, et dans laquelle les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale et des handicaps psychosociaux « puissent pleinement s'engager dans leur propre rétablissement et participer à toutes les sphères de la vie ²⁸».

Dans leur guide, l'OMS et le Haut-Commissariat soulignent que globalement, un changement radical d'approche est nécessaire pour que les personnes vivant des enjeux de santé mentale présentement perçues comme un « objet de soins » soient dorénavant pleinement considérées comme « sujet de droit ²⁹ ».

Une approche de la santé mentale fondée sur les droits humains doit s'attarder aux déterminants sociaux de la santé, tout en favorisant la pleine réalisation de la capacité juridique et le consentement de toute personne, sans discrimination fondée sur son état de santé mentale. L'État québécois a la responsabilité de rétablir les droits des personnes aux prises avec des enjeux de santé mentale, qui subissent les conséquences de pratiques coercitives attentatoires aux droits. Une éventuelle révision de la Loi P-38 doit à tout prix tendre vers un meilleur respect des droits et libertés des personnes concernées, et s'accompagner d'efforts actifs pour lutter contre la stigmatisation de ces personnes.

²⁵ Emmanuelle Bernheim et Florence Amélie Brosseau, «What Is the “Risk” in the High-Risk Accused Finding? Discriminatory Slippage in the Not Criminally Responsible on Account of Mental Disorder Regime » 27 Can. Crim. L. Rev. 219 (à la p 2).

²⁶ OMS et HCNUDH, à la p 4.

²⁷ CRDPH, art 8b.

²⁸ OMS et HCNUDH, page viii.

²⁹ OMS et HCNUDH, p. 46.