

LA PIERRE D'ASSISE DE LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT : LE CRITÈRE DE
DANGÉROSITÉ

Par Dalia Tullio

16 041 588

Maîtrise en biologie avec cheminement en sciences de la vie et droit

Essai de maîtrise soumis à la Faculté des sciences et à la Faculté de droit de l'Université de
Sherbrooke

10 juillet 2020

© Dalia Tullio, 2020

Résumé

Cet essai de maîtrise s'attarde aux principales limites de l'application du critère de dangerosité, la pierre d'assise de la garde en établissement au Québec, et ce, exclusivement à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Pour ce faire, nous nous penchons d'emblée sur la complexité du domaine de psychiatrie et de la notion de « trouble mental » ainsi que sur les principes de base du régime en question. Par la suite, nous analysons les limites juridiques du critère de dangerosité selon le type de garde, en mettant en relief l'objectif du régime d'hospitalisation involontaire. Cette analyse juridique nous permet ensuite, par une démarche éthique, de réfléchir à d'autres limites qui se présentent lors de l'application du critère de dangerosité en évaluant les impacts sur trois acteurs distincts qui gravitent autour de la garde en établissement. Cet examen à la fois juridique et éthique de la notion du danger met donc en lumière certaines défaillances du régime actuel. Ainsi, nous recommandons des pistes de solutions qui pourraient servir à pallier les difficultés liées à l'emploi du critère de dangerosité dans le cadre de la mise en œuvre de la garde en établissement.

Abstract

This Master thesis focuses on the principal limitations of the application of the dangerousness criterion, the cornerstone of institutional confinement in Quebec, exclusively regarding people suffering from mental illness. From the outset, we dwell on the complexity of the field of psychiatry and the notion of “mental illness” as well as the fundamental principles of the system in question. Thereafter, we analyze the legal boundaries of the dangerousness criterion, according to the type of confinement, emphasizing the objective of involuntary hospitalization. This legal analysis then allows us, through an ethical approach, to reflect on other limitations arising from the application of the dangerousness criterion, by evaluating the impacts on three distinct groups that gravitate around institutional confinement. The legal and ethical examination of the concept of danger highlights certain weaknesses of the current system. Therefore, we recommend potential solutions, which could help to overcome difficulties resulting from the use of the dangerousness criterion in the context of institutional confinement.

Table des matières

Introduction	1
Chapitre préliminaire : Le régime de garde en établissement en présence de troubles mentaux	6
1. La notion de « trouble mental »	6
2. Un survol du régime de garde en établissement	11
Partie I : L'analyse juridique de l'application du critère de dangerosité	14
1. Les présomptions de dangerosité et d'inaptitude	15
2. La nature et l'intensité du danger	18
2.1 Garde préventive : Danger grave et immédiat	20
2.2 Gardes provisoire et régulière : Danger sérieux et probable	21
3. La primauté des rapports dans la preuve de dangerosité	23
4. Les différentes interprétations des motifs justifiant la dangerosité	27
4.1 Les menaces de suicide et d'homicide	27
4.2 La « dérangerosité »	29
4.3 L'altération du jugement et de l'autocritique	31
4.4 Le refus de traitement	33
5. La présence des défenseurs et leur représentation par avocat à l'audience comme facteurs déterminants de la preuve de dangerosité	37
Partie II : L'analyse éthique de l'application du critère de dangerosité	43
1. Les familles	45
1.1 La souffrance	45
1.2 L'atteinte à la loyauté familiale	52
2. Les soignants	55
2.1 L'alliance thérapeutique	55
2.2 Le recours aux médicaments	56
3. La société	59

Partie III : Les pistes de solutions	63
<i>1. Une formation continue et commune destinée aux différents intervenants</i>	64
<i>2. La création d'un tribunal spécialisé dédié à la garde en établissement</i>	67
<i>3. L'implication des familles dans le système de soins en santé mentale</i>	71
<i>4. Un accès accru à des pratiques psychosociales</i>	76
Conclusion	81
Bibliographie	84

Introduction

Les problèmes de santé mentale peuvent avoir de graves répercussions sur la santé et la qualité de vie des individus touchés directement et sur celles de leurs proches, indirectement affectés. Tout comme les maladies physiques, ces problèmes affectent une vaste partie de la population, et ce, sans égard au sexe, à l'âge, à la nationalité et au statut social¹. En effet, environ 20 % de la population québécoise, soit un Québécois sur cinq, souffrent personnellement d'un trouble d'ordre mental². Malgré cette proportion flagrante, les dernières statistiques montrent qu'en 2013-2014, uniquement 11,3 % des individus âgés de plus de 12 ans ont consulté un professionnel en santé mentale³. Il est donc évident que la plupart des personnes atteintes de tels problèmes n'osent pas obtenir les soins requis et omettent volontairement d'entreprendre les démarches nécessaires pour améliorer leur santé mentale. Cela peut malheureusement mener à des situations dramatiques, car les données sont probantes : un problème de santé mentale est le facteur de risque de suicide le plus important et plus de 80 % des suicides impliquent des personnes souffrant de troubles psychiatriques⁴. Ainsi, la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux sont devenues des préoccupations importantes à l'échelle mondiale⁵, surtout au Québec⁶.

Conscient de l'ampleur des troubles mentaux touchant un grand segment de la population, le gouvernement québécois a élaboré le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*⁷ (ci-après le « PASM 2015-2020 ») pour encourager une collaboration accrue des partenaires multidisciplinaires du milieu. Ce plan d'action propose des mesures permettant d'aider le

¹ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Santé mentale*, en ligne : <<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/>>.

² *Id.* ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, Publications du Québec, 2017, p. 3.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe – Tout le Québec*, en ligne : <<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consultation-d-un-specialiste-en-sante-mentale/>>.

⁴ COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherches ultérieurs*, Ontario, 2018, p. 9, 12 et 26.

⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, Suisse, Publications de l'OMS, 2013, p. 10.

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 2.

⁷ *Id.*

plus tôt possible les personnes atteintes et leur entourage dans le processus de rétablissement⁸. Le PASM 2015-2020, soutenu par certaines valeurs et certains principes, s'articule autour de quatre orientations, soit promouvoir la primauté de la personne, fournir des soins et services adaptés aux besoins, favoriser des pratiques cliniques pour améliorer l'expérience des soins, et assurer l'amélioration continue des soins et services en santé mentale⁹. Comme le *Plan d'action en santé mentale 2020-2025* est en cours de rédaction, nous référerons à la version 2015-2020 et nous émettons le souhait que notre analyse puisse être éventuellement utile dans les réflexions menant aux futurs plans d'action.

Puisque les troubles mentaux constituent un fardeau global en santé, il s'avère nécessaire d'établir un régime juridique efficace afin d'assurer une protection appropriée pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Effectivement, le cadre juridique est régi principalement par trois sources législatives, soit le *Code civil du Québec*¹⁰ (ci-après le « C.c.Q. »), le *Code de procédure civile*¹¹ (ci-après le « C.p.c. ») et la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*¹² (ci-après la « P-38 »). Cette dernière loi, adoptée le 17 décembre 1997¹³ et entrée en vigueur le 1^{er} juin 1998¹⁴, remplace la *Loi sur la protection du malade mental*¹⁵ dans le but d'uniformiser et d'harmoniser le droit québécois en matière de garde en établissement de santé et de services sociaux d'une personne contre son gré¹⁶. La P-38 établit les processus judiciaires du régime d'une telle garde, tout en veillant à mieux protéger les

⁸ *Id.*, p. 9.

⁹ *Id.*, p. 12.

¹⁰ *Code civil du Québec*, RLRQ, c. C-1991.

¹¹ *Code de procédure civile*, RLRQ, c. C-25.01.

¹² *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q. 1997, c. P-38.001.

¹³ *Id.*

¹⁴ *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q. 1997, c. P-38.001, entrée en vigueur le 1^{er} juin 1998 (décret), (1998) 20 G.O. II, 2481.

¹⁵ *Loi sur la protection du malade mental*, L.R.Q., c. P-41 ; P-38, art. 25.

¹⁶ Judith LAUZON, « L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux », (2002-03) 33 *R.D.U.S* 219, 227 ; Emmanuelle BERNHEIM, *Garde en établissement et autorisation de soins : quel droit pour quelle société?*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2011, p. 88.

droits fondamentaux de la personne en cause¹⁷ afin de se conformer à la *Charte canadienne des droits et libertés*¹⁸ (ci-après la « Charte canadienne ») ainsi qu'à la *Charte des droits et libertés de la personne*¹⁹ (ci-après la « Charte québécoise »). La réforme prône davantage le respect des droits fondamentaux puisqu'elle est une mesure exceptionnelle qui restreint les droits inhérents à l'individu atteint d'un trouble mental²⁰. Avec les règles mises en place, il existe donc un objectif d'atteindre un juste, mais fragile, équilibre : d'une part, préserver les droits et libertés du patient souffrant d'un problème de santé mentale et, d'autre part, assurer tant la protection et la sécurité de ce patient que du public²¹.

Comme l'intitulé de la P-38 le précise, ce régime se base entièrement sur le critère de dangerosité liée à l'état mental de la personne concernée pour déterminer la nécessité d'une garde en établissement et justifier l'application de la loi²². D'ailleurs, le régime de garde en établissement soulève plusieurs questionnements et fait l'objet de nombreuses critiques en raison des limites du critère central de dangerosité. Cette pierre d'assise de l'application de la P-38 suscite donc un débat entre les divers intervenants en matière de garde. D'après certaines personnes, l'imprécision des limites du critère de dangerosité dans le cadre législatif entraîne une interprétation large de celui-ci, ce qui ne respecte pas la nature exceptionnelle de la garde en établissement²³. De l'autre côté, plusieurs soulèvent

¹⁷ J. LAUZON, préc., note 16, 228 ; Emmanuelle BERNHEIM, « Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la mise en question », dans S.F.C.B.Q., vol. 393, *La protection des personnes vulnérables* (2015), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 197, à la page 199.

¹⁸ *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)].

¹⁹ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12.

²⁰ J. LAUZON, préc., note 16, 230 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 2018, p. 3.

²¹ J. LAUZON, préc., note 16, 228, 255 et 271 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 3.

²² P-38, art. 1, 7 et 8.

²³ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, *Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ ch. P-38.001), Montréal, 2016, p. 113; Jean-Pierre MÉNARD et Patrick MARTIN-MÉNARD, « Santé mentale et droits des patients : des interventions attendues de la Cour d'appel », dans S.F.C.B.Q., vol. 452, *La protection des personnes vulnérables* (2019), Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 97, à la page 117.

le problème de la dangerosité comme unique critère pour appliquer le régime d'hospitalisation involontaire²⁴. Cette position privilégie donc une interprétation large du critère de dangerosité afin d'avoir recours au régime de garde plus facilement²⁵. Ce désaccord face à l'interprétation de la notion de dangerosité provoque, en conséquence, certaines irrégularités dans son application auprès de personnes atteintes de troubles mentaux.

Plus de vingt ans après l'adoption de la P-38, malgré les lacunes du régime, le recours à la garde en établissement demeure important au Québec. En effet, en 2019, 6 059 demandes de garde en établissement ont été présentées dans la province²⁶. En tenant compte de l'omniprésence des troubles mentaux dans notre société, il nous semble opportun de réfléchir aux limites légales et éthiques de l'application du critère de dangerosité à l'égard des personnes présentant des problèmes de santé mentale.

Dans le présent essai, une analyse des limites de l'application du critère de dangerosité sera effectuée, tant sur le plan juridique que sur le plan éthique, pour enfin proposer des solutions qui pourraient répondre aux critiques soulevées. Tout d'abord, le chapitre préliminaire portera sur la définition scientifique d'un trouble mental et sur les principes de base du régime de garde en établissement afin de bien comprendre la procédure légale. Par la suite, l'analyse juridique de la partie I mettra en lumière les disparités qui subsistent lorsque les experts et les tribunaux évaluent la dangerosité que présente un patient psychiatrique gardé contre sa volonté. En effet, nous aborderons, en premier, les présomptions de dangerosité et d'inaptitude qui persistent face aux individus aux prises avec un trouble psychique. Ensuite, la partie juridique démontrera les limites établies par

²⁴ DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2011, p. 23-25 ; Odette BEAUDOIN et Jean-Marie ROBERT, « Santé mentale et justice, Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance », (2012) 20-4 *Le partenaire* 21, 26 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, « Santé mentale et justice », (2017) 21-1 *Défi schizophrénie* 1, 2-3.

²⁵ *Id.*

²⁶ MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Garde en établissement et autorisation de soins – statistiques – R-88707*, Québec, 2020, en ligne : https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais_/centredoc/rapports/ministere/acces_information/decisions-documents/2020/dai_no_88707.pdf.

la jurisprudence en ce qui a trait à la nature et à l'intensité du danger, d'une part pour la garde préventive, et d'autre part pour les gardes provisoire et régulière. Afin de bien discerner les diverses interprétations des motifs de dangerosité, nous analyserons aussi la place importante donnée aux rapports produits par les psychiatres dans la preuve du danger. À partir de ces rapports, une revue de la jurisprudence permettra d'illustrer une incohérence dans l'application du critère de dangerosité, plus spécifiquement en révélant les différentes interprétations des motifs de dangerosité retenus par les tribunaux : les menaces de suicide et d'homicide, la « dérangerosité », l'altération du jugement et de l'autocritique, et le refus de traitement. La partie I traitera finalement des facteurs déterminants de la preuve de dangerosité, notamment la présence des défendeurs et leur représentation par avocat à l'audience. Pour donner suite à la partie juridique, l'analyse éthique se penchera plutôt sur la place de trois acteurs importants dans le contexte de la mise en œuvre de la P-38 (les familles, les soignants et la société) afin d'identifier dans quelles circonstances et comment l'éthique peut être utile pour dépasser les limites juridiques de la dangerosité. Sous l'angle éthique, il sera pertinent de nous questionner sur la souffrance causée par l'application du critère de dangerosité chez les familles, puis sur la façon dont la dénonciation qui est souvent exigée par ces dernières porte atteinte à la loyauté familiale. De plus, à l'égard des soignants, il sera intéressant d'analyser comment le critère de dangerosité affecte l'alliance thérapeutique et le recours aux médicaments. Lorsque viendra le temps de traiter du dernier acteur, soit la société, la partie éthique ciblera l'impact du critère de dangerosité sur la stigmatisation présente au sein de la communauté face aux personnes souffrant de troubles mentaux. Ces analyses juridique et éthique permettront alors de recommander des pistes de solutions qui répondront davantage aux besoins de la population québécoise en santé mentale et qui pallieront l'application imparfaite du critère de danger. Nous proposerons donc de développer une formation continue et commune destinée aux différents intervenants ayant à appliquer la P-38, de créer un tribunal dédié à la garde en établissement, d'encourager l'implication des familles dans le système de soins en santé mentale et de favoriser un accès accru à des pratiques psychosociales.

Chapitre préliminaire : Le régime de garde en établissement en présence de troubles mentaux

De prime abord, notre analyse, qui portera sur le critère de dangerosité utilisé en matière de garde, se concentrera entièrement sur les situations dans lesquelles la P-38 s'applique à des individus présentant des troubles mentaux. Bien que de nombreuses situations puissent mener à la dangerosité et que celle-ci puisse parfois être passagère, la majorité des cas que nous avons étudiés implique un diagnostic de trouble mental. Puisque notre analyse concerne les limites de l'application du critère de dangerosité à l'égard des personnes présentant des troubles mentaux, il est indispensable de se familiariser avec les notions scientifiques qui servent de fondements au terme de « trouble mental » en psychiatrie (section 1). De plus, pour saisir la façon dont le critère de dangerosité est interprété, il est important de bien connaître le régime de garde en établissement actuellement en place au Québec (section 2).

1. La notion de « trouble mental »

En se référant à la définition de la santé proposée dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après l'« OMS »), il appert que la santé mentale s'y intègre inévitablement et qu'il s'agit d'une composante inhérente de la santé : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »²⁷. Ainsi, le fondement de la santé mentale est construit autour du bon fonctionnement individuel et social et du bien-être, composé de trois formes différentes²⁸. Selon l'OMS, la santé mentale est façonnée et influencée par une variété de facteurs biologiques, environnementaux, sociaux, culturels et économiques et son concept change au même rythme que la société évolue²⁹. À mesure que ces déterminants de la

²⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, préc., note 5, p. 7 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 3 ; Andréanne WASSEF, « Questionnements et malaises d'une future psychiatre », (2017) 42-1 *Santé mentale au Québec* 445, 451.

²⁸ Isabelle DORÉ et Jean CARON, « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants », (2017) 42-1 *Santé mentale au Québec* 125, 128.

²⁹ *Id.*, 127 ; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, préc., note 5, p. 7 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 3 ; Pascale MANTOURA, Marie-Claude ROBERGE et Louise FOURNIER, « Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations », (2017) 42-1 *Santé mentale au Québec* 105, 107.

santé mentale se détériorent, l'accumulation et la combinaison de ceux-ci réduisent le bien-être d'un individu, augmentant ainsi le risque de développer un trouble mental³⁰.

Dans la littérature scientifique, les connaissances et la compréhension des troubles mentaux, dérivés du cerveau, sont limitées en raison de la nature complexe de cet organe³¹. Il existe d'ailleurs un faible consensus à l'égard de la définition des troubles mentaux, de leur classification ainsi que de leur processus causal³². En effet, définir le terme de « trouble mental », synonyme de « maladie mentale », demeure depuis toujours un défi très complexe dans le domaine de la psychiatrie dont la science n'est pas exacte³³. La compréhension de ce qu'est un trouble mental est sans aucun doute essentielle, car le diagnostic d'une telle condition entraîne des effets cliniques, légaux et éthiques, notamment l'application de la P-38. Publié par l'Association américaine de psychiatrie et utilisé à l'échelle internationale, le manuel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (ci-après le « DSM ») répond aux besoins des professionnels de la santé, sans toutefois se prononcer sur les principes légaux et éthiques à appliquer en présence d'un trouble mental³⁴. La définition de « trouble mental » a fait l'objet de plusieurs changements au fil des années et fait face à certaines critiques. L'édition la plus récente du DSM modifie radicalement la définition de « trouble mental » en fonction des avancées de la recherche et du savoir du milieu³⁵ et elle se lit comme suit :

A mental disorder is a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or development processes underlying mental functioning. Mental disorders are usually associated with significant distress or disability in social, occupational, or other important activities [...]³⁶.

³⁰ P. MANTOURA, M.-C. ROBERGE et L. FOURNIER, préc., note 29, 110.

³¹ David REDISH et Joshua A. GORDON, *Computational Psychiatry: New Perspectives on Mental Illness*, Cambridge, The MIT Press, 2016, p. 3 ; Tony WARD et Samuel CLACK, « From symptoms of psychopathology to the explanation of clinical phenomena », (2019) 54 *New Ideas in Psychology* 40, 40-41.

³² T. WARD et S. CLACK, préc., note 31, 40-41.

³³ A. WASSEF, préc., note 27, 128.

³⁴ Pierre GAGNÉ, « Maladie mentale et responsabilité criminelle : où allons-nous? », dans S.F.C.B.Q., *Congrès annuel du Barreau du Québec (2014)*, p. 3, à la page 4.

³⁵ Stijn VANHEULE et Ignaas DEVISCH, « Mental suffering and the DSM-5 : a critical review », (2014) 20-6 *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 975, 975.

³⁶ Diogo TELLES-CORREIA, « Mental Disorder : Are we moving away from distress and disability? », (2018) 24-5 *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 973, 974 ; Diogo TELLES-CORREIA, Sérgio

Dans cette dernière définition de 2013, la notion de dysfonctionnement prime et est fixée comme l'élément principal pour diagnostiquer un trouble d'ordre mental³⁷ malgré le fonctionnement des processus encore peu connu³⁸. La détresse et l'inaptitude surviennent fréquemment, voire habituellement, ce qui signifie que ces symptômes ne sont pas essentiels pour définir un trouble psychique³⁹. En adoptant une approche purement clinique et biomédicale, le DSM énumère les critères précis et explicites qui classifient les différents types de troubles mentaux ainsi que les traitements envisageables⁴⁰. Le diagnostic de trouble mental est posé en fonction de la gravité ou du degré des signes et des symptômes spécifiques, de la durée des manifestations symptomatiques ainsi que de la récurrence des symptômes⁴¹. Un diagnostic clinique de trouble mental peut donc être établi lorsqu'un patient rencontre les critères énumérés dans la littérature scientifique dans une proportion suffisante. Par exemple, une personne peut être considérée schizophrène par un psychiatre qui constate plus de deux symptômes psychotiques pour au moins un mois, tandis qu'une autre peut recevoir un diagnostic de dépression majeure si elle a plus de cinq symptômes dépressifs pour une durée minimale de deux semaines⁴². Ces signes pronostiques demeurent très hétérogènes, présentant une variabilité à la fois chez l'ensemble des patients psychiatriques et chez le patient lui-même au fil du temps⁴³. Ainsi, les troubles mentaux possèdent des composantes temporelles, ce qui signifie que lorsque les signes et symptômes se manifestent de façon grave et persistante, le trouble psychique diagnostiqué est considéré comme une condition chronique⁴⁴.

SARAIVA et Jorge GONÇALVES, « Mental Disorder – The Need for an Accurate Definition », (2018) 9-64 *Frontiers in Psychiatry*, en ligne : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857571/>>.

³⁷ D. TELLES-CORREIA, préc., note 36, 974 ; D. TELLES CORREIA, S. SARAIVA et J. GONÇALVES, préc., note 36.

³⁸ D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 18.

³⁹ S. VANHEULE et I. DEVISCH, préc., note 35, 976 ; D. TELLES-CORREIA, préc., note 36, 974.

⁴⁰ Doris PROVENCHER et Annie RAINVILLE, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques », dans S.F.C.B.Q., vol. 315, *La protection des personnes vulnérables (2010)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 143, à la page 144 ; P. GAGNÉ, préc., note 34, à la page 5 ; S. VANHEULE et I. DEVISCH, préc., note 35, 975.

⁴¹ Carol S. ANESHENSEL, Jo C. PHELAN et Alex BIERMAN, *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2^e éd., New York, Springer Science+Business Media Dordrecht, 2013, p. 52-55.

⁴² D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 5.

⁴³ *Id.*, p. 26.

⁴⁴ *Id.*, p. 36 ; Stephanie BERNELL and Steven W. HOWARD, « Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? », (2016) 4-159 *Frontiers in Public Health* 1, 2 ; Rudolf UHER et Alyson ZWICKER, « Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness », (2017) 16-2 *World Psychiatry* 121, 126.

Or, puisque les experts en psychiatrie ont tendance à se concentrer davantage sur la classification des troubles mentaux selon les symptômes cliniques, ils omettent parfois de déterminer la cause même du problème diagnostiqué et d'approfondir les recherches visant les mécanismes psychologiques et biologiques sous-jacents qui expliquent son apparition⁴⁵, d'où la complexité de ce domaine. Lorsque le domaine psychiatrique adopte le terme « maladie » pour désigner un trouble mental, il le conceptualise comme une véritable condition résultant d'une variété d'explications⁴⁶. Ainsi, des chercheurs en psychiatrie prétendent qu'une meilleure compréhension des diverses variables biologiques, qui diffèrent selon le stade de développement du trouble psychiatrique, pourrait améliorer le degré de précision des diagnostics⁴⁷. Un diagnostic adéquat de trouble mental, relevant de l'expertise des psychiatres, constitue un point crucial dans l'évolution de l'état mental du patient, plus particulièrement au niveau de son traitement⁴⁸ et même de sa garde. Le diagnostic posé a aussi un impact intrinsèque sur les recours juridiques en matière de santé mentale, d'où l'importance d'analyser les limites de l'application du critère central de la P-38.

En effet, en psychiatrie, on considère de multiples composantes qui sont susceptibles d'expliquer le développement d'un problème de santé mentale, par exemple l'expression génétique, la physiologie moléculaire, puis l'activité cognitive et neuronale⁴⁹. Il s'agit de l'interaction entre ces composantes et leur lien de causalité qui contribuent à la complexité de la définition d'un trouble mental⁵⁰. Récemment, plusieurs études scientifiques se sont concentrées particulièrement sur les facteurs génétiques et environnementaux qui sont associés au développement d'un trouble mental⁵¹. Bien que les résultats démontrent que la génétique a une plus grande incidence sur les troubles mentaux sévères comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire, des recherches en génétique moléculaire ont permis

⁴⁵ C. S. ANESHENSEL, J. C. PHELAN et A. BIERMAN, préc., note 41, p. 5; D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 47 ; T. WARD et S. CLACK, préc., note 31, 40, 41, 43 et 44.

⁴⁶ C. S. ANESHENSEL, J. C. PHELAN et A. BIERMAN, préc., note 41, p. 4 et 42.

⁴⁷ D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 36 et 37.

⁴⁸ *Id.*, p. 5 et 36.

⁴⁹ C. S. ANESHENSEL, J. C. PHELAN et A. BIERMAN, préc., note 41, p. 4 ; D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 4 et 43 ; T. WARD et S. CLACK, préc., note 31, 42.

⁵⁰ D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 36.

⁵¹ Rudolf UHER, « Gene-environment interactions in severe mental illness », (2014) 5-48 *Frontiers in Psychiatry* 1, 1 ; R. UHER et A. ZWICKER, préc., note 44, 121 et 122.

d'identifier plus d'une centaine de variantes génétiques qui peuvent directement causer tout trouble psychiatrique⁵². Cependant, l'expression d'un gène peut varier d'un patient à l'autre, faisant en sorte qu'un même gène peut résulter en de phénotypes psychologiques différents⁵³. De plus, il ne faut pas ignorer la relation forte qui existe entre l'émergence d'un problème de santé mentale auprès d'un individu et l'environnement dans lequel il se situe. Divers facteurs liés à l'environnement social sont retenus pour justifier le développement d'un trouble mental, par exemple la gravité d'un événement de la vie comme la maltraitance pendant l'enfance, l'intimidation, l'éducation familiale, etc⁵⁴. Puisqu'il est peu probable qu'un seul facteur soit associé à l'expression d'un trouble d'ordre mental, dans la majorité des cas, il s'agit de l'interaction complexe entre les déterminants génétiques et environnementaux qui prime⁵⁵.

De surcroît, des avancées en neuroscience et en neuroimagerie démontrent qu'il y a des tendances au niveau de la structure du cerveau et de son activité quant à l'existence d'un trouble mental⁵⁶. Il en ressort qu'une infime quantité de neurones peut facilement affecter l'activité neuronale du cerveau et les systèmes de neurotransmetteurs, intimement liés aux fonctions cognitives affaiblies et à certains comportements communs des troubles mentaux, notamment l'impulsivité⁵⁷. Donc, le fonctionnement anormal des caractéristiques neurophysiologiques telles que l'activité des neurones individuels et la connexion des circuits neuronaux sous-tend les comportements symptomatiques⁵⁸.

En somme, la psychiatrie est dédiée à étudier et à mieux comprendre l'organe le plus complexe du corps humain, qui est non statique et qui évolue avec le temps à travers une interaction dynamique de facteurs⁵⁹. À la suite de nombreuses études et hypothèses, l'incertitude médicale face à ces interactions crée une définition clinique floue et imprécise qui peut parfois influencer la perception de la société à l'égard des personnes

⁵² *Id.*

⁵³ D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 11.

⁵⁴ R. UHER, préc., note 51, 1 ; R. UHER et A. ZWICKER, préc., note 44, 123.

⁵⁵ *Id.*; D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 24 et 39.

⁵⁶ D. REDISH et J.A. GORDON, préc., note 31, p. 8.

⁵⁷ *Id.*, p. 39.

⁵⁸ *Id.*, p. 12 et 46.

⁵⁹ *Id.*, p. 3 et 46.

atteintes de troubles mentaux⁶⁰. La complexité et l'évolution constante des connaissances sur les troubles mentaux peuvent aussi avoir des effets sur la portée de certains régimes juridiques, dont la garde en établissement. Puisque cet essai vise à examiner le critère de dangerosité utilisé pour justifier la garde en établissement des individus souffrant de troubles psychiatriques, il est important de survoler les principes du régime de garde en établissement dans la section suivante.

2. Un survol du régime de garde en établissement

Afin de bien comprendre l'analyse de la pierre angulaire de la P-38 que nous effectuerons par la suite, il importe avant tout de prendre connaissance des principes de base qui régissent la garde en établissement et de soulever les différences entre les types de garde. Ainsi, chaque individu est titulaire de droits fondamentaux tels que le droit à la liberté, à l'intégrité et à la sécurité de sa personne⁶¹. À l'exception de situations prévues par le législateur et suivant la procédure prescrite, aucune atteinte ne peut lui être portée sans son consentement libre et éclairé⁶². Ce consentement aux soins doit donc être sans contrainte et donné en ayant l'information nécessaire en vue de prendre une décision en toute connaissance de cause⁶³. Selon l'article 11 du C.c.Q., le mot « soins » inclut les traitements de nature médicale, psychologique et sociale ainsi que l'hébergement forcé, les mesures coercitives physiques et d'isolement du patient⁶⁴.

Dans le cadre de la santé mentale, le non-respect des droits fondamentaux a souvent mené le législateur à baliser certaines formes de soins, tout en préservant la sécurité du patient et celle d'autrui. D'ailleurs, le régime de garde en établissement est une mesure exceptionnelle d'internement psychiatrique forcé portant donc atteinte à l'intégrité

⁶⁰ A. WASSEF, préc., note 27, 452 et 453.

⁶¹ C.c.Q., art. 10, al.1 ; Charte canadienne, art. 7 ; Charte québécoise, art. 1.

⁶² C.c.Q., art. 10, al.2 ; Charte québécoise, art. 24.

⁶³ Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, EYB2017ICS11, n° 233, 262-263 (La référence) ; Dominique GOUBAU avec la collab. d'Anne-Marie SAVARD, *Le droit des personnes physiques*, 6^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019, EYB2019DPP19, n° 114 (La référence).

⁶⁴ D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP19, n° 108 (La référence) ; E. BERNHEIM, préc., note 16, p. 87 ; Chantal CAUX et Jocelin LECOMTE, « Le consentement aux soins en contexte d'interventions psychosociales : état des connaissances et réflexions », dans S.F.C.B.Q., vol. 330, *La protection des personnes vulnérables (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 217, à la page 218.

physique de la personne, restreignant sa liberté, puis nécessairement son autonomie⁶⁵. Trois types de garde en établissement sont prévus : les gardes préventive, provisoire et régulière. De manière générale, le recours à la garde et l'évaluation psychiatrique contre le gré du patient avec autorisation judiciaire est possible si le patient refuse catégoriquement ou s'il est inapte⁶⁶. Pour tout type de garde, la P-38 ne s'applique que lorsque « l'état mental d'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui »⁶⁷, ce qui reprend le critère fondamental de dangerosité. Ce danger diffère alors selon le type de garde en question et sera analysé juridiquement dans la section 2 de la partie I de ce présent essai.

La garde préventive donne le pouvoir à tout médecin de garder une personne en établissement sans son consentement, sans l'autorisation du tribunal et sans un examen psychiatrique, pour une durée maximale de 72 heures, s'il est d'avis qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui⁶⁸. Ce type de garde autorise aussi les policiers, sans ordonnance du tribunal, à amener une personne contre sa volonté en établissement à la demande d'un intervenant de centre de crise, d'un proche ou d'un tiers intéressé⁶⁹. Dans le cas où l'agent de la paix est appelé à intervenir, il devient l'intervenant de la première évaluation de dangerosité puisqu'il doit « avoir des motifs sérieux de croire » qu'il existe un danger⁷⁰.

La garde provisoire, demandée par un médecin ou un tiers intéressé, est accordée par un juge de la Cour du Québec pour que le patient subisse une évaluation psychiatrique par deux psychiatres⁷¹. Si cette demande est acceptée par le tribunal, un examen psychiatrique doit être effectué dans les 24 heures de la prise en charge de la personne par

⁶⁵ Marie-Claude LAFLEUR et Annie RAINVILLE, « L'absence de mécanismes de révision dans le cadre des requêtes en autorisation de traitements : une violation du principe de sauvegarde de l'autonomie? – Réflexion, pistes de solutions et difficultés », dans S.F.C.B.Q., vol. 330, *La protection des personnes vulnérables* (2011), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 43, à la page 52 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 3 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP25, n° 148-149 (La référence).

⁶⁶ C.c.Q., art. 16.

⁶⁷ P-38, art. 1.

⁶⁸ *Id.*, art. 7, al. 1 ; C.c.Q., art. 27, al. 2.

⁶⁹ P-38, art. 8, al. 1.

⁷⁰ *Id.*, art. 8 al. 1, par. 2.

⁷¹ *Id.*, art. 2, al. 1 et art. 7, al. 3 ; C.c.Q., art. 27, al. 1.

l'établissement de santé ou dans les 24 heures de l'ordonnance si le patient était gardé préventivement⁷². Lorsque la première évaluation par le psychiatre conclut à la présence de dangerosité, un deuxième examen doit être réalisé par un autre médecin spécialiste dans un délai maximal de 96 heures de la prise en charge de la personne ou dans les 48 heures de la décision judiciaire si le patient était initialement en garde préventive⁷³. À l'absence de consentement et d'autorisation du tribunal, un maximum de 48 heures supplémentaires sont prévues pour la garde provisoire après la production de deux rapports concluant à la dangerosité⁷⁴. Si la nécessité de la garde ne peut être démontrée, la personne visée doit immédiatement être libérée⁷⁵.

Autoriser une garde régulière est possible seulement si deux éléments sont rencontrés. D'abord, les deux rapports d'évaluation psychiatrique, produits par deux psychiatres distincts, doivent arriver à la conclusion de la nécessité de la garde parce que l'individu présente un danger réel et probable pour lui-même ou pour autrui⁷⁶. Ensuite, le juge doit aussi être convaincu que la personne visée par l'ordonnance de garde est dangereuse et qu'en conséquence, sa garde en établissement est nécessaire⁷⁷. La durée de la garde est alors fixée par ce même jugement⁷⁸.

Bref, dans ce chapitre préliminaire, nous avons tenté de sommairement mettre en lumière la complexité de la santé mentale et de la psychiatrie. Le diagnostic de trouble mental est posé en fonction d'un nombre minimal de symptômes qui se manifestent et force est de constater que les facteurs et les mécanismes qui peuvent expliquer l'apparition d'une condition chronique mentale sont nombreux. En survolant les principes inhérents à chaque type de garde en établissement, il est possible d'identifier d'importantes différences, notamment en ce qui concerne le consentement, les intervenants impliqués, la preuve requise et le danger que doit présenter l'individu visé. Étant donné que le danger ouvre la

⁷² C.c.Q., art. 28, al. 1.

⁷³ *Id.*, art. 28, al. 2 et art. 29, al. 1.

⁷⁴ *Id.*, art. 28, al. 3.

⁷⁵ *Id.*

⁷⁶ *Id.*, art. 29, al. 1 et art. 30, al. 1.

⁷⁷ *Id.*, art. 30, al. 2.

⁷⁸ *Id.*, art. 30.1, al. 1.

porte à la garde en établissement, peu importe le type de garde prévue, il sera maintenant intéressant d'étudier les limites du critère de dangerosité sur le plan juridique et d'illustrer si ce dernier est interprété de façon à respecter adéquatement l'objectif de la P-38.

Partie I : L'analyse juridique de l'application du critère de dangerosité

Avec le temps, le droit a évolué en lien avec les progrès médicaux et cliniques en santé mentale, contribuant ainsi à une transformation de la pratique du droit et de la jurisprudence. En effet, l'affaire *Jean-Talon*⁷⁹, une décision clé en matière d'internement psychiatrique forcé, précise que la dangerosité est « la condition sine qua non de la garde en établissement »⁸⁰. Le régime de garde en établissement orbite donc autour d'un critère plutôt controversé et flou, soit la dangerosité.

En analysant les dispositions législatives de la loi québécoise, nous constatons que celle-ci ne prévoit pas de balises claires pour circonscrire le critère de dangerosité, amenant donc certaines disparités relatives à l'interprétation du critère et conséquemment, à son application. La définition de dangerosité demeure imprécise à bien des égards, ce qui entraîne plusieurs irrégularités chez les différents acteurs du milieu quant à l'application du régime de garde en établissement. En l'absence de précisions par le législateur, la définition de dangerosité ne fait pas l'unanimité, ouvrant la porte à une variété d'interprétations à l'égard d'une mesure exceptionnelle qui prive quelqu'un de sa liberté. Malgré l'existence de la P-38 comme cadre législatif, de nombreuses lacunes subsistent dans les éléments qui sont pris en compte par les tribunaux et les experts pour évaluer si l'état mental d'un individu souffrant d'un trouble psychique présente un danger. Plusieurs décisions se sont penchées sur le sujet au cours des dernières années, permettant à la mise sous garde en établissement d'être basée sur des motifs qui concordent avec les critères jurisprudentiels de dangerosité⁸¹.

⁷⁹ *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.

⁸⁰ *Id.*, par. 49.

⁸¹ *I.F. c. Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, 2017 QCCA 905, par. 9 ; J.-P. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 124.

Dans cette analyse juridique, une revue de la jurisprudence québécoise sera présentée afin de cibler certaines limites de l'application de la notion de dangerosité établies au cours des années pour chaque type de garde. Nous débuterons en abordant la délicate question des présomptions de dangerosité et d'inaptitude qui se pose souvent systématiquement à l'égard des individus aux prises avec un problème de santé mentale (section 1). Cela nous amènera à distinguer la nature et l'intensité du danger pour les trois gardes prévues (section 2). Subséquemment, nous observerons que les rapports d'évaluation psychiatrique constituent une preuve centrale afin de pouvoir conclure à la présence de dangerosité (section 3). Notre étude de la place de ces rapports dans la preuve nous permettra également de dégager les différentes tendances retenues par les tribunaux pour justifier la garde, notamment en analysant quatre motifs distincts de dangerosité (section 4). Finalement, nous noterons que bien que ces motifs soient évoqués dans les rapports d'experts, il y a lieu d'analyser la présence des patients et leur représentation par avocat à la cour, deux facteurs déterminants pour valider la preuve de dangerosité (section 5).

1. Les présomptions de dangerosité et d'inaptitude

Avant d'entamer l'analyse du critère de dangerosité en profondeur, nous jugeons pertinent d'aborder la question des personnes les plus souvent visées par la garde en établissement. Il existe malheureusement une association persistante entre la présence d'un trouble mental et la perception de dangerosité ou les signes de violence, créant un préjugé qui participe à l'élargissement de l'application de la P-38⁸². Cela va parfois à l'encontre de ce que la Cour d'appel a récemment établi, soit que cette loi d'exception doit être interprétée et appliquée de manière restrictive et rigoureuse par les tribunaux⁸³. Il s'avère primordial de souligner une mise au point effectuée par de nombreux juges et auteurs à l'égard du champ d'application de la P-38, une loi dont l'application n'est pas limitée aux personnes atteintes de troubles mentaux. Ils précisent que l'existence d'un problème de santé mentale

⁸² Marcelo OTERO, « Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine », (2007) 39-1 *Sociologie et sociétés* 51, 55 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 154 ; Doris PROVENCHER, « La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance ? », (2010) 19-1 *Le partenaire* 18, 22 ; J.-P. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 117.

⁸³ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 86 et 92.

ne permet pas de créer une présomption de dangerosité⁸⁴. Inversement, une personne peut aussi présenter un danger sans toutefois qu'un diagnostic de trouble mental ait été posé⁸⁵. Ainsi, souffrir d'un trouble mental n'est pas une condition à l'application de la loi puisque la personne qui n'a pas reçu un tel diagnostic peut néanmoins remplir le critère fondamental de dangerosité. La Cour d'appel affirme que la tendance à surestimer le danger potentiel chez les personnes atteintes de troubles mentaux « doit être reconnue et contrée »⁸⁶, ce qui sous-entend que l'existence d'un trouble mental diagnostiqué ne devrait pas être un facteur dominant qui favorise l'hospitalisation forcée. Certes, malgré cette présomption de dangerosité mal fondée, en analysant les faits soulevés dans la jurisprudence, il semble que les personnes souffrant de troubles psychiques sont surreprésentées dans les causes de garde en établissement⁸⁷. Cette surreprésentation peut aussi s'expliquer par le fait que la gravité d'un trouble mental peut évidemment être directement liée à la dangerosité dans certaines circonstances⁸⁸. Afin d'ordonner une garde, il faut que l'état d'esprit soit perturbé par la présence d'un trouble d'ordre psychologique, causant donc un danger⁸⁹. Ainsi, comme le législateur le prévoit dans

⁸⁴ Sur ce point, voir entre autres : *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, 2009 QCCA 2395, par. 28 ; *G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, 2009 QCCA 2359, par. 47 ; *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, 2014 QCCQ 8410, par. 54 ; M. OTERO, préc., note 82, 56 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 154 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 23 ; J.-P. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 118 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 216 (La référence).

⁸⁵ M. OTERO, préc., note 82, 55 ; DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, préc., note 24, p. 23 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 216 (La référence).

⁸⁶ *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 28.

⁸⁷ Sur ce point, voir entre autres : *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, [2001] T.A.Q. 330, par. 5 ; *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, 2007 QCCA 1382, par. 2 ; *Y.M. c. Hôpital A*, 2009 QCTAQ 03899, par. 4, 6-7 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 7 et 12 ; *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84, par. 9, 10, 13 et 20 ; *G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, préc., note 84, par. 9 et 14 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. P.B.*, 2012 QCCQ 7330, par. 4-5 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais c. E.R.*, 2015 QCCQ 12402, par. 12 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches – Secteur Beauce c. C.B.*, 2016 QCCQ 14175, par. 3 ; *J.E. c. Centre hospitalier A (Hôpital A)*, 2017 QCTAQ 06742, par. 6 ; *J.L. c. CIUSSS A*, 2017 QCTAQ 05709, par. 5 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 10 et 19 ; *C.M. c. CSSS A*, 2018 QCTAQ 10391, par. 14 ; *A.G. c. CISSS A (Hôpital A)*, 2018 QCTAQ 04955, par. 6 ; *B.S. c. CIUSSS A (Hôpital A)*, 2018 QCTAQ 02842, par. 8 ; *D.M. c. CIUSSS A (Hôpital A)*, 2019 QCTAQ 1012, par. 9 ; *Centre universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke c. M.L.*, 2019 QCCS 4575, par. 10 et 53 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles c. B.C.*, 2019 QCCQ 380, par. 7 et 12 ; *Leblanc c. C.B.*, 2019 QCCQ 381, par. 3 et 4.

⁸⁸ *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 35.

⁸⁹ *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 27 et 35 ; M. OTERO, préc., note 82, 55 ; DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, préc., note 24, p. 24.

l'intitulé de la P-38, dans les dispositions de cette loi et dans les articles du C.c.Q., l'appréciation de dangerosité est intimement liée à l'évaluation de l'état mental de la personne et dépend de celui-ci⁹⁰. L'état mental de l'individu examiné doit nécessairement être la source de la dangerosité⁹¹. Le diagnostic de trouble mental n'est pas un élément suffisant pour garder un individu dans un établissement hospitalier puisque, dans le cas où il se verrait retirer sa liberté, il faut aller plus loin dans l'analyse et vérifier s'il présente réellement un danger. Or, un premier désaccord se pose entre les multiples acteurs du milieu à cet égard. Bien que les tribunaux suggèrent que l'existence d'un trouble d'ordre mental ne devrait pas peser lourdement dans la balance lors de l'évaluation de la dangerosité, nous verrons que les psychiatres ont souvent tendance à se limiter à ce diagnostic dans la preuve pour justifier la nécessité de la garde.

De façon similaire, les patients psychiatriques sont souvent présumés inaptes. Il faut souligner que le seul fait de ne pas s'opposer ni de résister à un examen psychiatrique ne permet pas de conclure à l'aptitude de l'individu à donner un consentement libre et éclairé⁹². Par ailleurs, l'auteure Emmanuelle Bernheim constate qu'une présomption d'inaptitude à consentir se fonde souvent dès lors que l'individu gardé préventivement subit une évaluation psychiatrique⁹³. Il existe aussi une tendance erronée à présumer que la présence d'un problème de santé mentale entraîne automatiquement l'inaptitude de la personne concernée à consentir⁹⁴. Dans l'affaire *Jean-Talon*, la juge Bich affirme que bien qu'un trouble mental puisse altérer les capacités de l'individu et le rendre inapte, il s'agit

⁹⁰ C.c.Q., art. 27 et 29 ; P-38, notes explicatives, art. 1, 7 et 8.

⁹¹ *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, préc., note 87, par. 59 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 27.

⁹² *Affaires sociales – 518*, [2000] T.A.Q. 1049, par. 20 ; *N.C. c. Hôpital A*, 2008 QCTAQ 035, par. 12 ; *Y.M. c. Hôpital A*, préc., note 87, par. 31 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches – Secteur Beauce c. C.B.*, préc., note 87, par. 14 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 60.

⁹³ E. BERNHEIM, préc., note 17, à la page 205.

⁹⁴ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 58 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 230 et 232 (La référence) ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 7 ; J.-P. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 127.

d'une conjecture qui demeure injustifiée⁹⁵. Cette association erronée et sans fondement sera d'ailleurs analysée ultérieurement, plus particulièrement au point 4.4⁹⁶.

Bref, bien que notre analyse se limite aux cas présentant des troubles mentaux en raison de leur prévalence, il demeure important de garder à l'esprit que le diagnostic de problème psychique ne permet pas d'inférer la dangerosité ou l'inaptitude d'un individu. Pour faire suite aux présomptions à l'égard de personnes souffrant de troubles mentaux, la deuxième section portera sur la nature et l'intensité du danger requises pour appliquer le critère au cœur de la P-38.

2. La nature et l'intensité du danger

Comme il a été présenté dans le chapitre préliminaire, le diagnostic de trouble mental est évidemment une question médicale du domaine psychiatrique, tandis que la notion de danger est un concept à la fois légal et médical⁹⁷, ce qui suggère que l'évaluation de la dangerosité pourrait être différente des points de vue juridique et clinique :

[...] la notion de danger qui est un concept « médico-légal », en ce sens qu'elle est le fruit d'un dialogue entre le système judiciaire et la médecine psychiatrique. Cela évite de choisir le responsable de son opérationnalisation ; le danger se cristallise alors en dehors du champ démocratique représenté par le Législateur. En utilisant le parallèle avec la statistique, les seuils de sensibilité (les psychiatres suggérant la mise sous garde) et de spécificité (les juges refusant la teneur des motifs présentés pour entériner la garde) se décident au cas par cas sans véritable consensus de la société, hormis sur les acteurs impliqués dans l'évaluation de la présence du danger présent en l'espèce⁹⁸.

Ainsi, il appert que des incohérences entre l'approche juridique et celle médicale se créent lorsque vient le temps de trancher la question de la dangerosité⁹⁹, plus particulièrement à l'égard de la notion même d'un danger. Dans le cadre d'un régime juridique qui peut

⁹⁵ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 60.

⁹⁶ *Id.*, p. 33.

⁹⁷ Pierre-Marc COUTURE-TRUDEL et Marie-Ève MORIN, « La garde en établissement au Québec : enjeux de détention civile en psychiatrie », (2007) 32-1 *Santé mentale au Québec* 229, 231.

⁹⁸ *Id.*

⁹⁹ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 87.

parfois porter atteinte aux droits fondamentaux d'une personne, notamment à sa liberté et à son autonomie¹⁰⁰, il faut déterminer comment concilier les limites d'application du critère de dangerosité. Quel que soit le type de garde, le danger que présente l'individu doit être réel, actuel et démontré par des faits¹⁰¹.

Avant d'analyser le type, la portée et la sévérité du danger, il faut dire un mot sur l'existence même de ce danger. À cet égard, la juge Thibeault de la Cour d'appel confirme l'affirmation du Tribunal administratif du Québec (ci-après le « TAQ ») que « les craintes fondées sur les antécédents de la personne sous garde ne justifient pas d'emblée de maintenir la garde »¹⁰². À titre d'exemple, les comportements rapportés, effectués il y a plusieurs années, ne peuvent démontrer la dangerosité¹⁰³, car ils ne constituent pas des éléments de preuve d'un danger actuel. Pour tout type de garde, le critère de dangerosité ne peut se fonder que sur un simple doute de la présence d'un danger¹⁰⁴. Il n'est donc pas question d'une simple possibilité de dangerosité, mais bien d'atteindre un seuil de probabilité forte ou élevée¹⁰⁵. L'évaluation de la dangerosité est un processus difficile et complexe puisqu'elle doit tenir compte de nombreux éléments qui interagissent dans une perspective globale¹⁰⁶. De ce fait, l'enjeu de la dangerosité est une évaluation de degré puisque le droit québécois différencie deux niveaux de dangerosité : le danger grave et

¹⁰⁰ E. BERNHEIM, préc., note 16, p. 113.

¹⁰¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, Québec, Publications du Québec, 2018, p. 4 ; Emmanuelle BERNHEIM, « Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec ? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice », (2019) 11-1 *Aporia* 28, 36.

¹⁰² *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 29.

¹⁰³ *Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles c. B.C.*, préc., note 87, par. 18, 25 et 30.

¹⁰⁴ *Guèvremont c. A.S.*, [2004] R.D.F. 467 (C.Q.), par. 23.

¹⁰⁵ *Id.*, par. 37 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 35 ; *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84, par. 77 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles c. B.C.*, préc., note 87, par. 35 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 3.

¹⁰⁶ *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, préc., note 87, par 69 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22 et 24.

immédiat dans le cas d'une garde préventive¹⁰⁷, puis le danger sérieux et probable pour les gardes provisoire et régulière¹⁰⁸.

2.1 Garde préventive : Danger grave et immédiat

Lorsqu'il est question d'instaurer une garde préventive, il s'agit d'une urgence médicale qui exige une intervention rapide de la part de l'établissement de santé¹⁰⁹. Le danger doit ainsi être caractérisé à la fois comme grave et immédiat¹¹⁰ :

C'est donc l'importance particulière du risque, mais aussi son imminence qui justifient cette mesure d'urgence qu'est la garde préventive, mesure prise contre le gré de l'individu et par définition transitoire puisqu'elle a pour objectif d'éviter la matérialisation prochaine (c.-à-d. à très court terme) d'un préjudice sérieux¹¹¹.

Ainsi, dans la mesure où il existe de réels risques de préjudice, plus l'intégrité de la personne ou d'autrui est affectée de manière importante et étendue, plus le danger est jugé grave¹¹². Le danger est considéré comme immédiat si le temps pour se protéger contre ce danger grave est minime ou s'il y a un risque que le danger survienne avant l'obtention d'une ordonnance de garde, d'où l'importance d'une intervention directe et rapide pour la protection et la sécurité de la personne ou d'autrui¹¹³. L'importance et l'imminence du danger sont donc au cœur du recours à la garde préventive et la distinguent particulièrement des autres types de garde. Cette mesure n'autorise pas, par contre, l'exécution d'une évaluation psychiatrique auprès de la personne gardée sans son

¹⁰⁷ C.c.Q., art. 27, al.2 ; P-38, notes explicatives, art. 7, al. 1, art. 8 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 4.

¹⁰⁸ C.c.Q., art. 27, al. 1 et art. 30, al. 2 ; *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, 2007 QCCA 358, par. 34 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22.

¹⁰⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 17 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 218 (La référence).

¹¹⁰ C.c.Q., art. 27, al.2 ; P-38, notes explicatives, art. 7, al. 1 et art. 8 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 4.

¹¹¹ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 54.

¹¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 23 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 4.

¹¹³ *Id.* ; DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, préc., note 24, p. 16.

consentement ou si elle est inapte, sans le consentement de son représentant, ou encore si elle y oppose un refus catégorique¹¹⁴.

2.2 Gardes provisoire et régulière : Danger sérieux et probable

À partir de 2007, les tribunaux reprennent souvent les premières explications apportées dans l'arrêt *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*¹¹⁵ à l'égard du critère de dangerosité dans le cadre des gardes provisoire et régulière. Dans cet arrêt, la juge Bich explique que le danger appréhendé pour les gardes provisoire et régulière doit être important « ou d'un potentiel de danger élevé »¹¹⁶. Elle statue aussi que le danger allégué en vue d'une garde provisoire ou régulière ne doit pas nécessairement être imminent comme la garde préventive, mais il doit être « sinon probable du moins clairement envisageable dans le présent ou dans un avenir relativement rapproché »¹¹⁷. D'ailleurs, ces précisions sur la notion de danger ont été reprises récemment par la Cour d'appel dans l'affaire *Jean-Talon* :

Ce danger – et l'on parle ici d'un péril important – doit être défini d'une manière spécifique (c.-à-d. personnalisée) et précise (on ne saurait donc se contenter d'une affirmation générique), et le risque de sa réalisation doit être élevé, sans que sa matérialisation soit nécessairement imminente¹¹⁸.

En d'autres mots, comme le précise le ministère de la Santé et des Services sociaux, la dangerosité qui découle de faits observés et clairement décrits doit être actuelle, suffisamment sérieuse et probable dans un avenir rapproché¹¹⁹. Dans la jurisprudence récente, le tribunal accorde un poids important aux droits fondamentaux de la personne, soulignant que des raisons sérieuses et graves doivent être établies afin de priver un individu de sa liberté¹²⁰. La juge Bich, dans l'affaire *St. Mary*, précise que pour mettre une personne sous garde en établissement contre son gré, le danger allégué doit amener la

¹¹⁴ C.c.Q., art. 26, al. 1 ; P-38, art. 7, al. 2.

¹¹⁵ *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108.

¹¹⁶ *Id.*, par. 17.

¹¹⁷ *Id.*

¹¹⁸ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 49.

¹¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 23.

¹²⁰ *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 16 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 1.

personne examinée ou autrui à se retrouver dans une « situation de risque intolérable »¹²¹. Cela signifie qu'il faut déterminer si le risque de danger est suffisamment grand et proche et s'il représente un risque de dommage considérable à l'intégrité pour justifier le préjudice irrémédiable résultant d'une atteinte à la liberté¹²². Ainsi, l'état mental de la personne causant un danger met-il si sérieusement et gravement son bien-être ou celui d'autrui en péril, de façon à ce qu'il soit acceptable de passer outre son refus à être évaluée et gardée contre sa volonté ? Ayant pour but de chercher un équilibre entre le respect des droits fondamentaux et la protection de la sécurité, la P-38 peut s'appliquer si le danger présenté et le risque au bien-être de l'individu examiné ou à celui d'autrui sont suffisamment importants et probables pour justifier un examen et une privation de liberté¹²³.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux mentionne aussi que le danger, dans le cadre des gardes provisoire et régulière, doit « se produire à court ou à moyen terme »¹²⁴. L'utilisation de la conjonction *ou* établit que les deux niveaux peuvent être appliqués, ce qui peut influencer la preuve requise et la portée de l'hospitalisation forcée. En consultant la jurisprudence, il est possible de constater une certaine discordance concernant cette imminence du danger pour les gardes provisoire et régulière. De nombreux juges exigent une preuve de dangerosité à court terme¹²⁵, tandis que d'autres sont moins exigeants et se contentent d'une preuve de dangerosité plus incertaine qui pourrait se manifester à moyen terme¹²⁶. En appliquant un critère variable d'imminence de danger pour ces deux types de

¹²¹ *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 32.

¹²² *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 34 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 21.

¹²³ *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 41.

¹²⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 11.

¹²⁵ Sur ce point, voir entre autres : *Centre hospitalier Chandler c. S.D.*, [2002] n° AZ-50111824, par. 69 (C.Q.) ; *R. G. c. Centre hospitalier de l'Université Laval*, [2004] n° AZ-50232234, par. 22 et 27 (T.A.Q.) ; *Guèvremont c. A.S.*, préc., note 104, par. 23 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. G.B.*, 2010 QCCQ 4824, par. 63-64 ; *S.R. c. CSSS A*, 2014 QCTAQ 01427, par. 29 ; *H.B. c. CSSS A*, 2016 QCTAQ 07772, par. 20 et 26 ; *J.E. c. Centre hospitalier A (Hôpital A)*, préc., note 87, par. 6 et 8 ; *J.L. c. CIUSSS A*, préc., note 87, par. 25 ; *A.G. c. CISSS A (Hôpital A)*, préc., note 87, par. 9 et 11 ; *C.M. c. CSSS A*, préc., note 87, par. 16.

¹²⁶ Sur ce point, voir entre autres : *Affaires sociales – 518*, préc., note 92, par. 20 ; *M.T. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, 2001 CanLII 56584, par. 14 (QC T.A.Q.) ; *M.S. c. CSSS X*, 2006 CanLII 75761, par. 7 (QC T.A.Q.) ; *N.C. c. Hôpital A*, préc., note 92, par. 12 ; *Y.M. c. Hôpital A*, préc., note 87, par. 31 ; *M.F. c. Centre hospitalier A*, 2009 QCTAQ 0325, par. 16 ; *C.R. c. Institut A*, 2010 QCTAQ 0435, par. 19.

garde, il semble qu'il puisse y avoir une certaine disparité à l'égard du traitement réservé aux patients souffrant d'un trouble d'ordre mental. Ainsi, l'issue du jugement dépend de l'imminence de danger que le juge siégeant considère comme nécessaire pour autoriser la garde, ce qui empêche les patients d'être traités de manière juste et équitable. Ces précisions au sujet de la nature et de l'intensité du danger permettent d'analyser l'étendue de cette preuve requise dans les rapports d'examen psychiatrique.

3. La primauté des rapports dans la preuve de dangerosité

Il importe de rappeler qu'en raison de la réforme de la législation en matière de garde, la décision d'ordonner une garde provisoire et une garde régulière est confiée au juge lorsque l'individu n'y consent pas¹²⁷. Afin de garantir l'équilibre entre la protection des droits fondamentaux des individus visés par la garde et leur sécurité ainsi que celle d'autrui, le tribunal est tenu d'agir comme « un tiers désintéressé, indépendant et autonome »¹²⁸ qui analyse la preuve de danger provenant d'une expertise psychiatrique. Donc, il appert que le juge constitue le gardien final des droits et libertés fondamentaux puisqu'il a le rôle d'apprécier la preuve qui lui est présentée, d'interpréter les concepts et de développer la jurisprudence à l'égard de la garde en établissement¹²⁹. En effet, qu'elle soit interprétée largement d'après certains auteurs ou trop restrictivement selon d'autres, la notion de dangerosité doit faire l'objet d'une prépondérance de preuve pour qu'une ordonnance de garde par le tribunal soit octroyée¹³⁰. Pour l'évaluation de la dangerosité, le législateur accorde donc un pouvoir discrétionnaire au tribunal autant pour la garde provisoire que pour la garde régulière. Dans le cadre d'une garde provisoire, la demande peut émerger des soignants ou des proches de la personne concernée¹³¹. Puisque le fardeau de la preuve de dangerosité repose sur la partie demanderesse¹³², l'établissement de santé ou la famille

¹²⁷ C.c.Q., art. 27, al. 1 et 30.

¹²⁸ J. LAUZON, préc., note 16, 255.

¹²⁹ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 92.

¹³⁰ *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84, par. 61 ; *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria)*, 2015 QCCA 1129, par. 11 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 28 et 92.

¹³¹ C.c.Q., art. 27, al. 1 ; P-38, art. 8.

¹³² *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84, par. 61-67 ; J.-M. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 120.

doivent convaincre et persuader le tribunal. Le tribunal doit avoir des motifs sérieux de croire que l'individu en question présente un danger pour lui-même ou pour autrui et que cela justifie qu'il subisse une évaluation psychiatrique¹³³. En ce qui concerne la garde régulière, l'évaluation de la dangerosité s'effectue plutôt en trois étapes : deux rapports distincts d'examen psychiatrique doivent chacun conclure à la nécessité de la garde¹³⁴ et ensuite, le juge doit, en se fondant sur la preuve qui lui est présentée, être lui-même convaincu de la dangerosité et de la nécessité de la garde¹³⁵. Les rapports produits par les psychiatres et leur témoignage, s'ils sont présents à l'audience, sont ainsi considérés comme les « pièces maîtresses », soit comme les éléments de preuve principaux pour l'obtention d'une autorisation du juge¹³⁶. Il revient donc aux psychiatres, en se basant sur leur expertise médicale, de démontrer la nécessité de la garde par des faits cliniques constatés en y inférant que le patient présente un danger pour lui-même ou pour autrui¹³⁷. La P-38 prévoit ce qui doit être énoncé dans les rapports psychiatriques¹³⁸, qui sont produits sous forme de formulaire type¹³⁹. Le rapport soumis en preuve doit d'abord contenir au minimum : la signature et le nom du médecin qui a effectué l'examen, la date de celui-ci, le diagnostic sur l'état mental de la personne, la gravité de l'état mental et ses conséquences probables, les motifs et les faits qui fondent l'opinion médicale¹⁴⁰. Malgré ces normes établies pour soutenir une demande de garde, il est possible de constater que les tribunaux ont souvent déclarés l'insuffisance de la preuve présentée pour justifier une mesure qui porte gravement atteinte aux droits et libertés fondamentaux d'un patient¹⁴¹.

¹³³ C.c.Q., art. 27, al. 1 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 45, 46 et 49.

¹³⁴ C.c.Q., art. 30, al. 1.

¹³⁵ *Id.*, art. 30, al. 2.

¹³⁶ J. LAUZON, préc., note 16, 248 ; Judith LAUZON, « Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril », dans S.F.C.B.Q., vol. 283, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défailant (2008)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 3, à la page 35.

¹³⁷ C.c.Q., art. 29.

¹³⁸ P-38, art. 3.

¹³⁹ J. LAUZON, préc., note 136, à la page 9 et 15 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 31.

¹⁴⁰ P-38, art. 3.

¹⁴¹ Sur ce point, voir entre autres : *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, préc., note 87, par. 2-5 ; *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 38 ; *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84, par. 59 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais c. E.R.*, préc., note 87, par. 23-28, 34-36, 44, 47 et 50 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Centre hospitalier régional du Grand-Portage) c. L.P.*, 2017 QCCQ 9048, par. 12-13 ; *J.M. c.*

Tout en éprouvant un grand respect pour les évaluations des psychiatres, ces affirmations dévoilent une certaine insatisfaction des tribunaux à l'égard des rapports. La Cour d'appel rappelle qu'à la lecture du formulaire, les médecins ne peuvent se contenter de décrire les actions du patient et son état mental¹⁴². Comme l'écrit la juge Bich dans l'affaire *Jean-Talon*, « il ne suffit pas d'affirmer, il faut plutôt faire comprendre »¹⁴³. Autrement dit, les rapports doivent indiquer et expliquer, de manière suffisante et exhaustive, les éléments cliniques importants sur lesquels les médecins se fondent pour conclure à la dangerosité afin de produire une preuve détaillée et concluante¹⁴⁴. La Cour d'appel ajoute donc :

Ce n'est pas dire qu'un évènement apparemment isolé ne puisse jamais constituer une raison valable de conclure à l'existence d'un danger important, mais cela mérite d'être expliqué, tout comme les conséquences, effets et risques rattachés à la maladie diagnostiquée¹⁴⁵.

À la suite d'un examen, le critère de dangerosité doit faire l'objet d'explications bien précises, c'est-à-dire d'une description et d'une démonstration claires du danger mis en question¹⁴⁶ plutôt que de s'attarder à de simples spéculations¹⁴⁷. De ce fait, les juges demandent aux psychiatres de soumettre des rapports dont le contenu est explicite. Alors que la jurisprudence réitère la primauté des rapports substantiels¹⁴⁸, la preuve experte ne peut pas se contenter de seulement faire état du diagnostic de la condition mentale et en conclure que la personne est systématiquement dangereuse. Cela serait équivalent à

Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, préc., note 79, par. 117-119 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles c. B.C.*, préc., note 87, par. 31, 34 et 35 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie, Hôpital de Maria c. E.L.*, 2019 QCCQ 7568, par. 9-11 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. F.S.*, 2019 QCCQ 1944, par. 32 et 35 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord c. J.L.*, 2020 QCCQ 394, par. 10-11.

¹⁴² *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 37 et 38.

¹⁴³ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 70.

¹⁴⁴ DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, préc., note 24, p. 20 ; J. LAUZON, préc., note 136, à la page 15.

¹⁴⁵ *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 117.

¹⁴⁶ *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, préc., note 87, par. 3 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 70.

¹⁴⁷ *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84, par. 54.

¹⁴⁸ *Id.* ; *N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec*, préc., note 87, par. 2-3 ; *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 38 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 32 et 35 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 67-70.

présumer la dangerosité¹⁴⁹. L'absence ou l'insuffisance de motifs et de faits précis dans des rapports jugés incomplets, succincts et peu étoffés peuvent empêcher le juge d'être personnellement convaincu et persuadé de la dangerosité et de la nécessité de garde¹⁵⁰. À cet effet, lorsqu'un juge constate une lacune dans la preuve, il doit agir de façon vigilante et proactive¹⁵¹ en gardant à l'esprit l'objectif de la P-38. Il est donc difficile pour les juges, et même contraire à la loi, de rendre une décision éclairée qui prive une personne de ses droits fondamentaux, mais qui touche aussi l'intérêt public, lorsque la preuve amenée par l'expert est insuffisante et non prépondérante. Les tribunaux ont d'ailleurs la discrétion d'ordonner, à tout moment, une preuve additionnelle plus complète et convaincante¹⁵² afin de comprendre en quoi il serait dangereux de ne pas garder le défendeur contre sa volonté.

À cet égard, il demeure primordial que les experts en psychiatrie étoffent leurs rapports en indiquant les motifs sur lesquels ils se fondent pour aboutir à une présence de dangerosité liée à l'état mental. En ayant une preuve suffisamment élaborée, le tribunal peut mieux exercer son pouvoir d'ordonner ou non une garde de manière juste et éclairée. Or, puisque la conviction du tribunal relative au danger que présente un individu demeure essentielle pour ordonner une garde régulière, il peut refuser la garde d'un individu quelle que soit la preuve¹⁵³. Les juges ne sont pas liés par les évaluations psychiatriques¹⁵⁴, car la décision finale leur revient. Puisqu'ils formulent leur propre opinion quant à la nécessité de la garde, ils doivent être personnellement convaincus du danger allégué¹⁵⁵. Lors de cette dernière évaluation de la dangerosité, les juges conservent une marge de manœuvre face à l'interprétation du critère de la P-38¹⁵⁶. Ainsi, l'évaluation personnalisée requise par les tribunaux en raison du manque de précision du législateur contribuerait à empêcher

¹⁴⁹ *Id.*

¹⁵⁰ C.c.Q., art. 30, al. 2 ; J. LAUZON, préc., note 16, 249 et 256 ; J. LAUZON, préc., note 136, à la page 13 et 35.

¹⁵¹ *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 36.

¹⁵² C.c. Q, art. 2804 ; C.p.c., art. 50 et 158(4).

¹⁵³ C.c.Q., art. 30, al. 2.

¹⁵⁴ *Id.* ; *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 20.

¹⁵⁵ *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 23 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 50.

¹⁵⁶ *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, préc., note 87, par. 80 ; *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 29 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 217 (La référence).

l'établissement de critères absolus pour encadrer les limites en matière de garde. En conséquence, l'appréciation de la dangerosité que fait le juge de cette notion floue peut différer de celle des psychiatres.

Ainsi, malgré les quelques précisions apportées par la jurisprudence sur la nature et l'intensité du danger ainsi que sur la force probante des rapports, celles-ci ne permettent pas de pallier toutes les variations observées dans l'évaluation de la dangerosité. Dans la prochaine section, nous ferons état de la jurisprudence afin d'étudier comment les juges ont interprété certains motifs invoqués dans les rapports psychiatriques pour justifier la dangerosité. Nous verrons que l'évaluation du caractère dangereux ne dispose pas de réels critères objectifs, mais s'effectue plutôt sur la base d'une notion vague appliquée de manière inégale.

4. Les différentes interprétations des motifs justifiant la dangerosité

Dans cette section, à travers les différentes interprétations des motifs retenus dans les rapports pour justifier la dangerosité, il sera possible d'affirmer que la jurisprudence demeure variable à l'égard de l'interprétation du critère central de la P-38 face à des individus atteints de problèmes de santé mentale. Les tribunaux interprètent les arguments évoqués dans les rapports de manière inconstante, conduisant à l'application non uniforme du critère de dangerosité. Nous débuterons en exposant les motifs de dangerosité pour la garde préventive, soit les menaces de suicide et d'homicide. Ensuite, nous nous attarderons aux motifs qui font l'objet d'une certaine incohérence pour les gardes provisoire et régulière, plus spécifiquement la « dérangerosité », l'altération du jugement et de l'autocritique ainsi que le refus de traitement.

4.1 Les menaces de suicide et d'homicide

Dans un premier temps, le ministère de la Santé et des Services sociaux énonce qu'une garde préventive est envisageable lorsque la vie de la personne concernée ou d'autrui est menacée¹⁵⁷. De façon consistante, les tribunaux semblent d'accord pour admettre que des

¹⁵⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 23 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 4.

idées ou des tentatives suicidaires peuvent mettre en péril la sécurité de la personne en cause et justifier la prise de mesures préventives immédiates¹⁵⁸. Dans le même ordre d'idées, le danger immédiat et grave dont il est question peut aussi découler de menaces faites à autrui¹⁵⁹. L'avis médical qui doit être déposé pour justifier une garde préventive doit faire état de la nature du danger constaté¹⁶⁰.

Par contre, certaines nuances peuvent être apportées relativement aux menaces de suicide et d'homicide. Dans un jugement rendu en 2009, les rapports d'examen psychiatrique ont révélé que le patient gardé possédait des couteaux et des épées dans sa chambre, un fait parmi d'autres qui a permis au juge de première instance d'ordonner la garde régulière¹⁶¹. Au contraire, en appel, le juge était d'avis que le simple fait qu'une personne ait des objets contondants en sa possession ne permettait pas de laisser croire qu'elle était dangereuse de façon sérieuse et probable¹⁶². La possession de ces objets, sans toutefois alléguer une preuve explicative et factuelle de l'atteinte à l'intégrité physique de l'individu ni à celle d'un tiers, ne suffit pas à conclure à la présence d'un danger en vue d'une garde régulière¹⁶³. De fait, il ressort de cette décision que ce motif est encore moins considéré pour conclure à une intention suicidaire ou d'homicide dans la mesure où il est question d'un danger grave et immédiat. Nous passerons maintenant à l'analyse de l'interprétation des motifs de dangerosité invoqués pour justifier un danger sérieux et probable en cas de gardes provisoire et régulière.

¹⁵⁸ Sur ce point, voir entre autres : *Guèvremont c. A.S.*, préc., note 104, par. 28 ; *Hôpital Jean-Talon c. S.S.*, 2008 QCCQ 3850, par. 4 ; *B.H. c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau*, 2009 QCCS 585, par. 8-10 ; *Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup c. C.B.*, 2010 QCCQ 6315, par. 2 et 4 ; *R.B. c. Centre de santé et de services sociaux de la Baie-James*, 2011 QCCQ 8488, par. 105 ; *Hôpital Rivières-des-Prairies du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal c. M.H.*, 2015 QCCQ 12015, par. 24 ; *Centre universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke c. M.L.*, préc., note 87, par. 6.

¹⁵⁹ Sur ce point, voir entre autres : *Dubé c. S.D.*, 2010 QCCQ 6822, par. 6 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. X*, 2011 QCCQ 17765, par. 13-15 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. P.B.*, préc., note 87, par. 4-5 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 17 ; *K.B. et Responsable du CIUSSS (Institut A)*, 2019 CanLII 131606, par.11 (QC T.A.Q.) ;

¹⁶⁰ P-38, art. 7, al. 1 et 2 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 53 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 101, p. 23 et 25.

¹⁶¹ *G.G. c. C.S.S.S. Richelieu-Yamaska*, préc., note 84, par. 11, 26, 30 et 34.

¹⁶² *Id.*, par. 47.

¹⁶³ *Id.*

4.2 La « dérangerosité »

En second lieu, une distinction fondamentale est à effectuer entre deux notions, qui semblent parfois se confondre, pour éviter une application large de la garde¹⁶⁴ : la dangerosité et la « dérangerosité ». Malgré l'absence d'une définition précise de la notion de dangerosité dans les dispositions législatives, il est du moins possible d'y comprendre que le danger se limite à mettre en péril la sécurité de la personne en cause ou de la société. La « dérangerosité », liée à un comportement marginal, déviant ou non conformiste, n'affecte pas nécessairement la sécurité, mais suscite tout de même certains préjugés quant à la présence d'un danger¹⁶⁵. Le dérangement renvoie d'ailleurs principalement à des bruits ou des cris incontrôlables, à une perturbation des lieux publics ou communs, à des propos déplacés¹⁶⁶, à une possibilité de fugue, au fait de déranger des voisins, à l'itinérance, à la mauvaise conduite¹⁶⁷, etc. Ainsi, si un individu souffrant d'un problème de santé mentale est dérangent pour son environnement, il sera souvent présumé dangereux¹⁶⁸. De nombreux auteurs et organismes de promotion et de défense des droits critiquent fortement le recours à la P-38 comme moyen social de gérer les individus dérangement plutôt que ceux qui sont dangereux¹⁶⁹. Quant à l'auteur Marcel Otero, il désigne les comportements dérangement et jugés inappropriés comme des éléments qui s'inscrivent dans la dimension « sociale problématique » et non dans celle du « mental perturbé » présentant un véritable danger¹⁷⁰. Par ailleurs, plusieurs avocats sont également d'avis que l'esprit de la P-38 est détourné en assimilant la « dérangerosité » à la dangerosité : « on l'utilise comme levier d'urgence pour apporter une réponse (mal adaptée) aux besoins de personnes qui vivent des problématiques de nature sociale qui n'ont pas été prises en compte en amont »¹⁷¹. L'auteure Emmanuelle Bernheim constate

¹⁶⁴ D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 156.

¹⁶⁵ *Id.*, à la page 171.

¹⁶⁶ Marcel OTERO, « Qu'est-ce que la « folie civile » aujourd'hui? L'alliance volatile des dimensions sociales et mentales », dans S.F.C.B.Q., vol. 359, *La protection des personnes vulnérables (2013)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 35, à la page 52 et 54.

¹⁶⁷ E. BERNHEIM, préc., note 101, 28 et 36.

¹⁶⁸ *Id.* ; M. OTERO, préc., note 166, à la page 47.

¹⁶⁹ D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 156, 171 et 172 ; D. PROVENCHER, préc., note 82, 22 ; M. OTERO, préc., note 166, à la page 68.

¹⁷⁰ M. OTERO, préc., note 166, à la page 52 et 54.

¹⁷¹ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 114.

elle aussi que les tribunaux prennent en considération des facteurs révélant plutôt des comportements potentiellement dérangeants et inappropriés que strictement dangereux¹⁷².

Effectivement, en analysant la jurisprudence des dix dernières années, ce genre de comportement d'individus atteints de troubles mentaux a été soulevé dans la preuve par des professionnels de la santé et a servi, entre autres, comme motif pour conclure à la dangerosité¹⁷³. À titre d'exemple, en 2018, dans *B.S. c. CIUSS A (Hôpital A)*¹⁷⁴, la « dérangérosité » est clairement soulignée dans la preuve pour trancher la question du danger de l'état mental : « Madame [...] adoptait des comportements dérangeants envers les autres »¹⁷⁵, « [...] elle était trop dérangeante »¹⁷⁶. Ici, le juge détermine qu'il y a présence de dangerosité et accorde le maintien de la garde en établissement¹⁷⁷. Inversement, depuis dix ans, d'autres juges confirment qu'en raison de ses comportements, une personne peut être dérangeante pour son entourage, sans pour autant être dangereuse¹⁷⁸. Dans ces derniers cas cités, les juges n'ordonnent pas la garde de personnes dites dérangeantes, car ils considèrent qu'il ne faut pas confondre les comportements dérangeants avec ceux à caractère dangereux¹⁷⁹. Conformément à ces propos, la garde en établissement ne devrait pas constituer un outil de contrôle social¹⁸⁰.

De ce fait, il est possible de relever une irrégularité à l'égard du motif de « dérangérosité ». Lorsque ce concept est revendiqué pour soutenir la preuve de dangerosité dans certains arrêts, mais rejeté dans d'autres, il semble que les patients mis sous garde ne sont pas

¹⁷² E. BERNHEIM, préc., note 101, 36.

¹⁷³ Sur ce point, voir entre autres : *J.C. c. C.S.S.S. A*, 2010 QCTAQ 10201, par. 12, 16-18 et 36 ; *M.P. c. Centre hospitalier A (Hôpital A)*, 2011 QCTAQ 06638, par. 7 et 10 ; *J.P. c. Hôpital A*, 2011 QCTAQ 11504, par. 9 et 38 ; *A. S. c. C.S.S.S. A*, 2014 QCTAQ 0151003, par. 39 et 42 ; *B.S. c. CIUSSS A (Hôpital A)*, préc., note 87, par. 11, 13 et 18 ; *D.M. c. CIUSS A (Hôpital A)*, préc., note 87, par. 13, 25 et 29.

¹⁷⁴ *B.S. c. CIUSS A (Hôpital A)*, préc., note 87.

¹⁷⁵ *Id.*, par. 11.

¹⁷⁶ *Id.*, par. 13.

¹⁷⁷ *Id.*, par. 32.

¹⁷⁸ Sur ce point, voir entre autres : *K.S. c. Centre de santé et de services sociaux A*, 2011 QCTAQ 02684, par. 12 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean c. T.P.*, 2016 QCCQ 16491, par. 4 ; *S.A. c. CISSS A (Hôpital A)*, 2018 QCTAQ 06582, par. 45 ; *P.S. c. CISSS A (Centre A)*, 2018 QCTAQ 06129, par. 27 ; *P.S. c. Centre A*, 2019 QCTAQ 09753, par. 39.

¹⁷⁹ *Id.*

¹⁸⁰ *Centre de santé et de services sociaux de Lac-St-Jean-Est c. M.T.*, 2011 QCCQ 15932, par. 40 ; *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean c. T.P.*, préc., note 178, par. 4 et 14.

traités justement et équitablement, et qu'il y a alors une atteinte à leurs droits fondamentaux. Cette discordance de validité d'un comportement dérangeant comme fait prouvant le danger allégué démontre que le critère de dangerosité n'est pas suffisamment délimité dans le cadre législatif. Il ne s'agit que d'un élément parmi tant d'autres qui permet de constater que la dangerosité n'est pas évaluée de manière égale par les intervenants impliqués dans ce processus. Nous verrons à présent que l'altération du jugement et de l'autocritique comme motif de dangerosité pour ordonner une garde provisoire ou régulière reflète aussi un manque de consensus au sein des tribunaux.

4.3 L'altération du jugement et de l'autocritique

Troisièmement, en ce qui concerne les gardes provisoire et régulière, il appert que l'altération importante du jugement et de l'autocritique est souvent rapportée par les psychiatres pour démontrer un potentiel de dangerosité chez la personne mise en cause¹⁸¹. Conduisant à une perception déficiente de la réalité, ces constats cliniques dénotent parfois une certaine paranoïa caractérisée par des idées délirantes, irréalistes et psychotiques, des propos insensés et des hallucinations. Par contre, les juges ne semblent pas arriver à une conclusion commune face à ces observations décrites dans les rapports. Certains juges statuent qu'une diminution du jugement et une perte de contact avec la réalité permettent de conclure à la dangerosité¹⁸², tandis que d'autres semblent d'accord pour admettre qu'elles ne permettent pas, à elles seules, de conclure à la dangerosité dans le contexte d'une ordonnance de garde¹⁸³. De fait, le juge Parent est d'avis que ces comportements sont importants à considérer dans l'évaluation de la dangerosité, mais qu'une analyse de l'ensemble de la preuve reposant sur des faits est nécessaire¹⁸⁴. Dans cette perspective,

¹⁸¹ Sur ce point, voir entre autres : *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, préc., note 87, par. 5 ; *Guèvremont c. A.S.* préc., note 104, par. 5 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 11 ; *S.L. c. Centre hospitalier universitaire de Québec*, 2010 QCCA 959, par. 6 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. G.B.*, préc., note 125, par. 11, 24, 26 ; *J.E. c. Centre hospitalier A (Hôpital A)*, préc., note 87, par. 6.

¹⁸² Sur ce point, voir entre autres : *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, préc., note 87, par. 85 ; *S.L. c. Centre hospitalier universitaire de Québec*, préc., note 181, par. 11 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. G.B.*, préc., note 125, par. 70 ; *J.E. c. Centre hospitalier A (Hôpital A)*, préc., note 87, par. 11.

¹⁸³ Sur ce point, voir entre autres : *Guèvremont c. A.S.* préc., note 104, par. 31-32, 42 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 12 et 40.

¹⁸⁴ *Guèvremont c. A.S.* préc., note 104, par. 31-32;

ces constats cliniques ne rendent pas l'individu, ayant reçu un diagnostic de problème psychique, dangereux en soi, sans preuve prépondérante qu'il présente un danger important¹⁸⁵. Il est, dès lors, très important d'approfondir l'évaluation de dangerosité afin de vérifier si la personne examinée est dangereuse, de façon probante, en fonction de sa perte d'autocritique et de contact avec la réalité provenant de ses idées psychotiques et délirantes.

En outre, pour la garde régulière, même si la dangerosité est souvent établie par des gestes, des paroles, un comportement et une attitude, celle-ci peut également résulter de certaines omissions¹⁸⁶. Par exemple, une femme souffrant de schizophrénie et d'une insuffisance rénale ne posait aucun geste qui mettait sa vie ou celle d'autrui en danger, mais les rapports indiquaient que son jugement notablement altéré et son autocritique insuffisante entraînaient la négligence et l'incapacité de se soumettre aux soins essentiels de dialyse¹⁸⁷. La garde régulière a été maintenue dans ces circonstances, car le tribunal a argumenté que la requérante avait omis de poser des gestes nécessaires pour le maintien de sa vie, estimant donc une présence de dangerosité pour elle-même¹⁸⁸. Il importe également de nuancer qu'en absence d'un danger sérieux et probable, la perte de jugement et d'autocritique peut conduire plutôt à l'inaptitude du patient gardé¹⁸⁹. Dans la mesure où les faits constatés démontrent que l'individu est plutôt inapte et non dangereux, il bénéficiera davantage du régime d'autorisation de soins sans toutefois effectuer les démarches pour la garde en établissement.

Nous pouvons alors observer que la jurisprudence dénote une certaine incohérence, car l'altération du jugement et de l'autocritique conduit parfois à la conclusion d'inaptitude, et dans d'autres cas, à la croyance que la personne soit dangereuse. Ce motif soulevé dans les rapports semble constituer une preuve admissible à la fois pour ordonner le traitement

¹⁸⁵ *Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles c. B.C.*, préc., note 87, par. 25, 28 et 34 ; *Leblanc c. C.B.*, préc., note 87, par. 36 et 47.

¹⁸⁶ *J. LAUZON*, préc., note 16, 238 ; *MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX*, préc., note 20, p. 22.

¹⁸⁷ *Affaires sociales – 406*, [2000] T.A.Q. 267, par. 4 et 8.

¹⁸⁸ *Id.*, par. 14.

¹⁸⁹ *Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches – Secteur Beauce c. C.B.*, préc., note 87, par. 10.

et accueillir la garde en établissement, deux régimes distincts dans la législation. Dans l'analyse du prochain motif de dangerosité, nous constaterons justement que bien que ces deux régimes soient traités séparément, ils peuvent être confondus dans des cas où les tribunaux doivent décider de considérer ou non le refus de traitement dans le cadre d'une ordonnance de garde.

4.4 Le refus de traitement

Dernièrement, la jurisprudence est marquée par un désaccord face au refus de traitement, un élément majeur de dangerosité qui ne fait pas consensus devant les tribunaux. En statuant sur la dangerosité, le fait qu'un individu examiné refuse d'être traité pour son trouble mental n'est pas apprécié de la même manière par l'ensemble des juges. Dans son ouvrage *Garde en établissement et autorisation de soins : quel droit pour quelle société?*, l'auteure Emmanuelle Bernheim fait état de deux tendances jurisprudentielles qui s'opposent¹⁹⁰. Pour certains juges, le refus de traitement et la cessation probable de la médication constituent des facteurs qui contribuent à la dangerosité, tandis que pour d'autres, en l'absence d'éléments de dangerosité imminente, le refus de traitement n'est pas un élément décisif permettant de justifier la garde¹⁹¹. En 1998, le juge Charette s'est exprimé à l'égard de l'omission causant la dangerosité pour soi-même : « Une personne peut présenter un danger pour elle-même si elle sombre dans une maladie mentale sans prendre les moyens pour se traiter ou se faire traiter »¹⁹². Ce motif d'omission de traitement a grandement influencé les tribunaux dans les décisions subséquentes à apprécier la dangerosité en fonction du refus de traitement¹⁹³. Ce consensus suggère que,

¹⁹⁰ E. BERNHEIM, préc., note 16, p. 116-118.

¹⁹¹ *Id.*

¹⁹² *Laplante c. N. L.* (17 septembre 1998), Montréal 500-40-004959-982, p. 2-3. Puisque ce jugement ne soit pas accessible au public (nous avons entrepris des démarches pour en obtenir l'accès auprès du greffe et cet accès nous a été refusé), nous n'avons donc pas pu le consulter. Ce commentaire fait donc référence uniquement à ce qui en est rapporté dans la doctrine (J. LAUZON, préc., note 16, p. 238-239 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 20, p. 22). Conscientes que la doctrine soit une source secondaire, le point soulevé dans cet arrêt nous semblait néanmoins important à mentionner dans notre analyse à l'égard du refus de traitement.

¹⁹³ Sur ce point, voir entre autres : *R.J. c. Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie*, [2002] T.A.Q. 220, par. 13 ; *S.C.-N. c. Centre hospitalier universitaire de Québec*, [2004] T.A.Q. 314, par. 9 ; *J.B. c. Hôpital A*, 2007 QCTAQ 08508, par. 9 ; *Y.M. c. Hôpital A*, préc., note 87, par. 56 ; *S.L. c. Centre hospitalier universitaire de Québec*, préc., note 181, par. 10 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. G.B.*, préc., note 125, par. 70 ; *Centre hospitalier St-Mary c. M.B.*, 2012 QCCQ 2094, par. 60.

même si le patient psychiatrique ne pose pas de gestes concrètement dangereux, la garde en établissement peut être ordonnée à celui qui néglige les soins en santé mentale nécessaires pour son état mental ou qui refuse sa médication. Il semble donc que la Cour du Québec ordonne, à plusieurs reprises, la garde pour traiter la personne souffrant d'un trouble mental en réitérant qu'il est nécessaire « de la garder en établissement pour y être traitée »¹⁹⁴. De surcroît, la garde régulière est accordée dans certains cas « pour le temps que justifient son état de santé mentale et les traitements requis »¹⁹⁵. Dans le même ordre d'idées, dans les années 2000, l'expertise en psychiatrie se basait sur des études épidémiologiques réalisées à l'international qui démontraient que les personnes souffrant d'un état psychotique actif qui ne collaborent pas au traitement et refusent leur médication présentent un risque plus important de danger¹⁹⁶.

Malgré ces jugements, la doctrine et la jurisprudence demeurent disjointes face aux limites de l'emploi de la dangerosité. Parfois, la doctrine souligne que le régime de garde en établissement est limité, car il ne peut être utilisé comme moyen de traiter une personne souffrant d'un problème de santé mentale. En ce sens, le refus d'une personne de prendre sa médication n'est pas un motif acceptable en soi pour justifier la dangerosité et il ne serait pas juste de systématiquement prétendre qu'elle le sera jusqu'à ce qu'elle prenne ses médicaments¹⁹⁷. Sur le plan social, les personnes qui ne respectent pas leur plan de traitement sont perçues comme étant plus dangereuses que les gens qui suivent leur traitement rigoureusement, faisant appel au « mythe du fou dangereux »¹⁹⁸. Nous verrons ultérieurement, sous l'angle éthique, que les traitements peuvent contrôler les symptômes inhérents au trouble psychique, mais ne rendent pas nécessairement les individus soignés

¹⁹⁴ Sur ce point, voir entre autres : *St-Pierre c. M.P.*, 2007 QCCQ 15763, par. 10 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. M.B.*, 2009 QCCQ 7649, par. 7 ; *Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte Nord, point de service de Sept-Îles c. Y.B.*, 2015 QCCQ 14949, par. 6 ; *Dubé c. J.B.*, 2017 QCCQ 8605, par. 8 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. C.C.*, 2018 QCCQ 5626, par. 8.

¹⁹⁵ *St-Pierre c. M.P.*, préc., note 194 ; *Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. M.B.*, préc., note 194 ; *Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte Nord, point de service de Sept-Îles c. Y.B.*, préc., note 194.

¹⁹⁶ *J. D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, préc., note 87, par. 62.

¹⁹⁷ D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 216 (La référence) ; J.-M. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 124.

¹⁹⁸ P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-E. MORIN, préc., note 97, 229 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 155 et 168;

« moins dangereux ». La Cour d'appel restreint la notion de dangerosité¹⁹⁹ en prétendant que « la garde en établissement ne peut constituer un traitement en l'absence d'un facteur de dangerosité »²⁰⁰. Donc, la garde provisoire ou régulière doit être nécessaire pour la protection de l'individu ou de son entourage, et ne peut être ordonnée par simple utilité ou prudence²⁰¹. D'après la juge Bich, il se peut que la garde soit favorable pour le bien de la personne souffrant d'un trouble mental, mais le préjudice résultant de la privation de sa liberté est nettement plus grave et prévaut²⁰². Dans un tel contexte, l'auteure Bernheim et plusieurs avocats allèguent aussi que le tribunal tend à prendre une décision en fonction de ce qu'il croit être dans le meilleur intérêt des individus souffrant de troubles de santé mentale²⁰³, décision qui découle des valeurs propres du juge²⁰⁴. Le régime de garde en établissement est, en effet, appliqué dans le but de neutraliser et stabiliser le danger plutôt que de traiter la personne concernée de façon thérapeutique²⁰⁵. Dans ce sens, l'hospitalisation involontaire n'est pas un recours juridique qui a comme objectif d'imposer un traitement et des mesures de contention thérapeutiques. Cela étant dit, il existe le recours pour ordonner le traitement d'une personne inapte contre son gré et qui se distingue de la garde en établissement, mais en réalité, les deux régimes se confondent. Dans la mesure où la personne inapte refuse des soins en santé mentale, il est possible de recourir à l'ordonnance de traitement au lieu d'utiliser le mécanisme de garde en établissement²⁰⁶. Le juge Healy précise d'ailleurs la distinction entre la garde en établissement et l'ordonnance de traitement :

But institutional confinement is not a measure for social welfare. It is an exceptional measure to respond to a crisis in which there is compelling evidence that a person represents a clear danger to himself or to others. Nothing less can justify a deprivation of liberty²⁰⁷.

¹⁹⁹ D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 216 (La référence).

²⁰⁰ G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska, préc., note 84, par. 48 ; *Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G.*, préc., note 84, par. 27-28.

²⁰¹ J. LAUZON, préc., note 16, 267 ; J.-M. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 120 ;

²⁰² A. c. *Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 31 ; D. PROVENCHER, préc., note 82, 8.

²⁰³ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 110 ; E. BERNHEIM, préc., note 101, 37.

²⁰⁴ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 110.

²⁰⁵ M. OTERO, préc., note 82, 59.

²⁰⁶ C.c.Q., art. 16, al.1 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 231 (La référence).

²⁰⁷ I.F. c. *Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, préc., note 81, par. 10.

Évidemment, l'appréciation de la dangerosité d'un patient qui refuse un traitement en santé mentale est une question complexe. En matière de soins psychiatriques, le fait de consentir valablement aux soins est intimement lié à l'aptitude de la personne, aptitude qui relève d'un jugement clinique²⁰⁸. Or, tout comme le critère de dangerosité, la loi ne permet pas de tracer les paramètres afin d'apprécier l'inaptitude d'un patient à consentir aux soins. Par contre, dans l'arrêt *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G.*²⁰⁹, le juge Delisle établit cinq critères d'évaluation de l'inaptitude d'un patient²¹⁰ en se fondant sur la législation de la Nouvelle-Écosse et l'examen élaboré par l'Association des psychiatres du Canada²¹¹. La détermination de l'inaptitude est basée sur un degré élevé d'expertise et d'expérience, suggérant que les médecins ont un rôle crucial à jouer lors de l'examen de la personne souffrant d'un problème de santé mentale²¹². Le patient doit être en mesure de comprendre l'information qui lui est transmise ainsi que les risques et les conséquences qui entraînent ses choix²¹³. Bien que la question d'aptitude fasse l'objet d'un constat ponctuel et objectif, elle est de nature variable, car celle d'un patient peut varier dans le temps et en fonction de diverses circonstances²¹⁴. En fonction des critères posés dans l'affaire *Pinel*, un poids important est accordé à la reconnaissance d'un trouble psychique pour évaluer si la condition mentale affecte la capacité à donner son consentement aux soins²¹⁵, ce qui est réfuté dans la dissidence²¹⁶. Selon le juge dissident de ce même jugement, le fait qu'une personne atteinte d'un trouble mental refuse un traitement ne

²⁰⁸ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, [1994] n° AZ-94012013, (C.A.), p. 9, 12 et 13 ; C. CAUX et J. LECOMTE, préc., note 64, à la page 218 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 219 (La référence) ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP19, n° 112 (La référence).

²⁰⁹ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, préc., note 208.

²¹⁰ *Id.*, p. 28-33. Les cinq critères sont : « La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé? », « La personne comprend-elle la nature et le but du traitement? », « La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement, si elle le subit? », « La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement? », « La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie? ».

²¹¹ *Id.*, p. 27.

²¹² C. CAUX et J. LECOMTE, préc., note 64, à la page 222 et 229 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 223 (La référence).

²¹³ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, préc., note 208, p. 9 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 229 (La référence) ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP19, n° 112 (La référence).

²¹⁴ C. CAUX et J. LECOMTE, préc., note 64, à la page 222 et 232 ; M.-C. LAFLEUR et A. RAINVILLE, préc., note 65, à la page 44 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 222 (La référence) ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP19, n° 112 (La référence).

²¹⁵ *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*, préc., note 208, p. 23.

²¹⁶ *Id.*, p. n° 12 de la dissidence.

signifie pas qu'elle est inapte à exprimer son consentement²¹⁷. En psychiatrie, il s'avère qu'une association est aussi établie entre le refus de traitement et l'inaptitude, parfois connue comme le « mythe de l'inaptitude du non obéissant »²¹⁸. À la suite de ces constatations, il est frappant de remarquer que le refus de traitement n'est pas un élément qui fait l'unanimité lors de l'évaluation de la dangerosité.

Tout bien considéré, les experts en psychiatrie et les décideurs formulent des interprétations parfois inconciliables du critère de dangerosité, entre autres en ce qui concerne les menaces, le concept de la « dérangerosité », l'altération du jugement et de l'autocritique, ainsi que le refus de traitement. Quoique certaines décisions aient apporté des clarifications quant aux éléments à considérer afin de déterminer si une personne est dangereuse ou non, force est de constater qu'ils ne semblent pas toujours appliqués de façon homogène et rigoureuse. Voilà pourquoi, dans la section suivante, nous verrons qu'aux différents motifs retenus pour apprécier la dangerosité s'ajoutent d'autres éléments décisifs, soit la présence des défendeurs à la cour et leur représentation par avocat.

5. La présence des défendeurs et leur représentation par avocat à l'audience comme facteurs déterminants de la preuve de dangerosité

Les sections précédentes nous ont permis de lever le voile sur le fait que le critère de dangerosité n'est pas suffisamment balisé sur le plan législatif, ce qui a pour conséquence de permettre une appréciation variable de la dangerosité, et ce, autant chez les experts psychiatriques que chez les juges qui siègent à la cour. Hormis l'évaluation de la dangerosité présentée par les psychiatres ou même par les familles, le tribunal a lui-même l'obligation de juger de la dangerosité de l'individu en cause lors de l'audience. En effet, rappelons que, nonobstant la preuve experte produite et en l'absence de contre-expertise, le juge doit être convaincu que le patient psychiatrique remplisse le critère crucial de

²¹⁷ *Id.*

²¹⁸ *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria)*, préc., note 130, par. 51 et 52 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, p. 152 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP19, n° 113 (La référence).

dangerosité et qu'il soit nécessaire de le garder²¹⁹. Or, la jurisprudence étudiée confirme que certaines lacunes sont souvent retrouvées dans la preuve de la partie demanderesse. De toute évidence, la présence du patient visé par la demande d'ordonnance de garde et sa représentation par avocat sont primordiales pour permettre une évaluation adéquate et exhaustive de la dangerosité.

En vertu de la Charte québécoise, toute personne a droit à une défense pleine et entière. Le droit d'être interrogée²²⁰ puis celui d'être représentée par un avocat devant le tribunal²²¹ en font partie intégrante. À l'exception de la garde préventive, l'article 391 du C.p.c., auparavant l'article 781, précise que le juge est tenu d'interroger la personne concernée par la demande, sauf s'il y a urgence ou si sa présence devant le tribunal porte atteinte à sa sécurité ou à celle d'autrui. En effet, des statistiques dégagées dans des études démontrent l'absence fréquente des défendeurs et de leur avocat à la cour pour l'ordonnance d'une garde provisoire ou régulière. En 2018, l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (ci-après « AGIDD-SMQ ») a compilé des données obtenues de différentes études effectuées par des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale du Québec entre 2014 et 2017. En ce qui concerne la garde en établissement, il ressort de ces études que le taux de présence des personnes visées par les demandes à l'audience ainsi que le pourcentage de personnes représentées par un avocat sont relativement faibles, soit une moyenne de 51,5 % et de 40 % respectivement²²². En outre, la compilation des données d'études établit que la durée d'une audience est plutôt brève, soit six minutes en moyenne²²³. L'AGIDD-SMQ et l'organisme Action Autonomie : le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal (ci-après « Action Autonomie »), confirment que l'assistance d'un avocat et la participation du défendeur sont des facteurs qui peuvent augmenter considérablement

²¹⁹ C.c.Q., art. 30, al. 2.

²²⁰ Charte québécoise, art. 35.

²²¹ *Id.*, art. 34.

²²² ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ), *Psychiatrie : un profond changement de modèle s'impose – Constats et alternatives concernant les mécanismes d'exception : Mesures de contrôle, garde en établissement, autorisation judiciaire de soins*, Québec, 2018, p. 11.

²²³ *Id.*

la durée de l'audience²²⁴. La doctrine s'appuie sur ces données et se penche sur cette problématique procédurale qui nuit à l'exercice des droits fondamentaux²²⁵ et du pouvoir octroyé aux juges²²⁶. Action Autonomie se préoccupe de ces manquements dans une loi d'exception en alléguant que ces pourcentages insuffisants soulèvent « des interrogations sur le protocole d'application de la *Loi P-38* dans les établissements, notamment en ce qui concerne l'information qui est donnée aux personnes sur le processus judiciaire et la possibilité de présenter une défense au moment de l'audience »²²⁷. Il en découle donc que les patients mis sous garde sont peu conscients du fonctionnement des procédures judiciaires relatives à la garde en établissement²²⁸ et des articles 14 à 17 de la P-38 concernant le droit à l'information. Autrement dit, le peu de visibilité accordée aux patients mis en cause limite leur accès à la justice et ne permet pas de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux dans le cadre du régime de la P-38²²⁹. De façon similaire, il a été rapporté par l'AGIDD-SMQ, par Action Autonomie et par la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux que ces chiffres préoccupants ont ainsi un impact direct sur le nombre d'ordonnances de garde en établissement accordées²³⁰. L'absence et la non représentation des patients visés lors des audiences les désavantagent et diminuent leur chance d'obtenir un jugement en leur faveur²³¹.

²²⁴ *Id.* ; ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 95.

²²⁵ Annie RAINVILLE, « Le droit d'être entendu des personnes vulnérables : recommandations pour sauvegarder et améliorer ce droit fondamental », dans S.F.C.B.Q., vol. 393, *La protection des personnes vulnérables* (2015), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 129, à la page 148.

²²⁶ E. BERNHEIM, préc., note 17, à la page 211.

²²⁷ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 72.

²²⁸ *Id.*, p. 76.

²²⁹ Emmanuelle BERNHEIM, Guillaume CHAULIFOUR et Richard-Alexandre LANIEL, « La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins », (2016) 9-2 *Revue de droit et de santé de McGill* 337, 350.

²³⁰ DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, préc., note 23, p. 38 ; ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 88 ; AGIDD-SMQ, préc., note 222, p. 11.

²³¹ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 88 ; Emmanuelle BERNHEIM et Louis-Philippe JANNARD, « Les justiciables non représentés face à la justice », (2018) 39 *Windsor Review of Legal and Social Issues* 67, 69 et 71 ; Richard-Alexandre LANIEL, Alexandra BAHARY-DIONNE et Emmanuelle BERNHEIM, « Agir seul en justice : du droit au choix – État de la jurisprudence sur les droits des justiciables non représentés », (2018) 59-3 *Les Cahiers de droit* 495, 516 et 523.

Ainsi, si la personne souffrant d'un trouble de santé mentale est absente, elle ne peut être interrogée par le tribunal. Le témoignage du patient et sa représentation par avocat lui permettent de se défendre en exprimant son point de vue et en faisant valoir ses propres arguments. Comme certains auteurs l'indiquent, cette contre-expertise permet aux juges de rendre une décision plus éclairée relativement à la présence ou à l'absence de dangerosité²³². En interrogeant le patient, le tribunal peut observer certains comportements et propos pour évaluer lui-même la dangerosité, dans le but de confirmer ou d'infirmer la preuve qui se retrouve dans les deux rapports psychiatriques. Parallèlement, il y a lieu d'estimer que la durée moyenne de six minutes pour apprécier la dangerosité ne soit pas proportionnelle au préjudice découlant de la garde en établissement. Conséquemment, nous nous demandons comment le tribunal peut avoir des motifs sérieux de croire que la personne remplit le critère de dangerosité sans une contre-expertise, le témoignage personnel du défendeur ou sa représentation par avocat. En l'occurrence, les failles en lien avec le droit à l'information obligent le juge à se baser exclusivement sur les rapports psychiatriques dans un délai assez court, ce qui entraîne souvent l'autorisation d'une garde en suivant les conclusions des deux rapports d'expertise de l'établissement²³³. Par exemple, dans le district de Montréal, selon des données datant de 2008, le taux de requêtes accueillies est de 92,3 % lorsque le défendeur est absent, de 86,25 % lorsqu'il est présent sans avocat et de 82,18 % s'il est assisté d'un avocat²³⁴. Pour le rejet des requêtes en 2008, le taux est respectivement de 0,5 %, 1,25 % et 3,83 %²³⁵. Cette même tendance se poursuit en 2014. Toujours concernant le district de Montréal, 67 % des requêtes ont été accordées lorsque ni le défendeur ni un avocat le représentant n'étaient présents, alors qu'uniquement 20 % ont été accueillies en présence du défendeur et de son avocat²³⁶. De plus, 60,7 % des requêtes ont été rejetées lorsque le défendeur et son avocat étaient présents, tandis que 2,4 % ont été refusées lorsque le défendeur était seul devant la cour²³⁷.

²³² A. RAINVILLE, préc., note 225, à la page 182.

²³³ Emmanuelle BERNHEIM, « Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen », (2009) 54-3 *Revue de droit de McGill* 547, 571.

²³⁴ *Id.*

²³⁵ *Id.*

²³⁶ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 88.

²³⁷ *Id.*

Dans cette perspective, la Cour d'appel a d'ailleurs souligné, dès 2007, l'obligation imposée au tribunal par le C.p.c. en précisant qu'un juge de première instance erre en droit s'il ne procède pas à l'interrogatoire du défendeur, ce qui contribue à « une irrégularité grave qui en fait voir une faiblesse sérieuse »²³⁸. Par la suite, ce rappel à l'ordre a incité certains juges de première instance à insister sur l'importance d'interroger des individus mis sous garde²³⁹. Dans l'arrêt *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*²⁴⁰, dans le cadre d'une demande de garde régulière, la Cour a d'ailleurs dégagé différents critères pour apprécier la qualité d'un témoignage²⁴¹. Malgré cela, les taux de participation d'un patient visé par la garde ainsi que leur représentation par avocat demeurent assez bas. Le tribunal, soit le gardien final des droits fondamentaux²⁴², doit donc être en mesure de rendre effectif et systématique le droit à la défense pleine et entière²⁴³. À cet égard, Emmanuelle Bernheim conclut que :

Il reste qu'une mise en application judiciaire plus systématique du droit à l'information, par le biais de la vérification de sa mise œuvre effective et par sa priorisation, permettrait de pallier, du moins partiellement, le problème apparent de subordination du tribunal à l'opinion psychiatrique²⁴⁴.

Dans le cadre de cet essai, nous avons eu l'opportunité de rencontrer le Dr André Delorme, psychiatre au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et professeur associé à la Faculté de médecine – Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal, afin de mieux comprendre le processus de la garde en établissement en pratique. Nous avons contacté le Dr Delorme en raison de son expertise reconnue en santé mentale, expertise qui lui a permis de travailler au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux à titre de

²³⁸ *G.J. c. Directeur des services professionnels du Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur*, 2007 QCCA 1053, par. 4-8.

²³⁹ *Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette c. L.L.*, 2008 QCCQ 8319, par. 18 et 19 ; *Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup c. V.M.*, 2009 QCCQ 4353, par. 7 ; *Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup c. M.M.*, 2010 QCCQ 6316, par. 14 et 15.

²⁴⁰ *CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B.*, préc., note 84.

²⁴¹ *Id.*, par. 80. Les critères sont : « Les faits avancés par le témoin sont-ils eux-mêmes improbables ou déraisonnables? ; Le témoin s'est-il contredit dans son propre témoignage ou est-il contredit par d'autres témoins ou par des éléments de preuve matériels? ; La crédibilité du témoin a-t-elle été attaquée par une preuve de réputation? Dans le cours de la déposition du témoin, y a-t-il quoi que ce soit qui tend à le discréditer? ; La conduite du témoin devant le Tribunal et durant le procès révèle-t-elle des indices permettant de conclure qu'il dit des faussetés? ».

²⁴² *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 92.

²⁴³ R.-A. LANIEL, A. BAHARY-DIONNE et E. BERNHEIM, préc., note 231, à la page 519.

²⁴⁴ E. BERNHEIM, préc., note 233, 572.

directeur des services de santé mentale et de directeur général des services de santé mentale et de psychiatrie légale. Ayant fréquemment demandé des ordonnances de garde en établissement visant des personnes souffrant de troubles mentaux pendant sa carrière de psychiatre, le Dr Delorme affirme que le témoignage du patient devant le tribunal est idéal, mais que son état mental est parfois si désorganisé et altéré que sa présence peut aussi être une réelle épreuve sur le plan psychologique pour lui²⁴⁵. Cela fait donc appel à l'exception prévue à l'article 391 du C.p.c. Il importe donc de bien considérer les répercussions qui pourraient être engendrées pour ces patients par leur présence à la cour. Aussi, le Dr Delorme souligne que, bien que certaines études démontrent l'absence fréquente des patients, aucune statistique ne permet d'établir combien de ces patients ne sont pas présents en raison d'un risque à leur sécurité ou pour cause d'inaptitude à témoigner²⁴⁶. Par ailleurs, l'auteure Bernheim constate elle aussi que la dispense d'interrogatoire n'est habituellement pas justifiée dans la jurisprudence²⁴⁷. Pourtant, la Cour d'appel a bien précisé que si un juge croit qu'il est manifestement inutile de faire témoigner l'individu mis en cause, il est tenu de motiver le refus d'entendre le défendeur par une preuve factuelle²⁴⁸.

Essentiellement, il semble donc que les statistiques relatives à la présence des patients et à leur représentation devant le tribunal révèlent que la judiciarisation de la garde en établissement n'est pas suffisamment adaptée aux patients psychiatriques. Quoiqu'importante, la preuve soumise par les experts ne devrait pas être la seule à guider les décideurs contraints à trouver un équilibre entre la sécurité de tous et la protection des droits fondamentaux.

²⁴⁵ Entretien du 10 mars 2020 à 11h à la Clinique externe de psychiatrie, située au 279, rue de la Providence à Granby, avec le Dr André Delorme, psychiatre au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Son expertise en santé mentale lui a aussi permis de travailler au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux à titre de directeur des services de santé mentale et de directeur général des services de santé mentale et de psychiatrie légale. Il est aussi professeur associé à la Faculté de médecine – Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal (ci-après « Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme »).

²⁴⁶ *Id.*

²⁴⁷ E. BERNHEIM, préc., note 233, 570.

²⁴⁸ *G.J. c. Directeur des services professionnels du Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur*, préc., note 238, par. 6.

En somme, la précédente analyse des limites de l'application du critère de dangerosité, qui n'est pas en soi circonscrit dans la législation, nous permet de constater que plusieurs lacunes subsistent sur le plan juridique. En raison de l'imprécision apparente de la notion de dangerosité, nous estimons que l'application de ce critère vague contrevient à bien des égards à l'objectif de la loi. Bien que l'internement forcé vise très souvent des patients psychiatriques, il n'en demeure pas moins qu'il ne faut pas présumer la dangerosité et l'inaptitude de ces derniers. Il s'ensuit que le danger allégué peut varier selon sa nature et son intensité, et ce, à deux degrés différents. En outre, les rapports d'examen psychiatrique, particulièrement importants, doivent être exhaustifs afin que les juges puissent rendre une décision avec une conviction absolue de la présence d'un danger. Puis, à la lumière de ce qui précède, les experts en psychiatrie et les tribunaux n'adoptent pas toujours une vision commune de l'interprétation de la dangerosité. À cet effet, il paraît y avoir parfois une discordance face aux motifs retenus pour justifier la garde d'une personne vivant avec un trouble mental, donnant lieu à des irrégularités jurisprudentielles dans le régime actuel de garde. Finalement, notre examen juridique suggère que certains éléments prépondérants dans la preuve ne sont pas suffisamment considérés lors de l'appréciation de la dangerosité par les tribunaux. Cela nous mène à croire que les droits fondamentaux des individus qui sont généralement visés par la garde en établissement sont souvent brimés. Considérant ces enjeux, nous devons continuer d'examiner les limites correspondant au critère de dangerosité puisque nous constaterons que ce dernier soulève non seulement quelques questionnements sur le plan juridique, mais aussi sur le plan éthique. Ainsi, dans la partie II, nous nous pencherons sur l'analyse éthique de l'application du critère de dangerosité.

Partie II : L'analyse éthique de l'application du critère de dangerosité

Dans cette deuxième partie, nous analyserons l'application du critère de dangerosité sous un angle éthique. En effet, une approche éthique est un outil de réflexion sur les valeurs véhiculées par le régime en question qui sert de fondement à un choix ou à un

comportement humain²⁴⁹. Toute décision, quoiqu'elle soit conforme à la loi et fondée sur des dispositions légales, comporte une dimension éthique qui s'actualise au-delà des normes²⁵⁰. Alors, l'éthique peut constituer un cadre réflexif²⁵¹, une remise en cause des valeurs complémentaire à l'examen du droit²⁵². Si nous la voyons comme une démarche à suivre²⁵³, l'éthique peut se présenter comme une façon d'identifier le vécu et le sens que revêt le problème majeur, dans ce cas l'emploi du critère de dangerosité, pour diverses personnes concernées²⁵⁴. Ainsi, bien que l'éthique n'appartienne pas à une seule personne, elle prend en considération chacun des acteurs²⁵⁵ auxquels le droit en cause ne donne pas toujours de voix. De ce fait, en complémentarité avec notre analyse juridique, une réflexion s'impose sur les limites qui émergent à l'égard des personnes impliquées dans l'application du critère de dangerosité de la P-38. Il est donc intéressant, à la suite des limites soulevées sur le plan légal, d'étendre l'analyse éthique aux différents acteurs qui gravitent autour de la garde en établissement. La présente partie traitera respectivement des impacts de la dangerosité sur les familles (section 1), les soignants (section 2) et la société (section 3).

²⁴⁹ André LACROIX, « L'insuffisance du droit en matière d'éthique ou les lois sur l'éthique : voyage au pays de l'absurde ! », (2011) 13-1 *Éthique publique*, en ligne : <<https://journals.openedition.org/ethiquepublique/377#text>>, par. 1 et 18 ; Jacques QUINTIN et Anne-Marie BOIRE-LAVIGNE, *Grille de délibération en éthique clinique*, Sherbrooke, février 2012 ; Julie COUSINEAU et Antoine PAYOT, *Droit et politiques de la santé. Partie II : Pratique médicale et scientifique. Chapitre 11 : Développement de l'éthique clinique au Québec*, 2^e éd. sous la direction de M. BOURASSA FORCIER et A.-M. SAVARD, Montréal, LexisNexis, 2014, en ligne : <[https://advance-lexis-com.ezproxy.usherbrooke.ca/document/?pdmfid=1505209&crd=361f38d0-caaa-4715-bdb0-d94330bb5449&pddocfullpath=%2Fshared%2Fdocument%2Fanalytical-materials-ca%2Furn%3AcontentItem%3A5YSP-7DV1-K054-G35R-00000-00&pdtocontentid=AAFAAG&ecomp=Jdgg&prid=0032b298-0b9c-4481-bf83-77e0778f349d](https://advance.lexis-com.ezproxy.usherbrooke.ca/document/?pdmfid=1505209&crd=361f38d0-caaa-4715-bdb0-d94330bb5449&pddocfullpath=%2Fshared%2Fdocument%2Fanalytical-materials-ca%2Furn%3AcontentItem%3A5YSP-7DV1-K054-G35R-00000-00&pdtocontentid=AAFAAG&ecomp=Jdgg&prid=0032b298-0b9c-4481-bf83-77e0778f349d)>, par. 11-1, 11-3 et 11-4 ; Pierre DESCHAMPS, « L'appropriation culturelle de l'éthique par le droit dans le domaine de la santé », dans S.F.C.B.Q., vol. 452, *La protection des personnes vulnérables (2020)*, Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 47, à la page 53 et 54.

²⁵⁰ A. LACROIX, préc., note 249, par. 25 ; J. COUSINEAU et A. PAYOT, préc., note 249, par. 11-70 et 11-75.

²⁵¹ J. QUINTIN et A.-M. BOIRE-LAVIGNE, préc., note 249 ; J. COUSINEAU et A. PAYOT, préc., note 249, par. 11-3.

²⁵² A. LACROIX, préc., note 249, par. 1, 6, 10, 23-25 ; J. COUSINEAU et A. PAYOT, préc., note 249, par. 11-75 ; P. DESCHAMPS, préc., note 249, à la page 53.

²⁵³ J. QUINTIN et A.-M. BOIRE-LAVIGNE, préc., note 249.

²⁵⁴ *Id.* ; J. COUSINEAU et A. PAYOT, préc., note 249, par. 11-12, 11-15 et 11-23.

²⁵⁵ J. QUINTIN et A.-M. BOIRE-LAVIGNE, préc., note 249 ; J. COUSINEAU et A. PAYOT, préc., note 249, par. 11-71.

1. Les familles

En contexte de garde en établissement, il nous semble donc nécessaire de prêter une attention particulière au fardeau incombant aux familles qui soutiennent leur proche aux prises avec un trouble mental et d'analyser le critère de dangerosité, qui, comme nous le verrons, considère peu les proches aidants dans son application. L'obligation de devoir prouver la dangerosité d'un proche dont l'état mental est instable entraîne des répercussions généralement négatives pour les familles. Du point de vue des membres de l'entourage, l'unique critère de dangerosité prévu dans la législation québécoise en matière de garde engendre de grandes difficultés à surmonter et n'est pas bien adapté aux familles qui souhaitent aider leur proche vivant avec un trouble mental. Ainsi, se centrer sur la perception des proches aidants et mieux comprendre les difficultés rencontrées au quotidien constituent des atouts dans l'analyse des limites du critère de dangerosité. Donc, cette première section fera état des limites éthiques du critère de dangerosité relatives à son impact sur les familles impliquées. D'abord, nous constaterons que la souffrance dont sont accablées les familles découle notamment du rôle qu'elles jouent en matière de garde et de l'attente souvent très longue qu'elles doivent gérer dans un processus d'évolution vers la dangerosité avant de pouvoir intervenir. Par la suite, nous analyserons comment le critère de dangerosité porte atteinte à la loyauté familiale, causant ainsi parfois un sentiment de culpabilité chez les familles.

1.1 La souffrance

Il importe de mettre en valeur que le diagnostic de trouble mental puisse engendrer des effets dévastateurs non seulement sur le patient concerné, mais aussi sur sa famille. Alors que les membres de l'entourage agissent comme des acteurs principaux dans la garde en établissement imposée contre le gré de leur proche, ils font face à une double problématique, source de souffrance : le soutien et la dénonciation d'un individu dangereux ayant un problème de santé mentale ainsi que l'attente vers la dangerosité. La souffrance vécue par les familles peut s'expliquer par le rôle de soutien et d'intervention à l'égard d'un proche vivant avec un trouble d'ordre mental. En outre, pour certains, l'attente de la dangerosité a pour effet d'accentuer cette souffrance.

De prime abord, au Québec, la désinstitutionnalisation issue de la réforme de la garde en établissement a eu pour effet de modifier le statut de la famille d'un individu vivant avec un trouble mental, en plaçant cette dernière au cœur des soins qui lui sont apportés²⁵⁶. En effet, les membres de la famille deviennent les premiers témoins de la manifestation croissante des symptômes liés au trouble mental et la détérioration de l'état mental du proche, qui peut se traduire en dangerosité²⁵⁷. Ceci s'explique par le fait que, dans la plupart des cas, les familles prennent leur proche souffrant d'un trouble mental sous leur aile et servent de soutien à la fois sur les plans financier et émotionnel²⁵⁸. Plusieurs recherches mettent en évidence les conséquences que cette prise en charge peut engendrer sur les familles. Deux tiers des familles québécoises admettent que leur rôle de soutien est loin d'être aisé, constituant une expérience douloureuse et émouvante²⁵⁹. Par exemple, au Québec, une étude effectuée auprès d'organismes communautaires qui soutiennent les familles dans ces circonstances rapporte que 30 % des proches aidants ont été victimes d'agressivité ou de violence par leur proche atteint d'un trouble mental²⁶⁰. De nombreux auteurs sont d'avis toutefois que cette statistique est sous-estimée, car ce ne sont pas toutes les familles qui sont transparentes à cet égard²⁶¹.

²⁵⁶ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21 ; Marie-Hélène MORIN, « D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale », (2012) 20-4 *Le partenaire* 4, 7 ; Jean-Pierre BONIN, Gabrielle CHICOINE, Hélène FRADET, Caroline LARUE, Hélène RACINE, Marie-Claude JACQUES et Denise ST-CYR TRIBBLE, « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec », (2014) 39-1 *Santé mentale au Québec* 159, 164 ; Étienne PARADIS-GAGNÉ et Dave HOLMES, « Violence familiale, santé mentale et justice : une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents », (2019) 11-1 *Aporia* 16, 16 ; Étienne PARADIS-GAGNÉ, *Familles victimes de violence perpétrée par un proche souffrant de troubles mentaux sévères : une théorisation du phénomène*, thèse de doctorat en sciences infirmières, Ottawa, Faculté des sciences de la santé – École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, 2019, p. 28-29.

²⁵⁷ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 2 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 156.

²⁵⁸ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 22 ; Penny MACCOURT et LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE, *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale* » Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2013, p. 8 ; Jean-Pierre BONIN, Caroline LARUE, Gabrielle CHICOINE, Mathieu DOSTIE et Hélène RACINE, « Les familles de personnes atteintes de troubles mentaux et gestion de risque », (2014) 23-2 *Le partenaire* 25, 26 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 164.

²⁵⁹ J.-P. BONIN, C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, préc., note 258, 27.

²⁶⁰ *Id.*, 26.

²⁶¹ *Id.* ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 2.

Lorsque les individus souffrant de troubles psychiques refusent de consulter un professionnel de la santé, les familles ayant besoin d'aide se retrouvent à devoir faire un choix plutôt délicat et déchirant. Deux options s'offrent donc à elles. D'une part, les familles peuvent faire appel aux policiers dans la mesure où ces derniers estiment que la personne en cause présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui²⁶². D'autre part, elles peuvent s'adresser elles-mêmes à la Cour du Québec dans le but de demander une ordonnance de garde provisoire²⁶³. Dans ce cas, la personne atteinte d'un trouble mental peut être gardée provisoirement dans un établissement de santé contre sa volonté, même si le danger qu'elle présente n'est pas grave et immédiat. La famille a la charge de prouver le danger par des faits bien précis afin que le tribunal ait des motifs sérieux de conclure que l'individu en question présente un danger réel qui justifie l'évaluation psychiatrique contre le gré du patient²⁶⁴. Comme nous l'avons réitéré à plusieurs reprises dans ce présent essai, la dangerosité est le critère prépondérant à prouver, et ce, autant pour les experts que pour les familles. Ce sont d'ailleurs ces dernières qui recourent le plus souvent à la P-38 afin d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique²⁶⁵, un processus judiciaire qui, selon leur expérience, est excessivement complexe²⁶⁶.

Alors que les membres de l'entourage soutiennent quotidiennement leur proche aux prises avec un trouble mental, ils sont aussi tenus de déclarer sa dangerosité. Le critère de dangerosité est ainsi susceptible d'amplifier le fardeau imposé aux familles. Confrontées à de nombreuses difficultés, les familles qui accompagnent leur proche admettent souvent qu'elles vivent en constante détresse émotionnelle et psychologique²⁶⁷. De plus, de

²⁶² C.c.Q., art. 15 ; P-38, art. 8, al. 1 (2).

²⁶³ C.c.Q., art. 27, al. 1.

²⁶⁴ *Id.* ; Hélène FRADET, « Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale », (2009) 34-2 *Santé mentale au Québec* 31, 33 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 2.

²⁶⁵ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 26 ; Denise LAROCHELLE, *Garde en établissement de santé, Évaluation psychiatrique et accès aux soins en santé mentale : point de vue des familles*, mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Faculté des études supérieures, Université du Québec à Montréal, 2015, p. 9 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 57.

²⁶⁶ É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 20-21 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 120, 126 et 139.

²⁶⁷ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21 ; P. MACCOURT et LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE, préc., note 258, p. 8-9 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 168 ; J.-P.

nombreuses études rapportent que les membres de l'entourage d'une personne atteinte d'un trouble mental vivent un degré de détresse psychologique considérablement plus élevé que le reste de la population, ce qui entraîne des risques pour leur propre santé mentale²⁶⁸. Lorsque vient le temps de gérer et de dénoncer la dangerosité due à un état mental perturbé, que ce soit par l'assistance immédiate des policiers ou par une requête devant la Cour du Québec, les sentiments qui émergent du processus pour la famille sont principalement la peur et l'anxiété²⁶⁹.

D'abord, la peur ou l'inquiétude des familles se cristallise de différentes manières, notamment par la crainte pour leur propre sécurité, celle d'autrui et celle de leur proche²⁷⁰. De ce fait, la statistique présentée antérieurement²⁷¹ démontre que la famille peut être victime d'agressivité et de violence, mais outre recourir à la garde, se sent dans l'incapacité de gérer une situation de crise²⁷². Les familles ont aussi peur que leur proche soit violent envers d'autres personnes dans la société²⁷³. De plus, elles craignent que l'individu souffrant d'un trouble mental soit envahi par des idées suicidaires et qu'il passe à l'acte dévastant²⁷⁴. Intimement liés à la peur, le processus de garde en établissement et l'application du critère de dangerosité génèrent beaucoup d'anxiété chez les familles qui font appel à la police ou qui déposent une demande de garde²⁷⁵. En outre, il appert qu'il existe une certaine inquiétude et un grand stress face à la réaction de leur proche qui présente un danger pour lui-même ou pour autrui lorsque les familles entament les

BONIN, C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, préc, note 258, 27 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 2, 29 et 42 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 19 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 6, 14, 40, 186 et 284 ; Min YIN, Zheng LI et Chenxi ZHOU, « Experience of stigma among family members of people with severe mental illness : A qualitative systematic review », (2020) 29 *International Journal of Mental Health Nursing* 141, 142, 152 et 153.

²⁶⁸ *Id.* ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 19

²⁶⁹ J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 167 ; J.-P. BONIN, C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, préc, note 258, 26-27 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17 et 24 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 54-55 et 254.

²⁷⁰ J.-P. BONIN, C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, préc, note 258, 26 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 255.

²⁷¹ *Supra*, note 260.

²⁷² É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 42 et 54.

²⁷³ *Id.*, p. 255 et 266.

²⁷⁴ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21 ; J.-P. BONIN, C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, préc, note 258, 26 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 255.

²⁷⁵ H. FRADET, préc., note 264, 34 ; O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 21 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 2 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 39, 54, 128 et 256.

démarches pour obtenir une garde préventive ou provisoire²⁷⁶. Par ailleurs, dans le cadre de cet essai de maîtrise, nous avons eu le privilège de discuter avec une femme, qui souhaite garder l’anonymat et dont la soeur a reçu un diagnostic de trouble bipolaire il y a vingt-sept ans²⁷⁷. Lors de ce deuxième entretien assez touchant, celle qui a elle-même effectué des démarches des gardes préventive et provisoire a témoigné à cœur ouvert des nombreux défis auxquels les familles doivent affronter à travers ce processus démoralisant. Elle s’exprime donc sur cette douloureuse réalité à laquelle elle a fait face :

Voir ma soeur partir avec les policiers et me présenter devant le tribunal étaient deux expériences complètement bouleversantes et angoissantes pour mes parents et moi. Mon cœur était brisé en mille morceaux parce que j’avais l’impression de perdre la personne que je connaissais bien avant l’apparition de son trouble mental. Ensuite, s’ajoutait l’énorme peur de sa réaction lorsque la garde prenait fin. Je ne savais pas si ma famille allait être en danger. Encore là, personne ne peut comprendre ou s’imaginer cette souffrance déchirante sans avoir été impliquée dans la garde en établissement d’un proche²⁷⁸.

À la lumière de ce témoignage et de la littérature sur ce sujet²⁷⁹, il est possible de conclure que le soutien quotidien et l’implication des membres de la famille dans la preuve de dangerosité peuvent avoir un impact direct sur leur propre santé mentale en plus de devenir un fardeau assez lourd et épuisant.

Ensuite, la souffrance qu’éprouvent les proches aidants peut également être associée à la contrainte d’avoir à attendre que la personne vivant avec un problème de santé mentale satisfasse au critère de dangerosité avant de pouvoir intervenir en vertu de la P-38. En effet, puisque le critère fondamental de cette loi permet d’intervenir uniquement en présence d’un danger, les familles craignent que leur proche commette des actes

²⁷⁶ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21.

²⁷⁷ Dans ce contexte, nous nous sommes rencontrées le 1^{er} mai 2020 pour discuter de son expérience personnelle à l’égard des démarches de la garde en établissement qui sont imposées aux familles. Cet entretien, rempli d’émotions, portait autant sur la souffrance vécue par sa famille que sur l’atteinte à la loyauté familiale qu’a entraînées l’application du critère de dangerosité (ci-après « Entretien du 1^{er} mai 2020 avec une témoin anonyme »).

²⁷⁸ *Id.*

²⁷⁹ H. FRADET, préc., note 264 ; O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24 ; P. MACCOURT et LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE, préc., note 258 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256 ; J.-P. BONIN, C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, préc., note 258 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256 ; M. YIN, Z. LI et C. ZHOU, préc., note 267.

condamnables avant d'être admissible pour l'ouverture de la garde²⁸⁰. Leurs inquiétudes sont donc aggravées par les contraintes établies par la notion de dangerosité²⁸¹. À cet égard, dans son texte *Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale*, l'auteure Hélène Fradet rapporte le témoignage d'un proche aidant qui décrit le déséquilibre de l'état mental de son frère : « C'était une bombe ambulante. On savait tous qu'il exploserait un jour, mais on ne savait pas où, ni quand »²⁸². Ainsi, bien que l'état mental désorganisé de leur proche puisse être très inquiétant pour l'entourage, il lui est impossible d'agir en vertu de la P-38 tant que l'individu souffrant d'un trouble psychique ne remplit pas les critères jurisprudentiels correspondant à la dangerosité.

De manière conséquente, plusieurs familles critiquent que le critère de dangerosité appliqué pour l'autorisation d'une garde soit trop restrictif, demeurant au cœur du problème en matière de garde en établissement²⁸³. Selon elles, cette limite imposée par l'interprétation restrictive du critère de dangerosité tend à empêcher la possibilité d'agir en amont et en prévention d'une situation qui risque de se dégrader²⁸⁴. De ce fait, il est possible d'argumenter que l'attente vers la rencontre du critère de la P-38 empêche parfois de prévenir des situations dangereuses, car « le passage à un acte de violence ne tient qu'à un fil »²⁸⁵. Dans cette optique, afin de recourir à la garde et d'intervenir, les proches aidants sont obligés d'attendre que la santé mentale de la personne se détériore jusqu'à la dangerosité en espérant pouvoir intervenir au bon moment une fois les conditions rencontrées²⁸⁶. Considérant la nature du problème en cause, la famille est tenue de témoigner de la détérioration de son état mental lorsqu'elle soutient son proche, alors qu'il pourrait être souhaitable d'intervenir plus tôt afin d'éviter la survenance d'un drame. Il nous semble que constater la détérioration de l'état mental d'un proche, en étant conscient qu'un danger risque de survenir, peut être source de souffrance pour l'entourage.

²⁸⁰ H. FRADET, préc., note 264, 32 et 34.

²⁸¹ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 63 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 2-3.

²⁸² H. FRADET, préc., note 264, 33.

²⁸³ *Id.* ; O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 26 ; D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 63, 65 et 107 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 2-3.

²⁸⁴ *Id.*

²⁸⁵ H. FRADET, préc., note 264, 33 ;

²⁸⁶ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 15.

D'ailleurs, Hélène Fradet défend ce point et stipule qu'il est néanmoins inacceptable de laisser les membres de la famille assister passivement à la désorganisation de leur proche²⁸⁷. Le critère de dangerosité restreint les proches aidants dans leur intervention. Ainsi, il y a lieu de se demander si cette attente est compatible avec l'objectif de la P-38, qui vise en partie à protéger la sécurité et l'intégrité de tous.

Dans ce cas, il est possible d'affirmer que le critère de dangerosité dénoncé par les familles comme seul motif d'intervention en contexte de garde en établissement constitue un frein à la prévention et à l'action en amont, et ce, dès les premières manifestations de la condition mentale. Certains affirment qu'il serait préférable de tenir compte du risque de détérioration sérieuse de l'état physique ou mental²⁸⁸ ou du risque de rechute²⁸⁹ de la personne comme motifs d'intervention. La détérioration pourrait se traduire par la manifestation exponentielle des symptômes liés au trouble mental ou bien par la désorganisation grave²⁹⁰. Une intervention plus rapide permettrait peut-être de mieux protéger toutes les personnes impliquées²⁹¹. La Société québécoise de la schizophrénie retient le même point de vue en suggérant que la notion de « détérioration grave » constitue un critère qui reflète mieux la réalité vécue par les familles et qui est actuellement appliquée dans d'autres provinces canadiennes²⁹².

En d'autres termes, il apparaît évident que le critère de dangerosité comporte certaines limites éthiques en raison du fait qu'il laisse les familles vivre dans une réalité qui peut être source de beaucoup de souffrances et d'incertitudes. Malgré le rôle déterminant octroyé aux familles par le législateur, leur réalité ne semble pas prise en compte au moment d'appliquer le critère de dangerosité. Elles ont la responsabilité d'intervenir pour que leur proche atteint d'un problème de santé mentale soit évalué et gardé contre son gré, mais elles ne peuvent intervenir en amont afin de prévenir une situation dangereuse. En

²⁸⁷ H. FRADET, préc., note 264, 32.

²⁸⁸ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 27-28.

²⁸⁹ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 66.

²⁹⁰ H. FRADET, préc., note 264, 32, 33.

²⁹¹ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 27-28.

²⁹² SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 4.

ce qui concerne les familles, nous verrons qu'à la souffrance causée par le critère de dangerosité s'ajoute aussi l'atteinte à la loyauté familiale.

1.2 L'atteinte à la loyauté familiale

Le régime juridique en matière de garde actuellement en place donne deux possibilités à l'entourage d'un individu dangereux présentant un trouble mental. Peu importe l'option choisie, les membres de la famille ont l'obligation de démontrer que l'état mental de l'individu présente un danger pour lui-même ou pour autrui. Ils deviennent donc souvent les dénonciateurs de la dangerosité. Dans cette section, nous examinerons le rôle d'adversaire découlant de la dénonciation auprès des agents de la paix et du tribunal que sont appelés à jouer les proches aidants. Ensuite, nous considérerons comment cette position d'adversaire en contexte de garde peut porter atteinte à la loyauté familiale. Finalement, nous nous intéresserons à la façon dont le bris de ce lien de confiance amène les familles à devoir vivre avec un certain sentiment de culpabilité.

Premièrement, l'auteure Bernheim est d'avis que le critère de dangerosité imposé pour déterminer la nécessité de la garde en établissement d'un individu vivant avec un problème de santé mentale devient une étiquette afin d'unir les sphères psychiatrique et juridique²⁹³. De même, selon les familles, le devoir d'apposer l'étiquette de « dangereux » à un être cher est perçu comme un lourd fardeau²⁹⁴, car pour les deux parties, la connotation du critère est plutôt péjorative²⁹⁵. En alléguant des faits pour démontrer la présence d'un danger aux policiers ou au juge, la famille se trouve dans une position antagoniste avec la personne atteinte d'un trouble psychique, alors qu'elle souhaite l'aider²⁹⁶. Avant de discuter de la loyauté familiale, il est nécessaire de dire un mot sur ce rôle que jouent les familles. Les dispositions de la P-38 et du C.c.Q. contraignent l'entourage à agir en tant que partie adverse, alors qu'il représente souvent un soutien essentiel pour l'individu jugé dangereux. De ce fait, en présence d'un danger grave et

²⁹³ Emmanuelle BERNHEIM, « Des étiquettes juridiques. La catégorisation par le droit en santé mentale », (2012) 67 *Lien social et Politiques* 107, 118.

²⁹⁴ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 15 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 20 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 121.

²⁹⁵ E. BERNHEIM, préc., note 293, 118.

²⁹⁶ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 26 ; D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 111.

immédiat, ou sérieux et probable, la famille, à titre d'adversaire, se trouve à être aussi l'intermédiaire entre les soins en psychiatrie et le système de justice. Pourtant, en absence d'une collaboration étroite, plusieurs proches aidants prétendent qu'elles se sentent exclues des soins entrepris par le personnel soignant²⁹⁷. Le rôle des familles est assorti de réserves dans la mesure où elles sont tenues d'intervenir dans le système judiciaire pour que l'individu soit évalué et éventuellement gardé involontairement, mais le système de santé ne les implique pas dans la procédure qui suit la dénonciation.

Deuxièmement, le critère de dangerosité actuellement appliqué est souvent perçu comme une accusation chez la personne concernée par la garde, qui est déjà vulnérable en raison de son état mental²⁹⁸. Cela aura même pour effet, dans certaines circonstances, d'alimenter et d'accentuer les idées paranoïaques qui peuvent émaner du délire psychotique²⁹⁹. En prenant la décision de dénoncer la dangerosité d'un proche, ce dernier pourra assimiler l'intervention policière et l'audience devant la cour à des moyens entrepris par la famille pour se retourner contre lui, portant ainsi atteinte à la loyauté familiale, qui, à la base, est souvent difficile à établir. D'ailleurs, la compréhension des motifs qui ont poussé la famille à recourir à l'hospitalisation involontaire est parfois absente chez l'individu mis sous garde en raison de son état mental altéré³⁰⁰. Ainsi, la personne gardée ressent de la colère et de la frustration contre son entourage, car elle juge que l'acte de dénonciation de son caractère dangereux constitue une trahison de la part sa famille³⁰¹. À cet égard, il existe une certaine réticence chez quelques familles à contacter les agents de la paix et à déposer une requête devant le tribunal lorsque leur proche fait preuve de dangerosité³⁰². Elles s'abstiennent parfois d'amorcer les démarches de garde en établissement « en sachant bien à l'avance toute la rancœur qui risque d'émerger de cette initiative et le temps qu'il faudra pour cicatriser son sentiment d'avoir été trahi par ses proches »³⁰³. Ce dernier témoignage d'un proche aidant suggère que les membres de la famille sont conscients de

²⁹⁷ M.-H. MORIN, préc., note 256, 8 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 164 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 7, 71 et 308.

²⁹⁸ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 26 ; D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 15.

²⁹⁹ *Id.* ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 1 et 132.

³⁰⁰ É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 21 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 129.

³⁰¹ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 21 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 129 et 131.

³⁰² H. FRADET, préc., note 264, 34 ; D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 15.

³⁰³ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 21.

l'impact des gardes préventive et provisoire sur les relations familiales avant d'intervenir. Dans la même perspective, plusieurs études confirment que la dénonciation de la dangerosité a un immense impact sur la relation familiale bâtie autour de la loyauté³⁰⁴. Les proches aidants admettent aussi que beaucoup d'efforts et de temps sont nécessaires afin de nourrir et de rétablir ce lien de confiance brisé³⁰⁵. De plus, au cours de notre entretien avec notre témoin anonyme, cette dernière nous confie qu'une animosité existe encore chez sa soeur à son endroit malgré les nombreuses années écoulées depuis sa dernière garde et le lien de confiance reconstruit : « Lorsqu'elle rechute et retombe en crise, elle me reproche d'avoir entamé les démarches de garde contre sa volonté. Elle n'oubliera jamais le fait que sa grande sœur, sa meilleure amie, sa confidente a agi contre elle »³⁰⁶. Évidemment, la position antagoniste dans laquelle se retrouvent les familles en vertu de la loi entraîne un conflit de loyauté important. La preuve de dangerosité qui est au cœur du régime tend à fragiliser la relation de confiance tissée entre les membres de la famille et l'individu visé par la garde forcée.

Troisièmement, cette rupture de loyauté familiale peut être source d'un sentiment de culpabilité vécu par les proches aidants³⁰⁷. En effet, bien qu'ils agissent en toute bienveillance, ils peuvent se sentir coupables et avoir des remords, car ils ont initié la démarche d'examen et de garde de leur proche en alléguant une présence de danger³⁰⁸. Autrement dit, ayant été impliquées en tant que partie adverse, les familles doivent vivre avec le fait que leur décision est la cause d'une tension familiale et d'un bris de confiance familiale. Il est donc raisonnable d'appréhender que dénoncer son proche à contrecœur et participer à prouver son caractère dangereux demeure une lourde tâche, que ce soit par l'entremise d'une intervention policière ou d'une requête devant le tribunal³⁰⁹.

³⁰⁴ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 15 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17, 20 et 31 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 7, 8, 48, 56, 57, 126, 129, 131, 133 et 135.

³⁰⁵ É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 56.

³⁰⁶ Entretien du 1^{er} mai 2020 avec une témoin anonyme.

³⁰⁷ J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 167 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 7, 39, 58, 149 et 296.

³⁰⁸ *Id.*

³⁰⁹ H. FRADET, préc., note 264, 32.

À la lumière de cette première section de l'analyse éthique, l'application du critère de dangerosité constitue un élément prépondérant dans la souffrance possiblement vécue par les familles et dans l'atteinte possible à la dynamique familiale³¹⁰. Parfois, cette pierre d'assise de la P-38 rend difficile à la fois le respect des droits fondamentaux des patients visés par la garde et les soucis des proches aidants. Il nous semble donc inopportun de prendre à la légère l'influence de l'utilisation de la notion de dangerosité sur l'équilibre et le bien-être des membres de la famille. Dans la prochaine section de cet examen éthique, nous nous pencherons sur les limites du critère de dangerosité à l'égard des soignants.

2. Les soignants

Dans la prochaine section, nous constaterons que l'application du critère de dangerosité affecte non seulement les familles sur le plan éthique, mais aussi le personnel soignant. Nous aborderons brièvement l'effet du critère de dangerosité sur l'alliance thérapeutique entre les soignants et leurs patients psychiatriques, avant de dégager dans quelle mesure la dangerosité influence la pratique clinique des soignants, plus précisément le recours aux médicaments.

2.1 L'alliance thérapeutique

Nous avons vu précédemment que la notion de dangerosité comme unique moyen d'intervention à la portée des familles tend à affecter négativement les relations humaines en fragilisant le lien de confiance entre les membres d'une même famille. En effet, il est aussi possible de constater que la relation entre les soignants et leurs patients psychiatriques pourrait être touchée en appliquant le critère de dangerosité et en recourant au mécanisme de garde. Lors de notre entretien avec le Dr Delorme, il nous a confié que les processus judiciaires en lien avec les soins de santé mentale, notamment la garde en établissement et l'ordonnance de traitement, impliquent une confrontation de valeurs pour les psychiatres faisant partie intégrante de l'équipe traitante³¹¹. Certains psychiatres, tout comme les familles, hésitent à se prévaloir des recours juridiques, car ils craignent que la

³¹⁰ É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 57.

³¹¹ Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

judiciarisation et l'attribution du caractère dangereux empiètent sur l'alliance thérapeutique formée avec leurs patients présentant un trouble de santé mentale³¹². Quant au Dr Delorme, il juge important de souligner le devoir déontologique des médecins de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être de leurs patients, ce qui consiste à utiliser tous les moyens adéquats et nécessaires dont ils disposent³¹³. Autrement dit, cette crainte du bris du lien thérapeutique ne devrait pas influencer les psychiatres à s'abstenir parfois de recourir aux procédures légales à leur portée qui visent leurs patients.

Tout compte fait, il ressort de certaines circonstances que le critère décisif de la garde en établissement peut heurter la relation thérapeutique entre les médecins et leurs patients. Nous ferons aussi remarquer dans la prochaine sous-section que la dangerosité a parfois tendance à influencer le traitement envisagé pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

2.2 Le recours aux médicaments

Dans la partie juridique de cet essai, nous avons convenu qu'il existe encore une divergence face à la considération du refus du traitement dans l'évaluation de la dangerosité auprès d'un individu souffrant d'un trouble mental. En parallèle, nous avons soulevé, sur le plan légal, que les patients qui ne sont pas médicamenteux sont alors perçus comme étant plus dangereux que ceux qui respectent leur plan de médication. Ainsi, à la lueur de cet examen concernant les soignants, nous constatons que l'application du critère de dangerosité semble être un élément qui encourage le recours aux médicaments.

En ce qui concerne les formes de traitement en santé mentale, un recours systématique aux médicaments psychotropes est de plus en plus fréquent en soins psychiatriques, d'où l'importance d'examiner l'enjeu éthique associé à une surconsommation de psychotropes et le lien entre cette approche et la réduction de la dangerosité. L'usage des psychotropes occupe actuellement une place prépondérante pour traiter les gens aux prises avec un problème de santé mentale. Les recherches illustrent que la prescription de ces substances

³¹² *Id.* ; O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 25.

³¹³ Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

chimiques par l'équipe soignante est en hausse, rendant la médication la forme la plus privilégiée et proposée des traitements en psychiatrie³¹⁴. La prise de psychotropes est ainsi souvent perçue comme la seule réponse à la souffrance ou bien « la panacée aux problèmes de santé mentale »³¹⁵. À cet effet, l'auteure Emmanuelle Bernheim se penche sur l'approche pharmacologique des soins psychiatriques :

Considérée comme un moyen de désinstitutionalisation, de réinsertion sociale et de prévention tant des passages à l'acte que du syndrome de la porte tournante, la médication, et plus particulièrement son observance stricte, constitue depuis plusieurs décennies « la voie royale de guérison »³¹⁶.

Plusieurs sont d'avis que les médicaments psychotropes constituent souvent la réponse primaire aux individus souffrant de troubles mentaux en raison, entre autres, de l'accès facile à ces médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments et le financement limité à la psychothérapie³¹⁷. De façon similaire, de multiples groupes, notamment les éthiciens de la Commission de l'éthique de la science et de la technologie, croient aussi que l'usage élargi de psychotropes est dû aux limites du réseau de la santé, principalement la pénurie des professionnels en santé mentale et le manque d'accessibilité à des ressources alternatives³¹⁸. Conséquemment, de nombreux patients psychiatriques envisagent la consommation de psychotropes comme une solution facilement accessible, peu coûteuse et qui ne requiert aucun effort personnel³¹⁹. Le système de santé actuel au Québec tend à inciter les soignants à prescrire des médicaments psychotropes aux gens atteints de problèmes d'ordre mental sans toutefois offrir, aux patients, un traitement optimal et complet avec des séances de psychothérapie. Certes, les médicaments

³¹⁴ Lourdes RODRIGUEZ et Marie-Laurence POIREL, « Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : La Gestion autonome des médicaments de l'âme », (2007) 19-2 *Nouvelles pratiques sociales* 111, 112 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 147 ; Alvine FANSI, Cédric JEHANNO, Micheline LAPALME, Martin DRAPEAU et Sylvie BOUCHARD, « Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature », (2015) 40-4 *Santé mentale au Québec* 141, 143 ; Alvine FANSI et Cédric JEHANNO, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs*, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015, p. 4.

³¹⁵ D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 147 ; D. PROVENCHER, préc., note 82, 19.

³¹⁶ E. BERNHEIM, préc., note 101, 34.

³¹⁷ A. FANSI et C. JEHANNO, préc., note 314, p. 4.

³¹⁸ COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, *Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, Québec, Publications du Québec, 2009, p. 126.

³¹⁹ *Id.*, p. 83.

psychotropes sont reconnus pour être relativement efficaces pour soulager les symptômes et la souffrance reliés aux troubles mentaux³²⁰. Quoique les médicaments apportent un certain soulagement ou un certain calme, les nombreux effets secondaires qui peuvent être ressentis par les consommateurs atteints de troubles mentaux ne peuvent être ignorés et deviennent parfois pénibles à endurer³²¹.

Un questionnement émerge alors. En atténuant la dangerosité lorsqu'une crise survient, les psychotropes prescrits par les psychiatres sont-ils la réponse idéale à la prévention de la dangerosité? L'augmentation de la prise de psychotropes suscite malheureusement plus de questions que de réponses, mais la littérature nous laisse présager des réponses plutôt négatives. Fréquemment, un cercle vicieux s'installe puisque les effets secondaires inopportuns et néfastes encouragent les usagers des psychotropes à cesser volontairement leur traitement pharmacologique³²². Cela provoque généralement des rechutes répétées suivies d'une garde en établissement ou d'une ordonnance de traitement³²³. La porte tournante suscitée par cette tendance à la médication semble suggérer que les psychotropes ne limitent pas nécessairement la dangerosité d'une personne envers elle-même ou autrui. Ainsi, le recours aux médicaments ne semble pas être la solution idéale pour soutenir une crise en amont.

À cet égard, il importe de garder à l'esprit que cette section de l'analyse éthique ne permet pas de conclure que les psychotropes ne devraient pas être prescrits par les soignants, mais plutôt qu'il ne faut pas prétendre qu'ils constituent la solution à tous les problèmes de santé mentale, encore moins à la prévention durable de la dangerosité. Il nous semble opportun de privilégier des stratégies complètes, par exemple des interventions psychosociales, qui permettraient aux professionnels de la santé d'agir en amont des situations dangereuses afin de diminuer les recours à la garde en établissement. Dans la

³²⁰ *Id.*, p. 46 ; L. RODRIGUEZ et M.-L. POIREL, préc., note 314, 112 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 231 (La référence).

³²¹ L. RODRIGUEZ et M.-L. POIREL, préc., note 314, 112 et 113 ; COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, préc., note 318, p. 69 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 149 ; D. PROVENCHER, préc., note 82, 20 ; R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, préc., note 63, n° 231 (La référence).

³²² L. RODRIGUEZ et M.-L. POIREL, préc., note 314, 113 ; D. PROVENCHER, préc., note 82, 20.

³²³ *Id.*

dernière section de cet éclairage éthique, nous mettrons en lumière les limites du critère de dangerosité à l'égard de la société.

3. La société

Dans l'examen juridique des limites du critère de dangerosité de cet essai, nous avons jugé pertinent de mentionner que les tribunaux ont souvent souligné que l'existence d'un trouble mental ne permet pas de présumer la dangerosité. Malgré cette conscientisation de la part de la magistrature, il s'avère qu'au Québec, le critère de dangerosité allégué pour l'admissibilité à la garde en établissement devient une étiquette apposée qui semble stigmatiser les personnes vivant avec un trouble mental³²⁴. Il semble que la souffrance psychologique ne soit guère acceptée³²⁵, ce qui conduit à accroître les tabous entourant les troubles mentaux, et ce, en raison de l'incompréhension d'un domaine fort méconnu³²⁶. Une résidente en psychiatrie révèle l'impuissance ressentie « devant une fréquente incapacité à poser des diagnostics avec certitude, tout étant consciente qu'ils sont des étiquettes non sans conséquence »³²⁷, ce qui démontre que les psychiatres sont eux-mêmes soucieux de la stigmatisation envahissant les patients psychiatriques. Alors que plusieurs initiatives ont été entreprises pour sensibiliser la communauté, la stigmatisation véhiculée au sein de la société face à la dangerosité des patients psychiatriques subsiste encore aujourd'hui et demeure un enjeu éthique important au Québec. Selon l'OMS, la stigmatisation à l'endroit des personnes présumées dangereuses et ayant un trouble mental constitue le défi le plus important à surmonter dans la société³²⁸. C'est pourquoi le gouvernement québécois cherche à lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes atteintes de troubles mentaux en faisant de cet objectif l'une des principales lignes directrices dans le PASM 2015-2020³²⁹. Dans cette dernière section de l'examen

³²⁴ P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-E. MORIN, préc., note 97, 233, 235-236 ; D. PROVENCHER, préc., note 82, 20 ; E. BERNHEIM, préc., note 293, 118-119 ; Patricia BOUCHARD, *Schizophrénie, violence et stigmatisation : l'expérience des familles*, rapport de stage en criminologie, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 2017, p. 12 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 22 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 121.

³²⁵ A. WASSEF, préc., note 27, 446.

³²⁶ É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 251 ; M. YIN, Z. LI et C. ZHOU, préc., note 267, 150.

³²⁷ A. WASSEF, préc., note 27, 445.

³²⁸ Paul MORIN et Sébastien CARRIER, *Les effets de l'aide et de l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale*, AGIDD-SMQ, Québec, 2019, p. 38.

³²⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 1, 14 à 17.

éthique, nous nous contenterons de délimiter la manière dont le critère de dangerosité influence la perception de la société à l'égard des troubles mentaux, contribuant à une lutte contre la stigmatisation. Nous étudierons ensuite les effets de cette stigmatisation sur les individus souffrant d'un trouble psychique.

Tout d'abord, la stigmatisation de la santé mentale a été un sujet de discussion pendant notre entretien avec le Dr Delorme. Il précise que trois formes différentes émergent de cette stigmatisation³³⁰, également confirmées dans la littérature³³¹. La stigmatisation individuelle désigne la réaction ou le comportement de la communauté face à une personne atteinte d'un trouble mental³³². L'autostigmatisation est plutôt la croyance, par les patients psychiatriques, des préjugés construit par le public à leur égard³³³. Finalement, la stigmatisation dite organisationnelle survient lorsque l'État exclut la participation de personnes vivant avec un trouble mental³³⁴. Toutefois, cette section éthique se penchera uniquement sur les deux premières formes de stigmatisation.

L'application du critère de dangerosité pour l'ouverture du mécanisme de la garde en établissement provoque une association inévitable entre les troubles mentaux et la dangerosité, créant un double stigmatisme aux patients psychiatriques³³⁵. En effet, la société établit des stéréotypes sociaux et des jugements négatifs par rapport aux individus aux prises avec un problème de santé mentale et développe l'idée que ceux-ci ont potentiellement un caractère dangereux, violent et imprévisible³³⁶. Dès lors, l'utilisation

³³⁰ Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

³³¹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence*, Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, 2014, p. 6 et 7.

³³² *Id.*, p. 6 ; Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

³³³ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 7 ; Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

³³⁴ *Id.*

³³⁵ P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-E. MORIN, préc., note 97, 233, 235 et 236 ; D. PROVENCHER et A. RAINVILLE, préc., note 40, à la page 154 ; E. BERNHEIM, préc., note 293, 118-119 ; P. BOUCHARD, préc., note 324, p. 8, 12 et 17 ; J.-P. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 117 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 23 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 5, 59, 249 et 250.

³³⁶ *Id.* ; ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 12 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 4 ; Marie-Ève HUOT, *L'implication des personnes ayant vécu un problème de santé mentale : repères pour réduire la stigmatisation et la discrimination*, mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Québec à Montréal, 2018, p. 10, 11 et 66 ; M. YIN, Z. LI et C. ZHOU, préc., note 267, 150.

du critère de dangerosité dans le régime de garde tend à alimenter une image négative des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale. De surcroît, l'intervention policière lors d'une garde préventive renforce davantage le stigmate de dangerosité³³⁷. Dans le cadre de son mémoire intitulé *Garde en établissement de santé, évaluation psychiatrique et accès aux soins en santé mentale : point de vue des familles*, l'auteure Denise Larochelle rapportent que de nombreuses familles témoignent que lors de l'appel aux policiers, ces derniers interviennent de façon indiscrete, rendant ce processus humiliant et traumatisant autant pour la personne concernée que pour les proches aidants³³⁸. Afin d'amener un individu souffrant d'un trouble mental en garde préventive contre sa volonté, les agents de la paix utilisent parfois des gyrophares, des menottes et plusieurs véhicules³³⁹. Bien que l'individu visé par la garde n'ait pas nécessairement commis un acte criminel, l'intervention policière en cas de danger grave et immédiat est souvent associée à la criminalité aux yeux de la société³⁴⁰. Hormis la notion de dangerosité et la force des corps policiers, des études ont recensé que les médias signalent régulièrement la dangerosité présentée par des individus aux prises avec un trouble mental en lien avec des gestes de violence et de crime³⁴¹. La couverture médiatique peut donc aussi augmenter ce double stigmate qui crée une présomption de dangerosité reliée à un trouble psychique³⁴². Il est clair que cet amalgame entre la présence d'un trouble mental et d'un danger devrait être combattu.

Les effets des perceptions véhiculées en société peuvent avoir de lourdes répercussions sur la santé mentale et la qualité de vie des personnes stigmatisées³⁴³. Effectivement, plusieurs personnes aux prises avec un trouble mental rapportent qu'il est plus pénible de faire face à la stigmatisation associée à leur état mental qu'aux symptômes inhérents à leur

³³⁷ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 48, 85, 87 et 116 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 22 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 250.

³³⁸ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 85, 87 et 116.

³³⁹ *Id.*

³⁴⁰ *Id.*

³⁴¹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 17 ; P. BOUCHARD, préc., note 324, p. 17 ; SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, préc., note 24, 4 ; M.-È. HUOT, préc., note 336, p. 10, 11, 66 et 88 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 22 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 4 et 252 ; M. YIN, Z. LI et C. ZHOU, préc., note 267, 150.

³⁴² *Id.*

³⁴³ J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 167 ; P. BOUCHARD, préc., note 324, p. 8.

diagnostic, occasionnant une souffrance encore plus grande³⁴⁴. L'image dangereuse projetée principalement par le critère en contexte de garde en établissement, mais aussi par l'intervention des policiers et des médias, génère une certaine crainte auprès de la communauté³⁴⁵. La société a l'habitude d'éviter et de traiter de façon différente les personnes stigmatisées³⁴⁶. Ainsi, en général, la stigmatisation individuelle contribue à la perpétuation d'un statut discriminé et marginal de ces individus, entraînant un lot de conséquences sur ceux affectés par cette réalité. En fait, en tant que conséquence directe de la stigmatisation individuelle³⁴⁷, les individus discriminés s'autostigmatisent en perdant leur confiance et leur estime d'eux-mêmes³⁴⁸, en s'isolant et en s'excluant socialement³⁴⁹. De même, les jugements véhiculés influencent parfois les patients à interrompre leur traitement et à refuser de rechercher de l'aide en santé mentale³⁵⁰. Dans la mesure où le critère de dangerosité en matière de garde favorise une vision stigmatisante des individus atteints d'un trouble mental dans la société, il est possible d'argumenter que le bien-être et l'intégrité de ces derniers ne font pas l'objet d'une protection adaptée à la réalité vécue. Le critère de dangerosité limite donc le respect de l'objectif de la P-38.

En d'autres mots, le critère de dangerosité comporte bien des limites éthiques qui influencent la vision de la société entourant les problèmes de santé mentale. Le critère cardinal de la P-38 porte donc le risque de contribuer directement à la stigmatisation d'individus souffrant d'un trouble mental, qu'elle soit sociale ou personnelle. Enfin, cet éclairage éthique illustre les répercussions du stigma omniprésent au Québec.

Somme toute, en plus des limites juridiques abordées dans la partie I, l'analyse effectuée dans la partie II suggère que le critère de dangerosité en matière de garde en établissement

³⁴⁴ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 5 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 15.

³⁴⁵ P. BOUCHARD, préc., note 324, p. 17 ; M.-È. HUOT, préc., note 336, p. 11 et 16.

³⁴⁶ M.-È. HUOT, préc., note 336, p. 16.

³⁴⁷ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 7.

³⁴⁸ *Id.*, p. 6 et 7 ; P. BOUCHARD, préc., note 324, p. 8 ; M.-È. HUOT, préc., note 336, p. 16 et 17.

³⁴⁹ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 6 et 7 ; M.-È. HUOT, préc., note 336, p. 19 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 22.

³⁵⁰ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, préc., note 331, p. 6 ; D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 110 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 16 ; M.-È. HUOT, préc., note 336, p. 19.

comporte plusieurs limites qui, lorsque nous entreprenons une démarche éthique, ne peuvent être sous-estimées. Dans les faits, elles touchent divers acteurs simultanément. L'examen de ces limites démontre que l'unique critère de dangerosité de la P-38 ne parvient pas à atteindre pleinement l'objectif d'assurer une protection adéquate des personnes jugées dangereuses pour elles-mêmes et pour autrui. Il est possible de prétendre que le critère de dangerosité posé par la législation québécoise ainsi que la judiciarisation s'y rattachant obligent les proches aidants à soutenir leur proche et à intervenir auprès d'eux au meilleur de leurs connaissances jusqu'à ce que des comportements réellement dangereux se manifestent. Conséquemment, il appert que l'utilisation de la notion de dangerosité comme seul motif d'intervention judiciaire contribue à une souffrance chez les proches aidants en leur imposant un lourd fardeau. Il s'ensuit que le régime actuel oblige les membres de la famille à agir comme adversaires et à jouer des rôles dichotomiques qui peuvent porter sérieusement atteinte à la loyauté familiale. Par la suite, il apparaît que le critère de dangerosité a un impact sur les soignants, notamment à l'égard de l'alliance thérapeutique qu'ils entretiennent avec leurs patients psychiatriques et du recours souvent systématique aux médicaments psychotropes. Il résulte que la prescription excessive de ces médicaments par l'équipe traitante ne permet pas toujours de prévenir le caractère dangereux d'un patient. Finalement, pour le dernier acteur visé par cette analyse éthique, il semble que le critère de la P-38 influence et limite considérablement la vision de la société vis-à-vis de la dangerosité que présentent les individus souffrant d'un trouble mental. Cette stigmatisation tenace dans la société affecte le bien-être de ces individus, limitant leur épanouissement. En nous appuyant sur nos examens juridique et éthique, nous jugeons crucial de compléter cet essai avec une troisième partie qui propose de réfléchir à des pistes de solutions qui pourraient remédier à certaines difficultés soulevées par l'application du critère de dangerosité.

Partie III : Les pistes de solutions

Au Québec, la P-38 a participé à la désinstitutionnalisation en faveur des droits et libertés fondamentaux des patients et a déclenché une judiciarisation de la garde en établissement. En ciblant les cas de troubles mentaux, les deux parties précédentes de cet essai ont dévoilé les limites juridiques et éthiques du critère de dangerosité de la P-38, qui constituent des

enjeux préoccupants au Québec. Compte tenu de l'absence de précision du critère de dangerosité par le législateur, il nous semble raisonnable d'envisager qu'une révision de la P-38 soit effectuée. En effet, des modifications législatives qui poseraient des balises précises pour appliquer cette loi pourraient avoir un impact majeur sur la procédure entourant la garde en établissement de santé au Québec. Quoiqu'il en soit, dans la partie III, nous proposerons plutôt des pistes de solutions qui pourraient contribuer à pallier les lacunes juridiques et éthiques qui peuvent être rencontrées au moment de l'application du critère de dangerosité. Notre première recommandation vise à imposer une formation commune pour les différents acteurs intervenant dans l'application du critère de dangerosité (section 1). Nous suggérons aussi d'envisager la création d'un tribunal spécialisé pour toutes les demandes relatives à la garde en établissement (section 2). Enfin, nous considérons intéressant d'impliquer davantage les familles dans le système de soins en santé mentale (section 3), et considérons que le système de santé au Québec devrait assurer une accessibilité accrue aux pratiques psychosociales (section 4).

1. Une formation continue et commune destinée aux différents intervenants

Pour débiter, dans notre analyse juridique des limites du critère de dangerosité, nous avons mis en évidence qu'une incohérence fondamentale perdure lorsqu'il faut trancher la question subjective de la nécessité de garder un individu atteint d'un trouble mental pour cause de dangerosité. Ainsi, sans pour autant changer le critère en soi, il nous semble avantageux que tous les intervenants qui sont appelés à participer à l'application et à la mise en œuvre du régime de garde en établissement soient contraints de suivre une formation continue et commune.

En effet, cette formation continue devrait s'adresser à un vaste éventail d'acteurs œuvrant dans le milieu. Notre étude juridique démontre qu'il serait important que les professionnels de la psychiatrie, les agents de la paix contactés en cas de garde préventive, les membres de la magistrature et les avocats spécialisés en droit des personnes puissent

adopter une appréciation commune de ce qui relève du critère de dangerosité³⁵¹. Évidemment, chacun de ces acteurs détient une formation, des connaissances et des compétences différentes³⁵² qui, selon nous, pourraient expliquer certaines disparités déjà soulevées relativement à leur conception et à leur interprétation de la notion de dangerosité. De ce fait, même si le législateur ne restreint pas le critère central ou, au contraire, ne l'élargit pas, avec une formation continue et commune, les divers intervenants pourraient effectuer chacun leur rôle en appliquant tout de même la notion de dangerosité de manière plus uniforme. Cela aurait possiblement comme effet de permettre de rendre des décisions plus équilibrées en réduisant la fréquence des irrégularités jurisprudentielles qui existent encore à ce jour.

De notre point de vue, les plans de formation en contexte de garde devraient porter autant sur les particularités médicales que sur celles légales en santé mentale. Ainsi, pour établir un consensus sur les facteurs à considérer pour conclure à un danger, il importerait de bénéficier d'une meilleure expertise en santé mentale, un domaine fort complexe, ainsi que d'une compréhension fine des outils juridiques existants et de la procédure de la psychiatrie légale. Certains auteurs suggèrent qu'afin de garantir le respect des droits fondamentaux tout en protégeant la sécurité du patient même et celle du public, les professionnels de la santé devraient avoir une connaissance plus poussée des aspects et des développements jurisprudentiels relatifs à la psychiatrie légale et à la notion de dangerosité³⁵³. Conséquemment, il serait opportun de prendre les mesures nécessaires pour assurer une formation continue du personnel des établissements de santé, notamment en ce qui concerne leurs obligations légales, la teneur des rapports d'examen psychiatrique

³⁵¹ Sur ce point, voir entre autres : *A. c. Centre hospitalier de St. Mary*, préc., note 108, par. 29 ; *I.F. c. Centre hospitalier de l'Université de Montréal*, préc., note 81, par. 9-10 ; *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, préc., note 79, par. 87 ; P.-M. COUTURE-TRUDEL et M.-È. MORIN, préc., note 97, 331 ; E. BERNHEIM, préc., note 16, p. 116-118 ; ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 14 ; J.-P. MÉNARD et P. MARTIN-MÉNARD, préc., note 23, à la page 124 ; E. BERNHEIM, préc., note 101, 36 ; D. GOUBAU avec la collab. d'A.-M. SAVARD, préc., note 63, EYB2019DPP36, n° 217 (La référence) ; Entrevue du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

³⁵² D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 37.

³⁵³ A. RAINVILLE, préc., note 225, à la page 152 ; AGIDD-SMQ, préc., note 222, p. 24 ; Joao DA SILVA GUERREIRO, Karine POITRAS, Diane CASONI et Philippe LECLERC, « La preuve psychologique devant les tribunaux : barrières communicationnelles et épistémiques », (2018) 39-3 *Revue québécoise de la psychologie* 7, 19.

et la définition de la dangerosité. Cela permettrait aux experts de bien vulgariser leur opinion face à la nécessité de la garde, de façon à ce qu'ils puissent soumettre une preuve cohérente aux attentes, aux tendances et aux interprétations des tribunaux³⁵⁴, qui accordent une grande importance à leur expertise en santé mentale. Autrement dit, cette formation adressée aux psychiatres aurait pour effet d'atténuer les barrières qui séparent les décideurs judiciaires des experts psychiatriques³⁵⁵ en ce qui concerne l'évaluation de la dangerosité, et de mieux soutenir un domaine à la croisée de la psychiatrie et du droit³⁵⁶.

Il a également été rapporté par le Barreau du Québec que le manque de formation des juristes impliqués dans l'application de la P-38 constitue une faille importante pouvant expliquer plusieurs des difficultés rencontrées au moment de la judiciarisation d'individus atteints de troubles mentaux³⁵⁷. Il appert que dans l'état actuel des choses, les juges qui siègent à la cour et qui sont contraints en vertu de la loi de procéder personnellement et subjectivement à la dernière évaluation de dangerosité ne disposent souvent pas d'une formation ou de connaissances particulières en santé mentale³⁵⁸. Par ailleurs, rappelons qu'en plus de la garde en établissement de santé³⁵⁹, les juges de la Cour du Québec doivent statuer sur une variété de causes, entre autres sur des litiges civils inférieurs à 85 000 dollars³⁶⁰, sur des demandes de recouvrement d'une somme due à une municipalité ou à une commission scolaire³⁶¹ et sur des demandes en matière d'adoption ou de protection de la jeunesse³⁶². Les juges et les avocats devraient alors se familiariser davantage avec certains aspects propres au milieu psychiatrique afin de bien cerner et de mieux comprendre les éléments soulevés dans les rapports d'experts³⁶³. Si les juristes pouvaient davantage concevoir ce qui relève du diagnostic de trouble mental, le langage scientifique et médical leur serait plus familier et leur décision à l'égard du danger allégué serait plus

³⁵⁴ J. DA SILVA GUERREIRO, K. POITRAS, D. CASONI et P. LECLERC, préc., note 353, 19.

³⁵⁵ *Id.*

³⁵⁶ *Id.*, p. 21.

³⁵⁷ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 90 ; A. RAINVILLE, préc., note 225, à la page 170-171.

³⁵⁸ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 90 ; A. RAINVILLE, préc., note 225, à la page 172.

³⁵⁹ C.p.c., art. 38.

³⁶⁰ *Id.*, art. 35.

³⁶¹ *Id.*, art. 36.

³⁶² *Id.*, art. 37.

³⁶³ M.-C. LAFLEUR et A. RAINVILLE, préc., note 65, à la page 64 et 72 ; A. RAINVILLE, préc., note 225, à la page 170-172 ; AGIDD-SMQ, préc., note 222, p. 20.

éclairée. De façon similaire, les agents de la paix, qui interviennent en première ligne lors d'une garde préventive, devraient bénéficier de plus de formation sur les enjeux liés à la santé mentale et les principes légaux qui s'y rattachent. Cela permettrait à la force policière d'évaluer le danger grave et immédiat comme le font les psychiatres et les tribunaux. Il serait alors opportun pour les différents intervenants d'acquérir des connaissances plus profondes dans ces domaines dans le but d'optimiser l'emploi de la P-38 et de diminuer les incohérences qui s'établissent lors de l'appréciation de la dangerosité. En procédant à une évaluation dans laquelle tous les intervenants sont en mesure de saisir les aspects médicaux et juridiques, il serait possible de traiter plus justement et équitablement toute personne qui vit avec un problème de santé mentale et qui est visée par l'hospitalisation involontaire.

Notre examen nous a permis de conclure qu'il serait important de renforcer les liens étroits qui existent entre le milieu de la justice et celui de la santé mentale en favorisant un partenariat axé sur la collaboration interdisciplinaire. À défaut d'un changement législatif, une formation continue et commune destinée à plusieurs intervenants semble être l'une des solutions pour réduire les divergences observées lors de l'application et de l'interprétation de la dangerosité. Dans la même perspective, nous verrons dans la prochaine section que la création d'un tribunal spécialisé pourrait aussi être une piste de solution à privilégier.

2. La création d'un tribunal spécialisé dédié à la garde en établissement

Selon nous, la création d'un tribunal chargé d'entendre exclusivement les recours et les contestations relativement à la garde en établissement pourrait être une autre avenue à emprunter³⁶⁴ et qui pourrait apporter plusieurs bénéfices autant sur le plan juridique qu'éthique³⁶⁵. Notons que le TAQ dispose déjà d'une expertise spécifique au moment de

³⁶⁴ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 27 ; D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 127-128.

³⁶⁵ Il nous semble que cette solution pourrait éventuellement s'appliquer dans d'autres domaines juridiques qui concernent des personnes atteintes de troubles mentaux, notamment l'autorisation de soins. Toutefois, cet essai sur la garde en établissement ne se voulait pas une analyse exhaustive des limites de tous les mécanismes légaux relatifs à la santé mentale qui existent au Québec.

la révision des ordonnances de garde en établissement³⁶⁶. Composé d'un avocat ou d'un notaire, d'un psychiatre et d'un travailleur social ou d'un psychologue³⁶⁷, le TAQ adopte une approche multiprofessionnelle. Toutefois, en 2018-2019, uniquement 56 audiences ont été tenues devant le TAQ en matière de garde en établissement de santé³⁶⁸, tandis qu'en 2019, 6 059 demandes de garde ont été présentées au Québec³⁶⁹. Ces données nous permettent de conclure, comme il a été rapporté par le Protecteur du citoyen³⁷⁰, que ce ne sont qu'une proportion infime de ces causes qui sont contestées par les patients jugés dangereux et révisées par les membres du TAQ. Aussi, comme mentionné dans la section 5 de la partie I, il a été soulevé qu'entre 2014 et 2017, environ 51,5 % des défendeurs sont présents à la cour et que, de ceux-ci, seulement 40 % sont représentés par un avocat³⁷¹. De façon parallèle, nous imaginons que, comme ces patients sont peu présents et majoritairement non représentés en première instance, ils ne contestent que très rarement les décisions rendues à l'égard de leur caractère dangereux.

À notre avis, en matière de garde, la tenue des audiences devant une cour spécialisée, et ce, dès le départ et non seulement à l'étape de la révision judiciaire, contribuerait à diminuer significativement les disparités relatives à l'appréciation du critère de dangerosité. Sensibilisé aux problématiques de santé mentale³⁷², le tribunal, dont la composition des membres pourrait être diversifiée à l'image du TAQ, pourrait intervenir de manière plus adaptée et informée³⁷³, tout en équilibrant³⁷⁴ l'objectif de la P-38.

En surplus de la formation commune suggérée précédemment, il serait avantageux de s'assurer que les juges siégeant à cette cour aient une formation particulière afin d'être spécialisés pour entendre les causes. Celle-ci devrait permettre aux juges du Québec de

³⁶⁶ *Loi sur la justice administrative*, RLRQ, c. J-3, art. 22 et Annexe I (2) ; P-38, art. 21.

³⁶⁷ *Loi sur la justice administrative*, préc., note 366, art. 22.1 et 25.

³⁶⁸ TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC, *Tableau 1 : Nombre d'audiences tenues en CETM ET LPP*, en ligne : <<https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/Document%202020%20D-8.pdf>>.

³⁶⁹ MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, préc., note 26.

³⁷⁰ PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport du Protection du citoyen : La contestation du maintien de la garde en établissement devant le Tribunal administratif du Québec : par un recours accessible et diligent*, Québec, 2018, p. 14, 23 et 29.

³⁷¹ *Supra*, note 222.

³⁷² D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 128.

³⁷³ Penelope WELLER, «Taking a reflective turn: Non-Adversarial Justice and Mental Health Review Tribunals », (2011) 37-1 *Monash University Law Review* 81, 89.

³⁷⁴ *Id.*

discuter de l'évolution jurisprudentielle relative à la garde et d'être à jour par rapport aux difficultés rencontrées lors des audiences. Afin d'optimiser la procédure légale entourant la garde en établissement, avant de siéger à la cour, les juges devraient être préalablement formés, autant en santé mentale qu'en droit des personnes. Si les juges obtenaient une formation particulière dans ces deux domaines, ils pourraient, par leur expertise et leur expérience, avoir une meilleure compréhension des rapports psychiatriques et discerner les motifs valables pour conclure à la présence de dangerosité. En bénéficiant d'une connaissance fine et en ayant l'expérience de ce domaine complexe, les juges évalueraient possiblement la dangerosité de manière plus objective, ce qui contribuerait à rendre la jurisprudence plus homogène sans qu'il soit absolument nécessaire d'établir des balises dans la législation. De notre point de vue, cela permettrait d'évaluer la dangerosité de façon à ce que les patients psychiatriques soient traités plus justement et équitablement.

Ensuite, selon nous, la création d'une instance dédiée à la garde en établissement pourrait répondre judicieusement aux besoins des personnes visées par la garde. Quoique la présence des défendeurs à l'audience soit un facteur déterminant lors de l'évaluation de la dangerosité, nous avons vu que les données probantes relevées démontrent que le taux de présence des patients psychiatriques à la cour demeure insuffisant³⁷⁵. La mise en place d'un tribunal ayant une expertise particulière pourrait avoir pour effet de transformer les audiences sur les questions de garde : d'une épreuve, celles-ci deviendraient un lieu d'exercice de droits pour les individus visés par les demandes d'ordonnance de garde. En ce sens, le tribunal spécialisé pourrait atténuer l'impact négatif des audiences sur l'état émotionnel et psychologique des défendeurs³⁷⁶. Ce forum que nous imaginons efficace, accessible, moins formel et moins confrontant, favoriserait possiblement une plus grande participation des patients³⁷⁷, même non représentés, et, conséquemment, une évaluation de dangerosité qui pourrait être plus juste et équitable en contexte de garde. La présence des défendeurs et leur témoignage devant un tribunal spécialisé permettraient aux juges de mieux saisir les faits en cause et de prendre une décision éclairée en toute connaissance de cause plutôt que de ne disposer souvent que des deux rapports d'examen psychiatrique

³⁷⁵ *Supra*, note 222.

³⁷⁶ P. WELLER, préc., note 373, 82 et 84.

³⁷⁷ *Id.*, 82, 84 et 92.

pour prendre leur décision. Pour ce faire, il serait aussi intéressant que les audiences se tiennent directement au sein des établissements de santé, évitant ainsi le déplacement des patients à la cour. À cet effet, l'audience tenue par le TAQ a généralement lieu dans l'établissement de santé où la personne est gardée³⁷⁸. Toutefois, nous sommes d'avis que ce fonctionnement devrait être appliqué non seulement lors d'une contestation qui s'effectue assez rarement, mais aussi en première instance lorsque la partie demanderesse présente une requête de garde. Nous pourrions prendre exemple de la situation qui était, à la base, un projet pilote et qui prévaut, depuis 2012, pour les requêtes présentées par l'Institut universitaire en santé mentale de Québec en autorisation de soins et qui ont comme critère central l'inaptitude. Ces demandes sont effectivement entendues par les juges de la Cour supérieure directement sur les lieux de la partie demanderesse afin d'améliorer les services juridiques dispensés aux patients, en réduisant le stress qui survient chez les défendeurs aux prises avec un trouble mental et ainsi, favoriser leur présence³⁷⁹. Initialement, le projet pilote visait aussi les auditions de garde en établissement par la Cour du Québec³⁸⁰, mais il appert que ce mode de pratique n'a pas été étendu de façon permanente à cette matière. De plus, nous pourrions aussi nous inspirer du modèle de soutien administratif et clinique développé au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale, soit le Bureau du majeur inapte³⁸¹, en matière de demandes de mesures de protection, notamment en hospitalisation involontaire³⁸². Ce modèle, destiné entre autres aux patients, à leurs proches, aux soignants et aux juristes, a pour but d'assurer une amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins et services offerts³⁸³, tout

³⁷⁸ TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC, Personnes mises sous garde dans un établissement hospitalier – Audience, en ligne : <<https://www.taq.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/personnes-mises-sous-garde-dans-un-etablissement-hospitalier/audience>>.

³⁷⁹ INSTITUT UNIVERISTAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, Québec, p. 6.

³⁸⁰ Stéphanie PARENT, « Faire entrer la salle d'audience dans l'établissement de santé mentale », Association du Barreau canadien – Division du Québec, 26 octobre 2015, en ligne : <[https://www.abcqc.qc.ca/Publications-Resources/Articles/2015-\(1\)/Faire-entrer-la-salle-d'audience-dans-l-etablissem](https://www.abcqc.qc.ca/Publications-Resources/Articles/2015-(1)/Faire-entrer-la-salle-d'audience-dans-l-etablissem)>.

³⁸¹ Myriam JOCHEMS et Nancy LACHANCE, « Le Bureau du majeur inapte gardien des droits des personnes vulnérables, proposition d'un modèle de soutien clinique et administratif pour les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux », dans S.F.C.B.Q., *La protection des personnes vulnérables (2020)*, Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 5, à la page 57.

³⁸² *Id.*, à la page 57, 67 et 81.

³⁸³ *Id.*, à la page 77.

en veillant aux droits et intérêts des personnes inaptes et de leur famille³⁸⁴. Si une telle structure de collaboration est adoptée au sein d'un centre hospitalier pour des enjeux cliniques et juridiques³⁸⁵, nous ne voyons pas pourquoi un tribunal dédié à la garde en établissement ayant une mission très semblable ne pourrait pas aussi être créé pour les patients psychiatriques parfois dangereux.

En d'autres mots, il serait intéressant de privilégier un tribunal spécialisé dans la garde en établissement au Québec pour tous les recours l'entourant. La mise en place de ce type de tribunal, composé de membres diversifiés et de juges formés en santé mentale, éviterait les nombreuses difficultés et inconsistances face à l'application du critère de dangerosité. De surcroît, une audience moins formelle et sans confrontation pourrait faciliter une présence accrue des défendeurs, ce qui pourrait aider les juges dans leur tâche de conclure ou non à la dangerosité à l'aide d'une preuve plus vaste. En plus de la formation des acteurs et de la mise en place d'une instance dédiée à la garde en établissement, nous discuterons dans la prochaine section d'une autre piste de solution qui vise l'implication des familles touchées par l'application du critère de dangerosité.

3. L'implication des familles dans le système de soins en santé mentale

En analysant les limites éthiques du critère de dangerosité, nous avons pu constater que la souffrance des familles est peu considérée dans la P-38 et dans sa mise en œuvre. Pourtant, ces familles se retrouvent dans des positions délicates et inconfortables, devant souvent, ultimement, dénoncer leur proche et se placer dans une position antagoniste lorsque s'écoule l'attente vers la dangerosité. Notre réflexion éthique, qui dégage des rôles plutôt contradictoires de la famille dans la procédure entourant la garde, fait émerger une question importante : « ne serait-il pas temps de considérer les familles et les proches non pas comme des adversaires, mais plutôt comme des alliés précieux dans la recherche de solutions aux problèmes de santé mentale? »³⁸⁶. Or, bien que le PASM 2015-2020 accorde une importance particulière à la relation entre les familles et le système de santé, en

³⁸⁴ *Id.*, à la page 57 et 82.

³⁸⁵ *Id.*, à la page 84.

³⁸⁶ O. BEAUDOIN et J.-M. ROBERT, préc., note 24, 28.

soulignant que leur implication doit être davantage promue et favorisée,³⁸⁷ il appert que sur le terrain, plusieurs proches aidants continuent de se sentir exclus des soins³⁸⁸. Il serait dès lors important d'envisager une plus grande implication de leur part à la fois en amont, au cœur du système de santé mentale ainsi que dans les étapes suivant l'ordonnance de garde.

En effet, le PASM 2015-2020 rapporte que, malgré leur rôle unique de soutien, plusieurs membres de l'entourage confient qu'ils ne sont pas impliqués dans les soins aidant leur proche atteint d'un trouble mental, et ce, de manière proportionnelle au fardeau qui leur incombe au quotidien³⁸⁹. En réponse à cette demande, différents auteurs décrivent les trois rôles que les familles devraient occuper au sein du système de santé mentale, qui leur accorde un statut actif. Il s'agit de se comporter à la fois comme un accompagnateur, un client et un partenaire, créant dans les trois cas une collaboration entre les proches aidants, les intervenants en santé mentale et le patient psychiatrique.

Dans un premier temps, reconnus pour le soutien qu'ils offrent à leur proche, les membres de l'entourage devraient être considérés comme des accompagnateurs ou des alliés de l'équipe traitante³⁹⁰. En tissant des liens étroits avec les intervenants en santé mentale³⁹¹, ils pourraient partager certains renseignements avec l'équipe traitante et participer aux décisions prises en vue de répondre aux besoins que requiert l'état mental du proche³⁹². D'ailleurs, il a été stipulé que la contribution de l'entourage entraîne plusieurs bienfaits, notamment la diminution de la détresse psychologique et du nombre de rechutes chez l'individu atteint d'un trouble mental³⁹³. Au cours de cette collaboration, les intervenants

³⁸⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 18.

³⁸⁸ M.-H. MORIN, préc., note 256, 8 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 164 ; É. PARADIS-GAGNÉ et D. HOLMES, préc., note 256, 17 ; É. PARADIS-GAGNÉ, préc., note 256, p. 7, 71 et 308.

³⁸⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 19.

³⁹⁰ Hélène FRADET, « Il était une fois une famille... », (2012) 20-4 *Le partenaire* 11, 12 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 167.

³⁹¹ J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 167.

³⁹² M.-H. MORIN, préc., note 256, 8 ; H. FRADET, préc., note 390, 13 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 167 ; Marie-Hélène MORIN et Myreille ST-ONGE, « La collaboration entre les parents et les travailleuses sociales œuvrant dans une clinique spécialisée pour les premières psychoses : une voie prometteuse pour établir un réel partenariat », (2016) 33-2 *Revue canadienne de service social* 229, 234, 241-242.

³⁹³ M.-H. MORIN et M. ST-ONGE, préc., note 392, 231 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 19.

se réfèreraient à la famille comme source sérieuse et capitale d'information³⁹⁴. Puisque les familles sont souvent des témoins privilégiées des comportements et des manifestations liés au trouble psychique de leur proche, elles pourraient transmettre leurs observations au psychiatre, tout comme elles ont l'obligation de rapporter les faits précis pour justifier la requête d'une évaluation psychiatrique. Cela permettrait d'informer le psychiatre des diverses crises qui surviennent et de la détérioration de l'état mental du patient, ou de son amélioration. De surcroît, ces informations pourraient considérablement aider le médecin spécialiste à renforcer son alliance thérapeutique avec son patient et à adapter son approche clinique ainsi que son évaluation de traitement en fonction de ce qui lui est raconté par l'entourage. En écoutant les familles, il pourrait cibler des solutions efficaces pour stabiliser l'état mental de l'individu gardé. La situation paradoxale découlant des rôles dichotomiques des familles pourrait ainsi s'atténuer. Lors de notre entretien avec le Dr Delorme, il nous a confié que certains soignants sont réticents à écouter les proches aidants en raison de leur devoir déontologique de la confidentialité et du secret professionnel³⁹⁵. Cependant, l'article 59 du *Code de déontologie des médecins*³⁹⁶ prévoit l'obligation des soignants de « collaborer avec les proches du patient ou toute autre personne qui démontre un intérêt significatif pour celui-ci ». De plus, il s'avère que si tout se fait dans le respect, l'écoute des familles ne devrait pas brimer les droits du patient en question³⁹⁷ puisqu'elle n'est pas contraire aux devoirs déontologiques des médecins. En effet, cela impliquerait un échange ouvert d'informations à sens unique, c'est-à-dire de la part des familles à l'équipe traitante. Notons que pour préserver le secret professionnel prévu à l'article 20 du *Code de déontologie des médecins*, il serait opportun, selon nous, que le patient, principal intéressé, soit avisé en toute transparence de l'implication de sa famille dans les soins qui le concernent. Le Dr Delorme suggère, à cet effet, que les familles qui agissent en tant qu'accompagnatrices devraient demander au médecin que le contenu de leurs discussions soit inscrit dans le dossier du patient en question pour que tout soit bien documenté advenant une plainte de sa part³⁹⁸.

³⁹⁴ M.-H. MORIN, préc., note 256, 8 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 19.

³⁹⁵ Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

³⁹⁶ *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17.

³⁹⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 19.

³⁹⁸ Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme.

Le système de santé devrait, par conséquent, s'adapter à l'implication essentielle des familles en tant qu'alliées dans les étapes précédant une éventuelle garde et non seulement lors de la dénonciation de la dangerosité. En tant que dénonciatrices du caractère dangereux d'un être cher, les familles devraient aussi pouvoir s'impliquer en amont. Afin de redéfinir le rôle des familles, il faudrait prévoir de nouveaux privilèges pour elles dans chacun des établissements de santé qui devraient être respectés par l'ensemble des soignants en santé mentale. Puisque l'équipe traitante ne donne pas toujours la même valeur et considération à l'engagement des familles malgré les mesures proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux³⁹⁹, ces privilèges permettraient de solliciter et de consolider leur implication, tout en respectant la confidentialité des patients.

Avant de nous concentrer sur leur rôle de partenaire, il nous faut traiter brièvement du rôle du client qui pourrait être dévolu aux familles. Compte tenu de la détresse psychologique éprouvée par celles-ci, il faudrait traiter leurs besoins afin de répondre adéquatement à la souffrance vécue en soutenant leur proche jusqu'à ce qu'il soit jugé suffisamment dangereux pour être gardé en établissement. Cet entourage devrait être davantage soutenu et orienté au travers des services accessibles dans le réseau de la santé mentale⁴⁰⁰, que ce soit à un moment où le besoin est criant, dans le contexte d'une demande garde en établissement par exemple, ou à la suite d'une hospitalisation⁴⁰¹. Soutenir les familles en tant que clientes pourrait réduire le recours à la garde et favoriser le sentiment d'espoir plutôt que celui de culpabilité⁴⁰².

Enfin, lorsqu'il est question du critère de dangerosité, les membres de la famille qui soutiennent un proche ayant un problème de santé mentale devraient, en plus d'être reconnus dans leur rôle d'accompagnateurs, être considérés comme des partenaires actifs dans l'organisation et l'élaboration des services, des programmes et des politiques⁴⁰³. De

³⁹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 20.

⁴⁰⁰ J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 168 ; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 19.

⁴⁰¹ Catherine BRIAND, Rose-Anne ST-PAUL et Francine DUBÉ, « Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : l'initiative Pair Aidant Famille », (2016) 41-2 Santé mentale au Québec 177, 179.

⁴⁰² *Id.*

⁴⁰³ M.-H. MORIN, préc., note 256, 8 ; H. FRADET, préc., note 390, 13 ; J.-P. BONIN *et al.*, préc., note 256, 169.

ce fait, dans ce rôle de partenaire, les familles devraient être consultées en ce qui a trait aux modifications du régime de garde en établissement, mais aussi aux services offerts en santé mentale. Par le biais de l'analyse éthique, il a été possible de constater que la loi actuelle qui régit la garde en établissement ne considère pas la réalité vécue par les familles témoins, en leur imposant de signaler le danger présenté par leur proche aux prises avec un trouble mental. Certes, l'application stricte du critère de dangerosité ne correspond pas toujours adéquatement à ce qu'elles vivent au quotidien avec leur proche. Cette condition fondamentale comme seul motif d'intervention pour les familles souffrantes constitue également une entrave à un partenariat actif de leur part. Puisqu'elles occupent, de manière évidente, une place primordiale dans l'évolution de la vie de leur proche, il faudrait considérer systématiquement leur perception des choses⁴⁰⁴. La prise en compte des témoignages des proches aidants et l'acquisition d'une meilleure compréhension de ce qu'ils vivent pourraient permettre à ces derniers d'être d'importants partenaires actifs pour repenser le fonctionnement du régime de garde en établissement et des soins accessibles aux individus souffrant de troubles mentaux⁴⁰⁵.

En d'autres mots, l'implication des proches aidants dans le système de santé et dans les étapes suivant l'ordonnance de garde permettrait de pallier, en partie, certains enjeux éthiques posés par l'application actuelle du critère de dangerosité. Plutôt que d'agir comme adversaire auprès d'un être cher présentant un trouble psychique, la famille pourrait accompagner les soignants à différentes étapes afin de maximiser la stabilité de la condition mentale de leur proche et diminuer la possibilité d'une crise dangereuse éventuelle. En d'autres termes, il serait opportun de reconnaître le rôle de soutien que peuvent offrir les familles dans la quête de solutions adaptées aux besoins spécifiques du patient psychiatrique. En plus de donner cette place privilégiée aux proches dans le contexte de la mise en œuvre du régime de garde en établissement et de revoir leur rôle et leurs pouvoirs, une quatrième et dernière proposition réfère à un accès facilité à des pratiques non médicamenteuses pour pallier les obstacles causés par l'application du critère de dangerosité.

⁴⁰⁴ D. LAROCHELLE, préc., note 265, p. 24.

⁴⁰⁵ *Id.*, p. 25.

4. Un accès accru à des pratiques psychosociales

Il va sans dire que notre examen de l'application du critère de dangerosité a révélé que cette pierre d'assise comporte des limites éthiques, entre autres lorsque les familles veulent agir en prévention. De la même manière, nous avons constaté dans la section 2 de la partie II que les soignants semblent confrontés à adopter une approche pharmacologique pour gérer la dangerosité présentée par les personnes atteintes de troubles mentaux⁴⁰⁶. Selon l'AGIDD-SMQ, il s'avère qu'une réelle prévention de situations dramatiques ou de crises nécessite l'action en amont⁴⁰⁷. Il faut s'attarder sur le développement de ressources et de pratiques non médicamenteuses qui permettent une adéquation efficace entre les besoins criants des patients atteints d'une condition de santé mentale et les soins et services⁴⁰⁸. À cette fin, il importe d'offrir les services et surtout un accès accru à des pratiques psychosociales pour les individus souffrant de troubles psychiques afin de prévenir la détérioration des symptômes inhérents à leur trouble mental.

Bien que les psychotropes semblent souvent constituer l'option thérapeutique privilégiée, des données probantes issues de la recherche en psychiatrie viennent démontrer que la psychothérapie représente un traitement qu'il conviendrait de considérer davantage. En effet, comme le confirme l'Institut national de l'excellence en santé et services sociaux (ci-après l'« INESSS »), ces recherches démontrent que diverses formes de psychothérapie sont souvent aussi efficaces que le traitement pharmacologique pour les problèmes de santé mentale⁴⁰⁹. Certains chercheurs impliqués ont même conclu que les bénéfices de la psychothérapie sont parfois supérieurs à ceux tirés de la prise de médicaments, car ils perdurent à plus long terme et réduisent les risques de rechute⁴¹⁰.

⁴⁰⁶ *Supra*, p. 56-58.

⁴⁰⁷ AGIDD-SMQ, préc., note 222, p. 23.

⁴⁰⁸ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 132 et 140 ; AGIDD-SMQ, préc., note 222, p. 18 et 23.

⁴⁰⁹ A. FANSI et C. JEHANNO, préc., note 314, p. 1 ; A. FANSI, C. JEHANNO, M. LAPALME, M. DRAPEAU et S. BOUCHARD, préc., note 314, 148 ; Helen-Maria VASILADIS, Anne DEZETTER, Alain LESAGE et Martin DRAPEAU, « Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones », (2015) 40-4 *Santé mentale au Québec* 15, 18.

⁴¹⁰ A. FANSI et C. JEHANNO, préc., note 314, p. ii ; A. FANSI, C. JEHANNO, M. LAPALME, M. DRAPEAU et S. BOUCHARD, préc., note 314, 149 ; H.-M. VASILADIS, A. DEZETTER, A. LESAGE et M. DRAPEAU, préc., note 409, 18.

Pour les troubles mentaux plus sévères, la combinaison des deux formes de traitement présente une efficacité optimale⁴¹¹. Les interventions psychosociales peuvent donc être considérées comme une forme de prévention comparable à l'approche pharmacologique auprès d'individus souffrant d'un trouble psychique. Dans cette optique, la psychothérapie pourrait s'avérer un outil fondamental pour contrer la consommation excessive de la médication⁴¹² qui, nous le rappelons, génère chez plusieurs patients de nombreux effets secondaires. Il a été rapporté que la consolidation des démarches d'aide et d'accompagnement à dimension humaine peut réduire les risques d'hospitalisation⁴¹³, les symptômes mettant le patient en danger⁴¹⁴ et les différentes formes de stigmatisation⁴¹⁵. Ainsi, si la psychothérapie a pour conséquence de diminuer l'utilisation du régime de garde en établissement de santé, il est possible d'affirmer que le critère de dangerosité sera moins appliqué.

Malgré leur efficacité avérée, il demeure que les services et soins en psychothérapie au Québec ne sont pas souvent couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec. En effet, celle-ci rembourse uniquement les soins psychologiques offerts dans le secteur public. Or, seulement le tiers des psychologues au Québec travaille dans le secteur public⁴¹⁶. Compte tenu de cette proportion, les services psychologiques dans le réseau public ne parviennent pas à répondre aux besoins les plus urgents en santé mentale. Cela entraîne inévitablement des délais de plusieurs mois, voire plusieurs années, avant de pouvoir consulter un professionnel de la santé⁴¹⁷, ce qui dénote un accès déficient à des services essentiels. Les symptômes inhérents aux troubles mentaux peuvent ainsi s'aggraver et éventuellement conduire au développement d'un caractère dangereux qui permettra l'admissibilité des patients à la garde en établissement. Il nous semble que les lacunes relatives à l'accessibilité et au financement à la psychothérapie limitent les

⁴¹¹ *Id.*

⁴¹² AGIDD-SMQ, préc., note 222, p. 23.

⁴¹³ ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, préc., note 23, p. 140 ; P. MORIN et S. CARRIER, préc., note 328, p. 29.

⁴¹⁴ P. MORIN et S. CARRIER, préc., note 328, p. 36.

⁴¹⁵ *Id.*, p. 38.

⁴¹⁶ A. FANSI et C. JEHANNO, préc., note 314, p. 1.

⁴¹⁷ *Id.*, p. 1 et 5.

chances de remplir l'objectif du PASM 2015-2020 qui consiste à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux⁴¹⁸.

Conséquemment, en 2019, le *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* a été mis en application afin de bonifier l'accès à la psychothérapie dans les établissements publics⁴¹⁹. Ce programme d'accès et d'accompagnement en santé mentale s'adresse aux personnes prises avec un trouble mental fréquent, c'est-à-dire une condition qui touche un plus grand nombre de personnes au Québec, telle qu'un trouble dépressif ou les troubles anxieux⁴²⁰. Bien qu'un pas dans la bonne direction, ce nouveau régime ne couvre pas, à ce jour, d'autres types de troubles mentaux plus graves, comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, afin de combler l'ensemble des besoins psychologiques au Québec. Il apparaît urgent d'améliorer davantage l'offre et l'accessibilité des services de psychothérapie pour une variété de diagnostics puisqu'ils constituent une option intéressante et essentielle pour agir en amont de la dangerosité et éventuellement, réduire la stigmatisation et la consommation de psychotropes.

Cette discussion concernant les soins et services offerts en santé mentale nous amène à brièvement réfléchir à la réalité que nous devons tous affronter aujourd'hui, soit la pandémie de la COVID-19. Afin d'éviter la propagation du coronavirus, le gouvernement a demandé à la population québécoise de se confiner et de limiter les contacts sociaux. De ce fait, l'INESSS et l'Institut national de la santé publique du Québec ont émis plusieurs avis comportant des constats particuliers à l'égard des répercussions significatives de cette crise sanitaire sur le plan physique, psychologique et émotionnel. Pour contrer les effets néfastes de la COVID-19 sur la santé mentale et assurer une réponse adéquate, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place le *Plan d'action : services*

⁴¹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 2, p. 1 et 7.

⁴¹⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Obtenir de l'aide et du soutien pour les troubles mentaux fréquents : Document d'information à l'intention du public*, Québec, Publications du Québec, 2019, p. 5 ; GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Santé mentale*, en ligne : <<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebécois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>>.

⁴²⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 418, p. 2 ; GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, préc., note 419.

*psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19*⁴²¹. En effet, depuis le début du confinement, il est estimé qu'environ 15 % des Québécois vivent une détresse psychologique grave en raison de la pandémie actuelle⁴²², d'où l'importance de se pencher sur les mesures à mettre en place pour soutenir la population québécoise. Dans le but d'assurer l'accès à des services psychosociaux et en santé mentale en temps utile, ce plan d'action octroie une aide d'urgence d'une somme totale de 31,1 millions de dollars⁴²³. Il porte aussi une attention particulière aux personnes qui sont déjà atteintes de problèmes de santé mentale afin de prévenir toute détérioration et réduire le recours à l'hospitalisation⁴²⁴. Par exemple, pour les individus qui présentent un trouble mental sévère, les établissements intensifient les suivis et les services spécialisés puis augmentent l'accès rapide à un intervenant⁴²⁵. D'ailleurs, notons que des ordonnances de garde provisoire ont été rendues dans le contexte de pandémie, plus précisément parce que le non-respect des consignes de distanciation et de confinement prescrites par le gouvernement exposait certains défendeurs souffrant de troubles psychiques ainsi que leurs proches et la communauté à des situations dangereuses de contagion⁴²⁶. Des mesures sont aussi mises en place pour les personnes gardées dans les unités de psychiatrie, notamment l'imposition d'un suivi quotidien, l'ajout de personnel supplémentaire et la mise en œuvre de la télécommunication pour les ordonnances de garde en établissement⁴²⁷.

Ainsi, cette crise sanitaire nous permet de constater que le gouvernement agit en prévention et semble conscient de l'ampleur de certains problèmes d'ordre psychologique vécus par la population québécoise. Ces démarches adoptées en santé mentale sont importantes, mais dévoilent également d'autres failles du système de santé du Québec. Il

⁴²¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19*, Québec, Publications du Québec, 2020.

⁴²² *Id.* p. 1.

⁴²³ *Id.*, p. 7

⁴²⁴ *Id.*, p. 12.

⁴²⁵ *Id.*

⁴²⁶ *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. C.G.*, 2020 QCCQ 1586, par. 4, 6 et 14 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (Hôpital Charles-Lemoyne) c. J.S.*, 2020 QCCQ 1326, par. 115, 116, 123 et 124 ; *Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre c. V.A.*, 2020 QCCQ 1315, par. 13, 30, 23, 34 et 35.

⁴²⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 421, p. 13.

aura fallu qu'une crise sanitaire affecte la population de façon sournoise et imprévue pour que le gouvernement se préoccupe davantage de l'accessibilité des soins psychosociaux et investisse dans le bien-être des Québécois. Nous sommes d'avis que ces actions entreprises pour mieux servir les personnes présentant des symptômes de troubles mentaux avant qu'elles ne soient dangereuses auraient dû être adoptées bien avant la lutte contre cette pandémie. En développant ces mesures avant la propagation de la COVID-19, il aurait été possible de protéger la sécurité de plusieurs individus et celle du public, tout en réduisant l'application du critère de dangerosité, qui, nous l'avons vu, comporte plusieurs limites. En stipulant qu'« on protège aussi sa santé mentale »⁴²⁸ comme message, le ministère de la Santé et des Services sociaux fait valoir, avec raison, que les troubles mentaux constituent des problèmes de santé, au même titre que les troubles physiques. Il est nécessaire de faire tomber la frontière existante entre la santé mentale et la santé physique dans le système de santé au Québec. Cela nous permettra peut-être de réduire le recours aux médicaments et d'assurer une réelle prise en charge des patients souffrant, en amont, dans le but de prévenir leur dangerosité et contrer la stigmatisation dont ils sont trop souvent victimes.

En résumé, l'accessibilité rapide à des services psychosociaux lorsque l'état mental d'un individu se détériore reste un enjeu majeur et important au Québec. Afin de ne pas négliger le milieu de la santé mentale, l'élaboration d'un système de soins en santé mentale avant-gardiste et accessible devrait être une priorité pour le gouvernement québécois. Le Québec doit être en mesure de s'engager à réagir aux besoins criants des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ainsi que ceux de leur entourage. De ce fait, la population québécoise mérite que son système de santé lui fournisse un soutien psychologique accru et gratuit en toutes circonstances.

Dans le cadre de la garde en établissement d'un patient psychiatrique, balancer les diverses valeurs et priorités au cœur du régime constitue un défi de taille. Au-delà de la précision et de la révision du critère de dangerosité au sein de la loi, il existe d'autres options qui

⁴²⁸ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Stress, anxiété, déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19*, en ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Hebdo_DoublesPages_Enligne_20-667x12-5_FR.pdf?1585858353>.

contribueraient à pallier les lacunes du principe de la dangerosité qui est au cœur de la mise en œuvre de la P-38. À l'issue de notre réflexion, il nous semble opportun de développer une formation continue et commune pour les acteurs ayant à appliquer la P-38 et de créer un tribunal spécialisé afin de garantir une application plus uniforme et équitable du critère de dangerosité. Ces deux recommandations pourraient contribuer à répondre aux limites juridiques qui existent actuellement dans le régime de garde en établissement. Par la suite, impliquer davantage les familles dans les soins de santé mentale et assurer un accès facilité à des pratiques psychosociales viendraient répondre à certaines préoccupations éthiques liées à l'application du critère de dangerosité.

Conclusion

En conclusion, cet essai de maîtrise ne se voulait pas une étude exhaustive du régime actuel de garde en établissement de santé au Québec, mais plutôt une incitation à aborder et à considérer les principales préoccupations qui encadrent la mise en application de la P-38. Pour la recherche de l'équilibre entre la sauvegarde des droits fondamentaux du patient psychiatrique et la protection de celui-ci et de la population, la P-38 consacre le critère de dangerosité comme l'unique motif permettant d'utiliser la mesure exceptionnelle de la garde en établissement. À la lumière de la présente analyse, il nous est possible d'affirmer que cette pierre d'assise de la P-38 comporte actuellement des limites juridiques et éthiques qui ne peuvent être ignorées.

Le chapitre préliminaire de cet essai nous a permis d'abord de comprendre que la psychiatrie est un champ de pratique complexe en raison des multiples hypothèses permettant de justifier le développement d'un trouble mental chez un individu et de symptômes variés permettant d'aboutir à un diagnostic psychiatrique. De plus, en survolant les principes du régime, quoiqu'il existe des différences majeures entre les trois types de garde, le point majeur qui demeure problématique est la notion du danger allégué pour prouver la nécessité de garder une personne atteinte d'un trouble mental contre son gré.

La partie I de cet essai nous a permis de nous pencher sur les principales limites juridiques de l'application du critère de dangerosité, qui n'est pas défini précisément ni explicitement par le législateur. Cette analyse parcourt un éventail d'aspects légaux reliés à l'évaluation de la dangerosité occasionnée par l'état mental d'un individu souffrant d'un trouble psychique. Que le danger soit grave et immédiat ou plutôt sérieux et probable, le législateur omet d'établir des balises claires pour tout type de garde dans la loi. Dès lors, la preuve soumise au tribunal par les experts demeure un enjeu préoccupant. L'interprétation du danger invoqué reste à la discrétion des experts en santé mentale et des tribunaux et peut s'avérer différente pour chacun. Cette latitude génère une application irrégulière des motifs permettant de prouver la dangerosité, de sorte que les patients ne sont pas toujours traités justement et équitablement. Il existe également d'autres facteurs qui peuvent affecter la façon dont le critère de dangerosité est interprété et appliqué, notamment la présence des patients devant le tribunal et leur représentation par avocat. Ces éléments illustrent que l'équilibre ciblé n'est pas toujours réalisé et que le critère de dangerosité demeure imparfait et insuffisant pour atteindre l'objectif de la loi.

Dans la seconde partie de cet essai, nous avons adopté une démarche éthique qui nous a permis d'analyser l'impact de l'application du critère de dangerosité sur trois acteurs importants au cœur de la mise en œuvre de la P-38, soit les familles, les soignants et la société. Il appert que les responsabilités et obligations dévolues aux familles, c'est-à-dire soutenir un proche atteint d'un trouble psychique, avoir à dénoncer sa dangerosité et attendre qu'il satisfasse le critère de dangerosité pour une prise en charge par l'établissement, contribuent à générer une souffrance et des conflits de loyauté au sein des familles. En outre, le critère de dangerosité a également des effets sur la pratique clinique des soignants, plus particulièrement sur l'alliance thérapeutique bâtie avec leurs patients mis sous garde et sur le recours aux médicaments psychotropes comme solution thérapeutique. Enfin, la reconnaissance de la notion de dangerosité et le recours à l'intervention policière dans un but préventif participent à influencer la perception de la société face aux individus souffrant de troubles mentaux, ce qui peut contribuer à entraîner une certaine stigmatisation à leur égard. Cette approche éthique, qui est complémentaire au droit et qui nous permet de considérer les impacts de la mise en œuvre de la P-38 sur

différents acteurs, met de l'avant d'autres limites associées au critère de dangerosité comme unique motif de prise en charge d'un patient présentant un problème de santé mentale. Il ressort de ces deux parties que l'application de cette pierre d'assise de la P-38 à l'égard des individus souffrant de troubles mentaux constitue un enjeu de taille, mettant ainsi en lumière quelques défaillances du régime d'hospitalisation involontaire.

Dans la dernière partie de cet essai, hormis la modification de la P-38 par une clarification de la portée du critère de dangerosité par le législateur, nous avons proposé des pistes de solutions qui pourraient, à terme, aider le Québec à entreprendre certains changements majeurs en santé mentale. Dans le but de rétablir un meilleur équilibre des valeurs en cause dans le contexte de garde en établissement, nous avons tenté de dégager des propositions qui pourraient contribuer à réduire l'atteinte aux droits fondamentaux des patients, tout en protégeant ceux-ci ainsi que le reste de la société. À notre avis, le Québec détient tous les moyens nécessaires afin d'explorer ces différentes possibilités pour pallier les difficultés liées à l'application de la notion de dangerosité. Tout compte fait, notre analyse à la fois juridique et éthique nous permet de comprendre que la problématique entourant la pierre d'assise de la P-38 perdure depuis de nombreuses années. Cela dit, nous espérons que les circonstances actuellement vécues en contexte de pandémie permettront de jeter un nouvel éclairage sur les situations difficiles qui touchent plusieurs personnes au sein de la société québécoise.

Bibliographie

TABLE DE LA LÉGISLATION

Textes constitutionnels

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*
[annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, 1982, c. 11 (R.-U.)]

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

Textes québécois

Code civil du Québec, RLRQ, c. C-1991

Code de déontologie des médecins, RLRQ, c. M-9, r. 17

Code de procédure civile, RLRQ, c. C-25.01

Loi sur la justice administrative, RLRQ, c. J-3

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q. 1997, c. P-38.001

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q. 1997, c. P-38.001, entrée en vigueur le 1^{er} juin 1998 (décret), (1998) 20 G.O. II, 2481

Loi sur la protection du malade mental, L.R.Q, c. P-41

TABLE DE LA JURISPRUDENCE

Jurisprudence québécoise

A. c. Centre hospitalier de St. Mary, 2007 QCCA 358

Affaires sociales – 406, [2000] T.A.Q. 267

Affaires sociales – 518, [2000] T.A.Q. 1049

A.G. c. CISSS A (Hôpital A), 2018 QCTAQ 04955

A. S. c. CSSS A, 2014 QCTAQ 0151003

B.H. c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau, 2009 QCCS 585

B.S. c. CIUSSS A (Hôpital A), 2018 QCTAQ 02842

Centre de santé et de services sociaux de Lac-St-Jean-Est c. M.T., 2011 QCCQ 15932

Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup c. C.B., 2010 QCCQ 6315

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. G.B., 2010 QCCQ 4824

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. M.B., 2009 QCCQ 7649

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. P.B., 2012 QCCQ 7330

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles c. X, 2011 QCCQ 17765

Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher c. A.G., 2009 QCCA 2395

Centre hospitalier St-Mary c. M.B., 2012 QCCQ 2094

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord c. J.L., 2020 QCCQ 394

Centre intégré de santé et des services sociaux de la Côte Nord, point de service de Sept-Îles c. Y.B., 2015 QCCQ 14949

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie, Hôpital de Maria c. E.L., 2019 QCCQ 7568

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre (Hôpital Charles-Lemoyne) c. J.S., 2020 QCCQ 1326

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre c. V.A., 2020 QCCQ 1315

Centre universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier de Sherbrooke c. M.L., 2019 QCCS 4575

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais c. E.R., 2015 QCCQ 12402

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles c. B.C., 2019 QCCQ 380

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. C.C., 2018 QCCQ 5626

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. C.G., 2020 QCCQ 1586

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. F.S., 2019 QCCQ 1944

Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent (Centre hospitalier régional du Grand-Portage) c. L.P., 2017 QCCQ 9048

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean c. T.P., 2016 QCCQ 16491

C.R. c. Institut A, 2010 QCTAQ 0435

CSSS du Nord de Lanaudière c. B.B., 2014 QCCQ 8410

D.M. c. CIUSS A (Hôpital A), 2019 QCTAQ 1012

Dubé c. J.B., 2017 QCCQ 8605

Dubé c. S.D., 2010 QCCQ 6822

F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria), 2015 QCCA 1129

G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska, 2009 QCCA 2359

G.J. c. Directeur des services professionnels du Centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur, 2007 QCCA 1053

Guèvremont c. A.S., [2004] R.D.F. 467 (C.Q.)

H.B. c. CSSS A, 2016 QCTAQ 07772

Hôpital Jean-Talon c. S.S., 2008 QCCQ 3850

Hôpital Rivières-des-Prairies du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal c. M.H., 2015 QCCQ 12015

I.F. c. Centre hospitalier de l'Université de Montréal, 2017 QCCA 905

Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.), [1994] n° AZ-94012013, (C.A.)

J.B. c. Hôpital A, 2007 QCTAQ 08508

J.C. c. CSSS A, 2010 QCTAQ 10201

J.D. c. Centre hospitalier Robert-Giffard, [2001] T.A.Q. 330

J.E. c. Centre hospitalier A (Hôpital A), 2017 QCTAQ 06742

J.L. c. CIUSSS A, 2017 QCTAQ 05709

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

J.P. c. Hôpital A, 2011 QCTAQ 11504

K.B. et Responsable du CIUSSS (Institut A), 2019 CanLII 131606 (QC T.A.Q.)

K.S. c. Centre de santé et de services sociaux A, 2011 QCTAQ 02684

Laplante c. N. L. (17 septembre 1998), Montréal 500-40-004959-982, p. 2-3

Leblanc c. C.B., 2019 QCCQ 381

M.F. c. Centre hospitalier A, 2009 QCTAQ 0325

M.P. c. Centre hospitalier A (Hôpital A), 2011 QCTAQ 06638

M.S. c. CSSS X, 2006 CanLII 75761 (QC T.A.Q.)

M.T. c. Centre hospitalier Robert-Giffard, 2001 CanLII 56584 (QC T.A.Q.)

N.B. c. Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2007 QCCA 1382

N.C. c. Hôpital A, 2008 QCTAQ 035

P.S. c. Centre A, 2019 QCTAQ 09753

P.S. c. CISSS A (Centre A), 2018 QCTAQ 06129

R.B. c. Centre de santé et de services sociaux de la Baie-James, 2011 QCCQ 8488

R.G. c. Centre hospitalier de l'Université Laval, [2004] n° AZ-50232234 (T.A.Q.)

R.J. c. Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie, [2002] T.A.Q. 220

S.A. c. CISSS A (Hôpital A), 2018 QCTAQ 06582

S.C.-N. c. Centre hospitalier universitaire de Québec, [2004] T.A.Q. 314

S.L. c. Centre hospitalier universitaire de Québec, 2010 QCCA 959

St-Pierre c. M.P., 2007 QCCQ 15763

BIBLIOGRAPHIE

Monographie et ouvrages collectifs

ANESHENSEL, C.S., J. C. PHELAN et A. BIERMAN, *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2^e éd., New York, Springer Science+Business Media Dordrecht, 2013

BERNHEIM, E., *Garde en établissement et autorisation de soins : quel droit pour quelle société?*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2011

COUSINEAU, J., et A. PAYOT, *Droit et politiques de la santé. Partie II : Pratique médicale et scientifique. Chapitre 11 : Développement de l'éthique clinique au Québec*, 2^e éd. sous la direction de M. BOURASSA FORCIER et A-M. SAVARD, Montréal, LexisNexis, 2014, en ligne : <[https://advance-lexis-com.ezproxy.usherbrooke.ca/document/?pdmfid=1505209&crid=361f38d0-caaa-4715-bdb0-d94330bb5449&pddocfullpath=%2Fshared%2Fdocument%2Fanalytical-materials-ca%2Furn%3AcontentItem%3A5YSP-7DV1-K054-G35R-00000-00&pdtocnodeidentifier=AAFAAG&comp=Jdgg&prid=0032b298-0b9c-4481-bf83-77e0778f349d](https://advance.lexis-com.ezproxy.usherbrooke.ca/document/?pdmfid=1505209&crid=361f38d0-caaa-4715-bdb0-d94330bb5449&pddocfullpath=%2Fshared%2Fdocument%2Fanalytical-materials-ca%2Furn%3AcontentItem%3A5YSP-7DV1-K054-G35R-00000-00&pdtocnodeidentifier=AAFAAG&comp=Jdgg&prid=0032b298-0b9c-4481-bf83-77e0778f349d)>

GOUBAU, D. avec la collab. d'A.-M. SAVARD, *Le droit des personnes physiques*, 6^e éd., Montréal, Éditions Yvon Blais, 2019 (La référence)

KOURI, R. P., et S. PHILIPS-NOOTENS, *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017 (La référence)

REDISH, D. et J.A. GORDON, *Computational Psychiatry: New Perspectives on Mental Illness*, Cambridge, The MIT Press, 2016

Articles de revue et études d'ouvrages collectifs

BEAUDOIN, O. et J.-M. ROBERT, « Santé mentale et justice, Perspective des proches aidants : un sentiment d'impuissance », (2012) 20-4 *Le partenaire* 21

BERNELL, S., and S.W. HOWARD, « Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? », (2016) 4-159 *Frontiers in Public Health* 1

BERNHEIM, E., « Des étiquettes juridiques. La catégorisation par le droit en santé mentale », (2012) 67 *Lien social et Politiques* 107

BERNHEIM, E., « Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen », (2009) 54-3 *Revue de droit de McGill* 547

- BERNHEIM, E., « Le refus de soins psychiatrique est-il possible au Québec ? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice », (2019) 11-1 *Aporia* 28
- BERNHEIM, E., G. CHAULIFOUR et R.-A. LANIEL, « La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins », (2016) 9-2 *Revue de droit et de santé de McGill* 337
- BERNHEIM, E., et L.-P. JANNARD, « Les justiciables non représentés face à la justice », (2018) 39 *Windsor Review of Legal and Social Issues* 67
- BONIN, J.-P., G. CHICOINE, H. FRADET, C. LARUE, H. RACINE, M.-C. JACQUES et D. ST-CYR TRIBBLE, « Le rôle des familles au sein du système de santé mentale au Québec », (2014) 39-1 *Santé mentale au Québec* 159
- BONIN, J.-P., C. LARUE, G. CHICOINE, M. DOSTIE et H. RACINE, « Les familles de personnes atteintes de troubles mentaux et gestion de risque », (2014) 23-2 *Le partenaire* 25
- BRIAND, C., R.-A. ST-PAUL et F. DUBÉ, « Mettre à contribution le vécu expérientiel des familles : l’initiative Pair Aidant Famille », (2016) 41-2 *Santé mentale au Québec* 177
- COUTURE-TRUDEL, P.-M., et M.-È. MORIN, « La garde en établissement au Québec : enjeux de détention civile en psychiatrie », (2007) 32-1 *Santé mentale au Québec* 229
- DA SILVA GUERREIRO, J., K. POITRAS, D. CASONI et P. LECLERC, « La preuve psychologique devant les tribunaux : barrières communicationnelles et épistémiques », (2018) 39-3 *Revue québécoise de la psychologie* 7
- DORÉ, I. et J. CARON, « Santé mentale : concepts, mesures et déterminants », (2017) 42-1 *Santé mentale au Québec* 125
- FRADET, H., « Entre la judiciarisation et l’intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l’entourage des personnes atteintes de maladie mentale », (2009) 34-2 *Santé mentale au Québec* 31
- FANSI, A., C. JEHANNO, M. LAPALME, M. DRAPEAU et S. BOUCHARD, « Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l’adulte : une revue de la littérature », (2015) 40-4 *Santé mentale au Québec* 141
- LACROIX, A., « L’insuffisance du droit en matière d’éthique ou les lois sur l’éthique : voyage au pays de l’absurde ! », (2011) 13-1 *Éthique publique*, en ligne : <https://journals.openedition.org/ethiquepublique/377#text>

- LANIEL, R.-A., A. BAHARY-DIONNE et E. BERNHEIM, « Agir seul en justice : du droit au choix – État de la jurisprudence sur les droits des justiciables non représentés », (2018) 59-3 *Les Cahiers de droit* 495
- LAUZON, J., « L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux », (2002-03) 33 *R.D.U.S* 219
- MANTOURA, P., M.-C. ROBERGE et L. FOURNIER, « Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations », (2017) 42-1 *Santé mentale au Québec* 105
- MORIN, M.-H., « D'agent causal... à famille compétente : un regard sur la transformation du rôle des membres de familles dans les pratiques en santé mentale », (2012) 20-4 *Le partenaire* 4
- MORIN, M.-H., et M. ST-ONGE, « La collaboration entre les parents et les travailleuses sociales œuvrant dans une clinique spécialisée pour les premières psychoses : une voie prometteuse pour établir un réel partenariat », (2016) 33-2 *Revue canadienne de service social* 229
- OTERO, M., « Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine », (2007) 39-1 *Sociologie et sociétés* 51
- PARADIS-GAGNÉ, É., et D. HOLMES, « Violence familiale, santé mentale et justice : une recherche qualitative sur l'expérience des familles vivant avec un proche présentant des comportements violents », (2019) 11-1 *Aporia* 16
- PROVENCHER, D., « La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance ? », (2010) 19-1 *Le partenaire* 18
- RODRIGUEZ, L. et M.-L. POIREL, « Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : La Gestion autonome des médicaments de l'âme », (2007) 19-2 *Nouvelles pratiques sociales* 111
- SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA SCHIZOPHRÉNIE, « Santé mentale et justice », (2017) 21-1 *Défi schizophrénie* 1
- TELLES-CORREIA, D., « Mental Disorder : Are we moving away from distress and disability? », (2018) 24-5 *Journal of Evaluation In Clinical Practice* 973
- TELLES-CORREIA, D., S. SARAIVA et J. GONÇALVES, « Mental Disorder – The Need for an Accurate Definition », (2018) 9-64 *Frontiers in Psychiatry*, en ligne : [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857571/>](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857571/)

- UHER, R., « Gene-environment interactions in severe mental illness », (2014) 5-48
Frontiers in Psychiatry 1
- UHER, R., et A. ZWICKER, « Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness », (2017) 16-2 *World Psychiatry* 121
- VANHEULE, S. et I. DEVISCH, « Mental suffering and the DSM-5 : a critical review », (2014) 20-6 *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 975
- VASILADIS, H.-M., A. DEZETTER, A. LESAGE et M. DRAPEAU, « Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones », (2015) 40-4 *Santé mentale au Québec* 15
- WARD, T., et S. CLACK, « From symptoms of psychopathology to the explanation of clinical phenomena », (2019) 54 *New Ideas in Psychology* 40
- WASSEF, A., « Questionnements et malaises d'une future psychiatre », (2017) 42-1
Santé mentale au Québec 445
- YIN, M., Z. LI et C. ZHOU, « Experience of stigma among family members of people with severe mental illness : A qualitative systematic review », (2020) 29
International Journal of Mental Health Nursing 141

Publications du Barreau du Québec

- BERNHEIM, E., « Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la mise en question », dans S.F.C.B.Q., vol. 393, *La protection des personnes vulnérables* (2015), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 197
- CAUX, C., et J. LECOMTE, « Le consentement aux soins en contexte d'interventions psychosociale : état des connaissances et réflexions », dans S.F.C.B.Q., vol. 330, *La protection des personnes vulnérables* (2011), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 217
- DESCHAMPS, P., « L'appropriation culturelle de l'éthique par le droit dans le domaine de la santé », dans S.F.C.B.Q., vol. 452, *La protection des personnes vulnérables* (2020), Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 47
- GAGNÉ, P., « Maladie mentale et responsabilité criminelle : où allons-nous? », dans S.F.C.B.Q., *Congrès annuel du Barreau du Québec* (2014), p. 3
- JOCHEMS, M., et N. LACHANCE, « Le Bureau du majeur inapte gardien des droits des personnes vulnérables, proposition d'un modèle de soutien clinique et administratif pour les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux », dans S.F.C.B.Q., *La protection des personnes vulnérables* (2020), Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 5

- LAFLEUR, M.-C., et A. RAINVILLE, « L'absence de mécanismes de révision dans le cadre des requêtes en autorisation de traitements : une violation du principe de sauvegarde de l'autonomie? – Réflexion, pistes de solutions et difficultés », dans S.F.C.B.Q., vol. 330, *La protection des personnes vulnérables (2011)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 43
- LAUZON, J., « Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes pour autrui – Notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril », dans S.F.C.B.Q., vol. 283, *Obligations et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant (2008)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 3
- MÉNARD, J.-P., et P. MARTIN-MÉNARD, « Santé mentale et droits des patients : des interventions attendues de la Cour d'appel », dans S.F.C.B.Q., vol. 452, *La protection des personnes vulnérables (2019)*, Montréal, Éditions Yvon Blais, p. 97
- OTERO, M., « Qu'est-ce que la « folie civile » aujourd'hui? L'alliance volatile des dimensions sociales et mentales », dans S.F.C.B.Q., vol. 359, *La protection des personnes vulnérables (2013)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 35
- PROVENCHER, D., et A. RAINVILLE, « Mythes en droit de la santé mentale : enjeux sociaux et juridiques », dans S.F.C.B.Q., vol. 315, *La protection des personnes vulnérables (2010)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 143
- RAINVILLE, A., « Le droit d'être entendu des personnes vulnérables : recommandations pour sauvegarder et améliorer ce droit fondamental », dans S.F.C.B.Q., vol. 393, *La protection des personnes vulnérables (2015)*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 129

Documents gouvernementaux

- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA, *Recherche sur le suicide et sa prévention : Ce que révèlent les données probantes et sujets de travaux de recherches ultérieurs*, Ontario, 2018
- COMMISSION DE L'ÉTHIQUE DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE, *Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique*, Québec, Publications du Québec, 2009
- DIRECTION DE LA SANTÉ MENTALE, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2011
- FANSI, A., et C. JEHANNO, *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement*

des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015

MACCOURT, P., et LE COMITÉ CONSULTATIF SUR LES AIDANTS MEMBRES DE LA FAMILLE, *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale* » Calgary, Commission de la santé mentale du Canada, 2013

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC, *Garde en établissement et autorisation de soins – statistiques – R-88707*, Québec, 2020, en ligne :
<https://www.justice.gouv.qc.ca/fileadmin/user_upload/contenu/documents/Fr_francais/_centredoc/rapports/ministere/acces_information/decisions-documents/2020/dai_no_88707.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, Québec, Publications du Québec, 2018

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, Publications du Québec, 2017

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental*, Québec, Publications du Québec, 2018

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Obtenir de l'aide et du soutien pour les troubles mentaux fréquents : Document d'information à l'intention du public*, Québec, Publications du Québec, 2019

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action : services psychosociaux et services en santé mentale en contexte de COVID-19*, Québec, Publications du Québec, 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, Suisse, Publications de l'OMS, 2013

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC, *Tableau 1 : Nombre d'audiences tenues en CETM ET LPP*, en ligne :
<<https://www.taq.gouv.qc.ca/documents/file/Document%202020%20D-8.pdf>>

Documents non gouvernementaux

ACTION AUTONOMIE : LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, *Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*.

Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001), Montréal, 2016

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGGID-SMQ), *Psychiatrie : un profond changement de modèle s'impose – Constats et alternatives concernant les mécanismes d'exception : Mesures de contrôle, garde en établissement, autorisation judiciaire de soins,* Québec, 2018

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE, *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence,* Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), Québec, 2014

INSTITUT UNIVERISTAIRE EN SANTÉ MENTALE DE QUÉBEC, *Rapport annuel de gestion 2012-2013,* Québec

MORIN, P., et S. CARRIER, *Les effets de l'aide et de l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale,* AGIDD-SMQ, Québec, 2019

PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport du Protection du citoyen : La contestation du maintien de la garde en établissement devant le Tribunal administratif du Québec : par un recours accessible et diligent,* Québec, 2018

Autres sources

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Santé mentale,* en ligne :
<<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/>>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Santé mentale,* en ligne :
<<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebécois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Stress, anxiété, déprime associés à la maladie à coronavirus COVID-19,* en ligne : <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Hebdo_DoublesPages_Enligne_20-667x12-5_FR.pdf?1585858353>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Statistiques de santé et de bien-être selon le sexe – Tout le Québec,* en ligne :
<<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consultation-d-un-specialiste-en-sante-mentale/>>

PARENT, S., « Faire entrer la salle d'audience dans l'établissement de santé mentale », Association du Barreau canadien – Division du Québec, 26 octobre 2015, en ligne :

<[https://www.abcqc.qc.ca/Publications-Resources/Articles/2015-\(1\)/Faire-entrer-la-salle-d'audience-dans-l'etablissement](https://www.abcqc.qc.ca/Publications-Resources/Articles/2015-(1)/Faire-entrer-la-salle-d'audience-dans-l'etablissement)>

QUINTIN, J., et A.-M. BOIRE-LAVIGNE, *Grille de délibération en éthique clinique*, Sherbrooke, février 2012

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC, Personnes mises sous garde dans un établissement hospitalier – Audience, en ligne :
<<https://www.ta.q.gouv.qc.ca/fr/sante-mentale/personnes-mises-sous-garde-dans-un-etablissement-hospitalier/audience>>

Thèses de doctorat et mémoires de maîtrise

BOUCHARD, P., *Schizophrénie, violence et stigmatisation : l'expérience des familles*, rapport de stage en criminologie, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Montréal, 2017

HUOT, M.-È., *L'implication des personnes ayant vécu un problème de santé mentale : repères pour réduire la stigmatisation et la discrimination*, mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Faculté des études supérieures, Université de Québec à Montréal, 2018

LAROCHELLE, D., *Garde en établissement de santé, Évaluation psychiatrique et accès aux soins en santé mentale : point de vue des familles*, mémoire de maîtrise en travail social, Montréal, Faculté des études supérieures, Université du Québec à Montréal, 2015

PARADIS-GAGNÉ, É., *Familles victimes de violence perpétrée par un proche souffrant de troubles mentaux sévères : une théorisation du phénomène*, thèse de doctorat en sciences infirmières, Ottawa, Faculté des sciences de la santé – École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, 2019

Entretiens

Entretien du 10 mars 2020 à 11h à la Clinique externe de psychiatrie, située au 279, rue de la Providence à Granby, avec le Dr André Delorme, psychiatre au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Son expertise en santé mentale lui a aussi permis de travailler au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux à titre de directeur des services de santé mentale et de directeur général des services de santé mentale et de psychiatrie légale. Il est aussi professeur associé à la Faculté de médecine – Département de psychiatrie et d'addictologie de l'Université de Montréal (ci-après « Entretien du 10 mars 2020 avec le Dr Delorme »)

Entretien avec une femme qui souhaite garder l'anonymat et dont la soeur a reçu un diagnostic de trouble bipolaire il y a vingt-sept ans. Dans ce contexte, nous nous sommes rencontrées le 1^{er} mai 2020 pour discuter de son expérience personnelle à l'égard des démarches de la garde en établissement qui sont imposées aux familles.

Cet entretien, rempli d'émotions, portait autant sur la souffrance vécue par sa famille que sur l'atteinte à la loyauté familiale causées qu'a entraînées l'application du critère de dangerosité (ci-après « Entretien du 1^{er} mai 2020 avec un témoin anonyme »)