

FACULTÉ DE DROIT
Université Laval

MÉMOIRE

portant sur le
Projet de loi n° 23

**Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental
pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité et celle d'autrui**

Déposé à la
Commission de la santé et des services sociaux
Assemblée nationale du Québec

Présenté par
Anne-Marie Savard
Professeure titulaire, Faculté de droit, Université Laval
Jean-Philippe Cloutier-Tanguay
Étudiant à la maîtrise, Faculté de droit, Université Laval et résident en psychiatrie

Mai 2026

TABLE DES MATIÈRES

Présentation des auteurs	1
Introduction	1
1. L'assouplissement du critère de la dangerosité : vers une psychiatrisation du risque social?	2
2. Soutenir un rétablissement sans contrainte	4
3. L'hospitalisation involontaire comme mesure de dernier ressort : ce que la clinique enseigne au droit	5
4. L'environnement coercitif comme vecteur d'effritement des droits : les conséquences de la coercition informelle	7
5. Réduire les coûts de la crise : l'universalité de l'aide juridique en santé mentale ..	8
Recommandations	8
Bibliographie	9

Présentation des auteurs

Anne-Marie Savard est professeure titulaire à la Faculté de droit de l'Université Laval depuis 2016, après avoir été professeure pendant sept (7) ans à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke. Elle est Titulaire de la Chaire de recherche Antoine-Turmel sur la protection juridique des aînés, relevant de la Faculté de droit, où elle a été Vice-doyenne aux études et à l'expérience étudiante de 2019 à 2023. Ses champs de recherche et d'enseignement concernent le droit et les politiques de la santé, le droit des personnes et le droit de la famille.

La professeure Savard a notamment co-dirigé avec la professeure Mélanie Bourassa Forcier l'ouvrage collectif *Droit et politiques de la santé*, dont la 3^e édition vient tout juste de paraître aux Éditions Lexis Nexis. Elle sera la co-autrice de l'ouvrage de référence *Le droit des personnes physiques*, à partir de la 8^e édition (prévue pour 2027), avec les professeurs Dominique Goubau et Audrey Ferron-Parayre, dans lequel toute la question de la garde en établissement en matière de santé mentale est étudiée en profondeur. Anne-Marie Savard possède à son actif de nombreuses publications dans des revues scientifiques et donne régulièrement des conférences dans le cadre de différents colloques, nationaux et internationaux, en plus de faire des séjours de professeure invitée en France.

Jean-Philippe Cloutier-Tanguay, médecin résident en psychiatrie à l'Université Laval, est candidat à la maîtrise en droit sous la direction de la professeure Anne-Marie Savard. Pour ses travaux de maîtrise, il a été récipiendaire de la Bourse Antoine-Turmel (15 000\$), d'une bourse du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH, 27 000\$) et enfin d'une bourse du Fonds de recherche du Québec (FRQ, 40 000\$). Titulaire d'un baccalauréat en droit de l'Université de Montréal et membre du Barreau du Québec, il a exercé le droit avant d'entreprendre des études de médecine. Ses travaux de recherche portent sur l'intersection entre le droit et la santé mentale, avec un intérêt particulier pour les soins psychiatriques coercitifs. Son mémoire s'intéresse à l'effectivité des droits dans la dyade patient-psychiatre en contexte de mesures de contraintes. Il travaille actuellement à l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, et est affilié à l'Observatoire en justice et santé mentale. Il est également impliqué depuis de nombreuses années auprès de la Clinique juridique itinérante, un organisme voué à la défense des droits des personnes en situation d'itinérance.

Introduction

Nous tenons d'abord à saluer l'initiative du gouvernement de soumettre un projet de loi important à l'attention du Législateur québécois, un projet de loi touchant des droits et libertés fondamentaux de personnes dont l'état mental pourrait présenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui ainsi que la protection de la population civile. L'histoire l'a montré, il est nécessaire de réviser, de questionner et éventuellement de revoir des textes législatifs, qui, dans leur application, ont l'effet d'entraver le droit de ne pas être enfermé contre son gré en droit civil, droit qui constitue le fondement de la procédure en *habeas corpus*, prévue par les articles 398 et 402 du C.p.c.

Avant d'élaborer notre argumentaire au sujet de quelques éléments-clés du projet de loi, nous tenons à poser d'entrée de jeu la prémisse qui se trouve au fondement de nos propos et de notre réflexion au sujet du projet de loi 23. Ce dernier s'inscrit en tension directe avec la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* (CDPH), ratifiée par le Canada en 2010, et avec les obligations qu'elle impose aux États parties en matière de capacité juridique et de substitution de décision. Il convient de rappeler que cette même Convention a directement inspiré la réforme québécoise des régimes de protection des

personnes majeures, adoptée par la *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes* (PL 18, LQ 2020, c. 11), entrée en vigueur le 1er novembre 2022, réforme qui visait précisément à orienter le droit québécois vers un modèle de soutien à l'autonomie décisionnelle plutôt que de substitution de décision. Rappelons que cette dernière a notamment supprimé le régime de la curatelle, le plus attentatoire aux droits et libertés de la personne, consacré le régime de la tutelle « modulée », en fonction du degré d'incapacité de la personne, de ses aptitudes et de ses préférences et enfin créé un régime d'assistance à la personne, ne portant pas atteinte à la capacité juridique de la personne. Il serait paradoxal que le législateur québécois, ayant réformé le droit civil des personnes en ce sens, adopte simultanément en droit de la santé mentale un régime qui va à contre-courant de cette même orientation.

L'article 12 de la Convention consacre donc le droit à la capacité juridique universelle et oblige les États à remplacer les régimes de substitution de décision par des mesures de soutien à l'exercice de la capacité, une orientation que le Comité des droits des personnes handicapées a précisée dans son Observation générale n° 1 (2014). En effet, cette dernière affirme notamment que ni le diagnostic psychiatrique ni l'évaluation de la capacité mentale ne peuvent constituer un fondement légitime à la substitution de décision et que les décisions, par exemple cliniques, fondées sur « l'intérêt supérieur » plutôt que sur la « volonté et les préférences » constituent de la substitution de décision. Or, l'article 7 du PL 23 introduit précisément le critère de "détérioration importante de l'état mental" comme motif autonome de garde temporaire, permettant d'intervenir sur la base d'un risque raisonnablement prévisible de détérioration, ce qui constitue précisément le type de mesure fondée sur l'état mental plutôt que sur un danger démontrable que le Comité a déclarée incompatible avec l'exigence de soutien à la volonté et aux préférences de la personne.

Cette orientation est d'autant plus préoccupante que le Comité a adressé au Canada, en mars 2025, des observations finales lui demandant expressément d'abroger les lois provinciales permettant la détention et le traitement involontaires en santé mentale. Le PL 23 va dans la direction diamétralement opposée. Il est par ailleurs significatif que l'IQRDJ lui-même, dans le rapport final qu'il a remis au gouvernement en décembre 2025, ait inscrit sa recommandation centrale, plus précisément celle de privilégier les interventions consenties et de maintenir le caractère exceptionnel de la garde, en s'appuyant notamment sur la CDPH et sur le document conjoint de l'OMS et des Nations Unies intitulé « Mental health, human rights and legislation » (2023). Le gouvernement a ignoré à la fois les recommandations de l'organisme qu'il avait mandaté et les standards internationaux auxquels cet organisme avait choisi de s'arrimer.

Notre mémoire abordera cinq aspects que nous considérons comme étant fondamentaux dans le cadre du PL 23.

1. L'assouplissement du critère de la dangerosité : vers une psychiatrisation du risque social?

Le mouvement généré par la Commission d'examen des hôpitaux psychiatriques, elle-même précipitée par la publication de l'ouvrage « Les fous crient au secours », de Jean-Charles Pagé, au début des années 1960, a rompu avec la logique asilaire et amorcé une inclusion progressive du patient psychiatrique au sein des protections du droit civil (Bernheim, 2012). Ce dernier devient par conséquent un sujet de droit à part entière, et non plus un objet d'administration médicale. Cette évolution fut par ailleurs explicitement reconnue par le ministre Rochon dans le contexte de l'adoption de la *Loi sur la protection*

des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, qui soulignait alors le passage de cette logique asilaire, où la privation de liberté relevait de la seule décision du médecin, à un régime fondé sur les droits, au sein duquel il revient aux tribunaux de se porter garants du respect des droits de la personne (Assemblée Nationale, 1997). Les tribunaux québécois ont par la suite consacré cette vision durant les deux dernières décennies, particulièrement en 2018 avec la décision de principe de la Cour d'appel *J.M. c. Hôpital Jean-Talon*. Dans cette dernière, la juge Bich y réaffirme que la logique médicale de protection ne saurait supplanter la logique juridique d'autonomie individuelle et que ce faisant, les tensions entre les approches médicales et juridiques doivent être tranchées par la primauté de la loi, « laquelle met en œuvre un droit fondamental de l'individu, savoir sa liberté même » (*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, paragr. 87-88 [J.M.]). Ce régime de protection particulier repose par ailleurs en grande partie sur la rigueur du critère de dangerosité, condition *sine qua non* de toute garde forcée (J.M., paragr.49). Dans un autre arrêt phare, la Cour d'appel du Québec affirmait justement, dans cette optique, que « La liberté de la personne compte parmi les valeurs fondamentales de la société québécoise. Il n'est possible d'y faire exception qu'en de rares circonstances. La garde en établissement, à titre de mesure privative de liberté, ne peut être autorisée par le tribunal que pour des raisons graves et sérieuses ». (*G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, 2009, paragr. 41 [G.G.]

Or, l'assouplissement important du critère de dangerosité, proposé à l'article 7 de l'ébauche de la *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui* vient ébranler cette architecture normative, en ce qu'une éventuelle privation de liberté par le truchement de la garde n'est plus basée sur un danger important et démontrable, mais plutôt sur une appréciation prospective du risque (art. 7 *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*, PL-23, 2e sess, 43e lég, Québec, 2026 [PL-23]). Ce changement rejoint ce que Robert Castel identifiait comme l'éthos des stratégies préventives : « un risque ne résulte pas de la présence d'un danger précis, porté par une personne ou un groupe d'individus, mais de la mise en relation de données générales impersonnelles ou de facteurs qui rendent plus ou moins probable l'avènement d'un événement indésirable » (Castel, 1981, p.142). Le PL-23 opère précisément ce glissement à travers trois modifications convergentes du libellé de son article 7.

Premièrement, la définition proposée d'une « situation où il existe un danger » inclut expressément la situation dans laquelle la personne « risque de façon raisonnablement prévisible de causer une telle atteinte [à sa santé ou sa sécurité, ou la sécurité d'autrui] » (art.7 PL-23). Cette reformulation substitue à la dangerosité démontrable l'appréciation hypothétique que la Cour d'appel du Québec avait justement voulu exclure dans *G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska*, préférant un danger clairement envisageable, ancré dans des faits concrets, bien qu'une certaine projection dans l'avenir soit permise (*G.G.*, paragr. 44). De surcroît, sur le plan clinique, cette proposition accorde à l'expertise psychiatrique un niveau de fiabilité relatif à l'évaluation du risque qui n'est pas appuyé par des données probantes, bien au contraire. À titre d'exemple, la littérature tend à démontrer que la capacité des psychiatres à esquisser de manière précise le risque suicidaire est limitée (Knipe et al., 2022). La rareté du suicide au niveau épidémiologique fait en sorte que les valeurs prédictives positives de tout outil de classification seront toujours faibles (Knipe et al., 2022). Autrement dit, l'importante majorité des patients classés à haut risque suicidaire ne se suicideront pas. Bien qu'une étude récente démontre que l'évaluation clinique structurée, bonifiée par des modèles d'apprentissage automatique, permet d'améliorer significativement la précision prédictive (Bentley et al., 2025), ce résultat demeure

largement tributaire d'une formalisation statistique propre à la recherche, qui n'est pas réalisée par le clinicien dans une évaluation de routine. Le jugement clinique seul est également d'une fiabilité modeste afin de prédire le risque hétéroagressif, souvent légèrement supérieur au hasard (Viljoen et al., 2024).

Deuxièmement, l'ajout de la « détérioration importante de l'état mental » en tant que critère autonome de garde a pour conséquence d'élargir l'objet du danger qui peut justifier un internement. Alors que les tribunaux avaient précédemment circonscrit le danger à une atteinte à l'intégrité physique de la personne elle-même ou d'autrui, excluant par conséquent des notions plus larges relevant du bien-être clinique (G.G., paragr. 43), la formulation proposée permettrait désormais une mise sous garde en l'absence de risque de préjudice physique, ce qui ouvre la voie à des applications potentiellement très larges, surtout chez les patients qui vivent avec des maladies sévères de manière chronique, ou qui ont un trouble d'usage de substances. Dans ce dernier cas, les données de la littérature tendent par ailleurs à démontrer que les hospitalisations forcées sont d'une utilité clinique limitée (Akdag et al., 2025).

Troisièmement, l'exigence que la situation potentiellement dangereuse soit liée à l'altération de l'état mental « en tout *ou en partie* » pose un problème singulier, soit celui de la causalité, en ce qu'il s'agit d'un critère épistémologiquement très permissif. En effet, il ne suffirait que d'un lien partiel avec l'état mental d'une personne afin de justifier l'intervention, alors qu'en pratique clinique, il est très difficile de distinguer entre ce qui relève de la maladie psychiatrique d'une part, et ce qui relève de la précarité sociale, notamment l'itinérance ou l'exclusion, dans laquelle sont trop souvent placés les patients, d'autre part. Ce critère pourrait donc opérer une psychiatrisation implicite des conditions de vie précaires, transformant ainsi une volonté de protection en discrimination.

Nous soulignons par ailleurs que les situations en santé mentale qui sont susceptibles de donner lieu à une hospitalisation involontaire sont déjà particulièrement larges, même avec un critère de dangerosité grave et immédiate. Ce critère étant interprété de manière malléable, il donne lieu à une application à géométrie variable en fonction des acteurs et des contextes d'intervention, ce qui entraîne par le fait même une instabilité des décisions judiciaires et médicales (Fau, 2025). Le critère proposé, tel qu'il est formulé dans le projet de loi, risque vraisemblablement de causer une multiplication des scénarios qui pourront être la source d'hospitalisations involontaires. Or, en plus d'être associée à des conséquences souvent néfastes, une utilisation trop importante de la coercition psychiatrique s'oppose à l'une des missions de la psychiatrie, soit permettre le rétablissement du patient.

2. Soutenir un rétablissement sans contrainte

La désinstitutionnalisation, amorcée au début des années 1960, qui a notamment vidé les hôpitaux St-Michel-Archange et St-Jean-de-Dieu de leurs patients, a forcé la psychiatrie à s'interroger sur ce que signifie le fait de vivre avec un problème de santé mentale. Dans cette optique, le mouvement des survivants psychiatriques, très actif aux États-Unis, a proposé une reformulation radicale de ce qu'est un résultat thérapeutique satisfaisant (Anthony, 1993). Opérant une rupture nette avec le modèle biomédical, qui misait principalement sur une rémission symptomatique, le rétablissement s'est imposé comme un concept émique, dont l'essence est un processus de reconstruction identitaire, d'espoir et d'autodétermination, sans égard à la présence ou non de symptômes résiduels (Deegan, 1988). Il s'agit, dans cette optique, d'un « processus profondément personnel et unique qui consiste à modifier ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses compétences

et/ou ses rôles. C'est une façon de mener une vie épanouissante, pleine d'espoir et utile à la société, même en présence des limitations liées à la maladie » (Anthony, 1993). Il est important de souligner que bien qu'il s'agisse d'un processus intérieur qui n'est pas à proprement parler biologique, le traitement des symptômes demeure important, même s'il n'est pas prépondérant, notamment puisque des symptômes intenses peuvent faire obstacle au rétablissement en contribuant à altérer le fonctionnement quotidien ou en entraînant de la détresse psychique. Cela dit, l'un des piliers du rétablissement est la croyance, par la personne, qu'il existe plusieurs options parmi lesquelles elle peut choisir afin de se rétablir, et le fait de pouvoir faire ce choix est en soi plus déterminant que le choix lui-même (Anthony, 1993). Dans ce sens, se rétablir, c'est aussi avoir la capacité de prendre des risques, d'échouer et de se relever, même en présence de symptômes résiduels. Il n'est donc pas surprenant de constater que l'agentivité, l'autodétermination et l'autonomie occupent une place centrale au sein des visions modernes du rétablissement (Leamy et al., 2011; Guerrero et al., 2025), tant à l'international (OMS, 2021) qu'au Québec, où les soins et services axés sur le rétablissement, intégrés aux politiques publiques en santé mentale depuis plusieurs années, constituent toujours l'un des principes directeurs du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026.

Les directives psychiatriques anticipées sont des mesures qui, à notre avis, sont un pas dans la bonne direction, en ce qu'elles représentent une manière pour les personnes concernées d'exprimer leur volonté et d'agir dans un pan de leur rétablissement dans lequel elles ont généralement moins de contrôle, soit celui de l'hospitalisation et du plan de soins. Bien que quelques difficultés d'application puissent être anticipées, notamment avec la distinction faite par l'article 13.25 entre le refus, les réticences et le refus catégoriques, ces obstacles seront probablement clarifiés avec le temps, la pratique et l'intervention des tribunaux. Il nous apparaît également important de maintenir le mécanisme prévu à l'article 16 C.c.Q. en cas de refus catégorique. En effet, nous voyons positivement le fait que les directives psychiatriques n'aient pas pour conséquence d'utiliser les volontés des patients contre eux, ce qui risquerait autrement de porter atteinte à la relation thérapeutique.

Or, s'il est vrai que les directives psychiatriques anticipées sont une avancée qui mérite d'être soulignée, il n'en demeure pas moins que cette vision commune du rétablissement risque tout de même d'être compromise par le projet de loi 23, tel qu'il est actuellement formulé. En effet, en abaissant significativement le seuil d'intervention coercitive, le projet de loi substitue la logique du rétablissement à celle d'une neutralisation préventive du risque, en soutenant comme postulat que la personne représente un risque intrinsèque que le système doit contenir. Dans un tel cas, la personne n'est plus au centre de son parcours de rétablissement; devant la menace de la coercition, c'est le système qui trace le chemin à suivre, chemin qui n'est par ailleurs pas sans désavantage.

3. L'hospitalisation involontaire comme mesure de dernier ressort : ce que la clinique enseigne au droit

Il n'est généralement pas contesté que la garde psychiatrique est une mesure qui est une atteinte au droit à la liberté des personnes, protégé par les articles 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* et 1 de la *Charte des droits et liberté de la personne*. C'est donc dans ce contexte, tel que discuté antérieurement, que la Cour d'appel du Québec avait souligné le principe selon lequel la garde ne peut être autorisée que sur la base de motifs graves et sérieux, fondés sur un danger démontrable et ancré dans des faits concrets plutôt qu'hypothétiques. Il s'agit donc d'une manière de traduire les exigences constitutionnelles dans le droit psychiatrique québécois. De surcroît, il est également bien connu au Canada qu'une violation des droits et libertés n'est pas automatiquement invalide ou illégitime, elle

peut se justifier par le test de proportionnalité posé par la Cour suprême du Canada dans l'arrêt Oakes en 1986; les effets bénéfiques escomptés doivent, entre autres choses, l'emporter sur les effets préjudiciables (R. c. Oakes, [1986] 1 RCS 103). Or, sur ce dernier volet, il existe une certaine discordance entre le droit et la réalité clinique.

La justification juridique de la coercition en psychiatrie tend à reposer sur une présomption que le droit reconnaît historiquement à cette discipline, soit celle que l'hospitalisation involontaire est bénéfique pour la personne qui en fait l'objet (Bernheim, 2022; 2025). Cette présomption s'appuie sur le postulat selon lequel les psychiatres sont les experts attitrés de la santé mentale et qu'à ce titre, leurs recommandations de garde méritent d'être suivies. Dans cet ordre d'idée, c'est précisément parce que les tribunaux ont reconnu à la psychiatrie une expertise quant à fiabilité de l'évaluation du risque et aux bienfaits des soins que les atteintes aux droits à la liberté et à l'intégrité peuvent être juridiquement acceptables. Autrement dit, lorsque les tribunaux autorisent une garde, c'est en partie parce qu'ils font confiance au psychiatre et à son expertise, *à fortiori* en l'absence de contre-expertise, et qu'ils présument que les recommandations du médecin aideront la personne. Une analyse empirique récente des décisions judiciaires en matière de garde illustre concrètement cette perspective. En effet, les rapports psychiatriques, souvent brefs et incomplets, sont généralement acceptés sans que les tribunaux ou même les avocats des défendeurs ne questionnent leur fiabilité ou leur méthodologie (Bernheim, 2022). Il n'est plus rare qu'une garde soit accordée, sans preuve convaincante de dangerosité, différents motifs étant invoqués et retenus par les tribunaux, notamment les conditions socioéconomiques. Nous n'entendons pas contester l'expertise des psychiatres. Cependant, une nuance importante nous apparaît devoir être soulignée.

Ce qui demeure à l'écart de l'analyse juridique, ce sont les effets délétères associés aux hospitalisations involontaires qui sont, quant à eux, largement documentés dans la littérature scientifique. Par exemples, les admissions involontaires sont associées à un sentiment de honte ou à une aura de stigmatisation (Rusch et al., 2014). Elles peuvent également altérer significativement la confiance des personnes à l'égard de leur équipe traitante, ce qui peut entraîner une rétention volontaire d'information, notamment en ce qui concerne les idées suicidaires (Jones et al., 2021). Ces conséquences ne sont pas des fatalités; des facteurs, dont la perception d'équité (Silva et al., 2022), peuvent médier la relation entre hospitalisation involontaire et coercition perçue. De plus, il nous apparaît tout-à-fait possible qu'une hospitalisation involontaire puisse être nécessaire dans certains cas. Ces données ne remettent donc pas en question la légitimité de la garde psychiatrique, mais elles imposent une exigence de rigueur que le droit ne doit pas ignorer. Si la justification constitutionnelle de la garde préventive repose sur la prémisse que ses bénéfices l'emportent sur ses effets préjudiciables, cette prémisse ne peut être tenue pour acquise de manière uniforme et systématique et tend à s'effriter plus la situation s'éloigne d'un danger démontrable. Des données empiriques tendent à démontrer cet effet, bien que dans un contexte américain différent de la réalité québécoise : pour les patients dont l'admission involontaire dépend d'un jugement clinique qui n'est pas univoque, soit les cas qui seront probablement visés par le nouveau critère proposé par le projet de loi, l'hospitalisation forcée est associée à une détérioration clinique à plus long terme (Emanuel et al., 2025). Dans de tels scénarios, une privation de liberté nous apparaît comme difficilement défendable au niveau constitutionnel, sachant que la balance clinique des coûts et des bénéfices risque de pencher à l'encontre des intérêts de la personne mise sous garde. Il s'agit, d'une certaine manière, d'une représentation clinique et juridique de ce qui est déjà exprimé tant par la Cour d'appel que par le MSSS lui-même : la garde ne doit être envisagée qu'en dernier recours. Permettre autrement est une régression juridique qui ne peut pas s'appuyer sur la clinique.

4. L'environnement coercitif comme vecteur d'effritement des droits : les conséquences de la coercition informelle

La coercition psychiatrique ne se réduit pas strictement aux mesures de contraintes légales formelles, telles que la garde en établissement ou l'ordonnance de soins contre le gré. Entre la pleine autonomie du patient et la coercition légale s'étend un continuum de pressions et de stratégies communicationnelles que la littérature désigne comme de la coercition informelle. Autrement dit, il s'agit de l'ensemble des interventions par lesquelles les soignants tentent d'influencer le comportement du patient à l'extérieur du cadre formel prescrit par la loi (Hotzy et Jaeger, 2016). Ces pressions, qui peuvent se manifester de diverses manières, notamment la persuasion, le levier interpersonnel, les offres conditionnelles et les menaces implicites, sont fréquemment utilisées en psychiatrie, avec une prévalence documentée oscillant entre 29 et 50% selon les contextes cliniques (Hotzy et Jaeger, 2016). Les professionnels tendent par ailleurs à sous-estimer le degré de pression qu'ils exercent, même si cette pression est élevée (Hotzy et Jaeger, 2016).

Le projet de loi 23 nous semble susceptible d'amplifier significativement ce phénomène, non pas parce qu'il régit la coercition informelle, mais plutôt parce qu'il ne le fait pas. En abaissant le seuil de dangerosité requis pour une garde, il contribue à accroître la saillance coercitive, soit la perception de la possibilité d'utilisation d'une mesure de coercition formelle dans l'environnement psychiatrique, y compris pour les patients qui n'en sont pas la cible immédiate. Cette dynamique, qui découle d'une asymétrie de pouvoir dans la relation thérapeutique en psychiatrie, a été formalisée dans la littérature : ce qui rend une proposition coercitive n'implique pas nécessairement l'énoncé explicite d'une menace, mais la croyance justifiée du patient qu'un refus entraînera des conséquences négatives ou une dégradation de sa situation (Hempeler et al., 2024). Or, si la personne est placée dans un contexte institutionnel où les occasions d'hospitalisation involontaire se multiplient, la possibilité d'utilisation de la coercition formelle n'a pas besoin d'être invoquée verbalement pour produire ses effets dans la relation thérapeutique; elle opère en filigrane et modifie la nature des échanges entre les soignants et le patient (Sjöström, 2016). En élargissant le spectre des situations qui peuvent justifier une garde, cette zone de coercition informelle est étendue à un plus grand nombre de patients et de situations cliniques.

Dans cet environnement pourrait donc s'opérer un effritement concret de droits que la personne est pourtant censée conserver. Les soignants disposent de plusieurs leviers, qu'il s'agisse des congés, des droits de sorties ou d'autres privilèges, qu'ils utilisent régulièrement sans en être pleinement conscients. Dans ce contexte, le patient hospitalisé, volontairement ou non, peut être amené à renoncer à des droits qu'il aurait autrement exercés parce que l'environnement rend rationnelle la crainte des conséquences d'un refus, même si aucune menace explicite n'est formulée à son égard. Cette renonciation pourrait par exemple toucher le droit à la confidentialité, si la personne craint qu'une mesure coercitive soit utilisée si elle refuse une histoire collatérale, ou encore le droit de refuser des soins, si elle perçoit son refus comme pouvant alimenter une situation de dangerosité, et ainsi justifier une garde en établissement. En pratique, ces renonciations ne pas sont perçues comme telles par les soignants, et le processus n'est pas documenté dans les dossiers cliniques. Il échappe donc à tout recours et à toute forme de contrôle judiciaire. Cela dit, la coercion informelle a un effet direct sur l'effectivité des protections formelles qui sont garanties au patient, en ce que le droit de refuser des soins, d'être informé ou le droit à la confidentialité supposent qu'ils puissent être exercés dans un environnement suffisamment libre de pressions pour que le consentement ou le refus qui en résulte soit juridiquement significatif. Si l'environnement institutionnel est structuré de manière à ce qu'un patient perçoive raisonnablement que l'exercice d'un droit lui coûtera son congé ou

ses droits de sortie, la notion même de consentement libre et éclairé est *de facto* compromise, bien qu'elle demeure intacte *de jure*. Par conséquent, en élargissant le critère de dangerosité, le projet de loi 23 intensifie les possibilités de coercition et risque de vider de leur substance des droits qu'il ne modifie pourtant pas explicitement.

5. Réduire les coûts de la crise : l'universalité de l'aide juridique en santé mentale

Si notre intervention a mis en lumière des préoccupations importantes quant à certaines dispositions du projet de loi, il nous apparaît également essentiel de souligner avec la même rigueur l'article 4.0.2, qui accorde gratuitement à toutes les personnes concernées l'aide juridique sans égard à la situation financière. Il s'agit, selon nous, d'une réponse sensible aux enjeux soulevés dans la littérature empirique en droit de la santé mentale, notamment en ce qui concerne la sous-représentation des personnes mises sous garde en établissement. Concernant l'importance des droits fondamentaux impliqués dans une décision de garde, nous soutenons cette mesure qui favorisera certainement l'accès à la justice et des débats plus équilibrés. De plus, cette disposition apporte une solution à une injustice fréquemment rencontrée en clinique. Nous pensons notamment à des cas où des patients inaptes, empêtrés dans une situation financière précaire sans pour autant être admissibles à l'aide juridique, à l'égard desquels des démarches d'autorisation de soins sont débutées. Ces personnes peuvent devoir liquider certains biens afin de couvrir les honoraires d'un avocat, afin de répondre à une procédure avec laquelle ils sont en désaccord, et qui a justement été amorcée en raison de leur inaptitude. L'universalité de l'aide juridique mettra un terme à cette contradiction : il est difficilement possible d'invoquer simultanément l'inaptitude d'une personne pour justifier une intervention judiciaire à son égard, et lui imposer d'en assumer les frais.

Recommandations

1. Maintenir un critère de dangerosité ancré dans un danger actuel ou un risque sérieux démontrable;
2. Renoncer à l'introduction d'un critère de risque de détérioration de l'état mental comme fondement autonome d'une garde en établissement de manière à éviter une expansion indéfinie du champ d'application de la garde en établissement;
3. Retirer le critère de causalité partielle entre le danger et l'état mental, de manière à exclure les situations dans lesquelles le risque est principalement attribuable à des conditions socioéconomiques;
4. Intégrer explicitement au projet de loi une disposition rappelant le caractère exceptionnel de la garde en établissement;
5. Établir des balises claires afin de prévenir l'utilisation des directives psychiatriques anticipées comme levier dans le cadre de la relation thérapeutique, notamment en prohibant expressément toute conditionnalité entre la signature des directives et l'octroi de privilèges;
6. Mandater l'élaboration de lignes directrices cliniques sur l'utilisation de la coercition informelle en psychiatrie, à l'intention des établissements de santé et des ordres professionnels.

Bibliographie

Akdag, E. M., Civan Kahve, A., Ay Diker, R., Aydın, S., Arslan Barlas, Z., & Aktürk, T. (2026). Five-year trends in psychiatric inpatient care: insights from 5,887 patients on substance use, involuntary admissions, and treatment approaches. *Frontiers in Psychiatry*, 17, 1778865.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Bentley, K. H., Kennedy, C. J., Khadse, P. N., Brooks Stephens, J. R., Madsen, E. M., Flics, M. J., Lee, H., Smoller, J. W., & Burke, T. A. (2025). Clinician suicide risk assessment for prediction of suicide attempt in a large health care system. *JAMA Psychiatry*, 82(6), 599-608.

Bernheim, E. (2012). Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Discussion à la lumière du cas de l'autorisation de soins. *McGill Law Journal / Revue de droit de McGill*, 57(3), 553-589.

Bernheim, E. (2022). The triumph of the "therapeutic" in Quebec courts: Mental health, behavioural reform and the decline of rights. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, 38, 125-147.

Bernheim, E. (2025). The problem with rights in mental health: How law and rights undermine efforts to end coercion in psychiatry. *Social Science & Medicine*, 371, Article 118509.

BRUGGEMAN, M. et A.-M. SAVARD (dirs.), « Protection des majeurs en situation de vulnérabilité; regards croisés France-Québec sur un droit en mutation », IFJD, Collection Colloques & Essais, 2025, 186 p.

Castel, J. (1981). *La gestion des risques*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Fau, V. (2025). La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38): Rapport 4 — Étude qualitative. Institut québécois de réforme du droit et de la justice. <https://iqrdj.ca/cpt-posts/etude-sur-la-p-38/>

Guerrero, E., Barrios, M., Sampietro, H. M., Aza, A., Guilera, G., & Gómez-Benito, J. (2025). Recovery in mental health: An international Delphi study from a recovery-oriented professional perspective. *Social science & medicine (1982)*, 381, 118302.

G.G. c. CSSS Richelieu-Yamaska, 2009 QCCA 2359 (CanLII).

Hempeler, C., Braun, E., Potthoff, S., Gather, J., & Scholten, M. (2024). When Treatment Pressures Become Coercive: A Context-Sensitive Model of Informal Coercion in Mental

Healthcare. *The American journal of bioethics* : *AJOB*, 24(12), 74-86. <https://doi.org/10.1080/15265161.2023.2232754>

Hotzy, F., & Jaeger, M. (2016). Clinical Relevance of Informal Coercion in Psychiatric Treatment-A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, 7, 197. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00197>

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 (CanLII).

Jones, N., Gius, B. K., Shields, M., Collings, S., Rosen, C., & Munson, M. (2021). Investigating the impact of involuntary psychiatric hospitalization on youth and young adult trust and help-seeking in pathways to care. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(11), 2017–2027.

Knipe, D., Padmanathan, P., Newton-Howes, G., Chan, L. F., & Kapur, N. (2022). Suicide and self-harm. *The Lancet*, 399(10338), 1903-1916.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 : S'unir pour un mieux-être collectif*. Gouvernement du Québec.

Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Orientations et dossiers techniques relatifs aux services de santé mentale communautaires : promotion des démarches centrées sur la personne et fondées sur ses droits. Résumé d'orientation*.

R. c. Oakes, [1986] 1 RCS 103

Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M.,

Lengler, S., Blank, C., & Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264(1), 35–43.

Silva, B., Pauli, G., Diringier, O., Morandi, S., Bonsack, C., & Golay, P. (2022). Perceived fairness as main determinant of patients' satisfaction with care during psychiatric hospitalisation: An observational study. *International journal of law and psychiatry*, 82, 101793.

Sjöström, S. (2016). Coercion contexts: How compliance is achieved in interaction. Dans A. Molodynski, J. Rugkåsa et T. Burns (dir.), *Coercion in community mental health care: International perspectives*. Oxford University Press.

Viljoen, J. L., Goossens, I., Monjazebe, S., Cochrane, D. M., Vargen, L. M., Jonnson, M. R., Blanchard, A. J. E., Li, S. M. Y., & Jackson, J. R. (2025). Are risk assessment tools more accurate than unstructured judgments in predicting violent, any, and sexual offending? A meta-analysis of direct comparison studies. *Behavioral sciences & the law*, 43(1), 75–113.