

Projet de loi n° 23 : *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*

MÉMOIRE DE LA



Ligue des
droits et libertés

PRÉSENTÉ À LA
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC

1er juin 2026

Introduction	3
Présentation de la Ligue des droits et libertés	3
Un processus législatif hautement questionnable	4
La coercition en santé mentale - une pratique d'ores et déjà répandue et banalisée	6
Analyse du PL 23 : des changements mal avisés	10
Les dispositions concernant la LPPAEM et les articles 26 et suivants du CcQ	11
L'élargissement du critère de danger et l'introduction des notions d'«altération» et de «détérioration» de l'état mental	11
Le processus de concertation.....	14
Les directives psychiatriques anticipées (DPA).....	16
La création de la section de l'intégrité de la personne au TAQ	19
Le droit international et la fin des pratiques coercitives en santé mentale	21
Une réponse répressive devant la dégradation des conditions de vie	24

Introduction

Présentation de la Ligue des droits et libertés

Fondée en 1963, la Ligue des droits et libertés (LDL) est un organisme à but non lucratif, indépendant et non partisan, qui vise à faire connaître, à défendre et à promouvoir l'universalité, l'indivisibilité et l'interdépendance des droits reconnus dans la *Charte internationale des droits de l'homme*. La LDL est affiliée à la Fédération internationale des droits humains (FIDH).

La LDL a contribué depuis la Révolution tranquille à l'avancement des droits humains au Québec et elle poursuit, comme elle l'a fait tout au long de son histoire, différentes luttes contre la discrimination et toutes formes d'abus de pouvoir et de dominations. Elle défend les droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, dans une perspective centrée sur l'interdépendance des droits. Son action a influencé plusieurs lois et politiques publiques, et contribué à la création d'institutions essentielles pour la défense et la promotion des droits humains, dont la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* et la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. Depuis, elle veille non seulement à protéger les droits énoncés dans la *Charte*, mais aussi ceux qui n'y sont pas expressément mentionnés et qui sont inscrits dans le droit international des droits humains. Elle exerce une vigile sur les lois, règlements et politiques publiques afin de s'assurer que les différents paliers de gouvernement respectent leurs obligations en matière de respect, de protection et de mise en œuvre des droits humains.

La LDL souhaite amener la perspective des droits humains à l'analyse que feront les députées du projet de loi 23, *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui* (ci-après : le PL 23). À défaut de pouvoir s'exprimer de vive voix lors des consultations comme elle l'a demandé, elle soumet la présente contribution à l'attention de la Commission de la santé et des services sociaux.

Un processus législatif hautement questionnable

En décembre 2025, l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) rendait son rapport final et ses recommandations en vue d'une éventuelle réforme de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38 ou LPPEM)¹, après avoir été mandaté par le ministre responsable des services sociaux (MSSS) pour mener ce travail de recherche et de consultation. La LDL considère que plusieurs dispositions du projet de loi 23 s'opposent directement aux recommandations formulées par l'IQRDJ. Alors que les résultats de la démarche scientifique et collaborative menée par l'IQRDJ n'ont été pris en compte par le législateur que très minimalement, le public peut à juste titre se demander s'il s'agissait d'une mascarade, et si le gouvernement avait vraiment l'intention de tenir compte de l'issue de cette démarche dans laquelle une part considérable des acteurs, y compris les personnes premières concernées, ont partagé leurs expertises et besoins.

En matière de droits humains, en santé mentale comme dans tout autre domaine, le gouvernement du Québec profiterait à écouter les constats issus de la littérature scientifique, de la société civile ainsi que des personnes premières concernées. Cela lui permettrait de s'assurer que les mesures proposées permettent, dans les faits, une plus grande dignité pour les personnes, le respect de leurs droits fondamentaux et ultimement que les politiques publiques en découlant auront des conséquences positives sur les enjeux de société identifiés.

À cet égard, il convient de rappeler que plus de 165 organisations de la société civile ont joint leurs voix à la déclaration *Quand la Folie a le dos large*, qui affirmait clairement que le gouvernement ne doit pas restreindre davantage les droits des personnes ni donner davantage de pouvoir à l'appareil policier et psychiatrique en matière de santé mentale. Ces organisations craignent depuis des mois qu'une réforme de la P-38 élargisse le recours aux mesures coercitives alors que sa responsabilité est plutôt d'agir sur les inégalités sociales, le manque de ressources en prévention et l'accompagnement en santé et services sociaux.

Il n'y a pas que cette mise à l'écart de dizaines d'organisations et des conclusions de l'IQRDJ qui pose problème. Lors du dépôt du PL 23 à la fin mars 2026, il était déjà évident que le temps imparti dans l'agenda parlementaire ne permettrait pas d'accorder à un sujet aussi grave la qualité de consultation et la profondeur d'analyse requises. Entre un changement de premier ministre, des modifications au sein du Conseil des ministres, une prorogation parlementaire et l'étude des crédits budgétaires, et en sachant que la session parlementaire se termine le 12 juin — soit à quelques jours ouvrables de la fin des consultations sur le PL 23 —, le gouvernement s'entête à agir dans une précipitation injustifiée et inquiétante. Soucieuses de préserver l'intégrité du

¹ Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ, chapitre P-38.001. [P-38]

processus démocratique, en mai dernier, une quinzaine d'organisations ont pourtant demandé le retrait du PL2². Leur demande n'a trouvé aucun écho auprès du gouvernement.

La LDL tient également à souligner le contexte dans lequel le PL 23 a été introduit. Le dépôt du projet de loi, dans la foulée d'un événement violent très médiatisé, mais isolé, repose sur un amalgame associant à tort les troubles de la santé mentale et la violence. D'importants raccourcis factuels ainsi que des approximations concernant les institutions et les acteurs impliqués dans cette affaire ont traversé le discours médiatique. Cela a aussi facilité l'instrumentalisation plus large des enjeux de santé mentale au profit de la banalisation de la coercition. Il n'est pas nouveau que des gouvernements instrumentalisent des événements isolés pour légiférer au mépris de constats issus notamment de la littérature scientifique. En l'occurrence, les données scientifiques ne démontrent pas de lien entre violence et «trouble mental» ou «maladie mentale»³. Celles-ci indiquent plutôt que la très vaste majorité des personnes vivant des enjeux de santé mentale ne sont pas violentes, et plus souvent victimes de violence qu'autrices de violence⁴. Cette corrélation erronée contribue à la stigmatisation et à la marginalisation sociale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale et alimente l'idée qu'un recours accru à la coercition est nécessaire pour assurer la sécurité publique.

Non seulement peut-on s'inquiéter que le contexte d'introduction du PL 23 ait contribué à légitimer une approche plus coercitive en matière de santé mentale, sans égard à la dignité et aux droits fondamentaux des personnes, mais on peut aussi s'inquiéter que cette démarche contribue activement à renforcer l'amalgame entre santé mentale et violence.

En vertu de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CRDPH), le gouvernement a pourtant l'obligation de lutter activement contre la stigmatisation des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale et de « prendre des mesures immédiates, efficaces et appropriées en vue de combattre les stéréotypes, les préjugés et les pratiques dangereuses » les concernant.

Pour les motifs qui suivent, la LDL considère que les textes législatifs modifiés, de même que la transformation procédurale envisagée à travers le PL 23 traduisent le choix, dans la foulée d'événements isolés, d'une approche coercitive toujours plus banalisée s'inscrivant en porte-à-faux de la littérature scientifique et des prescriptions issues du droit international relativement à

² Nancy Melanson, Anne-Marie Boucher, Claudia Barabé et Laurence Guénette, «Une réforme aussi délicate ne peut se faire dans la précipitation» *La Presse*, 6 mai 2026, en ligne : <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2026-05-06/hospitalisations-forcees/une-reforme-aussi-delicate-ne-peut-se-faire-dans-la-precipitation.php>

³ Lia Ahonen et Brent, D. A. (2019), "The Association Between Serious Mental Health Problems and Violence : Some Common Assumptions and Misconceptions" 20(5) TVA, 613-625.

⁴ Choe, J. Y., Teplin, L. A., & Abram, K. M. (2008). Perpetration of Violence, Violent Victimization, and Severe Mental Illness : Balancing Public Health Concerns. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 59(2), 153-164.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.2.153>

l'abolition de la coercition en santé mentale. Les dispositions du PL 23 traduisent la banalisation de l'enfermement et des atteintes à l'intégrité physique et psychique des personnes ainsi que des conséquences qui en résultent pour ces dernières. Les changements procéduraux proposés déstructurent par ailleurs les institutions concernées et compromettent les droits procéduraux et substantiels des personnes visées par ces mesures.

Pour ces raisons, et pour les motifs expliqués dans les parties qui suivent, la LDL demande le retrait complet du PL 23.

La coercition en santé mentale - une pratique d'ores et déjà répandue et banalisée

Dans les dernières années dans différentes juridictions du Nord global, il est possible d'observer une tendance législative à l'adoption de lois portant atteinte de manière importante aux droits à la liberté et à l'intégrité des personnes, sur la base de critères d'évaluation de la «dangerosité» ou du «risque,» et parfois sous le couvert de la «compassion»⁵. C'est aussi le cas dans plusieurs provinces canadiennes⁶. De manière générale, la mise en place de ces cadres juridiques facilite le recours à la détention et aux traitements forcés des personnes considérées incapables de prendre des décisions pour elles-mêmes en raison de leur état mental (lié ou non à la consommation de substances) ou bien considérées représenter un danger ou encore un risque pour elles-mêmes ou pour autrui ou la société (tout dépendant de la législation concernée). Ces lois facilitent aussi le partage d'informations confidentielles dans des circonstances de plus en plus larges, notamment dans le cadre de collaborations et d'actions concertées entre les services policiers et des institutions diverses, dont les services sociaux⁷. Cela fait dire à des chercheuses que l'on assiste à une «hybridation police-médecine»⁸ à laquelle on oppose de moins en moins de limites, qui contribue à l'étalement transversal de formes de contrôle et de surveillance - qui traversent donc nos institutions. Or, ces mécanismes ne ciblent pas chacun également et s'insèrent plutôt dans la reproduction de violences historiques et d'inégalités systémiques⁹. Au Canada¹⁰, certaines recherches montrent que les personnes précaires, racialisées et, en

⁵ Par exemple en Alberta le *Compassionate Intervention Act*, SA 2025, c C-21.5 est sur le point d'entrer en vigueur.

⁶ Jean-Laurent Domingue, Axel Ounis et Emmanuelle Bernheim, « Coercion isn't care, and new laws that enforce treatment are dangerous », *The Conversation*, 26 avril 2026, en ligne : <https://theconversation.com/coercion-isnt-care-and-new-laws-that-enforce-treatment-and-confinement-are-dangerous-280193> [Domingue, Ounis et Bernheim, 2026]

⁷ Ibid et Emmanuelle Bernheim et Delphine Gauthier-Boiteau, « Durcir la P38? Quand la démagogie s'empare du débat public » *Le Devoir*, 20 mars 2026, en ligne : <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/965376/durcir-loi-p-38-quand-demagogie-empare-debat-public?>

⁸ Domingue, Ounis et Bernheim, 2026, supra note 6.

⁹ Ibid.

¹⁰ Cette question tend à y être documentée de plus en plus au regard de projets de recherches s'y penchant, notamment par le biais de la Chaire de recherche du Canada en santé mentale et accès à la justice (voir : <https://www.sante-mentale-acces-justice.ca/fr/chaire/accueil>). Par ailleurs, ces questions demeurent sous-documentées au Québec en partie en raison de l'absence de données systématiques colligées par l'État québécois.

particulier Noires et Autochtones, font l'objet de pratiques psychiatriques coercitives de façon plus importante¹¹, à l'image des violences structurelles déjà à travers les systèmes policiers¹²; de justice pénale et carcérale¹³; ainsi que de protection de la jeunesse¹⁴. Il y a donc lieu de s'inquiéter tout particulièrement des effets qu'auront ces tendances législatives coercitives sur ces groupes - ce que souligne le Protecteur du citoyen concernant les Premières Nations et des Inuit dans son mémoire à propos du présent projet de loi¹⁵.

Le recours à des mesures coercitives, et en particulier à l'internement et aux soins forcés, en pratique, est loin d'être exceptionnel, ici comme ailleurs. Les recherches du journaliste Rob Wipond montrent que, parmi les pays du Nord Global, le Canada est la juridiction où les hospitalisations forcées sont les plus fréquentes¹⁶. Par ailleurs, les chiffres connus pour le Québec, au regard du travail de plusieurs chercheuses et d'organismes communautaires en défense de droits¹⁷, traduisent une fréquence du recours aux hospitalisations forcées qui ne se démarque pas de la norme nationale. En dépit de ce qui est souvent affirmé dans l'espace public et politique, il n'est ainsi en pratique pas plus difficile d'interner une personne contre son gré au Québec qu'ailleurs au Canada. Ces données illustrent la continuité de la tradition asilaire particulièrement importante du Québec, où le nombre de lits psychiatriques était toujours parmi les plus élevés des juridictions du Nord Global, voire du monde, au début des années 2000¹⁸.

¹¹ Emmanuelle Bernheim et Eva Ottawa. « *Miwowatsiwin* : vers le mieux-être à Manawan : une recherche-action au service du Principe de Joyce. » *Revue d'études autochtones*, volume 52, numéro 3, 2022-2023, p. 125-132; Knight S, Jarvis GE, Ryder AG, Lashley M, Rousseau C. Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis. *Psychiatr Serv.* 2022 Jan 1;73(1):2-8;

¹² Yankey, Manzah-Kyentoh. (2026) "Racism, Colorblindness, and Police Culture in Canada." *Race and Justice* (Los Angeles, CA) 16, no. 2: 555-77.

¹³ Marie-Ève Sylvestre, C. Bellot et É. Lesage-Mann. 2019. *Portrait de la judiciarisation des Premières Nations au Québec : l'amorce d'un virage nécessaire. Rapport de recherche présenté à la Commission de la santé et des services sociaux de l'CSSSPNQL*. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. En ligne : <https://cssspnql.com/produit/portrait-de-la-judiciarisation-des-premieres-nations-au-quebec-lamorce-dun-virage-necessaire/>; Canada. Department of Justice. Research and Statistics Division, issuing body. *Overrepresentation of Black People in the Canadian Criminal Justice System*. Department of Justice Canada = Ministère de la Justice Canada, 2022.

¹⁴ Robyn Maynard, (2025) *Policing Black Lives : State Violence in Canada from Slavery to Present*. Revised and Expanded edition. Duke University Press; Christiane Guay et Sébastien Grammond. « Les enjeux de l'application des régimes de protection de la jeunesse aux familles autochtones. » *Nouvelles pratiques sociales*, volume 24, numéro 2, printemps 2012, p. 67-83.

¹⁵ Protecteur du citoyen, *Mémoire du Protecteur du citoyen Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et publiques concernant le projet de loi no 23, Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*, Québec, mai 2026.

¹⁶ Voir : Rob Wipond, « Your consent is not required: The rise in psychiatric detentions, forced treatment, and abusive guardianships » BenBella Books, Dallas, 2023; Rob Wipond, « Why does Canada have such high rates of forced psychiatric hospitalizations? » *The Globe and Mail*, 2 janvier 2026, en ligne : <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canada-forced-psychiatric-hospitalization-rates/>

¹⁷ Voir : Valentine Fau (2024), *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : Rapport 1 Portrait général et revue de la littérature*, Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), Québec, aux pages 29 à 43. [IQRDJ, Rapport 1]

¹⁸ Au début des années 2000, le nombre de personnes institutionnalisées demeure beaucoup plus élevé qu'ailleurs, Emmanuelle Bernheim rapporte que, pour 100 000 habitants, le Québec déclare 57 lits en 2001 et 42 en 2006. Or, au début des années 2000, 40 lits sont déclarés en moyenne pour les autres provinces canadiennes ; 30 lits pour la France, les États-Unis et l'Allemagne ; et 20 lits pour l'Australie et l'Italie. Voir : Emmanuelle Bernheim (2014). Quand le droit et la justice contribuent à la marginalisation : sur la rupture de solidarité sociale en santé mentale au Québec. Dans : M.-C. Doucet et N. Moreau, dir. *Penser les liens entre santé mentale et société : Les voies de la recherche en sciences sociales*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 141-180.

Pour les années qui suivent, la professeure de droit Emmanuelle Bernheim, dont les travaux contribuent à documenter les enjeux concernant les dispositifs juridiques liés aux pratiques psychiatriques coercitives au Québec¹⁹, écrit que :

Jusqu'au début des années 2000, l'absence de données publiques et la diminution radicale du nombre de lits hospitaliers sous l'impulsion de politiques inspirées de la nouvelle gestion publique ne permettent pas d'établir si la judiciarisation a entraîné une baisse du recours aux mesures involontaires en psychiatrie, au Québec comme ailleurs. Cependant, depuis une quinzaine d'années, à l'image de la tendance dans les pays du Nord global, l'usage de l'hospitalisation et des soins forcés est en pleine augmentation au Québec. Alors que les dispositions juridiques encadrant ces pratiques divergent grandement selon les juridictions, les recherches statistiques et les analyses juridiques documentant leur mise en œuvre dans les structures hospitalières et le milieu judiciaire arrivent à des constats similaires : les personnes soumises à ces pratiques sont disproportionnellement marginalisées, vivent dans des conditions précaires, sont moins susceptibles d'avoir une formation professionnelle, sont socialement isolées et racisées ; les violations des droits fondamentaux et procéduraux sont courantes; l'efficacité clinique de ces pratiques n'ayant pas été prouvée, elles semblent servir davantage des objectifs de contrôle et de surveillance que des objectifs thérapeutiques.

[Références omises]

L'état des connaissances scientifiques concernant les mesures contraintes comme l'internement et les soins forcés montre que celles-ci ne sont pas efficaces sur le plan thérapeutique par rapport à des mesures volontaires. Des métasynthèses ou méta-analyses soulignent l'absence de recherches scientifiques rigoureuses disponibles. Il y aurait donc une certaine absence de données probantes quant au fait que l'internement forcé aide bel et bien les personnes, mais aussi à l'effet que cela contribue à la sécurité publique²⁰. Au contraire, plusieurs études montrent les effets néfastes des mesures coercitives, telles que l'enfermement, les soins forcés et les mesures de contrôle pour les personnes qui les vivent, éloignant notamment ces personnes des services d'aide et de soins par la suite²¹.

Bien que le recours aux traitements et à l'hospitalisation forcée soit censé être une mesure d'exception, les données empiriques en indiquent un usage plus vaste. En particulier en ce qui a trait au recours à la P-38 et au mécanisme plus particulier de garde préventive, en conférence de presse dans la foulée du dépôt du PL23, la Ministre Bélanger affirmait que, pour 2023-2024, on comptait 19 106 personnes sous ce type de garde²², soit une moyenne de 52 personnes par jour à l'échelle du Québec. En ce qui concerne les demandes judiciaires de gardes provisoires, la

¹⁹ Emmanuelle Bernheim, (2024). « Profilage et violence judiciaire : la multijudiciarisation civile et administrative en santé mentale à l'intersection de la classe sociale, du genre et de la race » 57(1) *Criminologie*, 45–78, à la p 47.

²⁰ voir notamment : Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;28(6):605-612. doi:10.1017/S2045796019000350; Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, Pingani L, Palumbo C, De Rosa C, Catapano F, Fiorillo A. Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review. *Expert Rev Neurother*. 2014 Feb;14(2):131-41.

²¹ Voir notamment la revue systématique suivante : Antonio Iudici et al. (2022) « Implications of Involuntary Psychiatric Admission: Health, Social, and Clinical Effects on Patients » 210(04) *J Nerv Ment Dis*. 290-311.

²² 24 mars 2026, Conférence de presse de Mme Sonia Bélanger, ministre de la Santé, M. Simon Jolin-Barrette, ministre de la Justice, et Mme Shirley Dorismond, adjointe parlementaire de la ministre responsable des Services sociaux, Québec, en ligne : <https://www.assnat.qc.ca/en/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-103963.html>

Ministre Bélanger parlait de 14 945 demandes pour 2024 au Québec²³. Le rapport de l'IQRDJ nous rappelle que la garde préventive est utilisée entre 18 000 fois et 20 000 fois par année entre 2016 et 2022 au Québec; des gardes provisoires sont exécutées 750 fois en 2016-2017 contre 4905 fois pour 2021-2022²⁴. Enfin, des gardes en établissement et des demandes de renouvellement de gardes ont été déposées 5700 fois en 2013 et près de 9000 fois en 2022. En ce qui concerne les autorisations de soins contre le gré des personnes, alors que l'on en dénombrait 1662 en 2012, c'est 3247 demandes qui ont été déposées en 2022. Ces données indiquent une augmentation constante du recours aux mesures coercitives en santé mentale au fil du temps²⁵.

Pour la LDL, il semble que le PL23 s'insère dans une tendance qui, tant à l'échelle locale que nationale, appréhende un ensemble de problèmes sociaux dont les causes sont structurelles et politiques, au prisme réducteur, individualisant et biomédicalisant, des «problèmes de santé mentale». Des atteintes graves et toujours plus fréquentes aux droits fondamentaux des personnes résultent de ce qui traduit une approche de plus en plus coercitive, qui : renforce l'amalgame entre violence et santé mentale décriée en introduction; n'est pas ancrée dans les déterminants sociaux de la santé; et occulte une compréhension politique et structurelle d'enjeux sociaux par un processus de subjectivation, en vertu duquel l'État se déresponsabilise.

En effet, plusieurs choix politiques de l'État québécois contribuent directement à la dégradation des conditions de vie – et plus largement des déterminants sociaux de la santé – des personnes déjà parmi les plus précarisées au sein de la société québécoise. À ce titre, il est opportun de rappeler que le nombre de personnes en situation d'itinérance dite « visible » a augmenté de près de 45% entre 2018 et 2022 et de près de 20% entre 2022 et 2025 au Québec²⁶, ce que, dans un contexte de financiarisation du logement, plusieurs chercheurs et organismes associent notamment à l'inabondabilité grandissante des logements partout dans la province²⁷. La réalité observée aujourd'hui concernant l'état de l'accès au logement est anticipée depuis plus de 30 ans par les organismes œuvrant dans ce champ. En matière de logement, les récentes activités

²³ Ibid.

²⁴ Une augmentation qui découle directement de l'arrêt *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, dans lequel la Cour d'appel du Québec rappelle à la fois l'obligation d'obtenir une autorisation de la Cour du Québec pour procéder à une évaluation psychiatrique sans le consentement d'une personne sous garde préventive qui la refuse, et le délai maximal de 72 heures concernant la garde préventive.

²⁵ IQRDJ, Rapport 1, à la p 31 et ss. Voir aussi, concernant Montréal : 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. [Action Autonomie, « J'méritais pas ça »]

²⁶ Québec, « L'itinérance visible au Québec et son évolution : Tout le monde compte », Ministère de la Santé et des services sociaux, Québec, 2026, à la p 9, en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-846-07W.pdf>

²⁷ Voir notamment : Louis Gaudreau, *La promoteur, la banque et le rentier : fondements et évolution du logement capitaliste*, Montréal, Lux, 2020 448; Francis Dolan et Claude Vaillancourt, « Dossier : Financiarisation du logement: champ libre au privé » 94 À Babord 44-65; Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU), *Bilan du 1er juillet 2025: l'inabondabilité du logement doit enfin être prise au sérieux*, communiqué de presse, en ligne : <https://www.frapru.qc.ca/1erjuillet2025/>

législatives de la CAQ sont largement critiquées par différentes organisations de la société civile, qui y voient des reculs importants. C'est le cas du projet de loi 31²⁸, adopté en février 2024 malgré des contestations majeures, et du projet de loi 20²⁹, récemment déposé et toujours à l'étude³⁰.

Analyse du PL 23 : des changements mal avisés

Il importe d'entrée de jeu de souligner que, de manière transversale, la forme de la rédaction du PL 23, et en particulier les concepts structurants qui s'y retrouvent - notamment ceux d'«altération de l'état mental» ou de «détérioration de l'état mental» - sont mal définis, mal opérationnalisés et traduisent généralement un cadre juridique incohérent et parfois proprement incompréhensible. Ce faisant, il est d'ores et déjà possible d'anticiper des enjeux considérables aux plans de la mise en œuvre des mécanismes qui se rattachent à ces concepts, et de leur interprétation par l'ensemble des acteurs impliqués (professionnelles de la santé; «tiers de confiance»; policiers; intervenantes sociaux; membres du tribunal administratif du Québec; Cour du Québec; etc.). Il est aussi possible d'anticiper des enjeux de mise en œuvre plus larges découlant de la rédaction généralement approximative, imprécise et incohérente du PL 23. Or, le PL 23 consolide des changements législatifs et institutionnels considérables, venant modifier pas moins de neuf lois et trois règlements. Ces enjeux rédactionnels, que nous rattachons en partie au processus de rédaction précipité mentionné en introduction, se traduiront néanmoins par des atteintes très concrètes aux droits des personnes qui seront plus facilement l'objet de ces dispositifs.

Ensuite, dans la mesure où le projet de loi 23 tend à être présenté comme une simple réforme de la loi P-38, il nous semble nécessaire de mettre en relief l'étendue des changements introduits par le PL23. Celui-ci induit en effet une transformation fondamentale de l'architecture des dispositifs juridiques relevant du droit civil québécois touchant à la santé mentale, ne se limitant pas aux mécanismes institués par la P-38. Le PL23 modifie notamment les textes législatifs suivants : la P-38, ou LPPEM³¹, qui devient la LPPAEM³², le *Code civil du Québec* (ci-après : CcQ)³³, le *Code de procédure civile du Québec* (ci-après : Cpc)³⁴ et la *Loi sur la justice administrative* (ci-après : LJA)³⁵, la *Loi sur la Gouvernance du système de santé et des services sociaux* (ci-après : LGSSSS)³⁶, etc.

²⁸ Projet de loi 31, *Loi modifiant diverses dispositions législatives en matière de logement et d'habitation*, Québec, première session, 43e législature, 2024.

²⁹ Projet de loi 20, *Loi édictant la Loi visant à favoriser l'accès au logement et modifiant diverses dispositions concernant le domaine de l'habitation*, Québec, deuxième session, 43e législature, 2026.

³⁰ Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU), *Mémoire du Front d'action populaire en réaménagement urbain (FRAPRU) sur le Projet de loi 20*, Commission de l'aménagement du territoire, Québec, 13 mars 2026, en ligne : <https://www.frapru.qc.ca/wp-content/uploads/2026/03/Memoire-PL20.pdf>

³¹ P-38 supra note 1.

³² Dont le titre deviendrait la *Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental*.

³³ *Code civil du Québec*, L.Q.-1991, C. 64.

³⁴ *Code de procédure civile du Québec*, RLRQ, c. C-25.

³⁵ *Loi sur la justice administrative*, RLRQ chapitre J-3.

³⁶ *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, RLRQ, chapitre G-1.021.

Outre la modification du critère de dangerosité et les difficultés issues de la définition qui en est proposée en lien avec les gardes, les dispositions du PL 23 traduisent le passage d'un processus judiciaire vers un processus administratif, concernant tant les mécanismes de gardes que de soins forcés, ainsi que l'élargissement des pouvoirs conférés aux médecins et aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Par le processus d'action concerté, le PL 23 crée des « intervenants désignés » pouvant déclencher un mécanisme de concertation et de partage d'informations confidentielles, parfois sans le consentement des personnes, notamment à la demande du ministère de la Sécurité publique (MSP), du DPCP et de la police. Les directives psychiatriques anticipées (ci-après DPA), dans la forme proposée, soulèvent aussi plusieurs questions sur le plan de la coercition informelle et du droit de consentir ou non à des soins.

Dans la partie suivante, nous aborderons certains des principaux aspects du PL23 de façon plus détaillée, afin d'expliquer en quoi ceux-ci nous semblent particulièrement problématiques depuis une perspective fondée sur les droits humains. Nous regrettons néanmoins le caractère non exhaustif de ce mémoire qui ne traduit pas la totalité des enjeux de droits que la LDL observe dans le PL 23.

Les dispositions concernant la LPPAEM et les articles 26 et suivants du CcQ

L'élargissement du critère de danger et l'introduction des notions d'« altération » et de « détérioration » de l'état mental

Les critiques relatives au critère de « danger » précèdent l'adoption, en 1998, de la P38³⁷. Loin de mettre un terme au débat, ce critère a depuis fait l'objet de nombreuses critiques, notamment par des personnes premières concernées, par des groupes de défense des droits en santé mentale, par les tribunaux et dans la littérature scientifique. Pour plusieurs, les critères de « danger grave et immédiat » (présidant à la garde préventive) et de « danger » non autrement qualifié (s'agissant de la garde provisoire et de la garde en établissement) laissent place à une interprétation variable et à une application trop large, permettant notamment de confondre danger et « dérangement » (au sens de comportements perturbateurs, mais ne posant aucun danger ³⁸□). Son caractère extensible justifie aussi l'internement sur la base du meilleur intérêt clinique□.

³⁷ Voir notamment ; Commission des droits de la personne du Québec, *Commentaires sur la Loi de protection du malade mental*, Montréal, 1978; B. Hill, *Civil Rights for Psychiatric Patients in Quebec*., RJT, vol. 12, 1977, n3, p. 503-529 ; V. Bergeron, *L'attribution d'une protection légale aux malades mentaux*, Montréal, Yvon Blais, 1981.

³⁸ Voir notamment : Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C. J. (27 novembre 2007), Montréal 500-40-020311-077 (C.Q.); Bernheim, E. (2022). *L'internement psychiatrique au Québec. Du Grand Renfermement à la gestion des risques, l'histoire d'une sur-judiciarisation. Revue interdisciplinaire d'études juridiques*, 88(1), 135-160, à la p 141.

Or, si cela renvoie aux pratiques actuelles, la définition proposée du danger, à l'article 7 de la P38 modifiée, laquelle serait désormais intitulée la *Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental* (ci-après la LPPAEM), entraînerait une application bien plus large découlant d'abord du retrait de la qualification du danger « grave et immédiat ». Il convient aussi de reproduire le libellé de ce qui deviendrait alors le deuxième alinéa de l'article 7 de la LPPAEM :

7 al. 2 [O]n entend par « situation où il existe un danger » une situation où la santé ou la sécurité de la personne ou la sécurité d'autrui est compromise du fait que les conditions suivantes sont réunies :

1° la personne cause ou a causé une atteinte grave à son intégrité physique ou à celle d'autrui ou, en raison de son comportement, elle risque de façon raisonnablement prévisible de causer une telle atteinte ou de subir une détérioration importante de son état mental;

2° les faits constatés par le médecin ou par l'infirmière praticienne spécialisée ou portés à sa connaissance lui permettent raisonnablement d'établir que cette atteinte, ce risque d'atteinte ou cette détérioration est lié, en tout ou en partie, à l'altération de l'état mental de la personne;

3° la mise sous garde temporaire de la personne est nécessaire pour éviter, selon le cas, que cette atteinte ne s'aggrave, que ce risque d'atteinte ne se matérialise ou que cette détérioration ne survienne.

Sur le plan conceptuel, force est de constater le caractère somme toute incompréhensible de l'ensemble de l'alinéa. Il faut en particulier souligner le caractère minimalement subjectif, large et imprécis des notions d'altération et de détérioration de l'état mental. Une telle disposition nous permet réalistement d'anticiper un champ d'application aussi illimité que la multitude d'interprétations pouvant découler des termes choisis et de leur assemblage.

L'usage de la notion de « risque » à divers endroits, dans cette disposition comme ailleurs dans le PL23, tendrait également à élargir le champ d'application de la LPPAEM, en accroissant notamment les pouvoirs des acteurs impliqués au stade de l'évaluation du danger. Nous craignons que l'usage parallèle des notions de risque et de danger contribue à entretenir une confusion relative aux distinctions conceptuelles concernant ces notions. Nous redoutons un tel glissement linguistique, car le risque est une notion plus large que le danger, puisqu'il repose sur logique prédictive (soit l'identification de « facteurs de risque »), et non sur des faits. Comme le risque s'articule autour de l'«imprévisibilité» au regard de ce qui est posé comme un facteur, son usage dans la LPPAEM tendra à multiplier les possibilités d'intervention et exacerbera le contrôle social qui en découle³⁹. Ainsi, comme l'écrit encore la professeure Emmanuelle Bernheim, alors « que l'existence d'un danger nécessite la répression, celui d'un risque autorise la prévention. Mais la prévention des comportements dérangeants, marginaux ou déviants est une activité de contrôle social (...)»⁴⁰. Une définition du danger aussi imprécise et ancrée dans des termes vagues nous

³⁹ Robert Castel, *La gestion des risques*, Paris, Minuit, 1981 à la p. 145

⁴⁰ Emmanuelle Bernheim (2009) « Une tension normative irréconciliable. Les discours psychiatrique et juridique sur le risque psychiatrique » 40 R.D.U.S 31 à la p 41.

permet d'anticiper un élargissement des possibilités d'enfermement des personnes en vertu des gardes temporaire et autorisée projetées dans le PL 23.

Ensuite, les modalités proposées en lien avec la garde «temporaire» — qui remplace à la fois la garde préventive et provisoire — permettraient la détention d'une personne et l'imposition de deux examens psychiatriques sans que son consentement soit requis (art. 7 al 3 LPPAEM, proposé). Le PL 23 prolonge la durée possible de la détention sans contrôle externe qui prévalait sous le régime de la «garde préventive» à 9 jours (articles 7 de la LPPAEM et 28 du CcQ – voire même davantage lorsque cette période se termine un samedi ou un jour férié, auquel cas la garde peut être prolongée jusqu'au prochain jour ouvrable)⁴¹ sans contrôle externe. Dans certaines circonstances, cela pourrait prolonger une telle détention jusqu'à 12 jours.

Sur ce point, notons que le fait de maintenir, via l'article 27 du *Code civil du Québec* (CcQ), la possibilité de s'adresser à un tribunal — comme nous le verrons, désormais au TAQ plutôt qu'à la Cour du Québec — pour demander une garde temporaire ne change rien au fait que les médecins et les IPS pourront désormais détenir une personne et lui faire subir deux examens psychiatriques contre son gré sans intervention d'un décideur externe pendant près de deux semaines, et ce, en vertu d'un critère assez vague⁴². Pour la LDL, le maintien de l'article 27 CcQ dans la forme proposée par le PL 23 traduit donc davantage la volonté de permettre à toute personne intéressée de demander une garde temporaire à l'encontre d'une autre, que de maintenir un cadre procédural censé constituer un rempart vis-à-vis d'atteintes aux droits fondamentaux des personnes visées.

L'élargissement du critère de danger, le discours flou entourant les concepts inscrits dans la définition et les conditions de ce critère, mais aussi les modalités de garde temporaire proposées dans le PL 23, ne pourront que contribuer à multiplier les privations de libertés et leur étendue dans le temps. Des atteintes plus fréquentes et prolongées, notamment aux droits à l'intégrité, à la liberté et à la sécurité, protégés tant par la Charte canadienne⁴³ que par la Charte québécoise,⁴⁴ peuvent être anticipées comme la conséquence logique de ces dispositions. Concernant la Charte québécoise, rappelons que son entrée en vigueur en 1976 traduisait la volonté de protéger plus clairement les droits et libertés qui doivent être tant respectés que protégés par l'État, et à servir de garde-fou contre les abus éventuels de ce dernier⁴⁵.

⁴¹ Arts. 2 et 21, PL 23.

⁴² Art. 20, PL 23.

⁴³ Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.), 1982, c. 11.

⁴⁴ Charte des droits et libertés de la personne, LRQ, c. C-12.

⁴⁵ Communiqué de presse du ministère de la Justice tel qu'il est cité dans, Québec, Assemblée nationale, Commission permanente de la justice, « Projet de loi n° 50 — Loi sur les droits et libertés de la personne (1) » dans *Journal des débats de la Commission permanente de la justice*, vol. 30, n° 4 (21 janvier 1975), p. 175 (monsieur Maurice Champagne pour la Ligue des droits de l'homme), repris dans Emmanuelle, Bernheim. (2011). *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué*, Thèse de doctorat en cotutelle, Doctorat en droit, Université de Montréal, Montréal, Doctorat en science de l'homme et de la société, École Normale supérieure de Cachan, Paris, à la p 41. [Bernheim 2011]

Le processus de concertation

Depuis quelques années au Québec, il s'observe une tendance législative à porter atteinte aux protections concernant la confidentialité des renseignements personnels des gens⁴⁶. Sous l'égide du PL23, cette négligence du droit à la vie privée⁴⁷ se traduit dans les chapitres II.1 et II.2 prévus à l'article 10 du projet de loi, lesquels mettent en place un « mécanisme de consultation et de concertation ». Celui-ci permet à des intervenantes désignées de déclencher un « processus d'action concertée », qui n'est par ailleurs pas défini clairement, puisqu'on renvoie, à l'article 13.9 al. 2(2) LPPAEM, à l'éventuelle entente-cadre nationale qui déterminera « les modalités et les limites relatives au rôle et à la collaboration des intervenantes ». Ce processus prévoit néanmoins et minimalement la collaboration ainsi que le partage d'informations (non spécifiées) autrement confidentielles entre différents acteurs. Le nouvel article 13.2 de la LPPEAM prévoit la possibilité, notamment pour le ministère de la Sécurité publique, les autorités policières, le Directeur des poursuites criminelles et pénales (ci-après le DPCP), Santé Québec, ainsi que des groupes ayant conclu une entente avec Santé Québec (art. 10 PL23, ajoutant art. 13.2 LPPAEM), de désigner une personne comme intervenante désignée, disposant du pouvoir de déclencher un tel mécanisme. Si ce qu'implique factuellement et concrètement ce processus n'est pas tout à fait clair, ce qui en est dit est inquiétant et fait donc écho au processus d'hybridation police-médecine évoqué plus haut — tout en convoquant encore plus largement le champ pénal. Cet écho convoque par ailleurs les formes de profilages et de violences vécues par les personnes marginalisées aux mains de la police, au regard de dynamiques systémiques qui sont notamment rattachées aux biais découlant du sanisme, à des processus de racialisation, aux effets des politiques colonialistes passées et présentes, ainsi qu'à la classe sociale.

Cette dernière dimension est particulièrement préoccupante là où il est question du déclenchement de ce processus sans le consentement libre et éclairé de la personne. L'ajout de l'article 13.7 à la LPPAEM impliquerait le déclenchement de ce mécanisme lorsque les conditions énoncées à l'art 13.4 de la Loi seraient réunies, et malgré l'absence de consentement de la personne visée. L'article 13.7 al. 1(2) prévoit que l'intervenant désigné peut procéder au déclenchement d'un processus d'action concerté en dépit d'un refus, dans une situation de compromission de la santé ou de la sécurité de soi ou d'autrui, si :

les faits constatés par l'intervenant désigné ou porté à sa connaissance lui permettent raisonnablement de croire, d'une part, que la personne est réticente à solliciter des services pouvant lui venir en aide, notamment en raison d'une méfiance à l'égard de tels services, et, d'autre part, que les bénéfices escomptés pour cette personne suivant le déclenchement du processus sont nettement supérieurs au risque raisonnablement prévisible de détérioration de son état mental ou d'aggravation de la situation dans laquelle elle se trouve en l'absence d'un tel déclenchement.

⁴⁶ Notamment au regard de modifications à la *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels*, LQ 2021, c 25, art. 41.2 et 59.

⁴⁷ Art. 5, Charte Québécoise; art. 8 Charte canadienne et R. c. Mills, [1999] 3 RCS 668; Hunter c. Southam Inc., [1984] 2 RCS 145

La formulation de cette disposition évoque la délégitimation des expériences passées des personnes, et de la « méfiance » pouvant en découler. Elle traduit un paradigme où on ne cherche pas à comprendre, et encore moins à respecter le sens d'un « refus » ou les éventuels souhaits thérapeutiques des personnes. Plutôt que d'œuvrer à offrir des services accessibles dans une démarche volontaire, dans le respect des droits des personnes, on offre une réponse avant tout axée sur la contrainte.

En 2024, le gouvernement adoptait le projet de loi 32, devenu la *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*. Cette loi, par ailleurs vivement critiquée par les Premiers peuples en raison de son caractère insuffisant et du refus du gouvernement d'y reconnaître le racisme systématique, visait à mettre en place une démarche de sécurisation culturelle pour les personnes autochtones au sein des services de santé. Or, il serait fort instructif de comprendre davantage comment le législateur entend arrimer les dispositions de cette loi relative à la sécurisation culturelle avec les dispositions du PL 23.

Par exemple, le fait d'être méfiant en raison d'expériences traumatisantes passées se rattachant à des pratiques psychiatriques coercitives subies pourrait justifier le déclenchement de ce mécanisme et mener à l'application de davantage de pratiques psychiatriques coercitives. Diverses situations pouvant correspondre au libellé de la disposition peuvent être imaginées. Outre les expériences passées, il est aisément possible d'entrevoir comment diverses croyances ou des différences culturelles pourraient conduire à un usage disproportionné et discriminatoire d'une telle disposition. À ce titre, pour les Premières Nations et les Inuit, les expériences traumatiques de violences découlant des politiques colonialistes canadiennes et québécoises doivent aussi être envisagées, en même temps que la question de l'accès inéquitable à des ressources et à des services culturellement adaptés et volontaires, en particulier dans les régions éloignées.

Ce faisant, l'étendue du pouvoir discrétionnaire laissé entre les mains de divers intervenantes désignées, en fonction de leurs sensibilités variables, apparaît comme une disposition hautement inquiétante. Celle-ci tendra à instaurer une norme de la « bonne conduite » à adopter vis-à-vis l'utilisation des services en santé mentale, au risque de faire l'objet de mesures coercitives.

Ces dispositions sont aussi susceptibles d'éroder les relations de solidarité et de confiance (mais aussi l'alliance thérapeutique) pouvant se créer entre des personnes et des organismes qui seront vraisemblablement encouragées à collaborer avec la police et avec les intervenantes désignées plus largement, voire à déclencher eux-mêmes ce mécanisme dans sa forme non consentie. Dans des circonstances analogues, le caractère délétère des escouades mixtes pour les relations de confiance entre les intervenantes et les personnes qui accèdent aux services, a notamment été

mis en lumière dans un rapport du Réseau d'aide aux personnes seules et en situation d'itinérance de Montréal (RAPSIM)⁴⁸.

Finalement, l'article 13.7 al. 3 prévoit qu'un « intervenant désigné ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli de bonne foi en application du présent article ». Cela traduit une tendance inquiétante, observée dans plusieurs provinces canadiennes⁴⁹, à adopter des mécanismes produisant une absence d'imputabilité pour des personnes œuvrant au nom de l'État, dans la mise en œuvre de politiques pourtant susceptible de porter atteinte à la liberté ainsi qu'à l'intégrité physique et psychique des personnes.

Les directives psychiatriques anticipées (DPA)

Dans plusieurs contextes, les directives psychiatriques anticipées (DPA) ont été jugées utiles pour réduire à la fois des symptômes, des hospitalisations contraintes, et augmenter le sentiment d'autonomie des personnes⁵⁰. De telles mesures sont généralement considérées comme un moyen de protéger les personnes d'interventions qu'elles ne veulent pas et plus généralement du paternalisme médical. Elles peuvent en ce sens soutenir l'autonomie des patients en mettant leurs préférences au centre des décisions les concernant, et éviter la prise de décision substituée. Les DPA désignées sous l'acceptation de contrat d'Ulysse lient non seulement les personnes concernées, mais aussi les équipes traitantes qui ne peuvent alors pas mettre en œuvre les traitements qu'elles choisissent. Plusieurs études pointent vers le fait que, dans certains contextes, les personnes les trouvent utiles et permettant plus de participation dans leurs soins. Dans certains contextes légaux, le refus d'une personne n'autorise pas la mise en œuvre du contrat, mais plutôt le recours au consentement substitué.

Les orientations proposées par l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (2023)⁵¹ indiquent toutefois que le consentement en temps réel doit prévaloir sur un consentement prospectif⁵² :

the use of advance planning should not be understood as a limitation to a person's legal capacity. To achieve this, legislation can establish that the person concerned should decide the moment in which an advance planning document enters into force and ceases to have effect. The advance directive's purpose is not substitution of the person's will and preferences. If the person refuses to follow the advance directive, or chooses a different

⁴⁸ Ted Rutland (2023) *Innovation ou extension de la répression ? Perspectives des intervenantes* sur les escouades mixtes à Montréal, Réseau d'aide aux personnes seules et en situation d'itinérance de Montréal (RAPSIM), Montréal.

⁴⁹ Domingue, Ounis et Bernheim, supra note 6.

⁵⁰ A. Tinland & al. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(8), 752-759; Marie-Hélène Goulet et al. (2024) «Joint Crisis Plan in Mental Health Settings: A Reflective Process More than an Intervention Tool?» 12 *Healthcare* 2532.

⁵¹ *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. Geneva: World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights), 2023, à la p 61. [Mental rights, human rights and practice]

⁵² Ibid, à la p 62.

option while the advance directive is in effect, priority must be given to the person's will and preferences as expressed at the moment.

Les DPA ne doivent donc pas être utilisées pour contraindre un patient à les respecter si son opinion sur le sujet évolue au fil du temps. Concernant les contrats Ulysse où une clause spécifique peut servir à passer outre le refus en temps réel de la personne (*self binding directives*), l'OMS et le HCDR invitent à la prudence en soulignant le peu de recherches qui évoquent les perspectives des personnes premières concernées, notamment sur le plan des droits humains⁵³.

Notre compréhension est que plusieurs modèles de DPA existent. De manière générale, les DPA sont des documents juridiques dont la procédure d'adoption, de modification et de révocation varie. La variation des exigences procédurales pour leur adoption est considérable, pouvant notamment relever soit d'un simple formulaire administratif ou alors d'une procédure notariée. De plus, leur effet advenant l'absence de consentement dans une temporalité ultérieure varie, certains contextes en prévoyant une mise à jour régulière pour refléter plus contemporanément les souhaits de la personne concernée.

Le principal enjeu sur le plan des droits humains concerne la coercition, alors que les dynamiques de pouvoir documentées dans des recherches au croisement de la psychiatrie et du droit montrent les pressions informelles pouvant mener à leur adoption, et pouvant rendre difficile leur modification ultérieure ainsi que leur révocation⁵⁴. Cela pourrait faire en sorte que les DPA deviennent un outil permettant de faciliter des pratiques psychiatriques coercitives plutôt que de respect de l'autodétermination des personnes⁵⁵.

À ce titre, les dispositions spécifiques concernant les DPA – à l'article 10 du PL 23, comprenant les dispositions 13.11 à 13.30 projetées de la LPPEAM – soulèvent certaines questions. Les DPA seront énoncées «de manière libre et éclairée» dans le formulaire de Santé Québec prévu à cet effet, et contresignées par un tiers »⁵⁶. Or, aucune autre formalité procédurale, comme un délai de rigueur, une démarche en plusieurs étapes où l'implication d'un mécanisme de contrôle externe n'est prévue⁵⁷. Cette souplesse administrative laisse penser que leur usage sera largement répandu, dans des conditions ne mettant pas nécessairement le consentement, l'autonomie et le respect des droits au centre de la démarche.

Le premier problème réside à l'article 13.13(2) de la LPPEAM, qui stipule que la personne doit identifier les symptômes annonçant son inaptitude, sans que l'on sache comment ces symptômes

⁵³ Ibid, à la p 61.

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Voir les arts. 13.13 à 13.16 à l'art. 10 PL 23.

⁵⁷ Art. 10 PL 23, ajoutant art. 13.14 LPPAEM.

pourront être ensuite considérés ou non, notamment par le tiers de confiance ou par le tribunal aux fins de l'article 13.27 de la LPPAEM.

Le second problème réside dans la rédaction du libellé de l'article 13.20 qui semble permettre que les DPA ne soient modifiées que par de nouvelles DPA. Elles ne pourraient donc pas simplement être révoquées. Il conviendrait minimalement de scinder les paragraphes de cet article pour que la possibilité de révoquer les DPA sans devoir les modifier soit clairement exprimée.

Le troisième problème est que l'(in)aptitude est rattachée à la possibilité de révoquer ou de modifier les DPA énoncées auparavant. Bien que le PL 23 ne change rien au test de l'inaptitude actuellement applicable (Pinel et Starson⁵⁸), il semble que, dans ce contexte, un contrôle externe ne soit pas mis en place pour vérifier la conformité de son interprétation par le personnel. Cela pourrait contribuer à prolonger indûment la période pendant laquelle les DPA énoncées demeurent intouchées, en dépit de l'avis contraire de la personne concernée. En effet, dans le contexte où une personne demande la modification ou la révocation de ses DPA, il n'est pas clair que la conclusion à l'inaptitude et le refus conséquent d'en autoriser la modification ou la révocation donnent ouverture au recours au TAQ prévu à l'article 21 de la LPPAEM qui concerne, outre les gardes, «toute autre décision prise en vertu de la présente loi».

Par ailleurs, la rédaction de certains articles est imprécise et porte à confusion. La section traduit l'octroi de pouvoirs importants aux professionnelles de la santé auxquelles on confie un rôle instrumental pour l'énonciation, l'application, la modification des DPA. Par exemple, les articles 13.20 à 13.24 prévoient que les professionnelles, lorsqu'ils et elles sont avisées par un tiers de confiance» doivent déterminer si la personne concernée est inapte et peuvent alors «poser toute action [jugée] appropriée dans les circonstances». Une formulation aussi large n'explique pas comment les symptômes énoncés selon 13.13 seront considérés, ni comment la volonté et les souhaits actuels des personnes seront pris en compte, ni l'étendue des actions qui pourront concrètement être posées. La distinction entre les articles 13.25 et 13.26 n'est pas claire sur le plan du «refus catégorique». L'article 13.25 évoquant à la fois les notions de «refus ou de résistance» et de «refus catégorique» risque de faciliter le fait d'éviter de demander une autorisation de soins au TAQ en vertu de l'article 16 du CcQ.

En somme, la lecture des dispositions du PL23 nous conduit à aborder cette proposition avec prudence. Il importe de considérer les connaissances dont nous disposons à propos du déséquilibre de pouvoir qui caractérise les relations entre les personnes psychiatisées et le personnel hospitalier, puisqu'il laisse entrevoir que des personnes en viennent à rédiger des DPA dans un contexte qui ne correspond pas à un consentement libre et éclairé et qu'il leur soit par la

⁵⁸ Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G., 1994 CanLII 6105 (QC CA); Starson c. Swayze, [2003] 1 R.C.S. 722, 2003 CSC 32

suite difficile de les modifier ou de les révoquer. Des formes de coercition informelle et de pression à consentir laissent entrevoir des situations où l'énonciation des DPA ne s'appuierait donc pas sur un consentement libre et éclairé, puisque, par exemple, les personnes subiraient des pressions⁵⁹. La procédure proposée souffre d'un manque de garanties procédurales permettant minimalement d'assurer les qualités du consentement. Pour la LDL, le consentement évoqué par la démarche prévue au PL 23 est susceptible d'en faire une formalité administrative, plutôt qu'une démarche traduisant le souci de protéger l'intégrité et l'autonomie de la personne. Plusieurs éléments doivent donc, au minimum, être clarifiés.

La création de la section de l'intégrité de la personne au TAQ

La judiciarisation actuelle des procédures d'internement civil (garde provisoire et en établissement) et de soins forcés au sein de tribunaux judiciaires traduisait le souhait de renforcer la protection des droits civils et fondamentaux⁶⁰ des personnes visées par ces dispositifs juridiques dits d'exception – notamment par le biais d'une procédure contradictoire requérant de la partie demanderesse qu'elle s'acquitte d'un fardeau de preuve par prépondérance des probabilités, et permettant à la partie défenderesse de présenter une défense. S'imprégnant du même esprit, un cadre procédural concernant les délais et la forme de la signification ainsi que le délai d'appel avait aussi été adopté.

Or, malgré l'adoption de ces garanties substantives et procédurales, diverses recherches ont pu montrer comment le rapport de pouvoir entre le personnel soignant et les personnes visées par les procédures judiciaires fait en sorte que le tribunal se range, dans la grande majorité des cas⁶¹, derrière les demandes présentées par un établissement de santé et un médecin traitant.

Le PL 23 prévoit le passage de l'internement et des soins forcés d'une procédure tenue devant un tribunal judiciaire vers un tribunal administratif. Ce passage se décline par les articles 34 et suivants du PL 23 prévoyant la création de la « section de l'intégrité de la personne », au sein du Tribunal administratif du Québec (TAQ). Cette section serait chargée d'entendre, en première instance, les demandes de gardes temporaires, dans le cas de figure de l'article 27 du CcQ, de même que de garde en établissement ainsi que les demandes d'autorisations de soins. Cette section serait également désignée comme Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), aux termes des dispositions de la partie XX.1 du Code criminel.

L'article 37.3 de la LJA, proposé au PL 23, prévoit que les demandes de garde (temporaire ou en établissement) et d'autorisation de soins seraient entendues par un notaire ou un avocat seul et que les demandes de révision de garde (article 21 LPPem) seraient entendues par trois membres,

⁵⁹ La mention à l'article 13.14(3)a) LPPAEM ne saurait, à elle seule, en disposer.

⁶⁰ Bernheim, L'internement psychiatrique, à la p 137.

⁶¹ Action Autonomie, « J'méritais pas ça » à la p 30;

dont une avocate ou un notaire ; un psychiatre, un ou une IPS en santé mentale ou une psychologue, et un travailleur social ou un psychoéducateur.

En vertu du nouvel article 100.1 de la LJA,⁶² les audiences en ligne seraient privilégiées, même d'office⁶³. La technologisation de la justice, a fortiori en matière d'intégrité, représente une tendance fort inquiétante pouvant contribuer à renforcer des problèmes d'accès à la justice et qui est susceptible de renforcer la déshumanisation des personnes. Des enjeux réels sont nommés par la Commission internationale des juristes à cet égard, notamment depuis le virage numérique accéléré dans la foulée de la COVID-19⁶⁴ :

The judicial role is important across the wide range of forms of deprivation of liberty, whether in police detention facilities, penitentiary institutions, immigration detention centres, psychiatric hospitals and social care homes or in compulsory quarantine for reasons of public health protection.

Various bodies have emphasized that, for the judiciary to be able to effectively fulfil this role in preventing torture and other ill-treatment, it is necessary for the person deprived of liberty to be physically before the judicial authority. The judge is likely to be less able to detect any indicia of abuse if the review is based solely on documents or conducted by telephone or videoconference hearing. Perhaps most importantly, physical appearance before a judge creates a temporary break in the absolute or near-absolute control that detaining authorities often otherwise exercise over a person deprived of liberty. Being physically present before an independent judge may create a sense of relative safety in which the person may be more likely to speak up about any abuse, than if he or she remains linked to an outside authority only by a video screen. The knowledge that the person must be brought physically before an independent judge, and thus temporarily outside of their exclusive control, may also have a preventive effect on detaining authorities who would otherwise engage in abuse.

[notre soulignement]

Alors que le contrôle judiciaire avait été mis en place suivant le constat de la nécessité d'ériger un rempart pour protéger les droits et libertés fondamentales des personnes visées par les mécanismes coercitifs exercés au croisement de la psychiatrie et du droit, le PL 23 traduit le passage à une logique administrative, en vertu de laquelle le décideur administre des rapports entre des personnes physiques et l'État, plutôt qu'il ne se voit confier un rôle de veille des droits fondamentaux dans l'exécution d'une procédure. La rupture qu'entend marquer le PL 23 avec la logique de judiciarisation sous-tend un déclin de l'importance, au plan formel, du respect des droits fondamentaux des personnes, pour lesquels les tribunaux judiciaires agissaient comme rempart. Le renvoi des demandes vers un tribunal administratif – selon les modalités mentionnées – permet d'anticiper l'érosion plus importante des garanties substantielles et procédurales offertes aux personnes.

⁶² art. 42, PL 23.

⁶³ Art. 42 PL 23, concernant l'art. 100.1 Lja.

⁶⁴ International Commission of Jurists (ICJ) (2020) *Videoconferencing, Courts and COVID-19 Recommendations Based on International Standards*, Geneva, en ligne: <https://www.unodc.org/res/ji/import/guide/icj_videoconferencing/icj_videoconferencing.pdf>, à la p 11.

La LDL est préoccupée par le palier de révision prévu au TAQ — banc constitué de trois (3) décideurs — ainsi que du déplacement de l'appel de plein droit à la Cour du Québec⁶⁵ plutôt qu'à la Cour d'appel du Québec. Dans ces circonstances, il ne serait plus possible de saisir la Cour d'appel que sur demande de permission, alors que les personnes visées par des demandes en matière d'intégrité y bénéficient actuellement d'un appel de plein droit. Rien dans les dispositions du PL 23 n'indique par ailleurs de qualification particulière du décideur administratif, concernant les matières liées à l'intégrité et les droits fondamentaux que celles-ci convoquent très directement. Dans les juridictions où un processus similaire a été mis en place, les bancs sont le plus souvent constitués de trois (3) juges qualifiés dès la première instance, quelquefois avec un membre du public. Ces éléments font que la LDL considère l'admissibilité à l'aide juridique proposée par le PL 23 en première instance insuffisante, celle-ci devrait aussi s'étendre explicitement au mécanisme de révision et à l'appel.

Au final, une logique administrative traverse le PL 23, en particulier concernant les plus importants pouvoirs accordés aux médecins et aux IPS pour les décisions relatives à l'internement et aux soins forcés; le passage d'une procédure judiciaire à une procédure quasi judiciaire de l'internement et des soins forcés à travers la création d'une section spécifique au sein du TAQ; mais aussi de la procédure choisie de mise en œuvre des DPA. Ces aspects du PL 23 traduisent, comme le souligne l'Association des juristes progressistes (AJP), un déplacement depuis une logique de contrôle judiciaire censée veiller au respect des droits et libertés fondamentaux, vers une logique d'administration publique, c'est-à-dire de gestion des litiges entre une institution de l'État et une personne physique⁶⁶. Le PL 23 est marqué par une rédaction souvent imprécise qui pourrait traduire le caractère précipité de la démarche ayant mené à son dépôt. Une telle rédaction est susceptible de se traduire par des difficultés importantes d'interprétation, de mise en œuvre et d'application, le tout au détriment des droits fondamentaux des personnes.

Le droit international et la fin des pratiques coercitives en santé mentale

En octobre 2023, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (HCDH) publiaient le document auquel nous avons déjà fait référence, *Mental health, human rights and legislations : Guidance and practice*. Celui-ci se veut un guide phare et incontournable à l'heure de réviser les législations 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 brosse un portrait d'ensemble alarmant en ce qui concerne

⁶⁵ Art. 55 PL 23 concernant art. 159 Lja.

⁶⁶ Florence-Amélie Brosseau (et coll.), « Bien tracer la ligne entre aide et contrainte », *Le Devoir*, 19 mai 2026, en ligne: <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/981110/bien-tracer-ligne-entre-aide-contrainte?>

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.

L'OMS et le Haut-Commissariat y expliquent que 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. On y lit aussi que 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, une pratique qui nuit à la relation thérapeutique susceptible de les faire progresser dans leur état de santé et qui ignore le plus souvent les alternatives.

L'OMS et le HCNUDH ne laissent planer aucun doute quant à la voie à emprunter, celle de l'abolition de la coercition⁶⁷ :

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 aggravées.

Les dispositions du PL 23 et la logique qui le sous-tend s'inscrivent donc en porte-à-faux du droit international des droits humains⁶⁸. Ce faisant, concernant la démarche ayant mené au dépôt du PL23 dont nous avons déjà déploré plusieurs éléments, il y a lieu de se demander si le législateur a tenu compte de ses obligations en vertu du droit international et s'il a considéré ce que prescrivent les organisations internationales pour cheminer vers un meilleur respect des droits en matière de santé mentale.

La *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CRDPH) en 2010, ratifiée par le Canada, à laquelle le Québec s'est déclaré lié de sa propre volonté, explique les protections spécifiques qui doivent être garanties aux personnes en situation en handicap – y compris les troubles de santé mentale qui au sens de la Convention constituent un handicap psychosocial.

Suivant sa venue au pays en 2019, la Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées rappelait au Canada et à ses provinces que :

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

⁶⁷ Mental rights, human rights and practice, supra note 52 à la p 55.

⁶⁸ Mental rights, human rights and practice, supra note 52 à la p 55 et suivantes.

soutenue à la disposition des personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux. [...] 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 autres⁶⁹.

La CRDPH souligne par ailleurs que, pour jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap, ces personnes ne doivent pas être soumises à de la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et il importe de respecter leur autonomie, leur dignité et leur intégrité. Le droit à la santé des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale ne peut donc pas être invoqué pour justifier des pratiques coercitives ni des soins non consentis.

Dans un rapport de 2020, la rapporteure spéciale de l'ONU sur la torture compare d'ailleurs les pratiques psychiatriques coercitives à une forme de torture⁷⁰ :

It must be stressed that purportedly benevolent purposes cannot, per se, vindicate coercive or discriminatory measures. For example, practices such as involuntary abortion, sterilization, or psychiatric intervention based on "medical necessity" of the "best interests" of the patient (A/HRC/22/53, para.20, 32-35; A/63/175, para.49), or forcible internment for the "re-education" of political or religious dissidents, the "spiritual healing" of mental illnesses (A/HRC/25/60/Add.1, para.72-77), or for "conversion therapy" related to gender identity or sexual orientation (A/74/148, para.48-50), generally involve highly discriminatory and coercive attempts at controlling or "correcting" the victim's personality, behaviour or choices and almost always inflict severe pain or suffering. In the view of the Special Rapporteur, therefore, if all other defining elements are given, such practices may well amount to torture.

Comme nous l'avons expliqué, si le droit à la santé doit être évoqué dans le cadre des débats sur la P-38 et le PL 23, c'est seulement pour mettre en évidence les responsabilités du gouvernement face aux déterminants sociaux de la santé, tels que l'alimentation, l'éducation ou le logement, et non pour légitimer des pratiques coercitives qui bafouent les droits.

À ces nombreux 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

⁶⁹ 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>

⁷⁰ UN Special Rapporteur on Torture, "Torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment", Human Rights Council, February 2020, 43rd session, A/HRC/43/49, au para 37, lien vers le document: [A HRC 43 49 AUV.docx](#).

d'une alliance thérapeutique⁷¹ et les nombreux traumatismes physiques et psychologiques qui s'ensuivent découragent les personnes de demander de l'aide par la suite, diminuant de 4 à 12 ans leur espérance de vie⁷². Il s'avère donc essentiel d'assurer que des mécanismes effectifs existent pour que des personnes ayant subi les conséquences de pratiques coercitives puissent les dénoncer, exiger une reconnaissance des torts subis et un redressement de leurs droits, et ultimement de mettre fin à toute pratique coercitive.

Une réponse répressive devant la dégradation des conditions de vie

Le dépôt du PL23, dans les circonstances déplorées plus haut, mérite d'être observé dans son contexte plus large. Des difficultés majeures et structurelles sont vécues par la population, et les conditions matérielles d'existence se détériorent. Se loger et manger à sa faim ne vas pas de soi, même pour certains travailleurs à temps plein. Les banques alimentaires, les refuges pour personnes en situation d'itinérance ainsi que les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violences conjugales débordent devant l'ampleur des besoins, pour ne nommer que quelques enjeux. La LDL, à l'instar de centaines d'autres organisations, est d'avis que les agissements du gouvernement actuel depuis quelques années ont contribué à aggraver ces phénomènes plutôt qu'à les adresser, que ce soit par des législations ou encore par des coupures importantes aux services sociaux et aux groupes communautaires.

À ces enjeux se superposent les réalités des populations vivant une ou plusieurs oppressions, au regard de rapports de pouvoir qui se rattachent à des dynamiques coloniales, de race, hétérocisnormative et de classe, et donc aux normativités qui en découlent. Pour les populations se retrouvant du mauvais côté des rapports d'oppression et des inégalités que ces dynamiques induisent, l'appauvrissement général peut être plus important et se doubler de discriminations, de marginalisations et de diverses formes de violences. À ce titre, le PL 23 appert comme une menace qui ne se déploie pas également vis-à-vis de tous les groupes sociaux, alors que des recherches ici et ailleurs montrent notamment que les femmes, les personnes issues des peuples autochtones, les personnes Noires ainsi que les personnes pauvres et peu scolarisées, sont l'objet de pratiques psychiatriques coercitives de manière disproportionnée.

En 2022, le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté aux Nations Unies mettait de l'avant un nouveau motif de discrimination à reconnaître et interdire, à savoir la

⁷¹ Clara Lessard-Deschênes 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).

⁷² A. Lesage, V. Émond, et al. (2012) « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *INSPQ – Surveillance des maladies chroniques*, Institut National de Santé Publique du Québec (NSPQ), en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>.

précarité socioéconomique⁷³. Cette précarité peut être définie comme « un processus dans lequel les privations multiples se renforcent mutuellement et sont associées à la stigmatisation, la discrimination, l'insécurité et l'exclusion sociale ». La notion de précarité socioéconomique suppose ainsi non seulement d'interdire toute discrimination fondée sur la condition socioéconomique des personnes, mais implique également de combattre les inégalités.

Les inégalités qui s'accroissent de même que les conditions de vie qui se détériorent et remettent en cause l'exercice de plusieurs droits humains font partie directement des déterminants structurels et sociaux de la santé. Autrement dit, plus les gens souffriront de difficultés majeures pour se loger, se nourrir, se soigner, s'éduquer, et évoluer dans un environnement sain, plus leur santé mentale sera affectée.

La responsabilité du gouvernement du Québec est d'intervenir pour assurer un meilleur exercice de ces droits, comme le prévoient d'ailleurs ses obligations en vertu du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* ainsi que les droits reconnus dans la *Charte québécoise* dont s'est doté le Québec par un vote unanime à l'Assemblée nationale il y a maintenant 50 ans.

Plutôt que d'agir pour le redressement des inégalités et l'exercice des droits, ce qui est proposé dans le PL 23 est une réponse répressive et coercitive face aux souffrances grandissantes de la majorité de la population. Là où davantage de solidarité sociale est nécessaire, le gouvernement favorise des réponses oppressives, excluantes, et qui mettent en opposition la sécurité et les droits humains.

Dans la foulée de l'effritement du filet social et des difficultés d'accéder à des soins et services de santé en général, l'argument selon lequel l'utilisation de la Loi P-38 est la seule manière qu'une personne «entre dans le système de santé» est particulièrement problématique. Il est extrêmement regrettable que des personnes ou leurs proches qui connaissent de graves difficultés d'accès aux soins, considèrent la P-38 comme le seul recours qui dénouera telle une impasse. S'il y a des enjeux d'accès aux services et aux soins, il faut améliorer l'accès aux services et aux différentes approches de soins, et non opter pour davantage de coercition et la suspension banalisée des droits et libertés.

⁷³ Schutter, Olivier de, *Extrême pauvreté et droits humains*, A/77/157, 2022, en ligne: https://digitallibrary.un.org/record/3983713/files/A_77_157-pdf?ln=fr