



AGIDD-SMQ

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE  
DU QUÉBEC

*Pour la sauvegarde de nos droits*

# Recueil de mémoires P-38.001

Présentés dans le cadre de l'appel à  
mémoires de l'Institut québécois de  
réforme du droit et de la Justice.

mai 2025



**TOUCHE PAS  
À NOS DROITS !**

MOBILISATION NATIONALE

AGIDD-  
SMQ

Association des groupes de défense des droits en santé mentale du Québec  
- ReprésentACTION smQ - PLAIDD-BF - GPDDSM-02 - Pro-Def Estrie - Action  
Autonomie de Montréal - Droits-Accès de l'Outaouais - RAIDDAT -  
Droits et recours GÎM - L'A-Droit de Chaudière-Appalaches -  
Plein-Droits de Lanaudière - Droits et recours des Laurentides -  
Collectif de défense des droits de la Montérégie

*« À la mémoire de 35 ans de solidarité  
pour la défense des droits des personnes  
ayant ou ayant eu un problème de  
santé mentale »*



## **L'AGIDD-SMQ et ses membres : Engagés et mobilisés depuis 35 ans !**

Depuis 35 ans l'AGIDD-SMQ et ses membres luttent en faveur de la reconnaissance et de l'exercice des droits pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, droits de tout citoyen, c'est-à-dire les droits fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité. L'AGIDD-SMQ et ses membres, appuyé et soutenu par la parole collective de milliers de personnes premières concernées, ont développé une expertise unique et elle est reconnue dans plusieurs milieux s'intéressant aux droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

## **L'hospitalisation et l'internement forcé; au cœur de nos préoccupations depuis 35 ans !**

Petite rétrospective militante de l'AGIDD-SMQ, de ses membres et de milliers de personnes premières concernées !

C'est en 1972 qu'apparaît la première loi sur la protection du « malade mental ». Cette loi, qui marque le passage d'une visée d'exclusion à une visée de protection, introduit dans la législation des règles strictes concernant l'hospitalisation involontaire. Cette loi permettait d'interner contre son gré une personne considérée dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Cette personne était mise en « cure fermée » dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Cette loi comptait, parmi ses principales mesures :

- la nécessité d'une ordonnance de la Cour pour décréter la cure fermée ;
- la nécessité de deux certificats médicaux ;
- l'inclusion dans la Loi de révisions obligatoires ;
- le droit d'appel de la personne par la création de la Commission de révision.

Le tribunal administratif qui avait juridiction pour réviser le bien-fondé d'une garde était alors la Commission des affaires sociales. Or, la *Loi sur la protection du malade mental* ne fournit aucune définition de la dangerosité. Ainsi, une personne pouvait se retrouver en cure fermée sur la base de critères tout à fait arbitraires.

Vers la fin des années 1970, bon nombre d'organismes revendiquent que la Loi soit réexaminée afin de favoriser un plus grand respect des droits des personnes. En harmonie avec la Charte des droits et libertés de la personne, le Code civil du Québec, adopté en 1991 et entré en vigueur en 1994, introduisait le principe de l'inviolabilité de la personne dans le champ de la santé mentale. Le nouveau Code civil consacre plusieurs articles à la garde en établissement et à l'évaluation psychiatrique, notamment de transformer l'expression « cure fermée » par « garde en établissement ». Ainsi, l'ambiguïté du terme « cure », qui, selon sa définition, réfère à un traitement médical, disparaît au profit du terme « garde », lequel réfère à son objet, soit la surveillance de la personne par la privation de sa liberté dans un but de protection.

Dans une suite logique, afin d'asseoir les fondements légaux du Code civil et de favoriser le respect des droits des personnes garantis par les Chartes, des amendements à la Loi sur la protection du malade mental sont apportés.

C'est en février 1996 que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Jean Rochon, dépose le projet de loi 39 ayant pour titre initial Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives, dont l'objectif principal est d'établir un meilleur équilibre entre les droits des personnes vivant un problème de santé mentale et les droits de la collectivité et de la sécurité de la population.

**En prévision des travaux parlementaires entourant le projet de loi 39, l'AGIDD-SMQ et ses membres organisent une vaste tournée de formation et de consultation à laquelle participeront plus de 700 personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. C'est sur la base des commentaires reçus des personnes utilisatrices de services en santé mentale que l'Association rédige, à l'époque, son mémoire. En commission parlementaire, l'AGIDD-SMQ critique et remet en question bon nombre d'éléments du projet de loi 39, tout en reconnaissant certaines avancées au niveau des droits.**

Au total, la Commission des affaires sociales reçoit 35 mémoires et entend 27 organisations, ce qui permettra au projet de loi d'être bonifié.

*La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, adoptée le 17 décembre 1997, est entrée en vigueur le 1er juin 1998. Il est à noter que le titre final de la loi fait désormais référence à l'état mental d'une personne plutôt qu'à la présence d'une « maladie mentale ».*

Suivant l'adoption de cette Loi en 1998, le thème de l'hospitalisation involontaire des personnes vivant un problème de santé mentale est toujours au cœur des préoccupations de l'Association.

En 1999, l'AGIDD-SMQ a lancé le ***Guide de survie: la garde en établissement***, fascicule diffusé à plus de 15000 exemplaires auprès des personnes concernées.

Enfin, en 2001, l'Association présentait ***Le vécu des personnes hospitalisées involontairement : un premier bilan national, résultat d'une étude exploratoire visant principalement à cerner l'expérience des personnes mises sous garde en établissement.***

“ La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P.38.001) est une loi d'exception qui suspend le droit fondamental à la liberté, droit reconnu dans les Chartes québécoise et canadienne ainsi que dans le Code civil du Québec. Au moment de son adoption, certaines dispositions de cette loi laissaient présager des avancées au niveau de la protection des droits des personnes. Malheureusement, sur le terrain, cela se passe autrement... »

Dès 2003, l'AGIDD-SMQ demandait, dans une **lettre adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux, que soit évaluée la Loi et que le comité de suivi national prévu lors de son implantation soit finalement mis en place.**

En 2009, l'AGIDD-SMQ, en collaboration avec ses membres, publie « ***La garde en établissement; une loi de protection... Un pratique d'oppression!*** » Pour rédiger cette brochure, l'AGIDD-SMQ s'est appuyé essentiellement sur l'expérience des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale, sur l'expérience de personnes utilisatrices de services de santé mentale, sur la connaissance d'avocat.e.s œuvrant dans le domaine de la santé mentale ainsi que sur des rapports du Protecteur du citoyen.

En 2011, la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rendait public, en février 2011, son « 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 ». En réponse à l'ensemble de ces préoccupations, le ministère de la Santé et des Services sociaux a procédé à une recherche visant à déterminer ce qui pose problème dans le processus d'application de cette loi et ce qui doit être revu, corrigé ou réglementé afin d'aplanir les difficultés. Parallèlement à ces objectifs, l'enquête devait aussi chercher à examiner les solutions les plus prometteuses, mises en place ou à mettre en place en vue de résoudre ces difficultés. **L'AGIDD-SMQ publie ses réactions.**

En 2017, l'AGIDD-SMQ participe au comité consultatif du MSSS sur l'élaboration du *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*. Celui-ci est lancé en 2018.

En 2018, l'AGIDD-SMQ lance sa brochure « *Psychiatrie : un profond changement de modèle s'impose* ». L'argumentaire de l'AGIDD-SMQ s'appuie, entre autres, sur trois rapports spéciaux provenant de l'Organisation des Nations Unies qui remettent en question l'approche essentiellement biomédicale du système psychiatrique et proposent l'abolition des mécanismes d'exception sur la base de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées.

En mars 2019, l'AGIDD-SMQ organise une grande conférence « *Traitements des personnes vivent un problème de santé mentale : Normes internationales en évolution* », avec la présence de M. Juan Mendès, rapporteur spécial des Nations Unies.

**Hiver 2023 : Participation et dépôt d'un mémoire** dans le cadre de l'enquête publique de la coroner Me Julie-Kim Godin sur le décès d'Amélie Champagne.

**Mai 2023:** L'IQRDJ est mandaté par le ministre Lionel Carmant pour dresser un portrait nationale de l'application de la Loi P-38.001. **L'AGIDD-SMQ, ses membres et des centaines de personnes se mobilisent !**

**Automne 2023 : Participation et dépôt d'un mémoire** dans le cadre de l'enquête publique de la coroner Me Géhane Kamel portant sur les décès d'André Lemieux, de Mohamed Belhaj, d'Alex Levis-Crevier et d'Abdulla Shaikh.

**Hiver 2024 : Participation et dépôt d'un mémoire** dans le cadre de l'enquête publique de la coroner Me Géhane Kamel sur les décès de Maureen Breau et Isaac Brouillard-Lessard.

**Hiver et automne 2024: Consultations citoyennes** menées par ReprésentACTION santé mentale Québec au sujet de l'application de la garde en établissement **auprès de 300 personnes, dans dix régions du Québec.**

**Printemps 2024;** Lancement d'une campagne nationale **"Touche pas à nos droits!"**

**Automne 2024 : Participation et dépôt d'un mémoire** dans le cadre de l'enquête publique de la coroner Me Géhane Kamel dans le cadre de l'enquête publique sur le décès de M. Jacques Côté.

**Septembre 2024 : Participation et dépôt d'un mémoire** aux consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 66, Loi visant à renforcer le suivi des personnes faisant l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux ou d'inaptitude à subir leur procès.

**Novembre 2024:** Mobilisation citoyenne devant l'Assemblée nationale à Québec. Plus de 120 personnes, des quatre coins du Québec, sont rassemblées et scandent "Touche pas à nos droits"

**Décembre 2024 :** L'AGIDD-SMQ, ses membres et des centaines de personnes premières concernées répondent à l'appel aux mémoires de l'Institut québécois de la réforme du droit et de la justice.

*« Depuis 35 ans, l'AGIDD-SMQ et ses membres, ainsi que des centaines de personnes premières concernées, tout aussi mobilisées, militent pour un meilleur respect des droits. Le présent recueil n'en est que la représentation tangible et concrète; une œuvre militante, en souvenir de notre 35<sup>e</sup> ! »*

LISTE DES

# mémoires

**AGIDD-SMQ (national)**

**ReprésentACTION santé mentale (national)**

**PLAIDD-BF (Bas St-Laurent)**

**GPDDSM-02 (Saguenay-Lac-St-Jean)**

**Pro-Def (Estrie)**

**Action Autonomie (Montréal)**

**Droits-Accès (Outaouais)**

**RAIDDAT (Abitibi-Témiscamingue)**

**Droits et recours GÎM (Gaspésie Îles de la Madeleine)**

**L'A-Droit (Chaudière-Appalaches)**

**Plein-Droits (Lanaudière)**

**Droits et recours des Laurentides (Laurentides)**

**Collectif de défense des droits de la Montérégie (Montérégie)**

**Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec**

**(RRASMQ)**

# CONSULTATION NATIONALE SUR LA **LOI P-38.001**

DECEMBRE 2024

Mémoire concernant la réflexion sur l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*

Présenté à l'Institut québécois de  
réforme du droit et de la justice





# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Qu'est-ce que ReprésentACTION smQ?</b> .....	<b>4</b>
1.1. Le fonctionnement .....	5
1.2. Les rôles du volet national .....	5
1.3. Nos revendications .....	6
<b>2. Notre démarche</b> .....	<b>7</b>
2.1. Le contexte .....	7
2.2. La démarche .....	7
2.3. Les participant.e.s .....	8
2.4. L'activité clé en main .....	9
<b>3. Résultats et analyse</b> .....	<b>10</b>
3.1. Avant la garde en établissement .....	10
3.2. Pendant la garde en établissement .....	13
3.3. Après la garde en établissement .....	18
<b>4. Recommandations</b> .....	<b>21</b>
4.1. S'attaquer à la stigmatisation par les médias .....	21
4.2. Diminuer le recours à l'hospitalisation .....	22
4.3. Assurer un meilleur soutien à l'hôpital .....	23
4.4. Lutter contre la violence et la coercition à toutes les étapes .....	26
4.5. Favoriser l'appropriation du pouvoir et la participation active des personnes premières concernées .....	27
<b>5. Annexe</b> .....	<b>28</b>
<b>6. Bibliographie</b> .....	<b>30</b>

# 1

## Qu'est-ce que ReprésentACTION smQ?

ReprésentACTION santé mentale Québec (smQ) est une structure provinciale qui soutient, à l'échelle régionale, la participation active des personnes utilisatrices de services en santé mentale, en préconisant une prise de parole collective issue d'un processus démocratique. Cette structure est soutenue par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

Cette initiative permet aux personnes de se rencontrer et de s'exprimer sur ce qu'elles vivent dans les services en santé mentale, sur les améliorations qu'elles souhaitent et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, tout en favorisant la création de liens et le partage de vécus. Ce modèle permet aussi d'établir un rapport de force entre le savoir expérientiel des personnes ayant été psychiatisées et l'expertise académique ou professionnelle de celles gravitant dans les services en santé mentale. Effectivement, ReprésentACTION favorise la reconnaissance de la participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en santé mentale, les plaçant au centre des enjeux qui les touchent. L'AGIDD-SMQ propose ce modèle de participation citoyenne depuis 2006.

L'AGIDD-SMQ a pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de tout.e citoyen.ne. L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.



## 1.1. Le fonctionnement

Des rencontres rassemblant les personnes utilisatrices de services en santé mentale sont organisées de quatre à six fois par année dans chaque région. C'est là que se forme la parole collective. Actuellement, dix régions du Québec sont représentées par ReprésentACTION. Ces rencontres visent trois objectifs :

- **Donner de l'information**, grâce à un.e invité.e qui viendra parler d'une thématique (par exemple : le logement, les services en santé mentale, la stigmatisation, les droits, etc.);
- **Discuter et débattre** de ce que les participant.e.s vivent et souhaitent en ce qui concerne les services et les ressources en santé mentale, ainsi que du développement des travaux effectués par les instances décisionnelles;
- **Élire** les personnes déléguées.

## 1.2. Les rôles du volet national

Le volet national de ReprésentACTION santé mentale Québec est assumé par l'AGIDD-SMQ. Ses principaux rôles sont:

- **Rôle de soutien** : Les volets régionaux sont soutenus grâce à de la formation pour les personnes déléguées ou chargées de projet, du soutien personnalisé et des rencontres d'équipe. Du soutien est également offert aux organisations intéressées à implanter ReprésentACTION sur leur territoire.
- **Rôle de coordination** : Des activités qui mobilisent tous les volets régionaux sont organisées, comme des tournées de consultations sur divers sujets, le *Mois de la parole collective* ou encore les rencontres nationales.
- **Rôle de développement et promotion** : Nous poursuivons nos efforts pour faire connaître le projet, informer les personnes concernées et promouvoir la parole collective.

## 1.3. Nos revendications

Lors de la 6e rencontre nationale de ReprésentACTION qui a eu lieu au printemps 2023, quatre revendications ont été formulées par les personnes qui prenaient part au projet (personnes déléguées, chargées de projet et fiduciaires), à la suite d'un atelier de parole collective. Ainsi, ces priorités brossent un portrait des enjeux chers à ReprésentACTION et établissent un cadre au sein duquel l'équipe à la permanence de ReprésentACTION smQ planifie ses actions. Ces revendications sont les suivantes :

- **Le respect des droits** : Présenter une vision critique de la « folie » et du modèle biomédical, respectueuse des droits fondamentaux de tout.e citoyen.ne, tout en dénonçant les abus de la psychiatrie,
- **Le financement** : Revendiquer un financement récurrent à la mission des groupes fiduciaires, afin que chaque projet ReprésentACTION régional puisse porter une parole collective sans craindre la précarité,
- **L'accessibilité** : Avoir accès à des ressources représentatives des besoins des personnes. Cette aide doit être porteuse des valeurs d'entraide et d'écoute, et permettre de briser l'isolement et d'accompagner les personnes à leur rythme,
- **La lutte contre la stigmatisation** : Déconstruire les stigmas associés aux personnes psychiatisées, qui ont des conséquences négatives entre autres sur le masquage diagnostique<sup>1</sup>, le logement, de l'emploi ainsi que dans différents contextes familiaux.



Mobilisation nationale TOUCHE PAS À NOS DROITS 2024



Rencontre nationale de ReprésentACTION 2023

# 2

## Notre démarche

### 2.1. Le contexte

Dès les premières rumeurs concernant la réflexion sur l'application de la Loi P-38.001, l'AGIDD-SMQ était prête à mobiliser les personnes premières concernées, par le biais du volet de participation citoyenne, ReprésentACTIONsmQ.

Nous craignons que les discours alarmistes relayés par les médias établissant un lien fallacieux entre des actes de violence et le moindre diagnostic en santé mentale ne créent un terreau fertile pour une réforme de la loi, ou de son application, qui ne serait pas dans l'intérêt des personnes premières concernées.

Il était primordial pour nous que la parole des personnes premières concernées soit entendue parmi les voix de tous.tes les autres acteur.trice.s impliqué.es dans l'application de la loi. Ces autres voix peuvent être jugées plus crédibles que celles des personnes ayant subi une hospitalisation contre leur gré, ces dernières subissant des préjugés qui affectent grandement la crédibilité de leur parole.<sup>2</sup>

Il nous importait d'avoir un contre-discours aux préjugés selon lesquels les personnes qui commettent des crimes violents sont « nécessairement » « malades » ou qu'il faut enfermer les personnes « malades » plus facilement. Il importait<sup>3 4</sup> que les personnes elles-mêmes racontent leur histoire, afin que l'on voie le vrai visage des personnes hospitalisées contre leur gré.

### 2.2. La démarche

C'est ainsi qu'à partir du mois de mars 2024, nous avons demandé aux groupes de défense des droits ainsi qu'aux groupes de parole collective de la province d'organiser des consultations pour recueillir la parole des personnes ayant vécu des hospitalisations forcées.

Nous avons créé un outil d'animation clé en main<sup>5</sup> pour que les groupes organisent une consultation de façon autonome. Nous nous sommes parfois déplacées afin d'offrir nous-mêmes l'atelier ou pour assister à une consultation donnée par un groupe.

Nous avons offert à tous les groupes la possibilité d'inviter les chercheuses de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) pour que la parole des personnes premières concernées leur soit accessible directement.

De mars à octobre 2024, nous avons recueilli la parole des personnes provenant de dix régions du Québec en plus d'avoir offert une consultation en ligne ouverte à tous.tes. Plus de 300 personnes se sont exprimées sur le sujet des hospitalisations forcées.



Consultation P-38 en Abitibi 2024

Sachant qu'il y a des dizaines de milliers d'hospitalisations forcées par année dans la province<sup>6</sup>, il est préoccupant de constater que les commentaires recueillis font état de tant d'interventions violentes qui portent atteinte à la dignité ou brisent la confiance des personnes envers le système de santé. Est-il raisonnable de penser que beaucoup d'autres personnes ont pu vivre des expériences similaires et qu'elles n'en parlent pas parce qu'elles n'en ont pas la force ou qu'elles essaient d'oublier cet épisode de leur vie? Si nous généralisons ces expériences à l'ensemble des personnes ayant vécu une garde en établissement depuis l'entrée en vigueur de la Loi P-38.001 en 1998, le portrait qu'on peut faire de la situation à partir des témoignages des plus de 300 personnes consultées est extrêmement préoccupant.

## 2.3. Les participant.e.s

Nous avons insisté auprès des groupes afin qu'une majorité de personnes premières concernées soit présente lors des consultations. Cela a été le cas en général, durant les activités tenues par les groupes: les personnes ayant vécu une garde contre leur gré étaient bien représentées. La garde pouvait être plus ou moins récente, mais nous n'avons pas remarqué de différence de traitement selon ce critère. Des personnes de tous âges, genres et communautés culturelles étaient représentées.



Consultation P-38 dans Lanaudière 2024

## 2.4. L'activité clé en main

L'activité que nous avons élaborée et qui a été offerte dans plusieurs groupes était composée d'une partie d'information et d'une partie de discussion.

### **PARTIE INFORMATION**

Pour élaborer notre consultation, nous nous sommes basées sur le document *La garde en établissement: Une loi de protection... une pratique d'oppression* produit par notre association en 2009.<sup>7</sup> Nous avons notamment repris les quatre dérapages quant à l'application de la loi qui y étaient identifiés :

- La nature exceptionnelle de la garde en établissement n'est pas respectée,
- La notion de dangerosité n'est pas interprétée de manière restrictive,
- Les droits à la représentation et à l'information sont brimés,
- Le droit au consentement libre et éclairé aux soins est contourné.<sup>8</sup>

Nous voulions attirer l'attention des personnes présentes sur ces dérapages afin de vérifier s'ils sont toujours existants aujourd'hui. Sans surprise, la situation est toujours la même et nous pouvons encore constater le peu de considération que l'on fait du respect des droits des personnes mises sous garde.

Nous avons également sensibilisé les personnes à l'importance de leur participation à la démarche, étant donné le contexte social énoncé ci-dessus. Nous avons présenté un bref historique de la Loi P-38.001 et des démarches citoyennes qui ont contribué à ce que la loi actuelle respecte au mieux les libertés fondamentales des citoyen.ne.s.



Consultation P-38 en Outaouais 2024

### **PARTIE DISCUSSION**

La partie discussion de l'activité visait à susciter des témoignages au sujet de trois moments charnières vécus par les personnes participantes : avant la garde, pendant la garde et après la garde en établissement. Ces témoignages sont la base des résultats présentés ci-dessous.

# 3

## Les résultats et l'analyse

Les résultats des consultations sont divisés de la même manière que la démarche a été effectuée, c'est-à-dire qu'ils décrivent les enjeux rencontrés par les personnes concernées avant, pendant et après la garde en établissement. Cela dit, certains constats observés sont généralisés à toutes les expériences colligées.

« [L]a parole du fou est généralement considérée comme nulle et non avenue ».<sup>9</sup> En effet, nous avons noté que les personnes subissant le processus de la Loi P-38.001 n'ont aucune crédibilité aux yeux des acteur.trice.s impliqué.e.s dans l'application de la loi. Que ce soit parce qu'elles sont en crise ou jugées comme étant « malades », leur parole est constamment occultée sous le prétexte que la « folie » les empêche d'exercer toute capacité de jugement ou de raison: « *Ils voient le choc culturel comme une maladie.* » (Montréal) Cela semble ainsi justifier un manque d'écoute de leurs besoins, de leur rythme, en plus d'excuser la violation de leurs droits et de les catégoriser comme des citoyen.ne.s de seconde zone.

Les résultats décrits ci-dessous témoignent aussi d'une violence institutionnelle sans nom, tant chez les forces policières, que dans les services psychiatriques et le système judiciaire.

### 3.1. Avant la garde en établissement

#### LA NOTION DE DANGÉROSITÉ

*En soi, la maladie mentale ne fait pas foi de la dangerosité d'une personne, celle-ci devant être évaluée à partir de la preuve présentée au tribunal et non reposer sur le préjugé selon lequel une personne qui présente une maladie mentale est ou doit être dangereuse. De la même façon, les craintes fondées sur les antécédents de la personne ne justifient pas d'emblée de la mettre sous garde. Le meilleur intérêt de la personne, son besoin de recevoir des soins ou encore son inaptitude ou le fait qu'elle soit dérangement pour l'entourage ne sont pas non plus des facteurs suffisants pour la mettre sous garde en établissement de santé et de services sociaux.<sup>10</sup>*

Toutefois, ces considérations ne sont pratiquement jamais prises en compte lorsque les personnes sont amenées de force à l'hôpital, selon nos résultats. En effet, à l'exception d'une poignée de témoignages, les personnes consultées ont jugé ne jamais avoir représenté un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, malgré un état de crise ou de psychose, par exemple. Elles nous ont affirmé avoir toujours été conscientes et capables d'interagir avec les premier.ère.s répondant.e.s.

Voici les raisons pour lesquelles les personnes nous ont rapporté avoir été amenées dans un établissement de santé de force:

- Parce qu'elles ont vécu des difficultés au niveau de leur santé mentale, sans toutefois juger représenter un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, comme un être dans un état dépressif, vivre de la colère, de l'anxiété ou être en psychose,
- Parce que les proches ont appelé le 911 (par inquiétude ou à la suite d'une dispute),
- Parce que les voisin.e.s ont téléphoné à la police, jugeant que les personnes étaient dérangeantes (en faisant du ménage la nuit, des petits travaux, etc.),
- Parce qu'elles ont feint des idées suicidaires afin d'avoir des services à la suite de l'hospitalisation,
- Parce qu'elles ont appelé le 811 afin d'avoir des services,
- Parce qu'elles venaient de subir une agression physique ou sexuelle et qu'on ne les croyait pas,
- Parce qu'elles ont subi du masquage diagnostique,
- Parce qu'elles refusaient de prendre un médicament,
- Parce qu'elles avaient besoin d'une place où dormir.

De plus, nous avons constaté que certaines se rendent d'elles-mêmes à l'hôpital puisqu'elles ont besoin d'aide, mais que lorsqu'elles expriment leur souhait de partir, une garde en établissement est alors déclenchée. C'est pourquoi, certaines personnes ayant déjà été hospitalisées aux unités psychiatriques hésitent avant d'appeler de façon volontaire, lorsqu'elles sont en détresse, ou de composer le 811 ou le 911, par appréhension de ce qu'elles pourraient subir: « *Je sais quand je rentre, je sais pas quand je sors.* » (Montréal)

**« Ils voient le choc culturel comme une maladie. »**

De sorte que nous avons relevé que dans une grande majorité des cas, la notion de « danger [qui] suppose une menace à la vie, comme dans les cas de suicide ou d'homicide »<sup>11</sup> n'est pratiquement jamais appliquée avant que les intervenant.e.s de première ligne ne décident d'emmener de force une personne à l'hôpital. Ainsi, le caractère exceptionnel de la loi est dilué et semble plutôt correspondre à un outil d'intervention courant, selon les expériences que nous avons recueillies.

## LES INTERVENTIONS POLICIÈRES ET AMBULANCIÈRES

La police et les ambulancier.ère.s font souvent partie des premier.ères intervenant.e.s lorsqu'on considère qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Quelques personnes nous ont dit avoir eu une meilleure expérience avec des policier.ère.s communautaires, ou avec des équipes mixtes. Ces dernier.ère.s ont fait preuve d'écoute et désamorcer la crise sans coercition.

Par contre, de nombreuses personnes ont plutôt rapporté des histoires d'une grande brutalité de la part des premier.ère.s répondant.e.s : « *Ils arrivent avec une mission.* » (Bas-Saint-Laurent) Saccage et fouille de l'appartement, membres fracturés durant l'intervention, insultes, jugements et demandes de se mettre à nu représentent un éventail des violences subies par les personnes concernées à travers la province. Sans compter le rapport de force important qu'il peut y avoir entre plusieurs policier.ère.s armé.e.s (voire jusqu'à une dizaine) pour une seule personne. Enfin, il faut souligner que des personnes en situation de handicap se voient parfois refuser l'accès à leurs outils de soutien par les agent.e.s, comme leurs lunettes spécialisées ou leur canne. Ce genre d'interventions brutales déclenchent ou exacerbent la crise chez les personnes concernées.

**« Est-ce qu'on m'a traitée avec dignité et respect? Ils m'ont shootée et je n'ai rien vu. »**

Nous avons eu peu de témoignages concernant les ambulancier.ère.s. Toutefois, ceux que nous avons reçus ne sont pas plus reluisants. En effet, certaines personnes ont dit avoir été auscultées de force en plus d'avoir été victimes de contentions physiques et chimiques. « *Est-ce qu'on m'a traitée avec dignité et respect? Ils m'ont shootée et je n'ai rien vu.* » (Québec).

Selon les personnes ayant participé aux consultations, les intervenant.e.s des services policiers ou ambulanciers agissent de la sorte en raison d'un manque criant de formation en intervention de crise ou en santé mentale. Ils ne font jamais appel à des travailleur.euse.s communautaires de proximité ou à des centres de crise. Ainsi, les personnes consultées jugent que la Loi P-38.001 représente un outil de prévention de la crise pour les premier.ère.s répondant.e.s, plutôt qu'une loi exceptionnelle à appliquer en cas de danger grave et immédiat. « *Tu as gagné cette fois-ci* » (Outaouais), a dit un policier à une personne après que l'intervenant.e du 811 a jugé que l'application de la loi P-38.001 n'était pas nécessaire.

## L'ARRIVÉE À L'HÔPITAL

Arrivées à l'établissement de santé, les personnes ont parfois eu l'impression que le rapport de la police au personnel infirmier « contamine » leur jugement. Certaines personnes ont rapporté que la version des policiers.ère.s est parfois exagérée ou fallacieuse. On a ainsi l'impression que l'idée du personnel soignant est déjà faite. Même si la personne ne représente pas un danger pour elle-même ou pour autrui, le personnel de l'hôpital agit comme si c'était le cas. Cela attise la colère et la confusion chez les personnes hospitalisées, et elles sont alors mises en contention, car elles sont considérées comme étant en crise.

**« On me disait que si je refusais les traitements, je ne pourrais plus revoir mon fils. »**

## 3.2. Pendant la garde en établissement

### LES DROITS

#### Le droit à l'information

Il faut mettre l'accent sur le fait que les personnes hospitalisées ne sont jamais informées de leurs droits et recours lorsqu'elles sont sous garde. Dans un seul cas, une personne s'est fait offrir le dépliant *Droits et recours des personnes mises sous garde* du ministère de la Santé et des Services sociaux.<sup>12</sup> Ce sont majoritairement les organismes communautaires en défense et en promotion des droits en santé mentale qui informent les personnes de leurs droits et recours en cas de garde. Il semble d'ailleurs que non seulement les personnes ne sont pas informées de leurs droits, mais elles sont maintenues dans l'ignorance, voire même dupées. Par exemple, on ne les informe pas de la durée de la garde en établissement, ni même du fait qu'elles sont sous garde en établissement ! Cette attitude de la part du personnel soignant est davantage détaillée ci-dessous et des exemples sont fournis.

#### Le droit au consentement aux soins

« Le consentement aux soins est libre lorsqu'il est donné: de plein gré; sans que les facultés de la personne soient altérées, sans promesses ni menaces. »<sup>13</sup> Par contre, il semble qu'il soit extrêmement difficile de refuser les soins proposés. En effet, plusieurs techniques sont utilisées afin que les personnes acceptent de prendre de la médication. Le chantage et la menace sont souvent employés : par exemple, on dit à la personne que si elle accepte la médication, elle pourra sortir plus vite. « *On me disait que si je refusais les traitements, je ne pourrais plus revoir mon fils.* » (Estrie) D'ailleurs, les personnes rapportent avoir peur des représailles si elles refusent des traitements: « *J'ai accepté pour ne pas tomber dans les mauvaises grâces du médecin.* » (Estrie)

## Le droit au respect et à la dignité

Le respect et la dignité, en plus de constituer des droits humains, semblent être des notions particulièrement négligées au sein des unités psychiatriques. Effectivement, l'atteinte à l'intégrité des personnes hospitalisées est une expérience généralisée auprès des participant.e.s.

D'abord, en ce qui concerne la dignité physique, plusieurs personnes racontent avoir uriné dans leurs sous-vêtements, puisqu'elles étaient en contention physique depuis de nombreuses heures et qu'on refusait de les détacher pour qu'elles puissent aller aux toilettes. De plus, l'intimité est omise de multiples façons. Entre autres, plusieurs personnes expliquent avoir été forcées de revêtir une jaquette, parfois même avoir été obligées de se changer devant un.e gardien.ne ou un.e membre du personnel soignant. Aussi, les personnes sont régulièrement forcées de partager leur chambre avec un.e inconnu.e, ce qui nuit au sentiment de sécurité. Enfin, encore une fois, les personnes en situation de handicap n'ont pas toujours accès à leurs outils de soutien. Tous ces exemples reflètent non seulement une atteinte aux droits d'être traité.e avec respect et dignité, mais aussi l'humiliation subie.

**« Le cachot [les ailes psychiatriques]: jaquette, privé de tout, tu n'es plus un citoyen, tu n'es plus rien. »**

Il est primordial de mettre l'accent sur le fait que la majorité des personnes rencontrées ont déjà été victimes de violence, que ce soit des abus physiques ou sexuels ou des violences dans l'enfance. De sorte que ces atteintes à la dignité en milieu psychiatrique amplifient leurs traumatismes et leur détresse, selon leurs récits. « *Le cachot [les ailes psychiatriques]: jaquette, privé de tout, tu n'es plus un citoyen, tu n'es plus rien.* » (Chaudière-Appalaches)

## LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'HOSPITALISATION

### Les soins

En premier lieu, on observe divers enjeux relatifs à la médication. En réalité, en plus d'entraves au droit au consentement libre et éclairé, la médication qui est offerte aux personnes est par moments différente de celle qui leur est déjà prescrite ou va à l'encontre de cette dernière et nécessite parfois de faire des sevrages drastiques, ce qui n'aide en rien la santé mentale des personnes hospitalisées.

Comme on l'a mentionné précédemment, il arrive que l'administration de la médication soit forcée : « *Cinq membres du personnel m'ont tenue, pendant qu'on m'injectait un médicament contre mon gré, en ne m'informant pas du nom de ce dit médicament.* » (Mauricie-Centre-du-Québec) D'ailleurs, maintes personnes nous ont mentionné que la médication était la seule option qu'on avait à leur donner.

En second lieu, les mesures de contentions physique ou chimique s'avèrent être utilisées fréquemment. Les personnes peuvent demeurer attachées de nombreuses heures ou recevoir une injection sans être prévenues, parfois devant les autres patient.e.s, ou se la faire administrer à nu. Pour ce qui est de l'isolement, quelques personnes nous ont raconté y avoir été contraintes pendant plusieurs jours, par exemple durant toute la durée de la garde préventive. « *Ce ne sont pas des soins, seulement de la contrainte.* » (Montréal)

### **Les relations avec le personnel et l'aide reçue**

D'emblée, les personnes racontent que le climat instauré par le personnel soignant est centré sur la peur, de la menace et de l'obéissance. Plusieurs disent que le fonctionnement qui est mis en place est presque carcéral. Par exemple, tout est contrôlé : les repas, le coucher, les moments où les personnes peuvent sortir, le nombre de cigarettes auxquelles elles ont le droit par jour, à qui elles ont le droit de parler, les appels sont filtrés, etc. On peut donc déduire que les relations patient.e.s/soignant.e.s sont loin des liens de confiance, basés sur une attitude d'écoute et de sécurisation, ce qui est pourtant ce dont les personnes disent avoir besoin.

Pour illustrer davantage le climat de peur, exacerbé par un système de menaces et de punitions établi par le personnel de l'hôpital, les personnes expriment devoir « *jouer leur jeu* » (Montréal) afin que tout se passe bien.

**« *Ce ne sont pas des soins, seulement de la contrainte.* »**

De sorte qu'elles se sentent obligées d'adhérer aux conditions énoncées par le personnel, comme accepter d'aller en résidence intermédiaire après l'hospitalisation ou de prendre une médication, de crainte de voir leurs portions de repas réduites, de ne pas pouvoir aller fumer, de devoir rester toute une journée dans leur chambre (ou, au contraire, de ne pas y avoir accès), de ne pas pouvoir recevoir de visite, etc. C'est donc un système de punitions-récompenses auquel les personnes se doivent de se soumettre.

D'autres contraintes sont utilisées si les personnes font valoir leurs droits. En effet, le fait de refuser une médication et de demander d'être traité.e avec dignité et respect sont des droits humains et les faire respecter ne devrait en aucun cas entraîner des conséquences oppressives.

En plus des mesures de contrôle décrites ci-dessus, le personnel hospitalier tient des propos désobligeants à l'égard des personnes : « *Je te fais mal parce que tu me fais chier* », s'est fait dire une citoyenne de Montréal par une infirmière lors d'une injection. Les personnes ont l'impression que le personnel provoque des situations de crise afin de les punir.

En conséquence, les personnes usent de « stratégies afin de contrer les *manipulations* » (Lanaudière) du personnel hospitalier. Elles comprennent qu'elles doivent obéir, puisque le personnel exerce un pouvoir de coercition sur elles, tout en les tenant dans l'ignorance, en utilisant des stratégies de manipulation et en les isolant. « *Tu fais ton temps pis t'attends que ça passe.* » (Montréal)

De façon presque unanime, celles-ci nous disent n'avoir reçu aucune aide, même qu'au contraire, on les empêche de parler. Elles ont constaté que le personnel soignant ne semble pas disposé ou formé pour intervenir en relation d'aide avec les patient.e.s. Certaines personnes, après avoir tenté de parler de leur détresse auprès des infirmier.ère.s, se sont fait donner encore plus de médication. Au final, c'est lors des discussions avec les autres patient.e.s que les personnes se sentent le plus écoutées.

« ***“Je te fais mal parce que tu me fais chier.”*** »

D'ailleurs, il est évident que la situation de détresse des personnes n'est pas perçue comme nécessitant de l'aide, mais plutôt comme des comportements ayant besoin d'être contraints et arrêtés : « *Nos comportements sont dérangeants pour le psychiatre.* » (Montréal) Le personnel hospitalier semble ainsi revêtir un rôle d'expert en ce qui a trait aux besoins des personnes: « *Ils se voient comme des experts donc tu dois être d'accord avec eux.* » (Lanaudière) Les personnes sont donc dans l'incapacité de nommer les soins ou l'aide qu'elles souhaiteraient avoir, car leur parole est constamment décrédibilisée, du fait qu'elles sont vues comme « malades » et incapables de juger de leur état par elles-mêmes, ou parce qu'elles ne sont pas reconnues comme étant expertes de leur vécu.

Finalement, les activités pendant la garde sont assez réduites. « *Un moment donné, on est tannés de faire juste des mandalas !* » (Bas-Saint-Laurent) Cela dit, les activités qui sont offertes lorsqu'un.e technicien.ne en loisirs est présent.e sont très appréciées et permettent aux personnes de s'occuper et d'alléger les conditions d'hospitalisation. Le quotidien est, par contre, assez morne. Les personnes n'ont presque pas le droit de sortie, ni de téléphone et le sommeil est interrompu et « *la bouffe est infecte.* » (Montréal)

Somme toute, les personnes qui nous ont dit avoir eu une expérience d'hospitalisation relativement bonne sont celles qui sont d'abord allées dans un établissement de manière volontaire, qui obéissent au personnel soignant ou qui ont des proches qui leur rendent visite et qui ne sont pas seules.

## LES AUDIENCES

« *Le psychiatre est juge et médecin.* »

### Les délais

D'abord, les délais prescrits par la Loi P-38.001 ne semblent pas respectés par les établissements. Généralement, en ce qui a trait à la garde préventive, les personnes affirment qu'il a fallu beaucoup plus de 72h avant de passer à la cour. Elles sont donc gardées contre leur gré dans un établissement de santé et elles perdent leur droit à la liberté pendant plus de trois jours sans qu'un juge ne l'ait ordonné.

De plus, il semble de pratique courante que les personnes reçoivent l'ordonnance de cour dans des délais très serrés, ce qui leur laisse peu de temps pour trouver un.e avocat.e. Par exemple, les personnes reçoivent les documents le vendredi, pour comparaître le lundi. Les bureaux d'avocat.e.s étant fermés durant la fin de semaine, il est presque impossible pour la personne d'être représentée. Le pire cas relevé est celui d'une personne ayant reçu l'ordonnance de cour seulement une heure avant son audience.

### La représentation

Advenant le cas où les personnes réussissent à être représentées par un.e avocat.e, le parcours n'est pas moins laborieux. En effet, elles rapportent ne pas avoir reçu une défense adéquate. Par exemple, les avocat.e.s ne disent tout simplement rien en leur faveur, ne prennent que quelques minutes avant l'audience pour discuter de la stratégie de défense, tentent de les convaincre de prendre la médication, etc. Certain.e.s semblent stigmatiser les personnes en raison de leur psychiatisation et ainsi entraver une défense appropriée: « *Mon avocat m'a dit de ne pas venir en cour parce que ça pourrait être anxiogène pour moi.* » (Montréal) Les personnes qui ont eu recours à un.e avocat.e au privé plutôt qu'à l'aide juridique ont généralement dit avoir eu droit à une meilleure représentation. Cette situation est inquiétante, car cela signifie que les personnes à faible revenu n'ont pas droit à un traitement équitable.

De surcroît, lors de l'audience, les personnes affirment que « *le psychiatre est juge et médecin.* » (Montréal) En ce sens, les juges penchent d'emblée du côté des psychiatres et prennent rarement en compte la parole des personnes concernées. Ces dernières ont par conséquent le sentiment que de passer devant un juge ne sert qu'à respecter les procédures judiciaires, sans toutefois qu'une réelle justice ne soit exercée.

Enfin, les personnes expliquent que les confidences qu'elles ont faites aux psychiatres sont utilisées contre elles à la cour, ce qui contribue à les maintenir en garde provisoire ou en garde autorisée. De sorte que le lien de confiance avec le personnel soignant est automatiquement rompu et que s'installe plutôt un climat de méfiance. « *Quand on te dit que tu peux sortir, on a peur que ce soit une menace.* » (Montréal)

## 3.3. Après la garde en établissement

### LE SOUTIEN POST-HOSPITALISATION

D'abord, il est important de souligner le fait que de nombreuses personnes terminent une garde sans aucun soutien, ni références, ni filet de sécurité. Elles sont laissées à elles-mêmes pour trouver des ressources à leur sortie. Pour cette raison, les personnes expriment que lorsque les périodes de crises et les raisons les ayant poussées à être hospitalisées (précarité financière, enjeux relatifs au logement, problèmes familiaux) se reproduisent, elles doivent souvent être ré-hospitalisées par manque d'aide dans la communauté.

Ensuite, le soutien au logement est primordial lorsqu'on parle des déterminants sociaux de la santé mentale. C'est une aide nécessaire afin que les personnes ne se retrouvent pas dans la rue et qu'elles puissent avoir un chez-soi permettant d'éviter ou de minimiser les périodes de crise. Bien qu'il y ait parfois de l'accompagnement à la maison qui soit offert à la sortie de l'hôpital, la crise du logement fait que les personnes se retrouvent fréquemment dans des hébergements non adaptés à leur situation ou insalubres.

### LES SERVICES PSYCHIATRIQUES

À la fin de la garde, certaines personnes se voient référées à des services psychiatriques externes, tels que les suivis intensifs dans le milieu (SIM), les cliniques externes, les travailleurs sociaux, etc. Rappelons que c'est d'ailleurs pour recevoir ces services que des personnes tentent parfois d'être hospitalisées !

Par contre, les personnes déplorent ne pas avoir eu le choix dans les services proposés. De plus, les services sont distincts les uns des autres, ce qui fait que les personnes doivent chaque fois raconter leur histoire et développent peu de liens de confiance avec leur panoplie d'intervenants.

Enfin, il est intéressant de constater que les personnes préfèrent les suivis psychosociaux, telles que des rencontres avec un.e travailleur.euse sociale, plutôt que biomédicaux. Ces services permettent davantage d'apporter de l'aide relative à leur environnement, aux causes de leur détresse et à de potentielles crises.

**« Quand on te dit que tu peux sortir, on a peur que ce soit une menace. »**

## LES ALTERNATIVES

Parfois, les personnes reçoivent une liste d'organismes pouvant leur venir en aide. Parmi ces organismes, on trouve des ressources d'entraide alternatives et en promotion-vigilance des droits en santé mentale.

Les personnes ayant fréquenté ces ressources expliquent qu'elles leur ont permis de briser leur isolement et de participer à la vie citoyenne. En effet, ce sont des milieux de vie où les personnes sont perçues autrement que par le filtre de la « maladie » et sont plutôt accueillies comme des personnes à part entière. Les personnes consultées expriment que le fait de ne pas avoir à dévoiler leur diagnostic pour être membres de ces ressources leur permet d'être accueillies pour ce qu'elles sont, selon leurs besoins, leurs rêves, etc. « *Si on m'avait proposé des alternatives comme la Bonne étoile [groupe d'entraide alternatif et en promotion-vigilance des droits en santé mentale], ça aurait changé ma vie.* » (Lanaudière)

## LA STIGMATISATION

En premier lieu, les personnes témoignent avoir été stigmatisées sur le plan de l'emploi. En effet, elles craignent que leurs collègues apprennent qu'elles ont subi une garde en établissement, de peur d'être jugées ou exclues. De plus, les gardes de longue durée peuvent nuire à l'emploi, particulièrement si on ne connaît pas leur durée exacte. En effet, puisqu'une garde autorisée doit être renouvelée aux 21 à 30 jours ouvrables, les personnes qui sont hospitalisées durant plusieurs mois sans savoir si la garde sera renouvelée appréhendent de perdre leur travail.

En deuxième lieu, les personnes rapportent avoir été stigmatisées relativement au logement. Elles subissent de la discrimination de la part leurs voisins et de leur propriétaire, pouvant même mener à des évictions.

**« Si on m'avait  
proposé des  
alternatives comme  
la Bonne étoile  
[groupe d'entraide  
alternatif et en  
promotion-  
vigilance des droits  
en santé mentale],  
ça aurait changé  
ma vie. »**

Par ailleurs, lorsqu'il est question de ressources intermédiaires, les personnes sont d'avis que ce ne sont pas des lieux conviviaux. Ce sont plutôt des milieux contrôlés où elles subissent parfois de la menace et du chantage de la part des intervenant.e.s. De plus, les personnes n'ont pas le contrôle de leur médication, de leur argent, ni même de leur consommation de cigarettes.

Enfin, les personnes subissent de la stigmatisation dans leur quotidien : « *En région, tout le monde se connaît, donc tout finit par se savoir.* » (Bas-Saint-Laurent). De plus, bien que les proches puissent être importants en fournissant un filet de sécurité et du soutien aux personnes concernées, ils peuvent aussi jouer un rôle coercitif dans la facilitation de l'application de la garde, ou en les stigmatisant après la garde. L'effritement des liens de confiance peut donc augmenter l'isolement. Enfin, certaines personnes qui avaient un suivi avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) affirment que cela leur a valu des jugements de la part des intervenant.e.s au sujet de leurs capacités parentales.

#### **LE TRAUMATISME INSTITUTIONNEL**

Les personnes consultées ont toutes affirmé que la garde en établissement ne les a pas du tout aidées dans leur détresse psychologique, et qu'elle a même aggravé leur situation : « *Avant la garde, j'avais réussi à m'établir une bonne routine quotidienne. Toutefois, celle-ci [la garde] a complètement chamboulé ma vie et il a été difficile pour moi de me remettre sur pieds.* » (Estrie)

Qui plus est, on juge que la psychiatrie fait subir des traumatismes inutiles. Cela a pour conséquence que les personnes préfèrent se désaffilier du système public plutôt que de risquer de retourner en psychiatrie. Elles évitent les hôpitaux, n'appellent jamais le 811 et se méfient de l'entièreté du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. « *La psychiatrie est plus traumatisante que la violence conjugale.* » (Lanaudière)

**« La psychiatrie est plus  
traumatisante que la violence  
conjugale. »**

# 4

## Nos recommandations

À la lumière des résultats issus de la parole collective des personnes ayant subi une garde en établissement à travers la province, ReprésentACTION smQ a établi cinq recommandations permettant de minimiser l'application de la loi sur la protection de la personne, de réduire ses impacts sur les personnes concernées et de favoriser le respect des droits. L'objectif de nos recommandations est d'éliminer la violence du champ d'application de la Loi P-38.001 à toutes les étapes, de la première intervention, à l'hospitalisation, puis à la sortie de l'hôpital. De plus, nous souhaitons favoriser des interventions qui sortent du paradigme de la médication comme seule réponse à la crise. Enfin, nos recommandations visent à réduire, voire à éliminer le recours à la Loi P-38.001.

Quant à la loi elle-même, nous ne recommandons pas de modifications. Nos consultations ont bien démontré que les problèmes se situent dans l'application de la loi; pensons, par exemple, à son caractère exceptionnel, peu respecté. Nous espérons que les recommandations qui suivent, accompagnées d'une véritable volonté de nos dirigeants d'investir dans la santé mentale, permettront d'éliminer le besoin de recourir à la loi.

### 4.1 S'attaquer à la stigmatisation des médias

L'influence des médias est énorme dans le renforcement des préjugés sur le lien entre la violence et les problèmes de santé mentale. En ce moment, on constate une dérive dans la façon dont sont rapportés des crimes violents qu'on associe au moindre diagnostic. Entre autres, des groupes de femmes ont rapporté que cela peut avoir l'effet d'invisibiliser la violence faite aux femmes en masquant la véritable cause de cette violence par un diagnostic de santé mentale.<sup>14</sup>

#### NOUS RECOMMANDONS

D'intensifier la sensibilisation des médias aux effets pervers de l'association entre santé mentale et violence, par exemple, grâce au guide *En-tête : Reportage et santé mentale*,<sup>15</sup> et à des activités de sensibilisation pour les étudiant.e.s en journalisme et dans les congrès de journalistes.

## 4.2. Diminuer le recours à l'hospitalisation

Nous constatons que l'accès aux services est très difficile pour de nombreuses personnes qui cherchent de l'aide. Dans nos consultations, plusieurs personnes hospitalisées contre leur gré s'étaient présentées à l'urgence d'elles-mêmes, dans le but de recevoir de l'aide pour leur détresse psychologique. Dans la majorité des cas, ces séjours ont généré de la colère et de l'amertume et ont pu causer une perte de confiance envers les services hospitaliers et d'autres ressources auxquelles ces personnes ont fait appel dans un moment de détresse, telles que le 811.

Les recommandations qui suivent visent à diminuer le recours aux hospitalisations en bonifiant les services accessibles dans la communauté et à prévenir les crises.

### **DE L'ÉCOUTE ET DES RÉPONSES ACCESSIBLES**

Comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises, les personnes en situation de crise ont besoin de parler et d'être écoutées. Il existe plusieurs services d'écoute téléphoniques et ils sont appréciés dans bien des cas. Cependant, ils sont nettement insuffisants pour assurer un suivi ultérieur.

**NOUS RECOMMANDONS** d'élargir l'offre de services psychosociaux accessibles à tous.tes, comme des psychologues et des travailleurs.euse.s sociaux.ales.

**NOUS RECOMMANDONS** de même que le gouvernement reconnaisse la réponse offerte par les groupes d'entraide communautaires et alternatifs comme étant tout aussi valable que celle offerte dans les services institutionnels, de façon à ce que leur financement soit conséquent.

### **LA BONIFICATION DE L'OFFRE DE SERVICES POUR PRÉVENIR LES CRISES OU EN SORTIR**

**NOUS RECOMMANDONS** de miser sur une plus grande offre de services dans la communauté : des services doux, tels que des centres apaisants,<sup>16</sup> permettant aux personnes de se reposer loin de tout souci, avant d'en arriver à une crise. Cette idée de centre apaisant est d'ailleurs une demande des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Elles parlent de centres de crise plus accueillants, qui n'ont pas de liste d'attente, ni de critères trop contraignants, de ressources qui savent composer avec les gens ayant des problèmes de consommation en plus de problèmes de santé mentale.

## L'ASSURANCE QUE LA LOI P-38.001 DEMEURE UNE LOI D'EXCEPTION

Comme on l'a démontré plus haut, cette loi semble constituer un outil de prédilection pour les intervenant.e.s de première ligne, plutôt qu'une pratique exceptionnelle.

**NOUS RECOMMANDONS** d'établir un protocole au sein du 811 afin que les premier.ère.s répondant.e.s soient obligé.e.s de faire appel à des intervenant.e.s de crise, comme des travailleur.euse.s de rue avant d'appliquer la Loi P-38.001 (voir aussi l'approche de l'Escouade 24/7 au point 4.4).

**NOUS RECOMMANDONS** que le *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* qui régit l'utilisation de cette loi d'exception soit employé de manière systématique lors des interventions de crise.

## LE RÔLE DES PROCHES

Nous avons constaté que le rôle des proches des personnes premières concernées au sujet de la garde est ambigu. Parfois, leur implication favorise la mise sous garde et la coercition, tandis qu'à d'autres moments, ils apportent un soutien, une écoute et une réassurance qui permettraient d'éviter l'application de la Loi P-38.001.

**NOUS RECOMMANDONS** que le rôle des proches soit plus ou moins important en fonction des besoins et des demandes des personnes concernées, tout en portant une attention particulière au respect du droit à la confidentialité et à la primauté de la personne.

## 4.3. Assurer un meilleur soutien lors des séjours à l'hôpital

Nous croyons que les séjours hospitaliers ne constituent pas la meilleure solution à la majorité des besoins des personnes en situation de crise et nous visons, tout comme l'Organisation mondiale de la santé, une transition des ressources investies actuellement dans les institutions psychiatriques vers les services communautaires :

*Les orientations énoncent ce qui doit être fait pour accélérer la désinstitutionnalisation et intégrer une approche communautaire fondée sur les droits en matière de soins de santé mentale. Il est notamment préconisé d'adopter une législation visant à remplacer progressivement les établissements psychiatriques par des systèmes de soutien communautaire et des services intégrés inclusifs, tels que l'aide au revenu et au logement, et les réseaux de soutien par les pairs.*<sup>17</sup>

En attendant, on peut faire quelques recommandations pour que les séjours à l'hôpital soient mieux vécus par les personnes qui les subissent. Nous avons entendu à quel point les séjours à l'hôpital sont mal vécus par de très nombreuses personnes. Dans plusieurs cas, ces séjours ont brisé le lien de confiance envers l'institution et ont ajouté des traumatismes à ceux déjà vécus.

### **UN MEILLEUR ACCUEIL À L'URGENCE**

De nombreuses personnes nous ont rapporté s'être senties complètement perdues et laissées à elles-mêmes lors de leur arrivée à l'urgence. On ne leur a pas expliqué ce qui se passait et dans plusieurs situations, on ne leur disait pas non plus la raison pour laquelle elles étaient là. Cela accroît le sentiment de panique qu'elles ressentent.

**NOUS RECOMMANDONS** aux établissements d'avoir une personne ressource consacrée à l'accueil psychiatrique, ce qui répondrait à une demande fréquente de la part des personnes premières concernées.

### **UN MEILLEUR SUIVI APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL**

Plusieurs personnes nous ont rapporté avoir été laissées à elles-mêmes à la sortie de l'hôpital, avec un suivi minimal, et retourner dans le même milieu qui leur a parfois valu d'être hospitalisées.

**NOUS RECOMMANDONS** d'améliorer le suivi afin de s'assurer que les personnes ont accès aux ressources qu'elles désirent. Ce suivi devrait être à long terme, jusqu'à ce que la personne elle-même décide de l'arrêter.

### **L'AMÉLIORATION DU SOUTIEN OFFERT LORS DE L'HOSPITALISATION**

Plusieurs personnes nous ont rapporté combien les séjours à l'hôpital étaient vides de sens. Elles écoutent la télé, font du dessin. Certaines personnes ont eu le droit de parler avec les autres personnes hospitalisées et y ont trouvé un soutien significatif, d'autres avaient l'interdiction de créer des liens avec leur entourage.

On se fait confisquer son téléphone et le nombre d'appels que l'on peut faire est limité. On nous parle de la solitude, du manque d'intimité, de la dignité, voire même de violences psychologique et physique. Plusieurs nous ont dit que l'hospitalisation est pire que la prison.

**NOUS RECOMMANDONS** d'améliorer les services offerts lors du séjour à l'hôpital afin qu'ils soient tout simplement plus humains. Idéalement, cela signifierait l'abolition du recours à toute mesure de contrôle dans les établissements de santé. Cela dit, actuellement, il existe des précédents qui permettraient de limiter l'usage de ces mesures :

*Plusieurs initiatives ont été prises par le CSSS Pierre-Boucher afin de rendre les soins en intervention en santé mentale plus humains. Le CSSS s'est doté d'une nouvelle politique sur l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle. Cette politique vise, entre autres, à diminuer le recours à de telles mesures et à maximiser l'implication de l'utilisateur dans le processus décisionnel. Elle a permis une diminution significative du recours à la contention et à l'isolement en 2014. Une personne intervenante spécialisée en situation de crise a également été embauchée dans l'optique de favoriser des méthodes alternatives.<sup>18</sup>*

## **UNE MEILLEURE INFORMATION SUR LES DROITS**

**NOUS RECOMMANDONS** d'améliorer la formation du personnel sur les droits des personnes, mais plus particulièrement sur le consentement aux soins, d'une part, et sur la Loi P-38.001, d'autre part.

Le personnel devrait accorder le respect le plus total au consentement libre et éclairé aux soins pendant la garde forcée. Les personnes doivent rester maîtres de leurs propres décisions et le personnel peut être un allié dans la protection de ce droit. On devrait également s'assurer que des membres du personnel ont reçu une formation sur la Loi P-38.001 afin qu'ils accompagnent, au besoin, les personnes pendant ce processus anxiogène.

Ensuite, nous privilégions l'implantation de projets tels que *Pour une défense pleine et entière*, une initiative provenant du Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM). Ce projet vise à faire en sorte que toute personne admise en psychiatrie contre son gré soit rejointe de façon anonyme par une personne intervenante de l'organisme qui propose de l'accompagner dans le processus. Cette personne intervenante pourra lui offrir de l'information et des conseils, l'accompagner à la cour ou l'aider à faire appel.

## PLUS DE PERSONNEL DANS LES UNITÉS PSYCHIATRIQUES

Nous constatons que plusieurs problèmes découlent directement du manque de personnel. Par exemple, nous savons que les contentions physiques et chimiques sont utilisées dans plusieurs cas parce qu'il est plus simple d'immobiliser les personnes que de prendre le temps de discuter et de tenter d'apaiser les crises. L'absence d'écoute, le sentiment d'être laissées à elles-mêmes, l'isolement ressenti par les personnes hospitalisées peuvent aussi être attribués au manque de personnel. Les nombreux règlements et interdictions qui n'ont pas de sens pour les personnes en sont probablement aussi la conséquence. Enfin, le stress lié au manque de personnel peut causer un traumatisme vicariant. Cet état<sup>19</sup> cause, par exemple, un manque d'empathie ou la dépersonnalisation des personnes hospitalisées.

**NOUS RECOMMANDONS** que les établissements s'assurent que le personnel dans les unités de psychiatrie soit en nombre suffisant pour répondre adéquatement aux besoins des personnes hospitalisées.

## 4.4. LUTTER CONTRE LA VIOLENCE ET LA COERCITION À TOUTES LES ÉTAPES

### LUTTER CONTRE LA VIOLENCE LORS DE L'INTERVENTION POLICIÈRE

Nous avons entendu beaucoup de témoignages de personnes qui ont été interpellées avec une force abusive par des policier.ère.s. Si les projets d'escouades mixtes sont un pas dans la bonne direction pour réduire le recours à la violence et espérer une désescalade des crises, les témoignages des personnes qui les ont rencontrées sont assez mitigés. Nous ne croyons pas que la réponse systématique aux appels d'urgence psychosociale devrait être une intervention policière. Des intervenant.e.s communautaires pourraient mieux résoudre de nombreuses situations.

**NOUS RECOMMANDONS** de développer des approches telles que celle de l'Escouade 24/7<sup>20</sup> implantée dans le Bas-Saint-Laurent. Pour chaque appel d'urgence psychosociale (par exemple, au 811), un.e intervenant.e tente d'abord de désamorcer la crise au téléphone et peut se rendre sur place si l'intervention téléphonique n'est pas suffisante.

## LUTTER CONTRE LA VIOLENCE LORS DU SÉJOUR À L'HÔPITAL

Nous avons également entendu de nombreux témoignages faisant état de la violence à l'intérieur même de l'hôpital. Que ce soit par les gardien.ne.s de sécurité ou par les mesures de contrôle comme la contention et l'isolement, nous devons nous rappeler que ces violences sont faites dans de nombreux cas à des personnes qui ont déjà subi des violences avant leur hospitalisation. Combien de personnes vivant de la détresse psychologique à la suite d'un traumatisme vont chercher de l'aide pour se faire répondre par encore plus de violence ?

**NOUS RECOMMANDONS** que les établissements se dotent d'un plan d'action visant la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle, d'isolement, de contention physique et chimique. Il existe de nombreux outils qui permettent de faire cette transition.

## 4.5. FAVORISER L'APPROPRIATION DU POUVOIR ET LA PARTICIPATION ACTIVE DES PERSONNES PREMIÈRES CONCERNÉES

Nous considérons que les personnes premières concernées doivent avoir un rôle prépondérant dans les décisions sur les services qu'elles reçoivent. Les établissements prônent une approche centrée sur la « primauté de la personne », mais on continue d'observer une approche paternaliste (les professionnel.le.s savent ce qui est bon pour les patient.e.s, et se considèrent comme des expert.e.s en matière de santé mentale).

**NOUS RECOMMANDONS** que les établissements adoptent une approche visant l'appropriation du pouvoir<sup>21</sup> par les personnes premières concernées. Les quatre piliers de cette approche sont :

- Avoir la possibilité de faire des choix libres et éclairés,
- Participer activement aux décisions qui ont un impact sur la vie,
- Pouvoir actualiser son potentiel de croissance personnelle, professionnelle et sociale,
- Pouvoir connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits.

Nous croyons que cette approche, basée sur les droits, permet d'éviter deux écueils des services en santé mentale : le paternalisme dans les soins ainsi que les méthodes coercitives. De plus, cette approche met véritablement la personne au centre des soins en visant son autonomie pleine et entière.

# 5

## Annexe

### 5.1. Rassemblement national P-38

Nous souhaitons rendre accessible le texte que l'équipe de ReprésentACTION smQ a rédigé et lu lors du rassemblement national *Touche pas à nos droits!* organisé par l'AGIDD-SMQ le 13 novembre 2024. Ce texte se veut un hommage à la parole collective des personnes ayant participé aux consultations au sujet de la Loi P-38.001. Ce dernier résume leurs savoirs expérientiels et démontrent efficacement les problèmes des pratiques oppressives entourant cette loi d'exception.

#### **VOUS AVEZ ÉTÉ 300 À NOUS DIRE**

Depuis les 7 derniers mois, 20 consultations auprès des personnes ayant subi des P-38 ont été offertes, dans 10 régions du Québec. En tout, vous avez été plus de 300 personnes à nous partager vos expériences de garde en établissement, afin qu'ensemble, on puisse forger une parole collective dénonçant les abus dans l'application de cette loi d'exception, trop souvent d'oppression.

On veut vous dire MERCI de nous avoir fait confiance. On va se battre pour que nos histoires soient au cœur des décisions qui vont se prendre par rapport à la loi. On va se battre pour que notre dignité soit de la première importance. On va toujours dire qu'on est des PERSONNES et des CITOYEN.NE.S, pas des maladies, et encore moins des dangereux!

Vous avez été 300 à avoir été forcé.e.s à rester à l'hôpital;

Vous avez été amené.e.s parce que votre routine nocturne de ménage dérangeait vos voisins;

Parce que vos propos semblaient délirants aux oreilles de vos proches;

Parce qu'une personne de confiance jugeait vos capacités parentales;

Parce que votre psychiatre ne savait pas comment accueillir votre détresse;

Parce que vous avez été victimes de masquage diagnostique;

Parce qu'on ne vous croyait pas quand vous disiez avoir besoin d'écoute, de temps, de chaleur humaine;

Parce que vous veniez tout juste d'être agressé.e.s dans la rue, parce que vous veniez d'être violé.e.s;

Mais vous avez été près de 300 à nous dire ne JAMAIS avoir représenté.e.s un danger pour vous-même ou pour autrui.

Vous avez été 300 à être resté.e.s quelques jours, quelques semaines ou quelques mois à l'hôpital contre votre gré;

Dans certains cas, vous n'aviez plus votre téléphone, vous n'aviez plus vos vêtements, vous n'aviez plus vos affaires;

Vous étiez privés d'intimité, mais vous vous ennuyez quand même;

Vous avez colorié des mandalas, des mandalas, *pis encore des maudits mandalas*;

Vous avez subi des commentaires désobligeants du personnel;

Vous avez été éloigné.e.s de votre entourage, de vos enfants;

Vous avez subi des agressions par des agent.e.s de sécurité;

Vous avez été piqué.e.s et médicamenté.e.s contre votre gré;

On vous a menti.e.s, manipulé.e.s, isolé.e.s, contentonné.e.s;

Vous avez été laissé.e.s dans le noir et parfois délibérément trompés quant à vos droits.

Vous avez été 300 personnes à nous dire que non seulement l'hospitalisation forcée n'a servi à rien;

Mais elle a, dans de nombreux cas, empiré votre situation;

Vous a laissé.e.s sans aide et sans toit;

Vous a marqué.e.s au fer rouge de la « folie »;

Vous a traumatisé.e.s à vie;

A rompu votre confiance envers le système de santé;

Est-ce qu'on peut dire que 300 voix, c'est anecdotique?;

Que 300 histoires de maltraitance, de brutalité et de violence, ça veut rien dire?;

Que 300 vies bouleversées, c'est insignifiant?;

Vous avez été 300 voix à nous dire *TOUCHE PAS À NOS DROITS!*

*TOUCHE PAS À NOS DROITS!*

*TOUCHE PAS À NOS DROITS!*

# 6

## Bibliographie

1. « Le masquage diagnostique se définit comme l'attribution de symptômes de maladie physique à un trouble de santé mentale déjà diagnostiqué. La personne se retrouve alors avec un diagnostic de maladie physique ou un traitement qui, s'il correspond au problème, arrivera souvent trop tard. » Boucher, A.-M. (2019). La crédibilité de nos maux. *L'autre espace*, 6(10), p.14.  
[https://www.rasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace\\_2019\\_06\\_Vol10-1.pdf](https://www.rasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace_2019_06_Vol10-1.pdf)
2. Godrie, B. et Rivet, C. (2019). Faire la preuve de sa crédibilité : diagnostics et groupes d'entraide dans la trajectoire de soins en santé mentale, *Revue du CREMIS*, 11(1), p. 23-27.  
<https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/faire-la-preuve-de-sa-credibilite-diagnostics-et-groupes-dentraide-dans-la-trajectoire-de-soins-en-sante-mentale/>
3. Newman, A. et Fitzsimmons, E.G. (2022, 29 novembre). New York City to involuntarily remove mentally ill people from streets, *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/11/29/nyregion/nyc-mentally-ill-involuntary-custody.html>
4. Jean-François Plouffe, interviewé par Benoît Dutrizac. (2024, 2 septembre). « RÉPONDEZ À MA QUESTION! »: Dutrizac talonne solidement le porte-parole d'Action Autonomie. *QUB Radio*.  
<https://www.tvaplus.ca/qub/benoit-dutrizac/repondez-a-ma-question-dutrizac-talonne-solidement-le-porte-parole-d-action-autonomie-1409869973>
5. ReprésentACTION smQ. (2024). *Consultation P-38: Atelier de consultation*.  
<https://drive.google.com/drive/folders/1aa3NpEDrklfs6tGVogFHyLjsr1nXuEWY>
6. Action autonomie. (2024). « J'méritais pas ça » Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'île de Montréal. *Action autonomie*, p.18. <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>
7. AGIDD-SMQ. (2009, avril). *La garde en établissement: une loi d'exception, une pratique d'oppression*.  
[http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection\\_opp\\_web.pdf](http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection_opp_web.pdf)
8. Idem, p. 11.
9. Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionnalisation. Dans Collin, J., Otero, M., Monnais, L. et Coignard-Friedman, R. (dir.), *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 35-66.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *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*, p.22. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>
11. Ibid.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Droits et recours des personnes mises sous garde*.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-27F.pdf>
13. Op cit., p.22.
14. Claudine Thibaudeau. (2023, 27 août). Drame dans Lanaudière : « La violence conjugale n'est pas un problème de santé mentale ». *TVA Nouvelles*. <https://www.tvanouvelles.ca/2023/08/27/drame-dans-lanaudiere--la-violence-conjugale-nest-pas-un-probleme-de-sante-mentale>
15. En-tête: Reportage et santé mentale. (2020). *Un guide créé par des journalistes à l'attention des journalistes et des étudiants en journalisme*. <https://www.en-tete.ca/>
16. Mois de la parole collective en santé mentale. (2023). *Notre centre apaisant de rêve*.  
[https://www.parolecollective.org/2023/#réf\\_2023](https://www.parolecollective.org/2023/#réf_2023)
17. Organisation mondiale de la santé. (2023, 9 octobre). *L'OMS et le HCDH publient de nouvelles orientations pour améliorer les lois visant à lutter contre les atteintes aux droits humains dans les soins de santé mentale*.  
<https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2023-who-ohchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care>
18. AGIDD-SMQ. (2015). *Respect des droits en santé mentale: Prix Orange pour le CSSS Pierre-Boucher, Prix Citron pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale*. <https://www.agidd.org/respect-des-droits-en-sante-mentale-prix-orange-pour-le-csss-pierre-boucher-prix-citron-pour-le-ministere-de-lemploi-et-de-la-solidarite-sociale/>
19. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2024). *Le traumatisme vicariant ou quand les traumatismes des soignés deviennent ceux des soignants*. <https://www.oiiq.org/le-traumatisme-vicariant-ou-quand-les-traumatismes-des-soignes-deviennent-ceux-des-soignants>
20. Centre de prévention et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent. (2023). *Escouade 24/7*.  
<https://centredecrisebsl.qc.ca/deplacement-durgence-247/>
21. Comité de pilotage du guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir. (2004) *Paroles et parcours d'un pouvoir fou. Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*.  
<https://www.representationsmq.org/s/Guide-sur-lappropriation-du-pouvoir1.pdf>



4837 rue Boyer #210,  
Montreal, Qc H2J 3E6

438 520-4443  
514 523-3443, poste 105

[representation@agidd.org](mailto:representation@agidd.org)  
[parolecollective@agidd.org](mailto:parolecollective@agidd.org)



## Mémoire sur l'application de la Loi P-38.001

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

Présenté à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) dans le cadre de ses travaux de recherche entourant l'application de la Loi P-38.001

**AGIDD-SMQ**

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE  
DU QUÉBEC**

Novembre 2024

Rédaction

Comité politique de l'AGIDD-SMQ :

**Julie Rivard**, présidente, AGIDD-SMQ  
CAMÉÉ (Montréal)

**Claude Moreau**, vice-président, AGIDD-SMQ  
Pro-Def Estrie (Estrie)

**Francois Winter**, porte-parole et administrateur, AGIDD-SMQ  
L'A-Droit de Chaudière-Appalaches (Chaudière-Appalaches)

**France Riel**, directrice générale  
RAIDD-AT (Abitibi-Témiscamingue)

**Jean-Francois Plouffe**, chargé de dossiers et de communications  
Action Autonomie (Montréal)

**Mélodie Pelletier**, conseillère en défense des droits  
Droits-Accès de l'Outaouais (Gatineau)

**Nancy Melanson**, coordonnatrice et responsable du volet  
sociopolitique AGIDD-SMQ (Montréal)



4837, rue Boyer bureau 210  
Montréal, Qc, H2J 3E6  
Téléphone : 514 523-3443  
Télécopieur : 514 523-0797  
[Info@agidd.org](mailto:Info@agidd.org)  
[www.agidd.org](http://www.agidd.org)

# Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>3</b>
<b>Présentation de l’AGIDD-SMQ</b> .....	<b>5</b>
<b>Les démarches et l’implication de l’AGIDD-SMQ dans le cadre du mandat de l’IQRDJ.</b>	<b>6</b>
<b>Appréciation des deux premiers rapports de l’IQRDJ</b> .....	<b>7</b>
<b>Mise en contexte</b> .....	<b>8</b>
<b>La panique morale et médiatique</b> .....	<b>9</b>
<b>La stigmatisation et les préjugés</b> .....	<b>9</b>
<b>Le sanisme : plus profond que les préjugés</b> .....	<b>10</b>
<b>La maltraitance institutionnelle et la coercition psychiatrique</b> .....	<b>12</b>
<b>Les droits fondamentaux au Québec et dans le monde</b> .....	<b>13</b>
<b>Pour aller plus loin sur le contexte social et les services en santé mentale</b> .....	<b>16</b>
<b>La Loi P-38.001 au Québec – position de l’AGIDD-SMQ</b> .....	<b>17</b>
<b>Les enjeux relatifs à la Loi P-38.001</b> .....	<b>18</b>
Les critères, la définition et l’interprétation de la dangerosité .....	18
Dangerosité et « dérangerosité » .....	22
Les rapports d’évaluation psychiatrique et leur place prépondérante à la cour .....	22
<b>Pour aller plus loin sur les enjeux pratiques liés à la Loi P-38.001 :</b> .....	<b>24</b>
La présumée complexité de la Loi P-38.001 .....	24
Les rôles des organismes communautaires, du réseau de la santé, du système de justice et de la Sécurité publique. ....	25
Le cadre de référence du MSSS et les protocoles de mise sous garde.....	26
<b>Le consentement aux soins, un choix pas de choix !</b> .....	<b>31</b>
<b>Les enjeux juridiques liés à la Loi P-38.001</b> .....	<b>32</b>
Le droit à l’information et à la représentation .....	32
Le respect des délais légaux et procéduraux .....	33
Les outils de communication des informations liées aux procédures judiciaires.....	33

La présence des personnes à la cour .....	34
La représentation des personnes à la cour.....	34
L'accès à la représentation juridique en temps opportun .....	35
L'accompagnement des personnes à la cour .....	35
Rôle et fonctionnement des instances en charge du respect des droits.....	35
L'accès à l'aide juridique .....	36
La durée des audiences .....	36
Le recours aux audiences virtuelles.....	37
Le taux d'acceptation des demandes de garde en établissement.....	38
L'information sur les recours par suite du jugement, notamment le recours au TAQ .....	39
Le partage de compétences juridictionnelles entre différents tribunaux et l'élaboration d'un tribunal spécialisé en santé mentale.....	40
Les services en situation de crise (SASC).....	41
Avant, pendant et après l'application de la Loi P-38.001 .....	42
Les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement.....	43
<b>Conclusion.....</b>	<b>45</b>
<b>Recommandations .....</b>	<b>46</b>
Recommandations générales :.....	46
Recommandations spécifiques :.....	46
<b>Annexes .....</b>	<b>53</b>
Annexe 1 .....	53
Annexe 2.....	55

## Présentation de l'AGIDD-SMQ

L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a pour mission de lutter, de concert avec ses groupes membres présents dans tout le Québec, pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, reconnus par le législateur québécois et fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de toute personne citoyenne.

L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés, la stigmatisation et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Notre association compte **17 groupes membres réguliers ayant deux types de missions:**

Les groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale ont pour mission de promouvoir et de défendre sur les plans individuel et collectif les droits des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Cette mission s'accomplit par l'accueil, l'aide et l'accompagnement dans les démarches individuelles, la promotion et la sensibilisation, l'information sur les droits et la défense collective et systémique des droits.

Les groupes de promotion-vigilance exercent ce qui est d'abord une pratique mise de l'avant par des groupes d'entraide en santé mentale. Cela consiste à porter un regard averti et critique sur le respect des droits et, par conséquent, à s'assurer que les droits d'une personne ou d'un ensemble de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale sont respectés autant que ceux de l'ensemble des citoyen·ne·s.

L'ensemble des groupes membres de l'AGIDD-SMQ ont aussi une vie associative riche et leur propre membrariat. C'est donc portée par le **savoir expérientiel de milliers de personnes premières concernées** que l'AGIDD-SMQ et ses groupes membres incarnent la défense et la vigilance en matière de droits ainsi que la promotion du mouvement alternatif en santé mentale. Et c'est dans l'exercice de leur mission que se développent un savoir et une expertise qui se doivent d'être reconnus et entendus.

# Les démarches et l'implication de l'AGIDD-SMQ dans le cadre du mandat de l'IQRDJ

Au mois de mai 2023, le ministre responsable des Services sociaux, Lionel Carmant, a confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) le mandat de coordonner une réflexion sur l'application de la Loi P-38.001 qui encadre la garde en établissement.

La garde en établissement (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, ou P-38.001) est une loi d'exception qui permet de priver une personne de son droit à la liberté, en ordonnant son hospitalisation en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique. Un seul critère entre en ligne de compte lors d'une telle décision : le fait que l'on considère que l'état mental d'une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. On parle d'hospitalisation forcée ou involontaire, et l'application de cette loi est opprimante et contourne les droits fondamentaux plus que ne le permet son caractère exceptionnel, selon les expériences de plusieurs centaines de personnes premières concernées. Le constat des groupes de l'AGIDD-SMQ est plutôt de l'ordre d'une loi d'exception devenue une loi d'oppression, un outil pratique pour exercer un contrôle social.

L'AGIDD-SMQ se mobilise afin d'éviter des reculs des droits et libertés des personnes vivant un problème de santé mentale. En effet, les groupes de défense des droits sont bien placés pour constater, au quotidien, les divers abus commis. Les personnes souffrent d'un manque criant de services et du désinvestissement dans la promotion et la prévention en matière de santé mentale. Les titres sensationnalistes dans les journaux, associant violence et problème de santé mentale, sont injustement alarmistes et stigmatisants.

Depuis mai 2023, l'AGIDD-SMQ, ses groupes membres et les personnes premières concernées se mobilisent pour manifester leurs préoccupations et leurs inquiétudes sur un possible recul des droits par le biais d'actions et de représentations. Nous avons entre autres :

- mis à la disposition des personnes de la littérature grise ;
- organisé une tournée de consultation nationale auprès des personnes premières concernées ayant deux objectifs distincts : offrir une séance d'information sur la Loi P-38.001 et récolter des données empiriques en consignnant le savoir expérientiel ;

- collaboré avec l’Observatoire en justice et santé mentale pour l’organisation et la tenue d’un forum en avril 2024 ;
- organisé une mobilisation nationale sous le thème « Touche pas à nos droits ! » ;
- offert des ateliers à des organismes alliés (RODCD, ATTRueQ, Regroupement des Auberges du cœur du Québec, Ligue des droits et libertés) ;
- produit des mémoires.

## Appréciation des deux premiers rapports de l’IQRDJ

L’AGIDD-SMQ tient à souligner avec reconnaissance le travail exhaustif de l’IQRDJ pour le premier chantier de son mandat.

Les deux rapports rendus publics depuis le 22 octobre 2024 traitent du sujet dans sa totalité et font preuve d’une nécessaire neutralité et objectivité dans le cadre d’une revue de la littérature comme premier chantier.

Devant la constatation que l’IQRDJ a bien saisi les tenants et aboutissants de la Loi P-38.001 et ses enjeux, et que le rapport fait le récit exact de son historique, nous ne ressentons pas le besoin de reprendre les différents types de garde et l’essence de leurs applications. Comme ces deux premiers rapports nous sont satisfaisants, nous convenons qu’ils seront la base d’assise pour l’élaboration du présent mémoire.

À cet effet, notre seule doléance relative à ces rapports est le dépassement de la date d’échéance. D’une part, l’échéance initialement annoncée visait le printemps 2024 et a été reportée à l’automne sans que nous en ayons été informés. D’autre part, les rapports sont datés du 27 septembre, mais ce n’est que le 22 octobre que nous avons pu en prendre connaissance. Considérant que l’appel aux mémoires prend fin le 1<sup>er</sup> décembre 2024, nous sommes un peu serrés dans le temps.

## Mise en contexte

En vigueur depuis 1998, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001) venait compléter les dispositions du code civil sur la garde en établissement en encadrant le processus. Cette Loi amenait plusieurs avancées, notamment l'évaluation par un·e intervenant·e d'une personne en situation de crise avant son transport à l'hôpital par un·e agent·e de la paix, le changement de vocabulaire qui distinguait les soins (*cure*) de la garde forcée en établissement ainsi que la diffusion de documents d'information aux personnes mises sous garde sur leurs droits et recours.

Toutefois, ces avancées n'ont pas amené un changement de culture dans le respect des droits en santé mentale. Les groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale, les groupes de promotion-vigilance ainsi que l'AGIDD-SMQ ont documenté et dénoncé l'absence d'encadrement dans l'application de la Loi P-38.001, la méconnaissance systémique de la Loi par le personnel médical, les errements dans le processus et enfin, le caractère discriminatoire et abusif que cette Loi fait subir aux personnes qui en font l'objet.

Ces enjeux ont également été par le MSSS dénoncés par le Protecteur du citoyen, le Barreau et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans des rapports qui relèvent des problématiques majeures et qui ont conduit à la diffusion en 2018 d'un cadre de référence provincial sur l'application de la P-38.001.

Comme l'a démontré un examen critique des 20 premières années d'application de la Loi, un profond changement de modèle s'impose, un modèle basé sur le respect de la personne, de ses droits fondamentaux tel le droit à la liberté, le droit au choix et à l'équité devant les cours de justice ainsi que le droit d'être traité dignement comme tous·tes les autres citoyen·ne·s.

L'AGIDD-SMQ s'oppose à l'ajout de critères facilitant l'application de la Loi P-38.001 aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Nous demandons le respect du caractère exceptionnel de cette Loi par une application stricte du cadre de référence ministériel produit en 2018 et la mise en place de solutions de rechange à l'hospitalisation forcée.

## La panique morale et médiatique

La manière dont les médias abordent la question de la santé mentale, que ce soit à travers des cas spécifiques ou des discussions générales, peut exercer une influence significative sur les perceptions du public ainsi que sur les politiques publiques. Les médias représentent une source d'informations importantes en matière de santé mentale pour la population, et le traitement qui lui est accordé, malgré de bonnes intentions, peut contribuer à la stigmatisation et à la discrimination des personnes éprouvant des souffrances psychologiques.

L'association de gestes à caractère violent à la santé mentale est particulièrement préjudiciable car elle contribue à la construction de représentations sociales négatives et inflige des stigmates aux personnes ayant un problème de santé mentale. L'association de certains problèmes de santé mentale à la violence, à la dangerosité, au crime et à l'imprévisibilité alimente une panique morale et l'adhésion à des politiques publiques qui ciblent davantage le contrôle social que l'amélioration des conditions favorables à l'épanouissement et à l'inclusion.

## La stigmatisation et les préjugés

Le préjugé est une arme oppressive puissante qui a la vie dure. Il faut se rappeler qu'il a une fonction bien particulière : éloigner de soi ou garder une distance avec ce qui crée un malaise, un inconfort ou de la peur. C'est une façon assez efficace et économique, somme toute, de faire rempart à ce que l'on ne veut pas voir chez soi, en soi ou près de soi. Lorsque le préjugé prend de l'ampleur et se généralise, il produit des représentations réductrices qui servent à ériger une barrière entre soi et l'*autre* dont on a peur, à se protéger de l'idée même que tel ou tel problème puisse nous toucher un jour ou puisse même exister. La notion de la transmission intergénérationnelle du stigma entourant la santé mentale a pris racine en chacun·e de nous, à des degrés divers certes, et malgré notre volonté.

La culture et le langage transportent des clichés qui sont encore présents aujourd'hui. À titre d'exemples, des expressions langagières étaient et sont encore fréquemment utilisées pour décrire certains états caractérisés par l'intensité ou le débordement émotionnel : « c'est une folle », « elle est folle à lier », « il est dérangé », « c'est un détraqué », « un bizarre », « une soucoupe », « c'est un malade mental » ... À propos de comportements marqués par l'apathie ou des états dépressifs, on entendra : « il est lâche », « elle manque de volonté »,

« elle est paresseuse », « il est pas fait fort » ... Ces jugements catégoriques et ces qualificatifs peu enviables soulignent la déviance des comportements tout en alimentant la peur de l'internement à l'hôpital psychiatrique (autrefois l'asile), ou encore la crainte de devenir un bouc émissaire s'il fallait que notre propre esprit se mette à dérailler. Ces représentations péjoratives liées à la santé mentale nuisent à toute réflexion ou interrogation constructive sur l'état psychologique ou émotionnel des personnes ciblées. Elles empêchent aussi les personnes souffrantes ou en détresse de demander de l'aide : « je ne veux pas consulter, je ne veux pas qu'on me prenne pour un malade mental, un déviant ou un fou ».

Quant à l'association « violence » et « santé mentale », le préjugé a « la couenne dure », plus particulièrement pour certains « diagnostics ». Les médias et la psychiatrie elle-même contribuent largement à la panique sociale et à la démonisation de certains problèmes de santé mentale. Nous sommes présentement dans une ère de « schizopobie » soutenue par des systèmes de croyances et d'oppression qui influencent de manière importante et insidieuse les pratiques professionnelles et plus largement celles des institutions sociales et politiques. Plusieurs pratiques, aussi thérapeutiques qu'on puisse se le faire croire, nuisent au respect des droits humains, des droits fondamentaux et des droits civils ainsi qu'à la qualité des soins prodigués.

## Le sanisme<sup>1</sup> : plus profond que les préjugés

La *Convention relative aux droits des personnes handicapées*<sup>2</sup> (CDPH) affirme aussi qu'il importe de reconnaître et d'attribuer une même valeur à toute personne, indépendamment de sa différence, de ses capacités et de son fonctionnement. Ainsi, le fait de valoriser de manière importante l'autonomie fonctionnelle comme indépendance individuelle, sans prendre en considération les causes sociales et politiques des expériences de handicap vécues par les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité, constitue une forme de capacitisme. Ce système de croyances et d'oppression dévalue injustement les personnes différentes dans leur corps et leur fonctionnalité, de même qu'il empêche de combattre les causes sociales et politiques qui infèrent sur les capacités et incapacités des personnes. Ce n'est pas tant l'incapacité elle-même qui nuit à la qualité de vie de maintes personnes différentes, mais bien la façon dont elles sont perçues et entravées socialement,

---

<sup>1</sup> Drolet, M.-J. (2022). « Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé ». *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(4), 89–93. <https://doi.org/10.7202/1094701ar>

<sup>2</sup> <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

en raison du manque d'efforts collectifs pour créer des environnements sociaux, juridiques et politiques au sein desquels ces personnes puissent être valorisées, incluses et respectées au même titre que toute autre.

Le sanisme est une forme de discrimination qui cible les personnes ayant des différences de santé mentale. C'est un peu comme le capacitisme, qui discrimine les personnes en fonction de leurs capacités physiques. Dans le sanisme, on considère que ceux qui n'ont pas de problèmes de santé mentale sont « normaux » et que leur façon de fonctionner dans la société est acceptable, alors que ceux qui ont des différences mentales sont perçus comme anormaux ou défailants. En bref, sont jugées négativement les personnes qui ont des problèmes de santé mentale, car elles sont vues comme inférieures. Les personnes considérées comme « saines d'esprit » sont valorisées par la société, tandis que celles qui ont un diagnostic de santé mentale sont souvent stigmatisées et perçues comme ayant un comportement et un fonctionnement social condamnable.

Le rapport de recherche *Santé mentale et violence sexiste, ce que les femmes ont à dire* cite Poole (2012)<sup>3</sup> qui va plus loin et décrit le sanisme comme « *un système de valeurs selon lequel il est perçu comme admissible d'opprimer les personnes ayant un trouble de santé mentale. De ce fait, la sanisme participe à produire, à entretenir et à justifier la stigmatisation de cette population. S'appuyant sur des stéréotypes négatifs ainsi que sur la méfiance, le sanisme perpétuerait l'idée problématique que les personnes vivant avec un trouble de santé mentale sont éternellement à risque de délires, instables, imprévisibles, menteuses, indignes de confiance, irrationnelles et dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui. Ces caractéristiques justifieraient donc leur prise en charge, leur confinement et l'imposition de traitements divers* »<sup>4</sup>.

Dans ce cadre, la psychiatrie a pour rôle de classer ces différences en établissant des diagnostics. L'idée est de comprendre ces « troubles » pour tenter de les réduire ou d'en atténuer les effets sociaux indésirables. Cette vision de la psychiatrie amène à adopter un point de vue critique du diagnostic, lequel est perçu comme un instrument puissant de contrôle social par la pathologisation des personnes et la médicalisation des enjeux sociaux, contournant, voire brimant au passage, les droits civils, l'intégrité et la dignité des

---

<sup>3</sup> Poole, J., Jivraj, T., Arslanian, A., Bellows, K., Chiasson, S., Hakimy, H., Pasini, J. et Reid, J. (2012) « Sanism, "Mental Health", and Social Work/Education: A Review and Call to Action » dans *Intersectionalities*, vol.1, p. 20-36.

<sup>4</sup> Larose-Hébert, Katharine, Alexis Hieu Truong, Marie-Hélène Deshaies, Julia Léonard, Émilie Rochefort, en collaboration avec la Maison Marie-Rollet, le Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale, Relais-femmes, Violence Info, Viol-Secours, Véronique Fortin, Annick Legault, Sonia Trudel. (2023). *Santé mentale et violence sexiste, ce que les femmes ont à dire*. Expériences dans les services publics : point de vue de femmes psychiatisées ayant vécu de la violence. p.15

personnes. Il est à noter que les pratiques dominantes de médication ne sont qu'une des dimensions problématiques propres au système biopsychiatrique, qui tend à étiqueter les personnes diagnostiquées comme étant porteuses d'une maladie strictement biologique. Une telle approche en vient à vider le contenu politique et social de l'expérience de ces personnes, marquée par les préjugés, la négligence ou les abus systémiques de toutes sortes et à individualiser leur souffrance.

Le sanisme doit être condamné parce qu'il engendre des discriminations attentatoires, permet l'occurrence quasi quotidienne de microagressions, voire d'agressions (ex. : insultes, propos dénigrants et humiliants) ainsi que des dénis de droits fondamentaux à l'endroit des personnes ayant un fonctionnement mental ou psychique différent.

N'oublions pas que le fait de psychiatriser des personnes a des impacts insoupçonnables et perniciose sur l'ensemble des sphères de leur vie. Les personnes psychiatisées, qu'elles aient reçu un diagnostic ou non, seront confrontées à des difficultés de discrimination à l'embauche, aux études, à l'assurabilité, à l'accès au logement et à la propriété ainsi qu'à la pleine citoyenneté, pour ne nommer que celles-là.

Concluons en mentionnant que malgré certaines avancées relevées, des luttes sont toujours à mener, tant pour que la parole collective des personnes vivant un problème de santé mentale se fasse entendre que pour une meilleure prise en compte des déterminants sociaux de la santé par les différentes instances sociales, politiques, médiatiques, médicales et gouvernementales.

## La maltraitance institutionnelle et la coercition psychiatrique

« C'est pour ton bien ! » Voilà une phrase que les personnes qui vivent un problème de santé mentale sont habituées à entendre. En effet, c'est l'expression généralement utilisée lorsqu'on veut imposer un traitement, une hospitalisation ou une mesure de contrôle à une personne ayant un diagnostic psychiatrique. C'est l'ultime argument lorsque que la personne questionne trop ou refuse ce qu'on lui propose comme solution à ses difficultés. Alors, on tient pour acquis que la personne n'est pas en mesure de comprendre la situation et on juge que « pour son bien », on se doit d'utiliser des moyens coercitifs. La coercition est présente en trame de fond dans les approches, les pratiques et les services offerts aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et qui par le fait même

contreviennent au respect de leurs droits fondamentaux et représentent la porte d'entrée parfaite à la maltraitance.

## Les droits fondamentaux au Québec et dans le monde

La santé mentale est une priorité croissante en matière de santé publique et un impératif en matière de droits de l'homme. En conséquence, un nombre croissant de pays adoptent ou réforment la législation relative à la santé mentale. Souvent, la législation existante ne tient pas compte des facteurs sociaux et économiques qui affectent la santé mentale et peut ainsi perpétuer la discrimination et les violations des droits humains, telles que le refus de l'accès à la justice, le déni de la capacité juridique, les pratiques coercitives, l'institutionnalisation et les soins de mauvaise qualité, y compris dans les établissements psychiatriques et dans les établissements généraux offrant des soins de santé mentale.

En réponse, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) ont publié *Mental health, human rights and legislation : Guidance and practice*<sup>5</sup> et plaident activement en faveur d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits humains. Le cadre international des droits de l'homme, en particulier la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*<sup>6</sup> (CDPH), appelle à une évolution significative des approches biomédicales pour passer d'un paradigme de soutien qui promeut la santé mentale à un paradigme de soutien qui promeut la personne, l'autonomie et l'inclusion dans la communauté.

Leur objectif commun et leurs orientations communes sont de veiller à ce que les politiques, systèmes, services et programmes de santé mentale fournissent des soins et un soutien de haute qualité pour tous, conformément aux normes internationales en matière de droits humains, y compris la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. D'ailleurs, l'intégration de la santé mentale dans la législation générale plutôt que l'adoption de lois spécifiques à la santé mentale est fortement encouragée.

Leurs orientations sont destinées aux législateurs, aux décideurs politiques et aux professionnels impliqués dans la législation et les soins en matière de santé mentale. Elles peuvent également être utiles à ceux qui travaillent dans des domaines connexes, tels que les entités des Nations Unies, les fonctionnaires, les personnes premières concernées et les personnes ayant des incapacités psychosociales, les organisations professionnelles, les membres de la famille, les organisations de la société civile, les organisations de personnes

---

<sup>5</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

<sup>6</sup> <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

handicapées, les travailleur·euse·s humanitaires, les organisations communautaires, les chercheur·euse·s, les universitaires et les représentant·e·s des médias.

Le Rapporteur spécial des Nations Unies considère que l'hospitalisation et le traitement involontaires, la réclusion ou l'isolement ainsi que l'utilisation de moyens de contention sont également fréquents dans la plupart des systèmes de santé mentale.

Les violations généralisées des droits de l'homme et les préjudices causés par les systèmes de santé mentale ont conduit à un héritage de traumatismes qui ont un impact sur de nombreuses personnes et communautés et qui s'étendent sur plusieurs générations.

Le cadre international des droits de l'homme exige que les pays adoptent une approche fondée sur les droits pour la législation sur la santé mentale. La santé mentale est une préoccupation fondamentale en matière de droits de l'homme et elle est essentielle à la réalisation du droit à la santé. En conséquence, la législation sur la santé mentale doit prendre une nouvelle direction et s'éloigner du « paradigme biomédical » étroit et traditionnel qui a contribué à la coercition et à la discrimination.

Les soins, les services, les programmes et les politiques en santé mentale font partie d'un système social complexe, et le fait de régler le manque de ressources financières et humaines ne suffirait pas à améliorer significativement la santé mentale des citoyen·ne·s. Il est impératif de transformer la vision coercitive de la santé mentale et les services en une vision fondée sur les droits de l'homme, dépourvue de discrimination.

Au Québec, il existe des procédures coercitives que nous appelons « mécanismes d'exception » (la Loi P-38.001, les mesures de contrôle que sont l'isolement et la contention physique et chimique et les autorisations judiciaires de soins), car elles dérogent à la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec et à la *Charte canadienne des droits et libertés* concernant notamment l'inviolabilité de la personne, son droit à l'intégrité ainsi que son droit à la liberté. En théorie, il s'agit de mesures de dernier recours.

Bien que le fait de se prévaloir de lois d'exception puisse sembler plus respectueux des droits humains, il n'en demeure pas moins que nous constatons quotidiennement un laxisme quant au respect strict et rigoureux, tant des droits fondamentaux que des droits civils et du code de procédure judiciaire. La Loi P-38.001 demeure douteuse dans son interprétation et dans son application. De plus, nous faisons présentement face à un lobby de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), entre autres, pour un changement de la loi, voire du code civil, au bénéfice de son administration, pour rendre moins contraignant le recours au système judiciaire, pour une sécurité publique accrue, tout cela dans une approche biomédicale, mais contraire à la dignité humaine, à la *Convention*

*internationale relative aux droits des personnes handicapées et à la déclaration universelle des droits de l'homme.*

En effet, le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan Méndez, dans son rapport de 2013<sup>7</sup>, souligne que « *la doctrine de la nécessité médicale demeure un obstacle à la protection contre les pratiques arbitraires dans les établissements et précise qu'un traitement administré en violation des dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qu'il y ait contrainte ou discrimination, ne saurait être légitime ni justifié par la doctrine de la nécessité médicale.* » Il ajoute d'ailleurs : « *Les interventions forcées, que l'on essaie souvent de justifier par des arguments relatifs à l'incapacité et à la nécessité thérapeutique contrares à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sont légitimées par les lois nationales, et elles peuvent recueillir l'adhésion du public lorsqu'elles sont présentées comme servant "l'intérêt supérieur" de la personne concernée. Néanmoins, dans la mesure où elles infligent une souffrance et des douleurs aiguës, elles enfreignent l'interdiction absolue de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants.* »

Zeid Ra'ad Al Hussein, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, dans son rapport *Santé mentale et droits de l'homme* de 2017<sup>8</sup> nous rappelle que « *la santé mentale n'est pas seulement une préoccupation qui relève du domaine de la santé ou du domaine médical : il s'agit, pour une grande part, de droits humains, de dignité et de justice sociale et nous indique que des changements fondamentaux s'imposent dans les approches actuelles de la protection des droits de ces personnes et la manière dont cette protection est mise en œuvre dans les politiques.* » Il déclare, lui aussi, que l'internement forcé, les traitements forcés et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédicalisation, y compris toute médication administrée sous prétextes fallacieux ou sans avoir obtenu le consentement libre et éclairé de la personne, constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitement, voire de torture.

Quant au *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible* (2017)<sup>9</sup>, Dainius Puras, il indique que « *les crises dans le domaine de la santé mentale devraient être prises en charge, non pas en tant que*

---

<sup>7</sup> ONU, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 26 pages, 1<sup>er</sup> février 2013.

<sup>8</sup> ONU, *Santé mentale et droits de l'homme*, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, par Zeid Ra'ad Al Hussein, A/HRC/34/32, 20 pages, 31 janvier 2017.

<sup>9</sup> ONU, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, par Dainius Pūras, A/HRC/35/21, 24 pages, 27 mars 2017.

*crises qui relèvent de pathologies particulières, mais en tant que crises fondées sur des obstacles sociaux qui entravent les droits des personnes et leur reconnaissance du droit à la dignité. Il indique aussi que « les politiques de santé mentale devraient viser à résoudre les déséquilibres dans les rapports de force plutôt que les déséquilibres chimiques. »*

En somme, toutes les lois d'exception normalisent la coercition dans la pratique quotidienne et augmentent les situations pouvant donner lieu à des violations des droits de l'homme.

Quant à l'AGIDD-SMQ, nous sommes d'avis que le nombre effarant de requêtes en garde en établissement et en autorisation judiciaire de soins est un signe flagrant de l'échec de la psychiatrie et de la coercition qu'elle exerce toujours. Cette coercition est largement cautionnée par la société, par le système de santé et les tribunaux, et entraîne la marginalisation, l'exclusion et la souffrance de trop de personnes. Il semble que ces systèmes soient sous le joug d'un réflexe de protection malsain, d'une obsession du risque zéro, d'une association irraisonnée entre santé mentale et violence et d'une acceptation de la sécurité au détriment de la liberté et des droits fondamentaux qu'on ne constate pas dans le code criminel. Toutes ces exceptions aux droits fondamentaux des personnes ayant un problème de santé mentale ne soulèvent que peu d'émotions, de questionnements et d'indignation dans la population, dans les médias, dans le système psychiatrique, auprès du milieu politique et chez les gestionnaires du système de santé et même du système de justice ! Pourquoi ? Parce que nous avons intériorisé l'idée que la coercition est indissociable de la psychiatrie.

## Pour aller plus loin sur le contexte social et les services en santé mentale

Pour une bonne prévention en santé mentale, il est important de la considérer en termes de déterminants sociaux de la santé et des droits humains, et ce, non seulement sur le plan théorique mais aussi dans les politiques et les pratiques. La prévention en santé mentale nécessite d'intervenir sur les structures et les déterminants sociaux en dehors du secteur des soins de santé mentale. Présentement, les interventions (comme la Loi P-38.001) sont axées sur les facteurs de comportements individuels les plus perceptibles que l'on médicalise. Bien que les changements qu'il convient d'introduire à l'échelle du système soient parfois correctement formulés dans les documents de politique, ils sont rarement appliqués en pratique. Le crédit excessif accordé aux explications biomédicales en matière

de détresse psychologique et de problèmes de santé mentale détourne l'attention des dirigeants politiques des mesures et interventions de promotion de la santé fondées sur les droits de l'homme. Les approches visant les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont orientées vers la multiplication des services de traitements et sur la manière de mieux répondre aux défis de santé mentale. Ces approches ont une rhétorique biomédicale qui méprise les autres types d'aide telle que la psychothérapie et d'autres interventions psychosociales et ne traitent pas les déterminants qui contribuent aux problèmes de santé mentale, ce qui engendre des états de crise. Il est impératif de réfléchir à la façon dont la domination de l'approche biomédicale a entraîné une surmédicalisation dans le secteur de la santé mentale et détourne l'élaboration de stratégies de promotion de la santé mentale fondée sur les droits, notamment le droit de jouir du meilleur état de santé mentale possible. L'investissement insuffisant dans les politiques et services fondés sur les droits nous mène au recours excessif à des mesures coercitives, punitives et surmédicalisées, qui engendrent la stigmatisation, la discrimination, la perte d'autonomie et la détresse. Les méthodes coercitives utilisées pour « traiter » les problèmes de santé mentale, même lorsqu'elles sont autorisées à titre exceptionnel par la législation, peuvent causer plus de tort que les problèmes de santé mentale qu'elles sont censées traiter.

Les milliers de personnes que les groupes de promotion-vigilance et les groupes de défense des droits en santé mentale rencontrent annuellement, qu'elles aient été visées par des mesures d'exception ou non, nous rapportent que ces mesures minent leur confiance dans les services de santé mentale et nuisent à l'image des services de santé mentale et à leur image.

## La Loi P-38.001 au Québec – position de l'AGIDD-SMQ

Tout comme les Rapporteurs spéciaux, la déclaration universelle des droits de l'homme, l'Organisation mondiale de la santé et la *Convention relative aux droits de personnes handicapées*, nous croyons que toute loi, aussi exceptionnelle soit-elle (*stand alone laws*), portant atteinte aux droits fondamentaux devrait être abolie. Cependant, nous estimons que le Québec n'a pas le filet social nécessaire pour effectuer un tel virage. En effet, étant donné que les organismes communautaires et les diverses mesures offrant une alternative à la psychiatrie ne sont pas financés à hauteur des besoins et que le nécessaire changement de culture coercitive de la psychiatrie est à peine amorcé, nous militons et revendiquons le statu quo en ce qui concerne un éventuel changement législatif de la Loi P-38.001.

Conséquemment, nous réclamons une application fondée sur le respect strict et rigoureux des droits des personnes soumises à tous types de mesures d'exception, y compris la garde en établissement. Pour ce faire, le *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*<sup>10</sup> de 2018 doit être respecté à la lettre, sans laxisme de la part des établissements. Le MSSS doit se saisir des suivis nécessaires et se porter garant de l'application de la loi, et la magistrature doit se porter garante du respect des droits et des codes de procédures.

Nous considérons que le cadre de référence du MSSS décrit et encadre au mieux cette loi d'exception, mais son application stricte et rigoureuse fait défaut. C'est pourquoi la deuxième partie de ce mémoire se concentrera uniquement sur nos constats relatifs aux éléments du cadre de référence et de son application manifeste ainsi qu'aux enjeux juridiques liés à l'application de la Loi P-38.001 et au respect des droits des personnes. Finalement, les exemples cités proviennent des dizaines d'années d'expérience des groupes membres de l'AGIDD-SMQ qui doivent travailler avec la Loi P-38.001 au quotidien.

## Les enjeux relatifs à la Loi P-38.001

### Les critères, la définition et l'interprétation de la dangerosité

La dangerosité est le seul et unique critère pour appliquer la Loi P-38.001. Pourtant, bien qu'elle soit au cœur de cette loi d'exception, elle n'est pas définie de manière très précise. De surcroît, l'appréciation et l'évaluation de la dangerosité sont menées par des personnes ayant des objectifs différents, des valeurs différentes, des connaissances différentes et des relations différentes avec la personne première concernée. Chaque personne qui intervient dans un processus de la Loi P-38.001 porte des « lunettes » différentes, et l'interprétation peut varier selon la personne qui évalue la dangerosité.

Bien que la définition de la dangerosité se soit précisée un peu avec l'arrivée du Cadre de référence, le concept demeure quand même « flou et élastique » ; la dangerosité n'est pas strictement définie. En plus d'être soumise au jugement de différent·e·s acteur·trice·s (centre de crise, intervenant·e·s, policier·ère·s, professionnel·le·s de la santé aux urgences,

---

<sup>10</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). 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.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>

juge, psychiatres (2) et juge encore), le contexte dans lequel elle est observée, appréciée et évaluée a certes un rôle à jouer. Malheureusement, il est rare que les conditions idéales pour apprécier ou évaluer la dangerosité de manière objective soient réunies.

Avant d'amener la personne à l'hôpital :

- La présence de policier·ère·s, armé·e·s de surcroît, exacerbe l'anxiété des personnes.
- L'ascendant du pouvoir de « l'évaluateur·trice », qu'il soit appréhendé ou réel, engendre des comportements de colère et exacerbe la crise des personnes.
- Une évaluation à distance, au téléphone, avec un·e inconnu·e, souvent quelque peu pressé·e par le temps et avec qui on ne peut avoir de contact visuel n'inspire pas la confiance et n'attire pas la confiance.
- Le nombre d'appels au service d'aide en situation de crise par les policier·ère·s afin qu'un·e intervenant·e formé·e procède à l'évaluation varie d'une région à l'autre, laissant supposer que des policier·ère·s procèdent à l'évaluation alors qu'un appel aurait pu être fait aux services d'aide en situation de crise (SASC) en temps utile.
- L'utilisation d'outils d'évaluation de style « liste de contrôle » (*checklist*) déshumanise l'intervention et l'évaluation, et suscite un désinvestissement dans l'interaction entre les protagonistes.

À l'hôpital, pendant la garde préventive :

Une fois transportées à l'hôpital, les personnes nous confient régulièrement qu'elles sont non seulement en crise, mais aussi très fâchées, déçues, perturbées, dans l'incompréhension...

*« Après avoir passé 45 minutes à tenter de m'expliquer avec des policiers et des intervenants, que j'aie été amenée à l'hôpital de force, qu'on m'ait contentionnée dans l'ambulance, évidemment que pendant « ma » garde préventive j'étais non seulement en crise mais aussi en criss! J'ai été confinée dans un aquarium, obligée d'être totalement nue en jaquette d'hôpital, pendant 3 jours, en garde à vue. Rien pour diminuer ma colère! Je me sentais comme un animal au zoo ! En plus, je suis fumeuse et je n'avais pas le droit d'aller fumer. C'est sûr que j'ai pêté quelques coches pis que j'avais pas le commerce agréable ! C'est sûr que toutes les observations de mon comportement pendant « ma » garde préventive ont été notées à mon dossier et ont servi dans l'évaluation de ma dangerosité pour la suite. Si seulement, pendant ces 3 jours on avait pris du temps pour jaser calmement avec moi, pour me mettre en contact avec une travailleuse sociale qui aurait pu m'orienter et me soutenir par*

*rapport à ce que je vivais dans ma vie personnelle, le reste de mon histoire aurait été bien différent ; de ça je suis convaincue ! Ma crise n'avait rien à voir avec mon diagnostic, je suis stable depuis plusieurs années ! » - Témoignage de Chantale N., 37 ans, Montérégie.*

Lorsqu'on prend la décision de mettre la personne en garde préventive, on accorde une très grande importance aux déclarations des policier·ère·s et des proches, alors que l'expérience de la personne n'est pas ou très peu prise en considération. Pourtant, la garde préventive pourrait être un moment privilégié pour faire des interventions de désescalade et calmer l'état de crise, ce qui pourrait potentiellement mettre fin au processus de garde.

Ultimement, au moment de la requête de garde provisoire, la seule interprétation (évaluation) de la dangerosité qui retiendra l'attention du Tribunal est celle des deux psychiatres ayant procédé formellement à l'évaluation psychiatrique, auquel·le·s le tribunal accorde une forte crédibilité, créant un grand déséquilibre de pouvoir.

En conséquence, le diagnostic vient contrecarrer tous les autres éléments de contexte qui auraient pu contribuer à la crise alors que : *« En soi, la maladie mentale ne fait pas foi de la dangerosité d'une personne, celle-ci devant être évaluée à partir de la preuve présentée au tribunal et non reposer sur le préjugé selon lequel une personne qui présente une maladie mentale est ou doit être dangereuse. De la même façon, les craintes fondées sur les antécédents de la personne ne justifient pas d'emblée de la mettre sous garde. Le meilleur intérêt de la personne, son besoin de recevoir des soins ou encore son inaptitude ou le fait qu'elle soit dérangeante pour l'entourage ne sont pas non plus des facteurs suffisants pour la mettre sous garde en établissement de santé et de services sociaux »*<sup>11</sup>. Les évaluations sont souvent contaminées par le récit des policier·ère·s (ou des premier·ère·s répondant·e·s) auquel on accorde parfois plus de crédibilité qu'à celui de la personne première concernée.

Aucune association n'est pourtant scientifiquement établie entre « danger (violence) » et « diagnostic psychiatrique »<sup>12</sup>. Les recherches démontrent plutôt depuis des décennies que les personnes vivant avec un problème de santé mentale sont beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violence que de poser des gestes violents. Une étude a ainsi conclu que les personnes vivant avec une « maladie mentale grave » subissent dix fois plus de crime

---

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - Garde en établissement de santé et de services sociaux.*

<sup>12</sup> Link, N.W. et al., « Can general strain theory help us understand violent behaviors among people with mental illness? », *Justice Q.*, Vol. 33, 2016, no4, p. 729-754 ; S. Glied et R.G. Frank, « Mental illness and violence: Lessons from the evidence », *Am. J. Public Health*, vol. 104, 2014, no2, pe5-e6.

violent que la population générale<sup>13</sup>. Lors de l'enquête de Me Géhane Kamel sur le meurtre de Maureen Breau commis par Isaac Brouillard-Lessard, Mme Claire Gamache, présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), relatait que « seulement 3 à 5 % de tous les actes de violence sont attribuables à une personne avec un trouble mental, que la vaste majorité des perpétrateurs de violence n'a aucun trouble mental diagnosticable et que la majorité des personnes avec des troubles mentaux ne seront jamais violentes. »<sup>14</sup>

Il semble que le danger de soumettre une personne à une hospitalisation forcée ne soit pas pris en compte. Pourtant, l'hospitalisation forcée, comme tout autre traitement forcé, pose de sérieux préjudices et risques à la santé mentale des personnes. Le psychiatre Awais Aftab rapporte dans son ouvrage qu'« *une personne hospitalisée contre son gré a deux fois plus de risque, à la sortie, de mourir d'une surdose, d'un suicide ou de poser un acte violent dans les 3 mois suivants, et on devrait induire un principe de précaution beaucoup plus grand dans l'application de ce genre de mesures* »<sup>15</sup>(traduction libre).

À l'hôpital, pendant la garde provisoire :

- Les personnes nous rapportent régulièrement avoir été évaluées sans en avoir eu connaissance, donc sans en avoir été avisées formellement. À posteriori, elles comprennent, par exemple, que lorsque le psychiatre est passé pour discuter 10 minutes dans le cadre de porte de leur chambre, c'est à ce moment que se passait l'évaluation, alors qu'elles croyaient avoir un échange informel puisqu'une seule question était posée, soit : « Comment ça va aujourd'hui ? ».
- Les évaluations sont très rapides, sans aucun formalisme, sans rendez-vous professionnel, sans préavis raisonnable et à tout moment, soit très tôt le matin, soit tard le soir.
  - D'autres personnes témoignent avoir été évaluées alors qu'elles étaient en contention en salle d'isolement ou sous forte sédation.
  - La majorité des personnes nous rapportent ne pas s'être senties écoutées et considérées pendant l'évaluation, ce qui leur a laissé le sentiment que « les dés étaient pipés ».

---

<sup>13</sup> Teplin, L.A. et al., « Crime and victimization in adults with severe mental illness ». *Arch. Gen. Psychiatry*, vol 62, 2005, p. 911-921.

<sup>14</sup> [https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes\\_publicques/2023-EP00287-9.pdf%20p.46](https://www.coroner.gouv.qc.ca/fileadmin/Enquetes_publicques/2023-EP00287-9.pdf%20p.46), p.45, Pièce C-32

<sup>15</sup> *Psychiatry at the Margins, Involuntary psychiatric hospitalization: a substack collection*, <https://www.psychiatrymargins.com/p/involuntary-psychiatric-hospitalization>

## Dangerosité et « dérangerosité »

Depuis que la Loi P-38.001 existe, les personnes premières concernées ont créé le terme « dérangerosité » pour expliquer qu’elles sont souvent évaluées non pas sur la dangerosité mais bien sur leurs comportements dérangeants décriés par leur voisinage, leurs proches et des intervenant·e·s de tout acabit. Bien que la Cour du Québec, dans la décision *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.J.*<sup>16</sup>, dénonce cette tendance, celle-ci est encore pratique courante et donne un caractère très élastique au concept de dangerosité. En ce sens, la garde en établissement devient un outil de contrôle social.

À preuve, Me Emmanuelle Bernheim a procédé à une étude de 100 décisions<sup>17</sup> d’admissions de garde involontaire et elle constate dans son rapport de recherche que l’examen du danger se concentre sur des comportements dérangeants. Seulement quatre décisions analysées étaient basées sur des comportements mettant en danger les individus ou leurs proches.

Le collectif Action Autonomie, dans son récent *Portrait de l’application de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l’Île de Montréal : « J’méritais pas ça »*<sup>18</sup>, analyse 976 jugements, et bien que 74 % des jugements mentionnaient la dangerosité dans les considérants, seulement 5,9 % de ceux-ci étayaient la dangerosité et 6 % n’en faisaient même pas mention. Il en résulte que la Cour du Québec néglige plus souvent la simple évocation du principal critère qui justifie l’autorisation d’une garde en établissement qu’elle ne s’acquitte de son obligation légale d’étayer les motifs sérieux qui justifieraient la garde.

## Les rapports d’évaluation psychiatrique et leur place prépondérante à la cour

Les rapports d’évaluation psychiatrique présentés à la cour sont peu développés, certes pas à la hauteur de ce qui serait attendu pour suspendre les droits fondamentaux, dont la liberté d’une personne. Comment pourraient-ils l’être lorsque les évaluations ne durent bien souvent que quelques minutes ?

---

<sup>16</sup> *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C.J.*, Montréal 50040-020311-077 (Cour du Québec) aux par. 2.4 et 5.

<sup>17</sup> Bernheim, Emmanuelle, « The Triumph of the “therapeutic” in Québec Courts: Mental Health, Behavioural Reform and the Decline of Rights », 2022, 38 *Windsor Yearbook of Access to Justice* 125-147.

<sup>18</sup> <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>, p.66

De plus, à l'absence de preuves scientifiques sur les liens entre le risque de violence et les problèmes de santé mentale se superpose une controverse dans la littérature scientifique sur la fiabilité des outils d'évaluation du risque de violence. Les recherches démontrent des proportions d'erreurs d'environ 50 %<sup>19</sup>. En conséquence, les évaluations nous semblent relever plutôt d'une prédiction avec une marge d'erreur qu'aucune science ne saurait accepter.

Ultimement, la seule interprétation (évaluation) de la dangerosité qui retiendra l'attention du Tribunal est celle des deux psychiatres ayant procédé formellement à l'évaluation psychiatrique, qui jouissent d'emblée d'une reconnaissance et d'une crédibilité de quasi-expert·e·s par la cour. À contrario, les justiciables ne bénéficient pas de contre-expertise, ni en temps opportun ni de manière accessible en termes de coûts et de disponibilité. De plus, les psychiatres ayant procédé à l'évaluation de la dangerosité ne sont pas présent·e·s lors des audiences, et ne peuvent donc pas être contre-interrogé·e·s et justifier leur évaluation ; ce sont les rapports d'évaluation psychiatrique qui font foi de leur témoignage. L'expertise demeure un élément où le déséquilibre des forces devient presque insurmontable lorsque la personne est confrontée à l'appareil judiciaire.

Cette façon de faire ne donne pas au tribunal son rôle de prise de décision en fonction des droits et libertés fondamentales, mais en fait un passage obligé dans le processus qui mènera presque inévitablement à une hospitalisation forcée. La cour est ainsi instrumentalisée comme si les droits étaient mis au service de la sécurité publique et du contrôle social. Il semble que les tribunaux sont un moyen d'obtenir des services de santé autrement difficilement accessibles et de « régler les problèmes » en ordonnant aux personnes, une à une, de se prendre en main. Cette manière de concevoir le rôle de la justice, imbriquée dans le continuum des soins de santé, est partagée par un nombre de plus en plus important de professionnel·le·s des milieux de la santé, de la justice et de la sécurité publique au Québec.

Le fardeau de la preuve de dangerosité repose sur la partie demanderesse, qui doit en convaincre le tribunal, alors que, faut-il le rappeler, les psychiatres ne sont pas présent·e·s et ne sont pas contre-interrogé·e·s. Bien que les juges ne soient pas tenu·e·s par les conclusions des rapports psychiatriques, la plupart des jugements découlent de modèles préfabriqués par les services juridiques des établissements, qu'une majorité de juges entérinent tels quels, sans étayer ni consigner par écrit leur jugement et les motifs sérieux qui les ont menés à leur décision de suspendre le droit de liberté des personnes.

---

<sup>19</sup> Douglas, T. et al., « Risk assessment tools in criminal justice and forensic psychiatry: The need for better data », *European Psychiatry*, vol.42, 2017, p.134-137.

# Pour aller plus loin sur les enjeux pratiques liés à la Loi P-38.001 :

## La présumée complexité de la Loi P-38.001

L'AGIDD-SMQ a été présente, a participé et a été entendue aux enquêtes publiques du Bureau des Coroners concernant les décès tragiques de victimes d'actes de violence commis par des personnes ayant un problème de santé mentale – André Lemieux, Mohamed Belhaj, Alex Lévis-Crevier et Abdullah Shaikh, Maureen Breau et Isaac Brouillard-Lessard, Jacques Côté et Kim Lebel – ainsi qu'à l'enquête publique sur le décès d'Amélie Champagne.

Nous avons entendu les présentations de l'AMPQ, entre autres, puisque la Loi P-38.001 y était toujours abordée. À maintes reprises, Mme Claire Gamache, présidente de l'AMPQ, ainsi que M. Mathieu Dufour, psychiatre légiste et chef du département de psychiatrie de l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, tenaient des propos et des doléances à propos de la Loi P-38.001, qu'ils qualifient de complexe à comprendre pour les professionnel-le-s et pour les proches et, semble-t-il, très complexe à administrer pour les établissements. Ils soutiennent que la Loi et les procédures sont incompréhensibles pour les personnes premières concernées et ils plaident en faveur de sa simplification au nom des personnes. L'AGIDD-SMQ, quant à elle, rappelle que ce n'est pas ce que les personnes premières concernées demandent ni ne souhaitent. Ces dernières se demandent en quoi l'assouplissement du critère de dangerosité simplifierait les procédures, qu'elles sont tout à fait en mesure de comprendre, surtout quand on leur donne toutes les informations nécessaires et qu'elles sont signifiées en temps voulu, dans le respect de leurs droits.

C'est dans cette circonstance précise que la référence aux groupes de défense des droits fait toute la différence. D'une part, parce que le fait de donner et de vulgariser l'information fait partie de leur mission première et, d'autre part, parce que ces groupes sont des accompagnateurs de premier choix lorsqu'une personne est visée par une procédure de la Loi P-38.001 mais aussi dans plusieurs autres sphères de sa vie. Les résultats de la recherche intitulée *Les effets de l'aide et de l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale*<sup>20</sup> démontrent les impacts positifs de l'aide et de

---

<sup>20</sup> Morin, Carrier et al., *Les effets de l'aide et l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale*, <https://www.agidd.org/?publications=les-effets-de-laide-et-de-laccompagnement-en-promotion-et-en-defense-des-droits-en-sante-mentale>, 2019.

l'accompagnement des groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale sur les personnes premières concernées.

## Les rôles des organismes communautaires, du réseau de la santé, du système de justice et de la Sécurité publique.

Tous ces acteur·trice·s de la société civile ont un rôle et une mission bien spécifiques qui peuvent parfois sembler aux antipodes. Toutefois, lorsqu'une synergie est développée sur les points de convergence, des collaborations prometteuses peuvent émerger.

- *L'Escouade 24/7 du Bas Saint-Laurent* en est un bon exemple : structurée sur le modèle des pompier·ère·s volontaires, l'escouade est composée d'une communauté d'intervenant·e·s sociaux·ales formé·e·s à l'approche alternative en santé mentale. Les intervenant·e·s se déplacent en temps opportun et ont du temps pour intervenir, faire de la désescalade et créer un lien avec la personne en crise. L'intervention de l'escouade fait en sorte que la majorité des crises se résorbent dans la communauté.
- *Les équipes mixtes* (policier·ère·s et intervenant·e·s sociaux·ales) sont un pas dans la bonne direction. Les intervenant·e·s sociaux·ales sont mieux formé·e·s que les policier·ère·s pour intervenir lors d'une crise, mais la présence des policier·ère·s demeure un élément très anxiogène pour les personnes.
- *Pour une défense pleine et entière*<sup>21</sup> du Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) est un autre bon exemple. Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSS-ME) et le CDDM ont développé un mécanisme qui permet au groupe de défense des droits régional (dans ce cas-ci le CDDM) d'être systématiquement informé lorsqu'une personne visée par une garde est signifiée par huissier. La personne signifiée se voit attribuer un numéro et est identifiée par son genre (ex : H #45) et cette information est transmise au CDDM dès la visite de l'huissier. Le CDDM contacte alors l'unité et demande à parler à H #45, sans que la personne soit identifiée ; la confidentialité est ainsi respectée. Une fois que la personne et le CDDM sont mis en contact, la personne conseillère du CDDM explique sa mission, mentionne son indépendance de l'hôpital et communique des informations sur la procédure que la personne est en train de subir. C'est la personne

---

<sup>21</sup> <https://www.cddm.qc.ca/dossiers-collectifs/les-mesures-dexception/>, présentation vidéo, 11:04 minutes.

hospitalisée elle-même qui décide de s'identifier et de dire si elle souhaite de l'aide et de l'accompagnement de la part du groupe de défense des droits. Si tel est le cas, le-a conseiller-ère informe la personne de ses droits et recours, et peut l'aider à trouver un-e avocat-e, lui rendre visite à l'unité, l'aider à organiser sa présence à la cour et l'y accompagner. Tout se passe dans un rapport volontaire.

## Le cadre de référence du MSSS et les protocoles de mise sous garde

Le *Cadre de référence ministériel 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* de 2018 fait suite à deux rapports d'enquêtes sur l'application de cette loi, publiés en 2011, par le Protecteur du citoyen<sup>22</sup> et le ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>23</sup>. Ces rapports faisaient état d'écarts importants entre les dispositions de la Loi et la manière dont elle est appliquée. Nous considérons que ce cadre est très porteur : il consacre une grande importance au respect des droits des personnes. L'AGIDD-SMQ faisait partie du comité consultatif. Nous avons conclu à une probable bonne amélioration de l'application des mises sous garde provisoire. En effet, avant 2018, les personnes étaient en grande majorité évaluées sans leur consentement et sans jugement de la cour pour autoriser cette garde provisoire.

*« L'importante augmentation postérieure à 2018 a vraisemblablement été influencée par la décision de la Cour d'appel de 2018 J.M. c. Jean-Talon (...). Notons également l'effet probable de la publication du cadre de référence du MSSS la même année qui est également venu clarifier l'application de la loi et rappeler qu'il n'est pas possible de soumettre une personne à un examen psychiatrique contre sa volonté lors de la garde préventive – insistant dès lors sur l'importance de la garde provisoire. »<sup>24</sup>*

Nous sommes aussi d'avis que le Cadre de référence a porté ses fruits dans l'application de la garde provisoire.

Cependant, et nous y reviendrons plus tard, encore aujourd'hui, le Cadre de référence, qui précise les responsabilités des administrateur-trice-s et du personnel des établissements,

---

<sup>22</sup> Québec. Protecteur du citoyen, *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* (L.R.Q., c. P-38.001), sous la direction de Marc-André Dowd et Renée Lecours, Gouvernement du Québec, 2011, 39 p.

<sup>23</sup> Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *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*, Gouvernement du Québec, 2011, 124 p.

<sup>24</sup> [https://www.iqrdj.ca/docs/etude\\_p\\_38\\_rapport\\_1\\_portrait\\_general\\_et\\_revue\\_de\\_litterature.pdf](https://www.iqrdj.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf), p.35.

présente certaines pratiques cliniques et administratives révisées de manière qu'elles soient mieux adaptées au contexte exceptionnel d'une garde. Il n'est pas respecté de la même manière dans les différentes régions du Québec. Malgré qu'il fasse office d'outil « clé en mains », plusieurs établissements ne s'y conforment que peu ou le considèrent comme une série de propositions et non d'obligations minimales. C'est pourquoi nous constatons une application inégale du Cadre de référence au Québec.

- Certains établissements n'ont toujours pas désigné de répondant-e-s ou de responsables de l'application et du suivi du Cadre de référence.
- Certains établissements n'utilisent pas les formulaires fournis dans le Cadre de référence.
- Le Cadre de référence est clair sur la consignation au dossier médical de toute l'information pertinente : *« Lorsqu'un médecin décide de mettre une personne sous garde préventive, cela équivaut à une ordonnance médicale et doit, par conséquent, figurer au dossier médical de cette personne. La date et l'heure de l'arrivée à l'établissement, celles de la prise en charge, de l'examen médical par le médecin du service des urgences, du début et de la fin de la garde préventive doivent y être consignées, de même que les faits et les motifs qui justifient la nécessité de la garde ainsi que tout autre renseignement pertinent. »*<sup>25</sup>
  - Les manquements à ces obligations sont fréquents et ont des incidences graves. À ce titre, citons le *Recours collectif d'Action Autonomie – Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal et al. c. Centre intégré de santé et services sociaux de la Montérégie-Centre et al*<sup>26</sup>, qui vise tous les CISSS et les CIUSSS du Québec au nom des personnes qui auraient été soumises à une garde illégale dans un établissement de santé et les personnes qui auraient été soumises à une ou des évaluations psychiatriques sans leur consentement, qui s'est soldé par une entente hors cour, entérinée par la Cour supérieure tout récemment (novembre 2024). Cette entente hors cour condamne le groupe collectivement visé à verser au total 8 millions de dollars aux requérant-e-s et autres pour des dépassements de délais dans le cadre de la garde préventive. L'absence d'informations consignées au dossier est directement en cause. De plus, lorsque les personnes premières concernées demandent une copie de leur dossier pour la période

---

<sup>25</sup> Op. cit., p. 12.

<sup>26</sup> <https://menardmartinavocats.com/actualites/un-reglement-a-ete-conclu-dans-laction-collective-action-autonomie-c-ci-ss-de-la-monteregie-centre-et-al/>

d'hospitalisation involontaire, plusieurs constatent un laxisme quant à la consignation de ce type d'informations à leur dossier, les privant ainsi de possibles recours post-hospitalisation (ex : un recours aux Petites créances), sans compter l'exacerbation de la méfiance envers le système et la désolante constatation d'une coercition certaine et avérée.

- Le Cadre de référence est explicite à cet égard, comme le démontre l'extrait suivant : *« Dès lors, si une personne est, en vertu de la loi, amenée contre son gré dans un établissement, mais qu'elle consent par la suite à y être gardée et à être évaluée afin que lui soient proposés les soins requis par son état de santé, il n'y a pas lieu de mettre en branle le processus judiciaire de mise sous garde forcée (provisoire ou autorisée). La garde de la personne devrait alors être considérée comme un soin auquel elle consent. Si le recours au processus judiciaire de garde forcée est déjà entamé lorsque la personne exprime son consentement à être gardée, il y a alors lieu d'y mettre fin et de fournir à cette personne les soins requis par son état de santé. »*<sup>27</sup>
  - Il appert que la garde provisoire est régulièrement mise en branle de facto dans plusieurs établissements, de peur que la personne ne retire son consentement plus tard.
- *« En outre, le consentement doit être manifeste, c'est-à-dire qu'il doit être exprimé par un geste ou une parole claire et explicite de la part de la personne, par exemple une signature sur un formulaire de consentement. »*<sup>28</sup>
  - Très peu d'établissements utilisent un formulaire de consentement. Si un tel formulaire était utilisé, la personne serait en mesure de démontrer que le processus judiciaire de garde provisoire ou de garde autorisée est injustifié. La non-utilisation de ce formulaire ouvre la voie aux abus du processus judiciaire et démontre clairement un abus de pouvoir.
- *« Pour assurer le respect du droit à l'information de la personne mise sous garde, le personnel de l'établissement doit lui fournir, dès le début du processus, toutes les explications nécessaires à sa compréhension de l'ensemble du processus de garde. De plus, un exemplaire du dépliant intitulé Droits et recours des personnes mises sous garde – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, sur lequel doivent figurer les coordonnées du groupe de défense des droits en santé mentale de la région, doit lui être remis. »*<sup>29</sup>

---

<sup>27</sup> Op. cit., p.6-7.

<sup>28</sup> Op. cit., p.7.

<sup>29</sup> Op. cit., p.8, nos soulignés.

- Une grande proportion des personnes relate n'avoir jamais été en possession de ce dépliant. D'ailleurs, jusqu'à tout récemment, des groupes de défense des droits qui ont questionné l'absence du dépliant ont eu pour réponse : « Le papier peut devenir un outil d'automutilation », « De toute façon les personnes sont trop perturbées pour comprendre », « Communiquer des informations sur les droits et recours en pleine crise ne fait qu'amplifier les comportements réfractaires et de contestation », « On est en intervention de crise, on n'a pas le temps d'expliquer tout cela ».
- Certaines personnes relatent l'avoir reçu mais l'espace prévu pour les coordonnées du groupe de défense des droits est vide. De plus, nous avons présenté le dépliant lors de consultations auprès de personnes premières concernées et elles pensent qu'il mériterait une révision afin de le rendre plus compréhensible et convivial.
- Le droit à la communication confidentielle<sup>30</sup>
  - Plusieurs établissements ne disposent pas d'un endroit où on peut faire un appel confidentiel. Dans plusieurs unités de psychiatrie, le téléphone accessible aux personnes se trouve au poste des infirmier-ère-s, d'autres n'ont à leur disposition qu'un téléphone mural au milieu d'une aire de circulation ou au salon des patients. Ce droit n'est pas pris au sérieux dans la majorité des établissements.
- Le droit au transfert d'établissement
  - Nous tenons à souligner ici que la pratique illégale de sectorisation est encore chose courante. Plusieurs groupes de défense des droits qui ont accompagné les personnes pour ce type de demandes ont été confrontés à une véritable complexité d'accès au formulaire de transfert inter-établissement et à la personne en charge de traiter ce type de demandes. Finalement, les personnes se sont aussi butées à des refus injustifiés.
- Le droit de recours au Tribunal administratif du Québec (TAQ) pour contester le maintien de la garde
  - Si les droits et recours des personnes mises sous garde sont méconnus du personnel, le recours au TAQ est totalement inconnu. Les informations sur ce recours ne sont pas dispensées, le dépliant et les coordonnées du TAQ ne sont ni distribués ni accessibles aux personnes, les unités n'ont aucun

---

<sup>30</sup> Op. cit., p.9.

inventaire du formulaire de requête au TAQ et les personnes ont rarement accès à Internet pour remplir le formulaire en ligne. En conséquence, le personnel n'est nullement en mesure d'assister les personnes pour remplir la requête et l'acheminer tel que stipulé dans le Cadre de référence. De plus, lorsque les personnes veulent se prévaloir de ce recours, elles sont parfois contraintes de demander au personnel d'acheminer leur requête et plusieurs ont constaté, à posteriori, que leur requête n'avait pas été envoyée.

- Le soutien à l'exercice des droits : *« L'accès à un téléphone, en privé, doit être assuré à toute personne mise sous garde, et le numéro de téléphone de l'organisme de défense des droits en santé mentale le plus proche, de même que celui d'un bureau d'aide juridique, doivent lui être remis ».*<sup>31</sup>
  - Pourtant les groupes de défense des droits se butent régulièrement à un refus de poser nos affiches, de rendre accessibles nos dépliants et de distribuer nos outils d'information sur les droits et recours. Plusieurs groupes de défense des droits ne sont d'ailleurs pas les bienvenus dans les unités. Ils sont souvent perçus comme des perturbateurs qui encouragent les personnes à tout contester, alors qu'au contraire, nous estimons que nous pourrions être des alliés face à certaines de leurs obligations en termes d'information, d'aide et d'accompagnement au respect des droits des personnes.
  
- La responsabilité du conseil d'administration de l'établissement : *« La LSSSS impose aux conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux des obligations, notamment celles de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services, de même que du respect des droits des usagers. Ils sont également tenus de transmettre des informations à ce sujet dans leur rapport annuel de gestion. Puisque la garde d'un usager est exceptionnelle et que la protection de ses droits comporte des particularités, il est nécessaire que les conseils d'administration rendent des comptes sur ces cas particuliers dans leur rapport annuel de gestion. Voilà pourquoi, à compter de l'année 2015-2016, le rapport annuel de gestion de tout établissement visé dans la Loi sur la protection des personnes doit inclure une section distincte qui présente des informations sur le nombre de mises sous garde préventive ou provisoire, le nombre de mises sous garde autorisée en vertu de l'article 30 du CCQ, le nombre de demandes de mise sous garde présentées au tribunal par l'établissement ainsi que le nombre de personnes visées par une garde dans leur établissement.»*<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Op. cit., p.10.

<sup>32</sup> Op. cit., p.13.

- Nous sommes très heureux-euses de constater cette obligation. Cependant, nous remarquons, par analyse comparative, que la façon de comptabiliser ces statistiques n'est pas uniforme d'un établissement à l'autre. Cependant, plusieurs groupes de défense des droits présentent annuellement des demandes d'accès à l'information aux établissements afin de tenir des statistiques régionales et ils constatent régulièrement des différences de dénombrement entre les chiffres qu'ils reçoivent et les chiffres consignés au rapport de gestion. Qui plus est, une autre différence nous apparaît évidente lorsque nous recevons le dénombrement des requêtes présentées au district judiciaire.

## Le consentement aux soins, un choix pas de choix !

Le droit québécois est clair en matière de consentement aux soins : il doit être libre (sans pression) et éclairé (informé) et, mises à part de rares exceptions telles que les situations d'urgence, son obtention est systématiquement requise à chaque acte de soin. Ainsi, le fait d'avoir consenti à un soin n'engage pas le consentement à long terme et il est possible de modifier ou de retirer le consentement à tout moment. Aucune condition médicale ou statut juridique n'ont de conséquences sur l'obligation d'obtenir le consentement. Il n'existe, en outre, aucune exception concernant la santé mentale, mises à part les évaluations psychiatriques ordonnées par le tribunal civil en matière de garde provisoire et de garde en établissement, l'ordonnance de traitement d'au plus 60 jours de la part d'un tribunal criminel en vue de rendre un-e accusé-e apte à subir son procès et les ordonnances de soins. Lorsque la personne inapte à consentir aux soins les refuse catégoriquement ou que la personne qui la représente les refuse de façon injustifiée, il est possible pour son médecin traitant d'obtenir l'autorisation judiciaire de la traiter contre son gré, si ces traitements sont requis par son état de santé. Ainsi, l'aptitude à consentir aux soins est présumée et aucun état de santé ou statut juridique (régime de protection, mandat de protection, garde en établissement, non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, inaptitude à subir son procès) n'ont d'effet sur le droit de consentir ou de refuser des soins. En conséquence, les personnes sous garde conservent l'exercice de leurs droits constitutionnels et civils, dont celui de pouvoir consentir à leurs soins, et mises à part les situations citées précédemment, le statut juridique ne dispense personne de son obligation à obtenir son consentement libre et éclairé.

Cependant, les personnes sous garde (peu importe le type de garde) se sentent souvent placées dans une situation où, si elles refusent des traitements, en tout ou en partie, elles

sont ouvertement ou insidieusement menacées de voir leur garde se prolonger ou de se voir servir une requête en autorisation judiciaire de soins. Les personnes se retrouvent devant « un choix pas de choix ! » Un consentement factice et simulé menant au contournement du respect des droits civils des personnes, tel que le droit fondamental de consentir à ses soins, ainsi qu'au droit à l'autodétermination, causé par cette coercition informelle, cause des dommages à la qualité de l'alliance thérapeutique qui sont sous-estimés par le personnel soignant.

Devant un refus de consentir, l'aptitude des personnes à consentir est rapidement remise en question, sous prétexte que la non-observance thérapeutique et le manque d'auto-critique (voire l'anosognosie) sont souvent des symptômes de leur maladie. Pourtant, l'aptitude ou la capacité de consentir n'est jamais soulevée ou remise en question lorsque les personnes consentent et disent « oui » à tout traitement ou médicament.

## Les enjeux juridiques liés à la Loi P-38.001

### Le droit à l'information et à la représentation

L'information des patient·e·s en psychiatrie est souvent analysée en relation avec le consentement aux soins, mais elle prend une autre dimension lorsqu'il s'agit de la garde en établissement. Dans ce contexte, l'information que doivent recevoir les personnes sous garde concerne principalement les motifs de leur détention, le droit à l'assistance juridique et la possibilité de contester cette garde devant les tribunaux. Il est crucial d'explorer ce sujet pour comprendre ses implications juridiques et sociales. Le droit à l'information, qui inclut la communication des droits légaux des patient·e·s, est essentiel pour promouvoir les valeurs de citoyenneté et de démocratie, tout en garantissant une mise en œuvre transparente d'autres droits fondamentaux, tels que le droit à l'intégrité et les droits judiciaires. Les tribunaux doivent donc veiller à appliquer systématiquement ce droit.

Bien que les individus sous garde n'aient pas de contrôle sur leur situation, le fait de bénéficier d'information peut atténuer leur sentiment de révolte et les impacts psychologiques qu'ils pourraient ressentir. Ainsi, le droit à l'information devient un outil crucial pour promouvoir des valeurs démocratiques et garantir l'égalité de tous·tes devant la loi, même dans des circonstances exceptionnelles. Lorsqu'on fournit des explications sur les mécanismes de la garde et les droits, l'exercice de droit peut réduire les atteintes à l'intégrité des personnes sur le plan psychologique et leur donner la possibilité d'exercer leur

droit à l'autodétermination au sein même de la garde en établissement. En somme, le droit à l'information est fondamental pour la protection de l'intégrité des personnes.

Il nous apparaît évident que le droit à l'information est la clé de voute qui permet aux personnes visées par la Loi P-38.001 de réaliser leurs droits à une défense pleine et entière et à se faire représenter ou assister par un·e avocat·e.

Il nous semble insuffisant de fournir un dépliant ministériel<sup>33</sup> pour s'acquitter de son obligation de fournir des informations. De plus, les personnes rapportent régulièrement ne pas avoir reçu ce dépliant.

## Le respect des délais légaux et procéduraux

Les délais de signification sont régulièrement dépassés. Lorsque nous posons des questions sur ces situations irrégulières, nous faisons face à une pléiade de réponses :

- « La transmission à la Direction des services professionnels (DSP) a été faite en retard. »
- « L'huissier·ère est venu·e porter la signification très tard. »
- « La personne était en isolement quand l'huissier·ère est passé·e. »
- « On manque de personnel et ça inclut les huissier·ère·s. »

Ces délais entravent gravement l'accès à la représentation. À titre d'exemple, on a demandé à une personne de trouver un avocat à 16 h 30 pour être représentée le lendemain à 9 h.

## Les outils de communication des informations liées aux procédures judiciaires

Outre le dépliant ministériel intitulé *Droits et recours des personnes mises sous garde* cité précédemment, les groupes de défense des droits disposent d'outils d'éducation populaire

---

<sup>33</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-27F.pdf>

et d'information sur la garde en établissement. Citons le *Guide de survie*<sup>34</sup> réédité en 2022 et en partie financé par le MSSS que certains établissements refusent de distribuer.

## La présence des personnes à la cour

Nous reconnaissons que depuis quelques années, des efforts ont été faits pour assurer la présence des personnes à la cour, soit par l'organisation du transport ou par un mécanisme de visioaudience, bien que nous ayons des réserves sur cette dernière pratique. Malheureusement, plusieurs personnes se présentent sous forte sédation car on a voulu s'assurer d'un transport sécuritaire et calme. Or, à notre connaissance, il est rare que de telles situations soient rapportées lors de l'audience.

## La représentation des personnes à la cour

Nous constatons dans plusieurs (pour ne pas dire tous) districts judiciaires que peu d'avocat·e·s sont disposé·e·s à faire des représentations pour des requêtes de garde, tant et si bien que les groupes de défense des droits peinent à trouver des avocat·e·s à référer. Par ailleurs, nous constatons aussi que certains bureaux d'aide juridique retiennent les services d'avocat·e·s en pratique privée qui s'avèrent être criminalistes et qui malheureusement plaident comme des criminalistes. Lors d'un accompagnement des personnes à la cour, il n'est pas rare d'entendre ces avocat·e·s dire à leur client·e : « Plaide coupable sur la dangerosité et on va négocier sur le temps de la garde ».

Autre phénomène constaté dans certains districts judiciaires : les « *ambulance chasers* », que l'on pourrait traduire par « avocat·e·s opportunistes » qui arpentent les corridors des palais de justice afin de solliciter de potentiel·le·s client·e·s sans représentant·e. Ce type de pratique est illégale.

Outre les difficultés d'accès à la représentation, les personnes déplorent le manque de combativité de leur représentant·e. Rares sont les avocat·e·s qui osent relever les manquements aux codes de procédures, les atteintes aux droits fondamentaux et le laxisme des rapports d'évaluation psychiatrique, ou appeler des témoins, préparer leur client à témoigner et encore moins faire une requête en *habeas corpus* alors que les circonstances le permettraient. Sans vouloir « casser du sucre sur le dos » de ces avocat·e·s, les groupes

---

<sup>34</sup> <https://www.agidd.org/publications/guide-de-survie-la-garde-en-etablissement/>

de défense de droits constatent aussi que trop peu s'investissent avec rigueur dans ce type de cause, voire auprès de la clientèle ayant des problèmes de santé mentale.

## L'accès à la représentation juridique en temps opportun

Les délais de prescription sont courts, d'autant plus qu'ils ne sont pas toujours respectés, et trop peu d'avocat·e·s sont disponibles, informé·e·s sur les particularités ou intéressé·e·s par ce type de représentation, ce qui rend l'accès à la représentation très difficile.

## L'accompagnement des personnes à la cour

Bien que les audiences relatives à la garde en établissement d'une personne soient tenues à huis clos, les conseiller·ère·s en défense des droits qui accompagnent les personnes ont toujours pu entrer dans la salle de cour. Un regard familier et une présence apaisante s'avèrent très rassurants pour les personnes. Pour une raison qu'on ne saurait expliquer, depuis quelques années, certains juges ne le permettent plus, même quand la personne elle-même indique clairement qu'elle souhaite leur présence. Dans d'autres districts judiciaires, la présence des conseiller·ère·s est souhaitée et certain·e·s juges le relèvent positivement.

## Rôle et fonctionnement des instances en charge du respect des droits

Le rôle et le fonctionnement des instances en charge du respect des droits, dans le cadre d'une application de la Loi P-38.001, sont partagés entre le MSSS et le législateur. Le Québec s'est doté de dispositifs juridiques et de procédures judiciaires robustes pour protéger les droits civils et fondamentaux, et le MSSS s'est doté d'un cadre de référence rigoureux. Cependant, le succès de ces procédures dépend directement de la vigilance de tous·tes les acteur·trice·s impliqué·e·s dans l'application de la Loi P-38.001 à respecter les procédures et à présenter leurs arguments de manière efficace devant la cour. Malheureusement, il se dégage une apparence de complaisance entre ces deux forces sociales qui remettent rarement en question la coercition des traitements forcés au service du contrôle social qui,

au bout du compte, constitue une atteinte aux droits fondamentaux des personnes les plus stigmatisées et marginalisées de notre société.

## L'accès à l'aide juridique

Les personnes visées par une requête de garde en établissement sont souvent admissibles à l'aide juridique. Cependant, plusieurs bureaux d'aide juridique refusent de représenter les personnes pour des dossiers de garde. Ils émettent le mandat mais dirigent les personnes vers des avocat·e·s au privé en leur offrant, parfois, une liste de références rarement mise à jour. Les personnes se butent alors à des refus ou à des mauvaises coordonnées et se retrouvent dans un dédale de recherches sans accès à Internet et parfois même avec un accès limité au téléphone.

Présentement, l'admissibilité à l'aide juridique gratuite n'est offerte qu'aux personnes seules prestataires de l'aide sociale. Une personne qui travaille à temps plein (40 heures par semaine) au salaire minimum, dans certaines circonstances, n'est probablement pas admissible. Les critères d'admissibilité financière à l'aide juridique tels qu'ils sont en ce moment constituent une grande contrainte à la représentation légale et mériteraient une sérieuse révision.

## La durée des audiences

Les groupes de défense des droits qui accompagnent régulièrement les personnes à la cour estiment que la durée des audiences est en moyenne de 15 à 20 minutes. Cette donnée est cohérente avec les constats factuels relatés dans le *Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal* d'Action Autonomie.<sup>35</sup>

Cela nous apparaît expéditif et nous estimons que ces requêtes méritent toute l'attention et la rigueur que nécessite une procédure qui porte atteinte aux droits fondamentaux de la personne. Sans compter que le juge rend sa décision « sur le banc » et que celle-ci va dans le sens des demandes de l'établissement dans un projet de jugement rédigé à l'avance que

---

<sup>35</sup> <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/> Op. cit., p.46.

le juge signe souvent sans aucune modification ou étalement de sa décision puisque les motifs, lorsqu'ils sont donnés, le sont oralement.

## Le recours aux audiences virtuelles

En octobre 2022, M. Daniel Desharnais, sous-ministre associé à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles du MSSS, a saisi, par une lettre<sup>36</sup>, la juge en chef et le juge en chef associé de la Cour du Québec, en les invitant à considérer le recours aux audiences virtuelles en contexte hospitalier, notamment pour les patient·e·s visé·e·s par une requête de garde provisoire ou autorisée. Cette demande avait pour but de désengorger les urgences et de pallier le débordement des lits des unités de psychiatrie. M. Desharnais était convaincu que l'affranchissement des contraintes liées au déplacement des usager·ère·s et des professionnel·le·s de la santé au palais de justice permettrait aux psychiatres de se consacrer au suivi de leurs patient·e·s.

Bien que nous reconnaissons qu'en des circonstances exceptionnelles comme la pandémie de Covid-19, l'utilisation de moyens technologiques tels que les audiences virtuelles aient permis un meilleur accès aux tribunaux (parce qu'ils étaient physiquement inaccessibles), nous considérons que le recours systématique aux audiences virtuelles visant à faciliter le travail du milieu hospitalier n'est pas un critère acceptable et aurait un impact négatif sur le respect des droits des personnes.

Il faut se rappeler que le palais de justice demeure un des rares espaces neutres dans notre société. L'enjeu de la garde étant précisément de se questionner sur l'opportunité de forcer un justiciable à demeurer contre son gré dans un hôpital, la neutralité du palais de justice s'impose pour régler un tel litige. L'hôpital étant une partie au litige, ce lieu ne présentera jamais la neutralité requise pour procéder de manière systématique à des auditions par voie de visioconférence. En effet, cette manière de procéder comporte le très grand risque que le citoyen perde confiance dans le système judiciaire, qu'il ait l'impression que «tout est joué d'avance» et de manière précipitée. Cette façon de procéder est susceptible de laisser croire aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qu'elles ont moins de droits que leurs concitoyen·ne·s.

En réponse à la missive de M. Desharnais, l'Honorable Martine L. Tremblay, juge en chef adjointe de la Chambre civile de la Cour du Québec, indique clairement : «*Nous n'entendons pas débattre sur un plan purement théorique de la légalité de notre ligne*

---

<sup>36</sup> Voir l'Annexe 1.

*directrice voulant qu'une personne qui fait l'objet d'une demande de garde en établissement soit entendue en personne au palais de Justice, à moins qu'il soit démontré que sa présence physique devant le Tribunal puisse être nuisible à sa santé ou à sa sécurité ou celle d'autrui* ». Elle poursuit en citant une décision de la Cour d'appel qui « *enseigne qu'il revient aux hôpitaux et autres intervenants, incluant les tribunaux, d'adopter leurs pratiques à la loi. Une mesure privative de liberté comme la garde en établissement doit être le fruit d'une démarche conforme en tous points aux prescriptions législatives<sup>37</sup>* ». De surcroît, elle paraphe un autre jugement de la Cour d'appel *CIUSSS de l'Outaouais c. B.S.* qui conclut qu'accroître potentiellement le travail des psychiatres et des avocat·e·s n'est pas un motif pour restreindre l'exercice du pouvoir discrétionnaire des juges en vertu de textes de lois clairs affectant la liberté d'une personne.

Quant à la position des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, elle est mitigée. Certaines souhaitent la possibilité de comparaître en audience virtuelle alors que pour d'autres, cette ouverture représente un déni de droit supplémentaire et exacerbe le sentiment d'être traité comme un·e citoyen·ne de deuxième classe. Et si les personnes avaient le choix et qu'elles devaient consentir à l'audience virtuelle ? Alors, elles craignent d'y être fortement incitées, ce qui nous ramène aux enjeux d'entrave au consentement libre et éclairé.

## Le taux d'acceptation des demandes de garde en établissement

L'échantillon d'Action Autonomie montre un taux d'acceptation intégral ou partiel des demandes de garde en établissement d'environ 80 %. Ce chiffre reflète une tendance largement observée dans plusieurs districts judiciaires importants tels que Montréal, Québec, Longueuil, Laval, Terrebonne, Gatineau, Joliette et Mingan, également corroborée par les estimations fournies par les groupes de défense des droits actifs dans ces régions. La récurrence de ce taux suggère une homogénéité dans l'interprétation et l'application des critères légaux pour la mise sous garde qui peut contrevenir au principe de proportionnalité, fondamental dans la limitation des droits fondamentaux.

Un taux d'acceptation aussi élevé soulève plusieurs interrogations, tant sur le plan des pratiques et interprétations judiciaires trop permissives des critères, que sur le plan du respect des droits fondamentaux des personnes concernées. Un tel taux d'acceptation peut refléter une prédisposition à considérer les problèmes de santé mentale comme

---

<sup>37</sup> Voir l'Annexe 2.

nécessitant une intervention coercitive, ce qui contribue à renforcer la marginalisation et la stigmatisation systémique des personnes.

Les décisions rendues dans les districts peuplés semblent suivre des schémas similaires, reflétant potentiellement une standardisation dans l'application des critères légaux. Cependant, les variations possibles dans les régions moins peuplées ou rurales, où l'accès à des juges ou à des ressources légales spécialisées est limité, méritent une analyse approfondie pour mieux comprendre les disparités régionales.

## L'information sur les recours par suite du jugement, notamment le recours au TAQ

Le droit de contester une décision judiciaire ou administrative constitue une garantie fondamentale dans un État de droit. En matière de maintien de la garde en vertu des lois encadrant la santé mentale au Québec, le recours au Tribunal administratif du Québec (TAQ) est un outil essentiel pour les personnes concernées afin qu'elles fassent valoir leurs droits. Cependant, des lacunes importantes dans la transmission de l'information, l'accessibilité des formulaires et les procédures administratives freinent l'exercice de ce droit. Ces problématiques, documentées entre autres par les groupes régionaux de défense des droits, posent des questions critiques quant au respect des principes de justice naturelle et des droits fondamentaux.

Les groupes régionaux de défense des droits soulignent une déficience systématique dans l'information transmise aux personnes sous garde concernant leur droit de contester le maintien de leur garde devant le TAQ. On rapporte que les professionnel-le-s de la santé, ainsi que les avocat-e-s qui représentent les personnes, ne les informent pas systématiquement de l'existence d'un recours au TAQ pour contester le maintien en garde, ce qui constitue une atteinte au droit à une défense pleine et entière, garanti par la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*.

Présentement, il n'y a qu'un seul formulaire unique<sup>38</sup> pour tous les types de requêtes pouvant être adressées au TAQ (*one size fits all*), ce qui ne le rend pas convivial. De plus, le formulaire indique qu'il y a des frais pour le dépôt d'une requête, sauf dans quelques exceptions qui ne sont pas expliquées, ce qui peut faire croire qu'il y a des frais pour toute requête de contestation du maintien de la garde, alors que ce n'est pas le cas.

---

<sup>38</sup> [https://www.taq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/file/formulaire\\_recours\\_introductif2024.pdf](https://www.taq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/file/formulaire_recours_introductif2024.pdf)

Certains établissements de santé ne tiennent pas d'inventaire de formulaires du TAQ et tardent à faxer le formulaire de recours introductif du TAQ ou refusent de le faxer.

Ces barrières administratives rendent le recours au TAQ pratiquement inaccessible et privent les personnes sous garde d'un recours indépendant qui peut entraîner des atteintes indument prolongées à leur liberté et à leur intégrité.

## Le partage de compétences juridictionnelles entre différents tribunaux et l'élaboration d'un tribunal spécialisé en santé mentale

Le partage des compétences entre les tribunaux québécois repose sur des principes clairs d'attribution des pouvoirs et de séparation des fonctions judiciaires et administratives. Ces principes, ancrés dans le droit constitutionnel et la loi québécoise, visent à assurer une justice équitable et spécialisée selon la nature des litiges.

La proposition d'un tribunal spécialisé en santé mentale, particulièrement sous la gouverne du TAQ, risque d'empiéter sur le champ de compétences d'autres instances, créant ainsi des conflits juridiques et administratifs. Le fait de concentrer ces compétences dans une seule entité pourrait affaiblir la justice et l'égalité de droits de chaque justiciable en diminuant le rôle des tribunaux traditionnels, et remettre en question leur capacité à protéger les droits des citoyen·ne·s de manière impartiale et indépendante. Bien que certain·e·s justifient la création d'un tribunal spécialisé par le besoin de mieux adapter les décisions judiciaires aux réalités de la santé mentale, les groupes régionaux de défense des droits et les personnes premières concernées soulignent plusieurs dangers associés à une telle proposition.

- Une trop grande proximité avec les institutions psychiatriques renforcerait l'impression que les décisions judiciaires sont influencées par les recommandations de ces établissements ou des professionnel·le·s de la santé, compromettant ainsi l'impartialité.
- L'association d'un tribunal spécialisé en santé mentale ayant des fonctions quasi administratives, comme celles de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM), pourrait alimenter l'idée que les personnes visées sont assimilées à des personnes ayant commis un acte criminel et créer une confusion entre soins et sanctions.

- Un tribunal spécialisé pourrait renforcer les préjugés sociaux, et cristalliser les stéréotypes et la stigmatisation, ce qui est contraire aux principes d'inclusion et de dignité.
- Les groupes régionaux de défense des droits et les personnes premières concernées s'inquiètent de voir disparaître les mécanismes d'appel et de contestation d'une juridiction spécialisée, qu'ils soient moins accessibles, moins robustes ou moins indépendants, ce qui limiterait la capacité des personnes concernées à défendre leurs droits.
- Les personnes concernées ne demandent pas un traitement spécial ni un tribunal spécialisé.

À la lumière des préoccupations soulevées, il apparaît essentiel de privilégier des solutions qui renforcent les mécanismes actuels par une approche fondée sur l'amélioration des pratiques existantes et sur le renforcement des compétences des intervenant·e·s, tout en respectant les principes fondamentaux du droit et des droits humains. Ces solutions constituent une approche plus prometteuse pour garantir une justice équitable et adaptée.

Nous estimons que la création d'une telle instance ne viendrait que renforcer le déséquilibre des forces au détriment des personnes premières concernées, soit celles qui sont visées par la Loi P-38.001.

## Les services en situation de crise (SASC)

Les services de crise en santé mentale jouent un rôle crucial dans la gestion des situations d'urgence impliquant des individus en détresse. Cependant, les constats documentés par les groupes régionaux de défense des droits et relayés par les réseaux médiatiques mettent en lumière des lacunes importantes dans l'offre et la qualité de ces services au Québec. Ces problématiques soulèvent des enjeux juridiques liés à l'accès équitable aux services, au respect des droits fondamentaux et à la responsabilité institutionnelle.

L'une des critiques les plus récurrentes concerne la pratique d'évaluer la dangerosité d'une personne en crise par le biais d'un contact téléphonique. L'évaluation du degré de dangerosité d'une personne sans observation directe peut mener à des erreurs d'appréciation et ne permet pas de respecter les standards de diligence raisonnable qui devraient prévaloir. Cette pratique est perçue comme impersonnelle et inadéquate, et elle

aggrave la méfiance des personnes concernées et de leurs proches envers les services de santé mentale.

Il semble y avoir une certaine absence de normes claires et uniformes dans l'organisation des services de crise qui entraîne des disparités dans les approches, tant en ce qui concerne l'évaluation que l'intervention. Les modèles d'organisation des services datent, dans certaines régions, de la fin des années 1990. Si on devait revoir de fond en comble les structures en santé, ce modèle pourrait aussi être revu. Les témoignages des personnes concernées mettent en évidence un manque de connaissances et de formation chez les intervenant·e·s en situation de crise, ce qui accroît souvent la responsabilité des proches.

Enfin, toutes les régions ne disposent pas d'un centre de crise.

## Avant, pendant et après l'application de la Loi P-38.001

- Avant :
  - Des lacunes sont observables en amont de l'intervention de crise: le manque d'accessibilité aux services en raison d'un famélique financement du réseau de la santé pour les services en santé mentale, les mesures alternatives et les organismes communautaires, le manque de connaissances des professionnel·le·s du réseau sur les groupes communautaires alternatifs et l'absence d'entente de partenariat entre le réseau et les organismes communautaires.
  - Les listes d'attente pour les services de première ligne s'allongent : « À la fin février, tout près de 16 000 personnes étaient en attente d'un service de première ligne en santé mentale, selon les données du ministère de la Santé. C'est 4500 de plus qu'à la même période en 2021. Si l'attente a légèrement diminué pour les jeunes, la liste a bondi de 72 % chez les adultes.<sup>39</sup> »
  - L'hospitalisation volontaire est difficilement accessible, voire quasi impossible. Les personnes nous rapportent régulièrement avoir tenté de demander de l'aide ou d'être hospitalisées volontairement avant de se retrouver sous garde involontaire.

---

<sup>39</sup> <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-04-15/listes-d-attente-en-sante-mentale/quebec-veut-un-electrochoc.php#:~:text=%C3%80%20la%20fin%20de%20f%C3%A9vrier,de%2072%20%25%20chez%20les%20adultes.>

- L'absence de dialogue et d'interventions proactives renforce la stigmatisation et cristallise la perception que des interventions d'urgence et coercitive sont nécessaires.
- Pendant :
  - La majorité des personnes nous rapportent avoir vécu des expériences traumatisantes et disent que les conditions générales d'hospitalisation involontaire sont dégradantes : médication forcée, isolement et contention physique et chimique, fonctionnement presque carcéral, système d'émulation infantilisant, représailles si elles exercent leurs droits et recours, menaces de recourir à une autorisation judiciaire de soins, détresse invalidée, ambiance chaotique, promiscuité, intervention psychosociale déficiente ou inexistante, etc.
  - Les personnes se sentent perçues comme un objet de soins plutôt qu'une personne.
- Après :
  - Peu ou pas de filet de sécurité post-hospitalisation, sinon qu'une ou des prescriptions de médicaments et inscription sur une liste d'attente pour un suivi par les services psychiatriques externes qui aura lieu des mois plus tard.
  - Le manque de plan de sortie adapté.
  - L'absence de coordination avec les organismes communautaires alors que ceux-ci jouent un rôle crucial dans le soutien à long terme.
  - Le retour en communauté inclut souvent une gamme de services imposés (SIV, SIM, SICOM, etc.).

## Les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement

Les autorisations judiciaires de soins et d'hébergement (AJSH) constituent une mesure exceptionnelle permettant d'administrer des soins sans le consentement de la personne visée, dans un contexte où son aptitude à consentir est remise en question. Cette procédure, bien qu'encadrée par la loi, soulève de nombreuses préoccupations sur le plan juridique, notamment en ce qui concerne le respect des droits fondamentaux, l'accès à la justice et le droit à un procès équitable.

L'étude et l'analyse de 150 jugements, réflexion sur la pratique et recommandations de l'AGIDD-SMQ *L'autorisation judiciaire de soins : Le trou noir de la psychiatrie*<sup>40</sup> démontrent que les AJSH sont souvent accordées de manière quasi automatique, et ce, pour une durée moyenne de trois ans. Une telle généralisation de cette mesure, qui devrait pourtant être exceptionnelle, pose question quant au respect des principes fondamentaux de la justice, notamment le droit de contester une décision ayant des répercussions majeures sur la personne visée. Le rapport de recherche de 2023 intitulé *Les autorisations judiciaires de soins : analyse comparative des pratiques entre deux centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie*<sup>41</sup> montre différentes difficultés systémiques de nature à entraver l'exercice des droits des personnes visées par une requête en AJSH.

Il est préoccupant de constater que les personnes concernées ne sont pas systématiquement informées de l'autorisation de soins les concernant. L'absence de notification préalable les prive non seulement de leur droit à l'information, mais également de la possibilité de contester la décision dans les délais impartis.

En outre, le délai très court pour contester une AJSH rend souvent impossible le recours à un·e avocat·e compétent·e. L'absence de représentation juridique compromet gravement le droit à un procès équitable garanti par l'article 23 de la Charte québécoise et l'article 14 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*.

L'absence des personnes visées lors des audiences relatives aux AJSH est également problématique. Il est essentiel de rappeler que l'aptitude d'une personne à consentir à des soins ou à les refuser doit être déterminée de manière rigoureuse, dans le respect des principes de justice naturelle. La présence de la personne devant le tribunal est cruciale, non seulement pour garantir que son point de vue sera entendu, mais aussi pour assurer un examen diligent et indépendant de sa situation. Pourtant, des jugements sont rendus en l'absence de la personne concernée ; cela soulève beaucoup de questions sur l'appréciation d'une réelle inaptitude à consentir.

Enfin, la pratique consistant à renouveler les AJSH de manière quasi automatique, sans réévaluation approfondie de la situation de la personne concernée, constitue une autre atteinte aux droits fondamentaux. Chaque décision de renouvellement devrait être fondée sur une preuve actualisée démontrant clairement la persistance de l'incapacité à consentir. Or, le renouvellement automatique prolonge une mesure intrusive sans garantir une

---

<sup>40</sup> <https://www.agidd.org/?publications=lautorisation-judiciaire-de-soins-le-trou-noir-de-la-psychiatrie>

<sup>41</sup> Perrault, Edith et Emmanuelle Bernheim (2023) *Les autorisations judiciaires de soins : analyse comparative des pratiques entre deux centres intégrés de santé et de services sociaux de la Montérégie*. Rapport de recherche. Collectif de défense des droits de la Montérégie, Service aux collectivités, UQAM, 67 p.

réévaluation adéquate, ce qui contrevient aux principes de nécessité et de proportionnalité établis par la Charte québécoise.

## Conclusion

L'examen approfondi de l'application de la Loi P-38.001 met en lumière un paradoxe criant : bien qu'elle ait été conçue pour protéger les droits et la sécurité des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, son application actuelle entraîne de nombreuses atteintes aux droits fondamentaux. Les critiques soulevées par l'AGIDD-SMQ, nourries par des années de témoignages et de luttes, révèlent un système où les pratiques coercitives et l'interprétation élastique des critères de dangerosité dominant, aux dépens de la dignité et de la liberté des personnes concernées.

La parole collective des personnes premières concernées, portée avec force par les groupes de promotion et de défense des droits, insiste sur la nécessité d'un changement fondamental. Ces voix rappellent que toute réforme doit inclure leur expertise expérientielle et s'attaquer aux racines systémiques des injustices, notamment par une approche qui valorise l'autonomie, l'écoute et la dignité. Ces témoignages démontrent également l'urgence de financer et de développer des alternatives communautaires, comme les équipes de crise autonomes, les espaces de répit ou encore les approches non coercitives centrées sur l'appropriation du pouvoir.

Face à cette situation, il devient impératif de recentrer l'application de la Loi sur une stricte conformité avec les droits humains. Cela implique non seulement une mise en œuvre rigoureuse du cadre de référence ministériel, mais aussi un changement culturel au sein des établissements psychiatriques et des instances judiciaires. Ces efforts doivent être soutenus par un investissement accru dans des alternatives à l'hospitalisation forcée, privilégiant l'inclusion et le respect de l'autonomie des personnes.

Au-delà des réformes techniques, ce mémoire appelle à un véritable changement de paradigme sur la santé mentale et sur la manière de soutenir les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Il s'agit de passer d'une logique de contrôle et de coercition à une approche fondée sur l'inclusion, la reconnaissance des droits fondamentaux et la valorisation de chaque personne. En privilégiant des solutions humaines, respectueuses et adaptées, nous pourrions construire une société où les principes de dignité et de justice sociale prévalent, en garantissant à chacun le droit de vivre pleinement, sans stigmatisation ni discrimination.

# Recommandations

## Recommandations générales

**L'AGIDD-SMQ recommande de travailler activement pour réduire le recours à la Loi P-38.001.**

**L'AGIDD-SMQ recommande de respecter les juridictions actuelles et d'éviter de créer un tribunal spécialisé en santé mentale sous une seule juridiction.**

**L'AGIDD-SMQ recommande un respect strict de la Loi actuelle et des changements majeurs des pratiques actuelles.**

Quatre moyens à intégrer pour réduire le recours à la Loi P-38.001

- 1- Des services dans la communauté.
- 2- Une psychiatrie plus humaine.
- 3- Une application stricte et rigoureuse du cadre de référence sur l'application des mécanismes d'exception, dont la Loi P-38.001
- 4- Un respect strict de la Loi P-38.001

## Recommandations spécifiques

### **Des services dans la communauté avant, pendant et après la crise**

- Réaliser le droit à la santé dans une approche qui tient compte des personnes dans leur globalité et des déterminants sociaux de la santé.
- Lutter activement contre la stigmatisation.
- Avoir un meilleur financement pour les organismes communautaires alternatifs et de travail de rue afin que les crises psychosociales soient accueillies et désamorçées dans la communauté.

- Élargir l'accès aux services de crise : centre de crise avec hébergement, équipe d'intervention de crise sur le modèle de l'Escouade 24/7 du Bas Saint-Laurent.
- Éliminer les listes d'attente en soutien psychosocial en santé mentale.
- Travailler en alliance et en partenariat avec les organismes communautaires avant, pendant et après la crise et l'hospitalisation.

### **Une psychiatrie plus humaine**

- Réaliser une meilleure configuration des lieux en santé mentale pour les rendre plus thérapeutiques, accueillants et conviviaux.
- Améliorer l'accueil à l'urgence générale du CISSS ou CIUSSS en assurant la présence d'une personne ressource consacrée à l'accueil psychiatrique.
- Améliorer le soutien psychosocial offert lors des hospitalisations (plus de travailleur·euse·s sociaux·ales, plus d'interventions psychosociales, etc.).
- Procéder à l'abolition progressive du recours aux mesures d'isolement et de contention physique et chimique.
- Mettre en place des solutions de rechange à la porte verrouillée à l'urgence psychiatrique.
- Assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. La primauté de la personne implique de tenir compte du point de vue et des capacités de la personne utilisatrice des services, tout en favorisant sa participation et celle de son entourage ainsi que la prise en compte de l'ensemble de ses besoins et de sa situation biopsychosociale.

### **Une application stricte et rigoureuse du cadre de référence sur l'application des mécanismes d'exception, dont la Loi P-38.001**

- Le droit à l'information

- S'assurer que les personnes concernées sont informées de leurs droits et puissent comprendre le type de garde sous laquelle elles sont dès le début et tout au long du processus de garde préventive, de garde provisoire ou de garde autorisée.
  - Rendre systématique la communication aux personnes concernées de l'information sur tous les droits protégés par la LSSSS, en plus des renseignements prévus à l'article 15 de la Loi P-38.001 par l'établissement.
  - Favoriser ou assurer le maintien, la consolidation et la permanence de toute entente spécifique mise en place entre la Direction des programmes en santé mentale et dépendance (DPSMD) du CISSS ou CIUSSS et le groupe régional de défense des droits afin de favoriser l'accès à l'information sur les droits et recours en psychiatrie.
- La garde en établissement
    - Établir le statut de la personne sous garde préventive dès son arrivée dans l'établissement afin que le délai de 72 heures soit respecté, évitant ainsi toute ambiguïté.
    - Documenter toutes les interventions en lien avec l'application de la Loi P-38.001 afin d'améliorer les pratiques tant individuelles qu'interdisciplinaires.
    - Impliquer les intervenant·e·s ayant déjà établi un lien de confiance avec les usager·ère·s, dans la mesure du possible, afin d'instaurer un climat favorisant la participation et le consentement libre et éclairé aux soins.
- Le droit au consentement aux soins
    - S'assurer, dès la garde préventive, que la personne est mise au courant de son droit de consentir ou non aux soins, y compris la prise de médication, les mesures de contrôle et l'examen psychiatrique.
    - Vérifier régulièrement le consentement de l'usager·ère, celui-ci étant susceptible d'évoluer au fil du temps, y compris lors de chaque prise de décision et lors de la survenance de tout changement.
- La référence d'aide et d'accompagnement
    - Uniformiser la remise du feuillet *Droits et recours des personnes mises sous garde* du MSSS ainsi que les coordonnées du groupe régional de défense des droits, afin de s'assurer que la personne pourra être soutenue tout au long des

procédures de garde, et ce, qu'elle soit représentée ou non par un·e avocat·e. Cette action devrait être inscrite au dossier médical.

- Mettre en place des mécanismes de collaboration entre les unités psychiatriques et le groupe de défense des droits régional dès le début de l'application de la Loi P-38.001 afin de faciliter la référence et l'accompagnement des usager·ère·s dans leurs démarches de droits et recours. Ces mécanismes veilleront à simplifier l'accompagnement des usager·ère·s dans la défense de leurs droits, notamment en donnant aux conseiller·ère·s en défense des droits l'accès aux significations avec le consentement de l'usager et en permettant l'accompagnement de la personne concernée lors des audiences.
  - Étendre et financer des projets tels que *Pour une défense pleine et entière* du Collectif de défense des droits de la Montérégie.
- La signification
    - S'assurer que la signification a toujours lieu dans les délais prescrits par la Loi, soit au moins 48 heures avant l'audience, et qu'elle soit inscrite dans le dossier médical de la personne.
  - La durée de l'ordonnance
    - Restreindre l'ordonnance initiale de garde en établissement à au plus 21 jours et s'assurer que son renouvellement est effectué de façon plus exceptionnelle, afin que la perte de liberté soit de la plus courte durée possible.
  - Les mesures alternatives
    - Poursuivre le déploiement de mesures alternatives à l'hospitalisation et valoriser leur utilisation.
    - Prioriser le déploiement de réelles alternatives à l'hospitalisation, entre autres par la présence d'au moins un centre de crise dans chaque région administrative, en établissant un ratio minimal de lits de crise selon une approche populationnelle.
    - Privilégier les interventions de crise en personne.
    - Mettre en place un plan d'action ayant pour objectif de favoriser la prévention afin de diminuer les interventions en réaction, notamment en réduisant les listes d'attente en santé mentale.

- Financer adéquatement les organismes communautaires œuvrant en santé mentale afin qu'ils puissent mener à bien leur mission, et assurer la bonification du financement accordé ainsi que l'attribution de budgets à la mission plutôt que par projet.
- La collecte de données et les formations
  - Standardiser et uniformiser la manière de collecter les données sur la garde à tous les CISSS et CIUSSS du Québec : date, genre, type de garde (accueil complet, accueil partiel, garde rejetée, retrait) présence de la personne, représentation légale, dispense, etc.
  - Partager un portrait fidèle de l'application de la Loi P-38.001 sur le territoire des CISSS et CIUSSS dans le rapport annuel de gestion, lequel pourrait également inclure davantage de sous-catégories.
  - Créer et diffuser une formation intersectorielle destinée au personnel des CISSS et CIUSSS, aux intervenants sociaux du réseau de la santé et du milieu communautaire et aux corps de police, afin d'assurer une compréhension commune de la Loi P-38.001, notamment en ce qui concerne le critère de dangerosité. De plus, il importe d'assurer la pérennité de la formation lors du roulement de personnel.
  - Prendre les mesures nécessaires pour améliorer la formation du personnel des établissements de santé concernant les protocoles spécifiques à l'application de la Loi P-38.001 et le respect des droits des usagers. De plus, il importe d'assurer la pérennité de la formation lors du roulement de personnel.
- Les formulaires standardisés
  - S'assurer que l'établissement utilise les formulaires complets standardisés, prévus dans le cadre de référence du MSSS, concernant la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement afin d'éviter des interprétations différentes par le personnel en place.
- L'évaluation systématique
  - Assurer la pérennité de la démarche d'évaluation de l'application de la Loi P-38.001 par le MSSS tous les trois ans. Cette évaluation permettrait d'apprécier la rigueur du processus et des critères d'application de la Loi. Par

la suite, le MSSS devrait diffuser les résultats de ces évaluations et ses recommandations, et prendre des engagements par rapport à ces recommandations.

- Prévoir un dispositif de contrôle pour assurer le respect des délais maximaux de mise sous garde.
  - Créer un tableau de bord provincial public avec des données permettant d'analyser l'état des lieux selon les régions sur le nombre de gardes provisoires et de gardes autorisées ainsi que des indicateurs de conformité permettant au public de s'assurer du sérieux de l'application de cette loi d'exception.
- La recherche évaluative
    - Prévoir la mise en place par le MSSS d'une recherche évaluative sur les impacts de l'application de la Loi P-38.001 sur les personnes concernées.
    - Mettre en place un système de visites impromptues d'évaluation de la qualité par des représentant-e-s du MSSS : ces visites ponctuelles permettront de vérifier si les personnes bénéficient de services adéquats et d'un environnement physique de qualité. De plus, une vérification pourrait être faite au regard de l'application des protocoles et de l'utilisation des formulaires standardisés par le personnel pour les personnes mises sous garde.
  - Le secteur de la justice
    - Afin d'éviter que le système de justice se base uniquement sur la preuve biomédicale produite par la partie demanderesse, mettre en place des moyens visant à favoriser la connaissance des outils juridiques existants en ce qui concerne les mécanismes d'exception ainsi que l'inventaire des mesures alternatives qui ont déjà démontré leur efficacité.
    - Baser la formation relative aux mécanismes d'exception sur les expériences et la connaissance d'avocat-e-s expert-e-s en droit de la santé, sur l'expertise des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et sur celle des groupes communautaires en santé mentale.
    - Réitérer l'importance de la présence de la personne concernée avec un-e avocat-e à l'audience ou en visioaudience. Dans le cas où une dispense d'audience est accordée, que les motifs de cette dernière soient clairement rédigés.

- Permettre la présence d'accompagnateur·trice·s issu·e·s d'organismes de défense des droits lors de l'audience ou de la visioaudience.
  - Rendre systématique l'accès gratuit à un·e avocat·e pour toute personne soumise à l'application de la Loi P-38.001.
  - Créer une ligne sans frais pour donner accès à une liste d'avocat·e·s ayant une expertise de la Loi P-38.001 par région, qui fonctionnerait de 7 h à 20 h.
- Tribunal administratif du Québec
    - Faciliter l'accès au Tribunal administratif du Québec pour les personnes souhaitant contester le maintien de leur garde en établissement, notamment en permettant le dépôt téléphonique d'une demande de révision.
    - Créer un formulaire spécifique et simple pour les requêtes introductives de contestation du maintien de la garde en établissement.

# Annexes

## Annexe 1



Direction générale de la coordination réseau et ministérielle  
et des affaires institutionnelles

### PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 30 mars 2023

Madame Lucie Rondeau  
Juge en chef  
Monsieur Scott Hughes  
Juge en chef associé  
Cour du Québec  
Palais de justice de Québec  
300, boulevard Jean-Lesage  
Québec (Québec) G1K 8K6

Madame la Juge en chef,  
Monsieur le Juge en chef associé,

Le 22 octobre 2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place une cellule de crise dans le but d'identifier les mesures permettant de résorber le débordement dans les urgences. Ces mesures concernent la mise en place de solutions par un large éventail d'acteurs et d'organisations, puisque la situation précaire des urgences impacte l'ensemble de la société et prend racine dans des processus variés.

Un des facteurs contributifs à la crise actuelle est le débordement des lits des unités de psychiatrie. La cellule de crise est d'avis que le manque d'accès à des audiences virtuelles exacerbe cette problématique. En effet, chaque usager qui doit comparaître en personne dans un contexte de psychiatrie est accompagné par un travailleur de la santé qui ne peut, pendant ce temps, assumer les fonctions qui sont attendues de lui dans le réseau de la santé et des services sociaux. Or, dans un contexte de pénurie importante de main-d'oeuvre, il est primordial que les ressources concentrent leurs efforts à l'offre de soins et qu'elles se dédient au traitement des personnes présentant un trouble de santé mentale.

... 2

Édifice Catherine-De Longpré  
1075, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1  
Téléphone : 581 814-9100, poste 62788  
Télécopieur : 418 266-8855  
daniel.deshamais@msss.gouv.qc.ca  
www.msss.gouv.qc.ca

La solution repose sur l'utilisation des audiences virtuelles. En temps de pandémie, l'utilisation de moyens technologiques a permis l'affranchissement des contraintes liées au déplacement des usagers et des professionnels de la santé dans les palais de justice, ceci facilitant la planification des audiences et augmentant la capacité des psychiatres à être dédiés au suivi de leurs patients. Les associations de défense des droits des patients partagent d'ailleurs cet avis.

C'est donc en tout respect de l'indépendance judiciaire et dans un souci d'accès aux soins que nous vous invitons à considérer le recours aux audiences virtuelles en contexte hospitalier.

Soyez assurées de l'entière collaboration du MSSS et de ses établissements afin de favoriser et faciliter l'utilisation des moyens technologiques dans nos hôpitaux.

Veuillez agréer, Madame la Juge en chef, Monsieur le Juge en chef associé, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le coordonnateur de la cellule de crise  
et sous-ministre associé,



Daniel Desharnais

p. j. Liste des membres de la cellule de crise

c. c. Mme Caroline de Pokomandy-Morin, MSSS  
Mme Catherine La Rosa, Cour supérieure du Québec  
Mme Marie-Anne Paquette, Cour supérieure du Québec

N/Réf. : 23-CR-00267

## Annexe 2



Montréal, le 20 avril 2023

PAR COURRIEL

**COUR  
DU QUÉBEC**

L'honorable  
Martine L. Tremblay,  
Juge en chef adjointe  
Chambre civile

Monsieur Daniel Desharnais  
Direction générale de la coordination réseau et ministérielle  
et des affaires institutionnelles  
Ministère de la Santé et des Services Sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1  
[Daniel.desharnais@msss.gouv.qc.ca](mailto:Daniel.desharnais@msss.gouv.qc.ca)

**Objet** : Demande de considérer l'ouverture aux audiences virtuelles en matière de garde en établissement

---

Monsieur Desharnais,

Votre lettre du 30 mars 2023 m'a été remise pour attention et réponse. Je la reçois comme une demande pour ne plus avoir à transporter au palais de Justice les personnes visées par une demande de garde en établissement en vue ou à la suite d'une expertise psychiatrique.

Votre lettre indique que vous auriez obtenu l'opinion des associations de défense des droits des patients. Je constate cependant qu'elles ne sont pas en copie sur celle-ci. Par souci de transparence et du respect du devoir d'impartialité qui s'impose à notre institution, je la transmets donc avec une copie des présentes à l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec.

Votre lettre affirme que l'utilisation de moyens technologiques pour la tenue des audiences sur demande de garde en établissement affranchit les centres hospitaliers des contraintes liées au déplacement des usagers et des professionnels de la santé vers les palais de Justice, facilite la planification des audiences et augmente la capacité des psychiatres à être dédiés au suivi de leurs patients.

La Cour du Québec est une institution judiciaire indépendante à laquelle le législateur confie la tâche de décider s'il y a lieu de garder une personne au centre hospitalier.

---

Palais de justice, 1, Notre-Dame Est, bureau 13.70, Montréal (Québec) H2Y 1B6  
Téléphone : 514-393-2382 Télécopieur : 514-393-4922  
Courriel : [nada.habib@judex.qc.ca](mailto:nada.habib@judex.qc.ca)

Dans *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*<sup>1</sup>, la Cour d'appel enseigne qu'il revient aux hôpitaux et autres intervenants, incluant les tribunaux, d'adapter leurs pratiques à la loi. Une mesure privative de liberté comme la garde en établissement doit être le fruit d'une démarche conforme en tous points aux prescriptions législatives<sup>2</sup>.

Encore récemment, dans *CIUSSS de l'Outaouais c. B.S.*<sup>3</sup> la Cour d'appel rejetait un argument similaire à celui soulevé dans votre lettre, soit que la décision du juge avait pour effet de contribuer à l'engorgement du système de santé et du système judiciaire. La Cour d'appel conclut qu'accroître potentiellement le travail des psychiatres et des avocats n'est pas un motif de restreindre l'exercice du pouvoir discrétionnaire des juges en vertu de textes de lois clairs affectant la liberté d'une personne.

Nous n'entendons pas débattre sur un plan purement théorique de la légalité de notre ligne directrice voulant qu'une personne qui fait l'objet d'une demande de garde en établissement soit entendue en personne au palais de Justice, à moins qu'il soit démontré que sa présence physique devant le Tribunal puisse être nuisible à sa santé ou à sa sécurité ou celle d'autrui. Cependant, il y a lieu de rectifier les éléments factuels sur lesquels repose l'opinion de la cellule de crise :

1. Si les accompagnateurs sont considérés comme des travailleurs de la Santé par la cellule de crise, il n'en demeure pas moins que ceux-ci n'ont pas à être et ne sont généralement pas des infirmiers ou des réposés aux bénéficiaires;
2. La participation de la personne visée par la demande à partir d'un centre hospitalier ne dispense pas ce dernier de l'obligation de s'assurer de la présence d'un accompagnateur ou d'une personne en mesure d'assurer la sécurité de la personne visée à l'intérieur de la salle aménagée pour la visio-audience et de veiller au bon fonctionnement des appareils tout au long du processus;
3. Lorsque le témoignage des psychiatres est requis, ceux-ci sont généralement entendus par moyen technologique comme le permet la Cour d'appel en matière de garde en établissement<sup>4</sup>;
4. Le centre hospitalier a la responsabilité de présenter une demande de garde en établissement<sup>5</sup>. Il est en mesure de planifier son besoin

<sup>1</sup> 2018 QCCA 378, paragr. 88

<sup>2</sup> Ibid, paragr. 29

<sup>3</sup> 2022 QCCA 839, paragr. 13

<sup>4</sup> *J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré et universitaire de Santé et de Services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal*, 2018 QCCA 378, paragr. 70, note 57

de recourir aux tribunaux. En effet, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*<sup>5</sup> et l'article 396 du *Code de procédure civile*<sup>7</sup> impose au centre hospitalier le respect de certains délais. Or, une demande de garde en établissement ne peut être présentée au Tribunal moins de deux jours après sa notification, ce qui donne suffisamment le temps de planifier le transport de la personne visée par la demande. Il est vrai que le juge peut accorder une demande de réduction de ce délai, mais cela ne devrait pas être la règle.

En terminant, je me permets de vous rappeler qu'il existe un Comité de liaison entre la Cour du Québec et le Barreau de section dans chacune des régions administratives du Québec. Il s'agit de lieu d'échanges qui permet aux avocats des centres hospitaliers de discuter avec le juge coordonnateur et en présence d'avocats agissant pour les personnes visées de sujets similaires à celui soulevé dans votre lettre du 30 mars 2023.

Veillez agréer, Monsieur Desharnais, mes salutations distinguées.

Martine Lucille  
Tremblay

Signature numérique de Martine  
Lucille Tremblay  
Date : 2023.04.20 14:06:44 -0400'

**MARTINE L. TREMBLAY, J.C.Q.**

- C. c. Honorable Lucie Rondeau, juge en chef, Cour du Québec  
Honorable Scott Hughes, juge en chef associé, Cour du Québec  
Honorable Marie-Anne Paquette, juge en chef, Cour supérieure du Québec  
Honorable Catherine LaRosa, juge en chef associée, Cour supérieure du Québec  
M. Vincent Vallée, responsable volet sociopolitique, Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec

---

<sup>5</sup> *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, en ligne : <<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>>

<sup>6</sup> RLRQ, c.P-38.001

<sup>7</sup> RLRQ, c.C-25.01

---

# *La P-38 dans notre région*

**Mémoire soumis par  
Le Groupe de promotion et de défense des droits en santé  
mentale-02**

**Le 29 novembre 2024**

**Dans le cadre de la consultation de l'Institut Québécois de la  
Réforme du Droit et de la Justice sur La Loi sur la protection  
des personnes dont l'état mental présente un danger pour  
elles-mêmes ou pour autrui**



**GRUPE de PROMOTION  
et de DÉFENSE des DROITS en**

*Santé mentale-02*

*Madame Pauline Cyr*

*Directrice générale*

*Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale-02*

*(GPDDSM-02)*

*520, rue Sacré-Cœur Ouest suite 6*

*Alma (Québec) G8B 1L9*

*Tel : 418-668-6851*

*Sans frais : 1-800-561-2477*

*Télec. : 418-668-0629*

[\*pcyr@gpddsm.com\*](mailto:pcyr@gpddsm.com)

29 novembre 2024

## **Mise en contexte**

En vigueur depuis 1998, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (P.38.001)* venait compléter les dispositions du code civil sur la garde en établissement en encadrant le processus. Cette Loi amenait plusieurs avancées, notamment l'évaluation d'un intervenant en situation de crise avant le transport de la personne à l'hôpital par un agent de la paix, le changement de vocabulaire qui distinguait les soins (cure) à celle de la garde forcée en établissement et par la diffusion de documents d'information sur les droits et recours aux personnes mises sous garde.

Toutefois, ces avancées n'ont pas amené un changement de culture dans le respect des droits en santé mentale. Le GPDDSM-02, les autres groupes de promotion et de défense de droits en santé mentale, les groupes de promotion vigilance ainsi que notre association provinciale l'AGIDD-SMQ, ont documenté et dénoncé l'absence d'encadrement dans l'application de la P-38.001, la méconnaissance systémique du personnel sur la Loi, les errements dans le processus et enfin, le caractère discriminatoire et abusif que cette Loi fait subir aux personnes qui en font l'objet.

Des problématiques également dénoncées par le protecteur du citoyen, le Barreau et le ministère de la Santé et des Services sociaux dans des rapports qui relevaient des problématiques majeures et celles-ci ont conduit à la diffusion en 2018 d'un cadre de référence provincial sur l'application de la P-38.001. Les protocoles issus de ce cadre ne sont pas toujours mis en œuvre de manière stricte.

Comme l'a démontré un examen critique des 20 premières années d'application de la Loi, un profond changement de modèle s'impose, un modèle basé sur le respect de la personne, de ses droits fondamentaux tel le droit à la liberté, le droit au choix, l'équité devant les cours de justice et le droit d'être traité dignement comme tous les autres citoyens.

Notre organisme s'oppose à l'ajout de critères facilitant l'application de la P-38.001 aux personnes vivant avec un problème de santé mentale. Nous demandons le respect du caractère exceptionnel de cette Loi par une application stricte du cadre de référence ministériel produit en 2018 et la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation forcée.

## **Présentation du GPDDSM-02**

La mission du GPDDSM-02 consiste à promouvoir et à défendre les droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Ils favorisent la prise de parole individuelle et collective afin que ces personnes s'approprient un pouvoir sur leur vie et dans la société à laquelle elles appartiennent.

Plus précisément, cela consiste à informer, à aider et à accompagner les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale dans l'exercice de leurs droits. Le groupe se doit également d'agir sur les plans collectif et systémique et d'intervenir de façon proactive lorsqu'une situation l'exige.

À cet effet, dans chaque région sociosanitaire du Québec, un groupe communautaire régional doit donc être reconnu et soutenu financièrement à la mission par le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du centre intégré de santé et de services sociaux

# État de situation

– Les alternatives à l'enfermement forcé sont quasiment inexistantes et les services de crise sont loin d'être implantés dans tout le Québec.

– Seulement un service de crise dans le secteur du Saguenay qui couvre également le secteur Lac-Saint-Jean. La distance est un problème majeur.

Malgré les études, la Loi P-38.001 n'est pas rigoureusement appliquée. Pourquoi la changer? Déjà, la notion de dangerosité est régulièrement confondue avec les préjugés liés à la santé mentale, le diagnostic, le principe du meilleur intérêt de la personne ou le fait que la personne soit « dérangement ».

– Une confusion persiste dans le milieu médical et judiciaire entre le fait de contraindre la personne à prendre un traitement et contraindre une personne à l'hospitalisation forcée.

Donc, nous préconisons un respect strict de la Loi actuelle et d'en diminuer l'utilisation dans toutes les régions du Québec. Cela pourrait passer par les moyens suivants :

## **4 moyens à intégrer pour réduire le recours à la P-38.001 :**

**1- Des services dans la communauté.**

**2- Une psychiatrie plus humaine.**

**3- Un suivi rigoureux de l'application des mécanismes d'exception.**

**4- Un respect strict de la P-38.001.**

### **1- Des services dans la communauté**

1- **L'élargissement de l'accès aux services de crise** (hébergement, intervention en face-à-face) constitue la clé pour éviter l'utilisation d'une mesure d'exception. Ainsi, il n'est pas acceptable que les policiers aient à répondre aux urgences psychosociales, en particulier lorsqu'aucun enjeu de sécurité **n'est** en cause.

Pour la région, il n'y a qu'un centre de crise situé au Saguenay et ouvert depuis février 2024. Les services du Centre de santé l'Équilibre, destinés aux personnes vulnérables, situé dans l'ancienne prison de Chicoutimi, s'offre comme nouvelle alternative aux personnes vivant avec de la détresse psychologique ou sociale. Des ajustements sont évidemment en continu.

2- **Élimination des listes d'attente en soutien psychosocial en santé mentale.**

Les listes d'attentes sont nombreuses pour avoir du soutien psychosocial en santé mentale. Les équipes traitantes sont débordées, et la situation a dépassé le point de rupture dans bien des régions. Des moyens doivent être mis en place pour faire en sorte que les personnes puissent

avoir accès à une aide psychologique en amont des crises psychosociales, notamment en travaillant avec les groupes communautaires en santé mentale afin de mettre des solutions de l'avant.

## **2- Une psychiatrie plus humaine**

### **1- Une meilleure configuration des lieux en santé mentale.**

Les urgences psychiatriques et les départements de psychiatrie sont bien souvent vétustes et peu adaptés pour se rétablir d'une période difficile. Il n'est pas étonnant que les gens ne souhaitent pas y retourner. Ainsi, les investissements dans les infrastructures en santé mentale constituent un des angles morts du système. Nous sommes persuadés qu'il y a des économies à moyen terme sur les fréquences et les durées de séjour si les lieux ne sont pas qu'adaptés à un contexte sécuritaire, mais aussi thérapeutique. De plus, les activités thérapeutiques sur les départements de psychiatrie sont rares, voire inexistantes dans certains endroits; ex : Éliminer les bureaux du personnel qui sont dans une aire vitrée et dont on se parle ou passe des documents ou autres par un petit hublot. Les utilisateurs de services nomment ses espaces pour le personnel « des aquariums ».

## **2- Un suivi rigoureux de l'application des mécanismes d'exception**

Le cadre de référence pour la mise en place de protocoles d'application de la P-38.001 de 2018 a fait en sorte que les établissements doivent maintenant rendre compte sur l'application de la Loi dans leur rapport annuel de gestion et chaque 3 mois lors des séances publiques du conseil d'administration de l'établissement de santé. Toutefois, un tableau de bord provincial public avec des données permettant d'analyser l'état des lieux selon les régions, tant dans le nombre de gardes provisoires et autorisées ainsi que des indicateurs de conformité permettrait au public de s'assurer du sérieux de l'application de cette Loi d'exception.

## **3- Un respect strict de la P-38.001**

Avant de penser changer la P-38, il conviendrait ainsi d'en favoriser un respect strict. Ainsi, les études des groupes de défense de droits en santé mentale, dont la dernière en lice est celle d'Action-Autonomie en octobre 2024 font l'illustration d'une application aléatoire de cette loi d'exception. Nous demandons au gouvernement de ne pas modifier la Loi avant de s'assurer que son application est faite de façon rigoureuse.

## **Autre recommandation de votre groupe**

Selon notre expérience dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, nous estimons qu'ajouter de la coercition en santé mentale n'est pas une avenue à privilégier. Nous souhaitons plutôt que des services plus humains soient donnés dans la communauté avant de penser à augmenter les contraintes pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale. C'est ce que pensent les personnes premières concernées soit les personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Nous remercions l'IQRDJ de la prise en compte de notre perspective sur cette importante question et nous vous remercions de l'attention que vous accorderez à ce mémoire.

*Mémoire « la p-38 dans notre région »  
Le 28 novembre 2024*



**GROUPE de PROMOTION**  
et de **DÉFENSE des DROITS** en

*Santé mentale-02*

520, rue Sacré-Cœur Ouest, suite 6  
Alma (Québec) G8B 1L9

Téléphone : 418 668-6851

Télécopieur : 418 668-0629

Courriel : [info@gpddsm.com](mailto:info@gpddsm.com)

Site Web : [www.gpddsm.com](http://www.gpddsm.com)

Facebook : [www.facebook.com/GPDDSM02](https://www.facebook.com/GPDDSM02)



---

PROMOTION ► DÉFENSE des droits en santé mentale

---

ENSEMBLE POUR FAIRE LA DIFFÉRENCE

# AGIR ENSEMBLE POUR LE RESPECT DES DROITS

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

Présenté par Pro-Def Estrie  
à l'Institut Québécois de Réforme du Droit et  
de la Justice

Novembre 2024



## Table des matières

À PROPOS DE PRO-DEF ESTRIE.....	4
UNE LOI D’EXCEPTION QUI DOIT RESTER EXCEPTIONNELLE .....	5
LA GARDE PRÉVENTIVE .....	7
LA GARDE PROVISOIRE .....	11
LA GARDE AUTORISÉE.....	14
LE RESPECT DES DROITS, C’EST FONDAMENTAL! .....	18
ANNEXE 1 NOS RECOMMANDATIONS.....	19
RECOMMANDATIONS RÉGIONALES .....	19
Le comité de suivi .....	19
Le droit à l’information .....	19
La garde en établissement .....	19
Le droit au consentement aux soins.....	20
Le respect du droit de la personne de participer aux décisions qui la concernent.....	20
La référence d’aide et d’accompagnement.....	20
La signification.....	21
La durée de l’ordonnance .....	21
Les mesures alternatives.....	21
L’application de la Loi P-38.001 .....	21
RECOMMANDATIONS PROVINCIALES .....	22
Les formulaires standardisés .....	22
Formation du personnel.....	22
L’évaluation systémique.....	22
La recherche évaluative .....	22
La prévention.....	22
Le secteur judiciaire.....	23
Tribunal administratif du Québec.....	23
ANNEXE 2 RENSEIGNEMENTS OBTENUS EN VERTU D’UNE DEMANDE D’ACCÈS À L’INFORMATION EFFECTUÉE EN JUIN 2024 .....	24



## À PROPOS DE PRO-DEF ESTRIE ENSEMBLE POUR FAIRE LA DIFFÉRENCE

Fondé en 1989, Pro-Def Estrie milite pour la reconnaissance et le respect des droits. Notre mission consiste à [promouvoir et à défendre les droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale](#), des droits reconnus par la *Charte des droits et libertés de la personne* et fondés sur les principes de justice sociale, de liberté et d'égalité.

Nos services d'information, d'accompagnement, de promotion et de sensibilisation sont dictés par le [respect de l'autonomie et de la spécificité des personnes](#). Ainsi, toutes nos actions visent à aider la personne à reprendre le pouvoir sur sa vie en étant partie prenante des décisions qui la concernent.

Notre rayon d'intervention couvre l'ensemble du territoire de l'Estrie, une région de près de 13 000 km<sup>2</sup> qui compte 121 municipalités. Ainsi, notre équipe se déplace dans 9 réseaux locaux de services : des Sources, du Granit, du Haut-Saint-François, de Coaticook, de Memphrémagog, du Val Saint-François, de Sherbrooke, de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie.

Depuis plus de 35 ans, nous travaillons en étroite collaboration avec les partenaires en santé mentale. Et nous sommes toujours persuadés [qu'ensemble, nous pouvons faire une différence](#) dans la vie des gens pour créer une société plus juste et équitable pour tous.

## UNE LOI D'EXCEPTION QUI DOIT RESTER EXCEPTIONNELLE

Depuis la pandémie, la santé mentale est sur toutes les lèvres. Et le portrait n'est pas reluisant.

Sur le plan national, les dernières années ont été marquées par les tragédies de Laval, Louiseville et Amqui. Ces drames traumatisants, aussi déplorables qu'inexplicables, participent à la diffusion d'un discours associant problèmes de santé mentale et dangerosité. Il s'agit toutefois d'un raccourci contribuant à la stigmatisation des personnes en souffrance. En ce sens, celui-ci mérite d'être déconstruit pour qu'émerge enfin un portrait plus réaliste du vécu des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Par ailleurs, les enjeux de santé mentale n'ont pas épargné notre région. Ainsi, les services de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke ont été durement écorchés par le décès largement médiatisé d'Amélie Champagne. De plus, le manque de personnel médical spécialisé ainsi que les nombreux avis de débordement des unités de psychiatrie des centres hospitaliers de Sherbrooke et de Granby sont toujours d'actualité.

Longtemps décriés par les intervenants du milieu, ces problèmes persistent alors que l'on observe, à Sherbrooke, une hausse de 56 % des visites à l'urgence pour des troubles de santé mentale, de 40 % des appels au service Info-Social et de 10 % des appels de crise entre 2008 et 2019<sup>1</sup>. Une situation déplorable qui accentue la pression sur un système de santé déjà sous pression.

### Une loi qui mérite révision

En mai 2024, le ministre responsable des Services sociaux, M. Lionel Carmant, a mandaté l'Institut Québécois de Réforme du Droit et de la Justice (IQRDJ) pour documenter les problèmes entourant l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001). C'est dans ce contexte que Pro-Def Estrie participe à l'appel à mémoires de l'IQRDJ.

En effet, 26 ans après son entrée en vigueur, l'application de cette loi d'exception présente encore des lacunes importantes, menant trop souvent à la violation des droits de la personne. D'ailleurs, le recours à la Loi P-38.001 trône au sommet de la liste des thèmes abordés lors des demandes d'information qui nous sont adressées.

Le rôle de Pro-Def Estrie nous invite à porter un regard critique sur l'application de la Loi P-38.001. Ainsi, nous rédigeons annuellement le portrait des pratiques estriennes sur les gardes en établissement. Les pages suivantes présentent donc le portrait des données recueillies auprès du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ainsi que nos recommandations. Ces dernières s'appuient sur les données obtenues au cours des dernières années.

---

<sup>1</sup> <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2012964/centre-crise-sherbrooke>

## **Le respect des droits et libertés, c'est pour tout le monde**

Au Québec, les citoyen.ne.s sont protégé.e.s par la *Charte canadienne des droits et libertés* et la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec. Les personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale ne font pas exception. Leurs droits sont tout aussi fondamentaux et inviolables.

Ainsi, toutes les personnes impliquées auprès des personnes vivant avec un problème de santé mentale doivent s'assurer de mettre en place des mécanismes de protection des droits et libertés en plus de respecter les critères d'exception qui permettent d'outrepasser les droits de la personne quand celle-ci représente un danger pour elle-même ou pour autrui. De ce fait, seul le critère de dangerosité permet de brimer les droits de la personne.

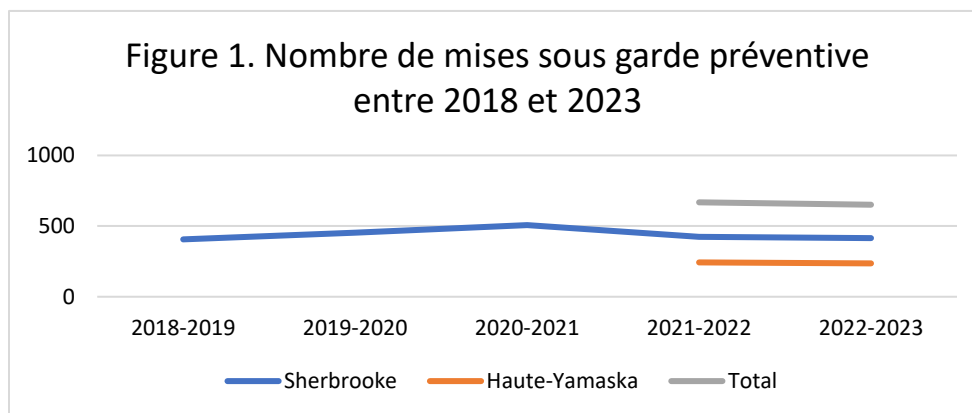
Par le dépôt de ce mémoire, nous souhaitons nous assurer qu'une éventuelle nouvelle mouture de la Loi P-38.001 protégera les droits de la personne, particulièrement le droit d'être traité avec respect et dignité, le droit d'être informé, le droit d'accepter ou de refuser les soins, le droit de participer aux décisions, le droit d'être accompagné et le droit d'être représenté.

## LA GARDE PRÉVENTIVE

La garde préventive permet à l'établissement, si l'état mental d'une personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, de la garder sans son consentement, sans l'autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique n'ait été effectué, pour une période d'au plus 72 heures<sup>2</sup>.

**Tableau 1. Nombre de mises sous garde préventive entre 2018 et 2023**

Nombre de mises sous garde préventive	Année 2018-2019	Année 2019-2020	Année 2020-2021	Année 2021-2022		Année 2022-2023	
	Sherbrooke	Sherbrooke	Sherbrooke	Sherbrooke	Haute-Yamaska	Sherbrooke	Haute-Yamaska
	406	454	507	425	243	415	236
<b>Total</b>				668		651	



**Tableau 2. Nombre de mises sous garde préventive par district judiciaire (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)**

	District de Saint-François	District de Bedford	District de Mégantic
<b>Du 1<sup>er</sup> avril 2021 au 31 mars 2022</b>	408	243	17
<b>Du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023</b>	403	236	12

Nous observons une légère diminution du recours aux gardes préventives depuis 2020-2021. En effet, le nombre de mises sous garde préventive en 2020-2021 avait atteint un sommet pour la période à l'étude. Ces fluctuations semblent coïncider avec l'évolution de la pandémie de COVID-19.

<sup>2</sup> Référence : article 7 de la Loi P-38.001

Soulignons par ailleurs que les données disponibles ne permettent pas d'identifier avec précision les critères d'application menant à la garde préventive. Ainsi, plusieurs questions demeurent sans réponse.

- Comment est interprétée la notion de dangerosité d'un individu?
- Les critères d'évaluation de dangerosité sont-ils identiques pour les divers intervenant.e.s susceptibles d'être impliqué.e.s sur le terrain?
- Les policiers, les ambulanciers, les médecins, les intervenant.e.s des équipes d'intervention de crise, le personnel des équipes en santé mentale du réseau public sont-ils suffisamment formés pour intervenir en contexte d'application de la Loi P-38.001?
- **Dans quelles mesures les droits des personnes sont-ils promus et respectés par l'ensemble des intervenant.e.s?**

Cette dernière interrogation requiert une vigilance particulière. À cet effet, Pro-Def Estrie rappelle que le *PAISM 2022-2026* s'appuie sur les trois des notions fondamentales suivantes<sup>3</sup> :

1. **La personne doit être considérée comme un partenaire actif** au cœur de ses soins et services;
2. **Le concept de primauté de la personne** doit être au cœur des soins et des services. Celui-ci réfère au respect de la spécificité de la personne, de sa situation biopsychosociale, de ses besoins, de ses capacités et de son point de vue. De plus, il réitère l'importance de la participation active de l'individu à la démarche.
3. **Tous les acteurs ont l'obligation de soutenir le respect des droits des personnes** et de « renverser les obstacles » qui briment l'exercice de ceux-ci.

Considérant ses orientations gouvernementales, Pro-Def Estrie recommande de :

- Maintenir, consolider et rendre permanente l'entente spécifique mise en place par la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et Pro-Def Estrie afin de favoriser l'accès à l'information sur les droits et recours en psychiatrie;
- Uniformiser la remise du feuillet *Droits et recours* du MSSS qui contient les coordonnées de Pro-Def Estrie afin de s'assurer que la personne est soutenue tout au long des procédures de garde;
- Mettre en place des mécanismes de collaboration entre les unités psychiatriques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et Pro-Def Estrie dès le début de l'application de la Loi P-38.001 afin de faciliter la référence et l'accompagnement des usagers dans leurs démarches de droits et recours;
- Créer et diffuser une formation intersectorielle afin que tous puissent avoir une compréhension commune de ce que prévoit la Loi P-38.001, notamment en ce qui concerne le critère de dangerosité;

---

<sup>3</sup> <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

- Mettre en place, en concordance avec la mesure 36 du *PASM 2015-2020* et l'axe 7 de *PAISM 2022-2026*, un comité de suivi régional intersectoriel rattaché au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, ayant pour cible le respect des droits des personnes dans l'application de la Loi P-38.001.

Il est également impératif d'établir un protocole visant à assurer un continuum d'information afin que la personne soit informée de ses droits, lesquels sont protégés par la LSSSS, et des modalités du type de garde qui s'appliquent à sa situation dès le début et tout au long du processus de garde préventive, de garde provisoire ou de garde autorisée.

De plus, nous nous questionnons à savoir si les intervenant.e.s appliquant la Loi P-38.001 sont unanimes quant au moment exact de la prise en charge par l'établissement. Le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi P-38.001* stipule que « le début de la garde préventive coïncide avec le moment officiel de la prise en charge par l'établissement »<sup>4</sup>.

Comme nous n'avons reçu aucune donnée à cet effet, il est impossible de vérifier si le délai de 72 heures est bel et bien respecté par l'établissement et, par le fait même, dans quelle mesure les droits des personnes sont promus et respectés.

Conséquemment, Pro-Def Estrie recommande de :

- Établir le statut de l'usager sous garde préventive dès son arrivée dans l'établissement afin que le délai de 72 heures soit respecté, évitant ainsi toute ambiguïté;
- S'assurer, dès la garde préventive, que la personne est mise au courant de son droit de consentir ou non aux soins, incluant la prise de médication, les mesures de contrôle et l'examen psychiatrique;
- Vérifier régulièrement le consentement de l'usager, celui-ci étant susceptible d'évoluer au fil du temps, incluant lors de chaque prise de décision et lors de la survenance de tout changement;
- Impliquer les intervenant.e.s ayant déjà un lien de confiance établi avec les usagers, lorsque possible afin d'instaurer un climat favorisant la participation et le consentement libre et éclairé aux soins.

De plus, afin de créer un environnement respectueux des droits de la personne, de prioriser l'individualité des protocoles de soins et de services et de favoriser la participation active de l'individu à son processus de rétablissement, Pro-Def Estrie recommande de :

- Mettre en place des solutions de remplacement au verrouillage des portes à l'urgence psychiatrique et sur les unités psychiatriques ainsi qu'au verrouillage des ascenseurs sur les unités psychiatriques;

---

<sup>4</sup> Cadre de référence en matière d'application de la Loi P-38.001, p. 19.

- Créer des salles d'apaisement afin d'offrir aux usagers un espace calme propice à la réduction des symptômes du stress, de l'anxiété et de l'agressivité.
- Procéder à l'abolition progressive du recours aux mesures de contrôle en psychiatrie qui représentent une entrave aux droits de la personne.

## LA GARDE PROVISOIRE

La demande pour garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique est déposée au tribunal, soit par un médecin ou une personne intéressée, lorsque l'on veut amener ou garder provisoirement une personne dans un établissement de santé ou de services sociaux afin qu'elle y subisse une évaluation psychiatrique malgré son refus, parce que celle-ci représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.

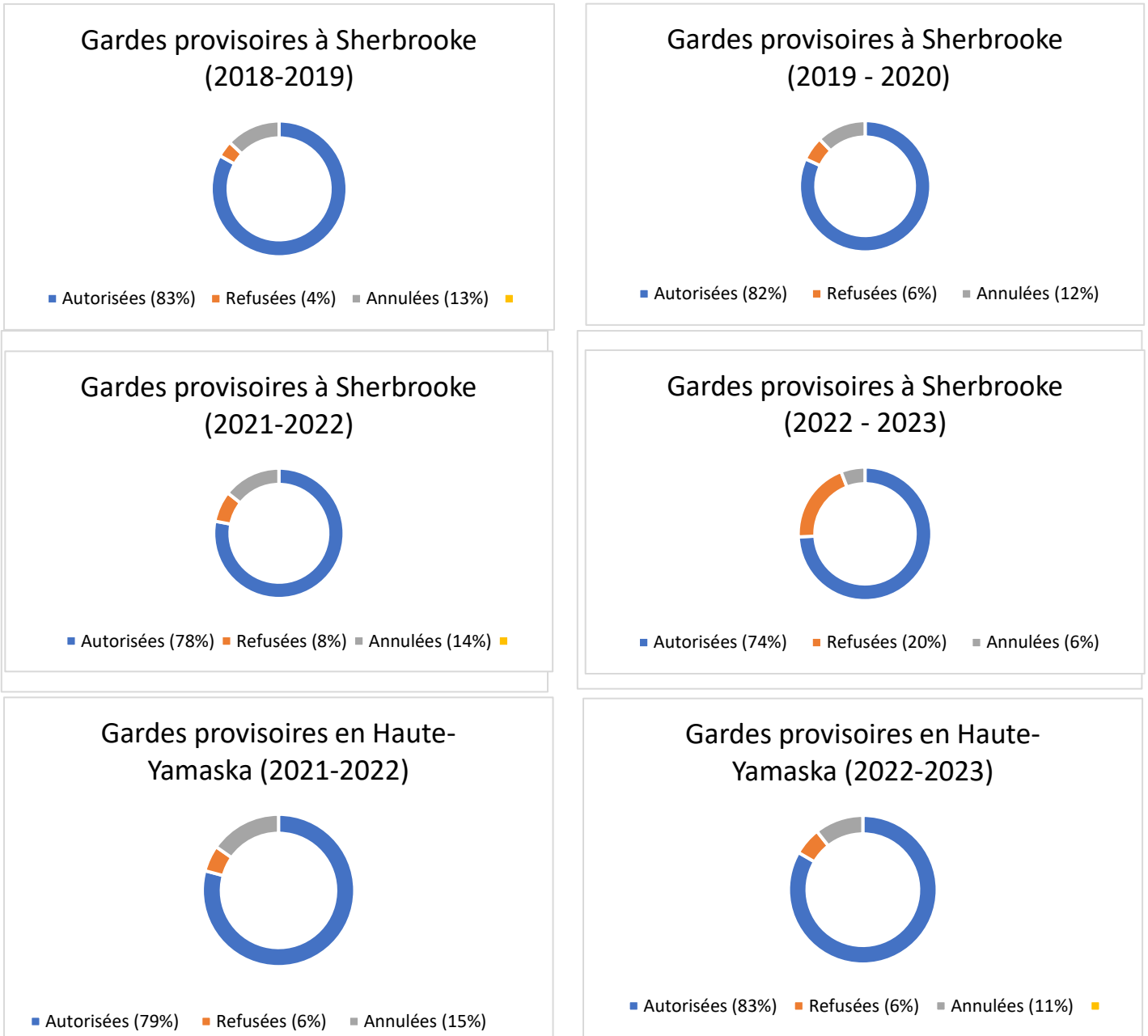
Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les vingt-quatre heures de la prise en charge de la personne par l'établissement ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal. Si le premier médecin conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les quatre-vingt-seize heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les quarante-huit heures de l'ordonnance<sup>5</sup>.

**Tableau 3. Nombre de mises sous garde provisoire entre 2018 et 2023**

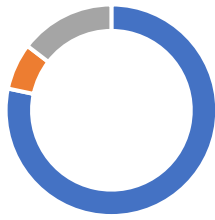
Nombre de mises sous garde provisoire	Année 2018- 2019	Année 2019-2020	Année 2020-2021	Année 2021-2022		Année 2022-2023	
	Sherbrooke	Sherbrooke	Sherbrooke	Sherbrooke	Haute-Yamaska	Sherbrooke	Haute-Yamaska
Demandées	154	237	X	209	72	171	66
Autorisées	128	194	215	163	57	127	55
Annulées	20	29	X	30	11	10	7
Refusées	6	14	X	16	4	34	4
<b>Nbre total</b>							
Demandées	154	237	X	281		237	
Autorisées	128	194	215	220		182	
Annulées	20	29	X	41		17	
Refusées	6	14	X	20		38	

<sup>5</sup> Références : articles 27, 28 et 29 du Code civil du Québec.

**Figure 2. Pourcentage de mises sous garde provisoire entre 2018 et 2023**  
 (les pourcentages ont été arrondis au plus près)

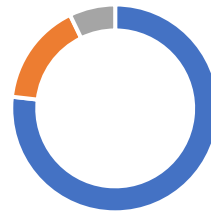


### Gardes provisoires en Estrie (2021-2022)



■ Autorisées (78%) ■ Refusées (7%) ■ Annulées (15%)

### Gardes provisoires en Estrie (2022- 2023)



■ Autorisées (77%) ■ Refusées (16%) ■ Annulées (7%) ■

L'unique donnée disponible pour la période de 2020-2021 est le nombre de demandes de garde provisoire autorisées. Cette irrégularité dans la compilation des données est fort probablement attribuable à la pandémie de COVID-19. Or, il aurait été d'autant plus pertinent d'obtenir toutes les informations relatives au nombre de mises sous garde provisoire durant cette période de crise.

Pour la période à l'étude, nous observons une différence négligeable du nombre de gardes provisoires autorisées. En effet, les demandes de garde provisoire autorisées par le tribunal sont passées de 78,29 % en 2021-2022 à 76,79 % en 2022-2023.

Cependant, le nombre de demandes de garde provisoire refusées a presque doublé, passant de 7,11 % demandes refusées par le tribunal en 2021-2022 à 16,03 % en 2022-2023.

Il est difficile d'identifier la cause de cette augmentation du nombre de mises sous garde provisoire refusées. Est-ce que les personnes concernées étaient représentées par un avocat? Est-ce que l'état des personnes concernées s'est « stabilisé » entre le moment du dépôt de la requête et celui de la comparution? Est-ce que le tribunal a estimé que les requêtes présentées ne permettaient pas de conclure à la nécessité d'une garde provisoire?

Obtenir réponse à ces questions permettrait d'établir un état de situation plus juste pour l'avenir. Ainsi, Pro-Def Estrie recommande de :

- Partager un portrait fidèle de l'application de la Loi P-38.001 sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans le rapport annuel de gestion, lequel pourrait également inclure davantage de sous-catégories.

## LA GARDE AUTORISÉE

La demande pour garde autorisée en établissement est déposée au tribunal à la suite d'une évaluation psychiatrique où deux médecins se sont prononcés sur la nécessité de la garde. Cette procédure a comme finalité de garder une personne contre sa volonté dans le but de la protéger parce qu'elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental.

Toutefois, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise. Le jugement qui autorise la garde en fixe aussi la durée. La personne sous garde doit cependant être libérée dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée<sup>6</sup>.

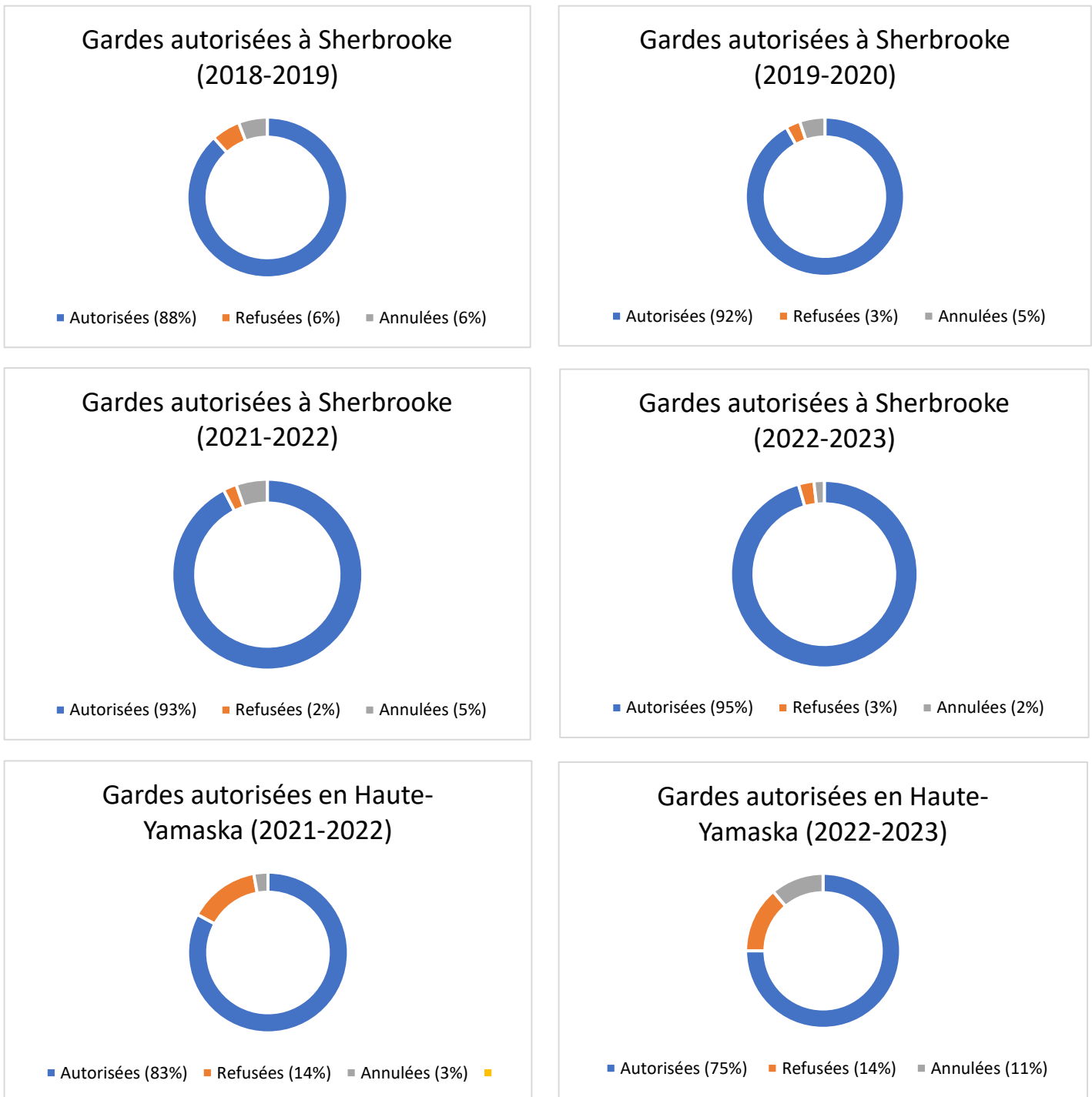
**Tableau 4. Nombre de mises sous garde autorisées entre 2018 et 2023**

Nombre de mises sous garde autorisées	Année 2018-2019	Année 2019-2020	Année 2020-2021	Année 2021-2022		Année 2022-2023	
	Sherbrooke	Sherbrooke	Sherbrooke	Sherbrooke	Haute-Yamaska	Sherbrooke	Haute-Yamaska
Demandées	104	136	X	132	35	112	36
Autorisées	91	125	148	122	29	107	27
Annulées	6	7	X	7	1	2	4
Refusées	6	4	X	3	5	3	5
<b>Nbre total</b>							
Demandées	104	136	X	167		148	
Autorisées	91	125	148	151		134	
Annulées	6	7	X	8		6	
Refusées	6	4	X	8		8	

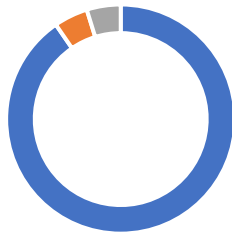
<sup>6</sup> Références : articles 30 et 30.1 du Code civil du Québec.

**Figure 3. Pourcentage de mises sous garde autorisée entre 2018 et 2023**

(les pourcentages ont été arrondis au plus près)

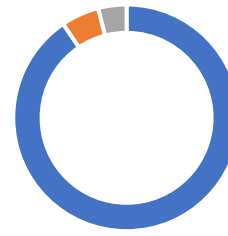


### Gardes autorisées en Estrie (2021-2022)



■ Autorisées (90%) ■ Refusées (5%) ■ Annulées (5%)

### Gardes autorisées en Estrie (2022-2023)



■ Autorisées (91%) ■ Refusées (5%) ■ Annulées (4%)

Encore une fois, la seule donnée disponible pour la période de 2020-2021 est le nombre de mises sous garde autorisée, une irrégularité dans la compilation des données fort probablement attribuable à la pandémie de COVID-19.

Malgré la baisse totale du nombre de demandes de mises sous garde autorisée, le pourcentage d'autorisation demeure élevé, soit d'environ **90 %**.

Considérant qu'il est important que chaque personne qui se trouve dans un contexte de grande vulnérabilité soit représentée et soutenue tout au long du processus, Pro-Def Estrie recommande de :

- Rendre systématique l'accès gratuit à un.e avocat.e pour toute personne soumise à l'application de la Loi P-38.001;
- Permettre systématiquement la présence d'accompagnateurs issus d'organismes de défense des droits en santé mentale, comme Pro-Def Estrie, lors de l'audience ou de la visioaudience;
- Réitérer l'importance de la présence de la personne concernée, accompagnée d'un.e avocat.e à l'audience ou en visioaudience. Dans le cas où une dispense d'audience est accordée, il est important que les motifs de cette dernière soient clairement rédigés;
- Faciliter l'accès au Tribunal administratif du Québec pour les personnes souhaitant contester le maintien de leur garde en établissement, notamment en permettant le dépôt téléphonique d'une demande de révision.

## LA COMPILATION DES DONNÉES

Nous croyons important de mentionner certains écarts entre les données mentionnées dans le Rapport annuel de gestion 2021-2022 du CIUSSS de l’Estrie – CHUS<sup>7</sup> et les données relatives aux gardes en établissement obtenues par le biais d’une demande d’accès à l’information (ADM-2023-039).

**Tableau 5. Écarts entre les données mentionnées dans le rapport annuel de gestion 2021-2022 et les données obtenues par une demande d'accès à l'information**

Types de garde	Données mentionnées dans le rapport annuel de gestion 2021-2022 (mission CH)	Données obtenues par le biais d’une demande d’accès à l’information (ADM-2023-039)
Nombre de mises sous garde préventive	653	668 <b>Écart de : 15</b>
Nombre de demandes de garde provisoire	281	281
Nombre de gardes provisoires autorisées par le tribunal	217	220 <b>Écart de : 3</b>
Nombre de demandes de garde autorisée	162	167 <b>Écart de : 5</b>
Nombre de gardes autorisées par le tribunal	149	151 <b>Écart de : 2</b>

Nous nous questionnons sur le motif expliquant ces écarts dans la compilation des données. De plus, nous réitérons l’importance d’uniformiser la collecte des statistiques et de compiler toutes les informations qui permettent d’évaluer l’application de la Loi P-38.001.

Ainsi, afin de brosser un portrait complet et précis de la situation et veiller au respect des droits de la personne, il serait pertinent d’inclure les informations suivantes dans le rapport annuel de gestion du CIUSSS de l’Estrie – CHUS :

- Nombre de demandes de dispense d’audition et motifs justifiant la dispense;
- Nombre de personnes visées par une mise sous garde présentes à l’audience;
- Nombre de personnes présentes en visioaudience;
- Nombre de personnes représentées par un avocat;
- Durée de l’audience et du témoignage de l’usager;
- Durée de la garde en établissement demandée et durée autorisée;
- Nombre de personnes référées à Pro-Def Estrie, comme prévu au protocole.

<sup>7</sup> [https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports\\_annuels/2021-2022/RAG-2021-2022-VF.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Rapports/Rapports_annuels/2021-2022/RAG-2021-2022-VF.pdf), p. 47

## LE RESPECT DES DROITS, C'EST FONDAMENTAL!

Malgré l'évolution des pratiques, des soins et des services en santé mentale, force est de constater qu'encore aujourd'hui, des personnes vivent des situations inacceptables. Depuis son entrée en vigueur, plusieurs organisations décrivent les difficultés d'application de la Loi P-38.001 lesquelles sont en grande partie consignées dans le rapport du Protecteur du citoyen<sup>8</sup>.

Le droit à la liberté est un droit fondamental reconnu et protégé par la *Charte canadienne des droits et libertés* et par la *Charte des droits et libertés de la personne*. Il est donc essentiel que l'ensemble des intervenant.e.s impliqué.e.s dans l'application de la Loi P-38.000 fassent preuve de transparence dans le partage des statistiques et des modalités d'application législative pour que les organismes de défense de droits, comme Pro-Def Estrie, puissent veiller au respect des droits de la personne.

De plus, voilà des décennies que Pro-Def Estrie prône une approche de concertation et de collaboration entre les intervenant.e.s en santé mentale afin que tous travaillent ensemble pour répondre adéquatement aux besoins de la personne, dans le respect de ses droits fondamentaux.

Cette volonté de « *S'unir pour un mieux-être collectif* » représente la trame de fond du *PAISM 2022-2026* dont les principes directeurs misent sur la collaboration entre les différents partenaires, l'importance de reprendre du pouvoir sur sa vie et d'être accompagné durant ce processus.

Le portrait estrien des gardes en établissement 2024 démontre toutefois l'ampleur du chemin à parcourir pour mettre en place les assises d'une concertation intersectorielle regroupant le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, les instances policières et juridiques, les intervenant.e.s du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les partenaires communautaires en santé mentale.

Notre regard est désormais tourné vers l'avenir dans l'espoir qu'enfin, tous se mobilisent en faveur du bien-être de la personne vivant avec un problème de santé mentale. Ce bien-être passe inévitablement par le respect des droits et de l'intégrité physique et mentale de la personne.

Ensemble, conjuguons nos efforts pour aider, informer et accompagner les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Ensemble, mobilisons-nous pour que la Loi P-38.000 demeure une loi d'exception.

Ensemble, veillons à ce que l'expertise des centres communautaires de crise, des services d'aide en situation de crise et des organismes communautaires en santé mentale soit mise à contribution pour privilégier le recours à des mesures de remplacement et réduire le recours à des mesures d'exception.

---

<sup>8</sup> [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_speciaux/2011-02\\_P-38.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf)

## ANNEXE 1 NOS RECOMMANDATIONS

Au cours des années, notre expertise et nos services d'aide et d'accompagnement auprès des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ont permis à Pro-Def Estrie de dégager des recommandations régionales et provinciales. Voici la liste exhaustive de celles-ci regroupées par thématiques.

### RECOMMANDATIONS RÉGIONALES

#### **Le comité de suivi**

1. Mettre en place, en concordance avec la mesure 36 du *PASM 2015-2020* et l'axe 7 de *PAISM 2022-2026*, un comité de suivi régional intersectoriel rattaché au CIUSSS de l'Estrie – CHUS ayant pour cible le respect des droits des personnes dans l'application de la Loi P-38.001, et ce, en collaboration avec Pro-Def Estrie.

#### **Le droit à l'information**

2. Assurer un continuum d'information afin que les personnes concernées soient informées de leurs droits et qu'elles comprennent les modalités du type de garde qui s'appliquent à leur situation dès le début et tout au long du processus de garde préventive, de garde provisoire ou de garde autorisée.
3. Informer systématiquement la personne concernée de ses droits, lesquels sont protégés par la LSSSS, en plus des renseignements prévus à l'article 15 de la Loi P-38.001.
4. Respecter le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux en langue anglaise en conformité avec l'article 15 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
5. Maintenir, consolider et rendre permanente l'entente spécifique mise en place par la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et Pro-Def Estrie afin de favoriser l'accès à l'information sur les droits et recours en psychiatrie.

#### **La garde en établissement**

6. Améliorer l'aménagement de l'urgence psychiatrique de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke afin de la rendre plus accueillante et mieux adaptée aux besoins des usagers, tel que recommander par la coroner Me Julie-Kim Godin à la suite du décès d'Amélie Champagne.
7. Mettre en place des solutions de remplacement au verrouillage des portes à l'urgence psychiatrique et sur les unités psychiatriques ainsi qu'au verrouillage des ascenseurs sur les unités psychiatriques;

8. Créer des salles d'apaisement afin d'offrir aux usagers un espace calme propice à la réduction des symptômes du stress, de l'anxiété et de l'agressivité.
9. Procéder à l'abolition progressive du recours aux mesures de contrôle en psychiatrie. Ces mesures extrêmes représentent une entrave aux droits et libertés de la personne.
10. Établir le statut de l'usager sous garde préventive dès son arrivée dans l'établissement afin que le délai de 72 heures soit respecté, évitant ainsi toute ambiguïté.
11. Documenter toutes les interventions en lien avec l'application de la P-38.001 afin d'améliorer les pratiques tant individuelles qu'interdisciplinaires.
12. Impliquer les intervenant.e.s ayant déjà un lien de confiance établi avec les usagers, lorsque possible, afin d'instaurer un climat favorisant la participation et le consentement libre et éclairé aux soins.

#### **Le droit au consentement aux soins**

13. S'assurer, dès la garde préventive, que la personne est mise au courant de son droit de consentir ou non aux soins, incluant la prise de médication, les mesures de contrôle et l'examen psychiatrique.
14. Vérifier régulièrement le consentement de l'usager, celui-ci étant susceptible d'évoluer au fil du temps, incluant lors de chaque prise de décision et lors de la survenance de tout changement.

#### **Le respect du droit de la personne de participer aux décisions qui la concernent**

15. Assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement, tel que réitéré dans le *PAISM 2022-2026*. La primauté de la personne implique de tenir compte du point de vue et des capacités de la personne utilisatrice de services, tout en favorisant sa participation, celle de son entourage, la prise en compte de l'ensemble de ses besoins et de sa situation biopsychosociale.

#### **La référence d'aide et d'accompagnement**

16. Uniformiser la remise du feuillet *Droits et recours* du MSSS avec les coordonnées de Pro-Def Estrie afin de s'assurer que la personne est soutenue tout au long des procédures de garde, et ce, malgré le fait qu'elle soit représentée ou non par un avocat. Cette action devrait être inscrite au dossier médical.
17. Mettre en place des mécanismes de collaboration entre l'urgence santé mentale, les unités psychiatriques du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et Pro-Def Estrie dès le début de l'application de la Loi P-38.001 afin de faciliter la référence et l'accompagnement des usagers dans leurs démarches de droits et recours. Ces mécanismes veilleront à simplifier l'accompagnement des usagers dans la défense

de leurs droits, notamment en ayant accès aux significations avec le consentement de l'utilisateur et en accompagnant la personne concernée lors des audiences.

### **La signification**

18. Favoriser la collaboration entre le système de justice et le CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin que la signification ait toujours lieu dans les délais prescrits par la loi, soit au moins 48 heures avant l'audience, et que cela soit documenté dans le dossier médical de la personne.

### **La durée de l'ordonnance**

19. Restreindre l'ordonnance initiale de garde en établissement à au plus 21 jours et s'assurer que son renouvellement soit effectué de façon plus exceptionnelle afin que la perte de liberté soit la plus minimale possible.

### **Les mesures alternatives**

20. Poursuivre le déploiement de mesures alternatives à l'hospitalisation en Estrie et valoriser leur utilisation.
21. Diriger systématiquement, lorsqu'envisageable, les usagers vers les services d'aide en situation de crise disponibles dans la communauté, tels que le nouveau centre de crise en santé mentale L'Éclaircie, et réaliser un portrait de leur utilisation.
22. Mettre en place un plan d'action ayant pour objectif de favoriser la prévention afin d'agir en amont, de diminuer les interventions en mode réaction et de réduire les listes d'attente en santé mentale.
23. Financer adéquatement les organismes communautaires œuvrant en santé mentale afin qu'ils puissent mener à bien leurs missions, incluant la bonification du financement accordé et l'octroi de budgets à la mission, plutôt que par projet.

### **L'application de la Loi P-38.001**

24. Partager un portrait fidèle de l'application de la Loi P-38.001 sur le territoire du CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans le rapport annuel de gestion, lequel pourrait également inclure davantage de sous-catégories.
25. Créer et diffuser une formation intersectorielle destinée au personnel du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, aux intervenant.e.s du réseau de la santé et du milieu communautaire et aux corps policiers afin d'avoir une compréhension commune de ce que prévoit la Loi P-38.001, notamment en ce qui concerne le critère de dangerosité.

## **RECOMMANDATIONS PROVINCIALES**

### **Les formulaires standardisés**

26. S'assurer que l'établissement utilise les formulaires complets standardisés, prévus dans le cadre de référence du MSSS, concernant la garde préventive, la garde provisoire et la garde en établissement afin d'éviter des interprétations différentes par le personnel en place.

### **Formation du personnel**

27. Prendre les mesures nécessaires pour améliorer la formation du personnel des établissements de santé concernant les protocoles encadrant l'application de la P- 38.001 et le respect des droits des usagers. De plus, il importe d'assurer la pérennité de la formation lors du roulement de personnel.

### **L'évaluation systémique**

28. Maintenir la démarche d'évaluation du MSSS sur l'application de la Loi P-38.001 tous les 3 ans. Cette évaluation permettrait de vérifier la rigueur du processus et des critères d'application de la Loi. Ensuite, que le MSSS partage les résultats de ces évaluations et ses recommandations et qu'il prenne des engagements vis-à-vis de ces recommandations.
29. Prévoir un dispositif de contrôle pour assurer le respect des délais maximaux de mise sous garde.

### **La recherche évaluative**

30. Prévoir la mise en place par le MSSS d'une recherche évaluative sur les impacts de l'application de la Loi P-38.001 sur les personnes concernées.
31. Mettre en place un système de visites impromptues d'évaluation de la qualité par des représentants du MSSS. Ces visites ponctuelles permettront de vérifier si les personnes bénéficient de services adéquats et d'un environnement physique de qualité. De plus, une vérification pourrait être faite en regard de l'application des protocoles et de l'utilisation des formulaires standardisés qui doivent être employés par le personnel pour les personnes mises sous garde.

### **La prévention**

32. Adopter un modèle de prévention en conformité avec le *PAISM 2022-2026* permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, afin d'offrir de nouvelles possibilités, de diminuer la tendance à la médicalisation, à l'hospitalisation et à la prolifération de diagnostics.
33. Instaurer un mécanisme d'évaluation prenant en compte l'expérience des usagers et usagères dans les établissements pour améliorer les pratiques lorsque les mesures alternatives stipulées dans le *PAISM 2022-2026*, telles que le traitement intensif bref à domicile et l'unité d'intervention brève en psychiatrie, sont déployées.

### **Le secteur judiciaire**

34. Bonifier le régime d'aide juridique afin de favoriser une meilleure équité procédurale.
35. Baser la formation relative aux mécanismes d'exception sur les expériences et la connaissance d'avocat.e.s expert.e.s en droit de la santé, sur l'expertise des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et sur celle des groupes communautaires en santé mentale.
36. Créer et diffuser une formation intersectorielle destinée aux CIUSSS, aux CISSS, aux intervenant.e.s du réseau de la santé et des services sociaux, aux ressources communautaires en santé mentale et aux corps policiers afin d'avoir une compréhension commune du critère de dangerosité.
37. Mettre à jour le feuillet Droits et Recours du MSSS pour y ajouter le droit à l'accompagnement à la cour.
38. Réitérer l'importance de la présence de la personne concernée, accompagnée d'un.e avocat.e à l'audience ou en visioaudience. Dans le cas où une dispense d'audience est accordée, il est important que les motifs de cette dernière soient clairement rédigés.
39. Permettre la présence d'accompagnateurs issus d'organismes de défense des droits, comme Pro-Def Estrie, lors de l'audience ou de la visioaudience.
40. Rendre systématique l'accès gratuit à un avocat pour toute personne soumise à l'application de la Loi P-38.001.

### **Tribunal administratif du Québec**

41. Faciliter l'accès au Tribunal administratif du Québec pour les personnes souhaitant contester le maintien de leur garde en établissement, notamment en permettant le dépôt téléphonique d'une demande de révision.

## ANNEXE 2

### RENSEIGNEMENTS OBTENUS EN VERTU D'UNE DEMANDE D'ACCÈS À L'INFORMATION EFFECTUÉE EN JUIN 2024

Demande d'accès à l'information  
ADM-2024-059

Données statistiques relatives aux gardes en établissement

	Année 2021-2022		Année 2022-2023		Année 2023-2024		1er avril 2024 au 30 juin 2024	
	Sherbrooke	Haute-Yamaska	Sherbrooke	Haute-Yamaska	Sherbrooke	Haute-Yamaska	Sherbrooke	Haute-Yamaska
Le nombre de mises sous garde préventive	425	243	415	236	403	274	111	77
<u>Les mises sous garde provisoire</u>								
Nombre total de gardes :								
demandées	209	72	171	66	205	68	58	31
autorisées	163	57	127	55	178	62	53	24
annulées	30	11	10	7	18	3	5	5
refusées	16	4	34	4	9	3	0	2
<u>Les mises sous garde en établissement</u>								
Nombre total de gardes :								
demandées	132	35	112	36	162	49	51	14
autorisées	122	29	107	27	150	44	47	14
annulées	7	1	2	4	6	2	2	0
refusées	3	5	3	5	6	3	2	0
Nombre de demandes de dispense d'audition	Aucune compilation de ces données							
Nombre de personnes présentes à la Cour	Aucune compilation de ces données							
Nombre de personnes présentes en télécomparution	Aucune compilation de ces données							
Nombre de personnes représentées par avocat	Aucune compilation de ces données							
Nombre de jours demandés et le nombre de jours autorisés, <u>par requête</u>	Nous n'avons pas de base de données qui nous permet de répondre à cette information							
Le nombre de requêtes demandées en ordonnance de sauvegarde	79	24	85	39	118	33	35	18
Le nombre de personne référée à Pro-Def Estrie, tel que prévu au protocole	Aucune compilation de ces données							



*Le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal*

# Appliquer l'exception adéquatement

---

Mémoire

**Mémoire présenté à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice dans le cadre de la consultation portant sur dans la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui***

Novembre 2024

---

## **Action Autonomie**

3958, Dandurand, 3<sup>e</sup> étage, Montréal (Qc) H1X 1P7

Téléphone : 514 525-5060

Télécopieur : 514 525-5580

Courriel : [lecollectif@actionautonomie.qc.ca](mailto:lecollectif@actionautonomie.qc.ca)

Site internet : [www.actionautonomie.qc.ca](http://www.actionautonomie.qc.ca)

## Résumé

---

Action Autonomie est le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme groupe régional de défense de droit en santé mentale pour l'Île de Montréal.

*La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même et pour autrui* (loi P-38) est une législation d'exception en ce qu'elle limite l'exercice de droits reconnus par la Charte québécoise des droits et libertés de la personne, notamment le droit de tout être humain à la liberté et à l'intégrité de sa personne (article 1). Il est essentiel de réaffirmer le caractère exceptionnel de la loi, de mettre en place des mesures visant à faire décroître le nombre de recours aux dispositions de la loi et à mettre de l'avant des mesures alternatives permettant de gérer des situations de crises sans privation de liberté, notamment en s'inspirant des pratiques du milieu communautaire et alternatif.

Dans un portrait récemment publié de l'application de la loi P-38 par les établissements de santé montréalais, Action Autonomie a identifié plusieurs pratiques qui ne sont pas conformes aux dispositions de la loi P-38 ou de la Loi sur les Services de santé et les services sociaux :

- La durée de la garde préventive est trop longue et les délais de signification de la tenue des audiences sont trop courts;
- Le Curateur public ne remplit pas auprès des personnes mises sous garde, sa mission en vertu de laquelle il *veille à la protection des personnes inaptes, à la sauvegarde de leur autonomie et au respect de leurs droits*;
- Les mécanismes permettant le recours au Tribunal administratif du Québec pour contester une décision relative à la garde en établissement sont mal connus et difficiles à exercer.
- Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie sont souvent difficiles à vivre, vexatoires et traumatisantes.

**Nous recommandons notamment au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice de faire en sorte qu'une éventuelle réforme de la Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui préserve et renforce le droit à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté, reconnu à tout être humain par l'article 1 de la Charte québécoise des droits et libertés et que soit préservé le caractère exceptionnel et de dernier recours de la pratique de la garde en établissement.**

## Table des matières

---

<b>Introduction.....</b>	<b>4</b>
Notre mission : la défense des droits en santé mentale .....	4
<b>Respecter les dispositions de la Charte .....</b>	<b>6</b>
<b>Préserver le caractère exceptionnel de la loi P-38.....</b>	<b>7</b>
<b>Gardes préventives trop longues et délais de signification trop courts .....</b>	<b>8</b>
<b>Le Curateur public n’agit pas .....</b>	<b>11</b>
<b>Le TAQ : méconnu et inaccessible.....</b>	<b>12</b>
<b>Conditions d’hospitalisation : « <i>C’est pire qu’en prison</i> » .....</b>	<b>13</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>17</b>
<b>Synthèse des recommandations.....</b>	<b>18</b>
Nous recommandons :.....	18
- au Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec et à l’institut québécois de réforme du droit et de la justice : .....	18
- au Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : .....	18
- au Curateur public du Québec : .....	19
- au Tribunal administratif du Québec :.....	19

## Introduction

---

Le présent mémoire s'inscrit dans le cadre du cinquième chantier du mandat de recherche confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) par le ministère de la Santé et des services sociaux en lien avec l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LRLQ, ch. P-38.001, communément appelée loi P-38).

Action Autonomie remercie l'IQRDJ ainsi que le ministère de lui donner la possibilité de s'exprimer sur cette importante question.

Nous constatons depuis l'entrée en vigueur de la loi P-38 en 1998, plusieurs problèmes liés à l'application des dispositions de la loi, qui ont pour effet d'imposer aux personnes concernées des privations de droit vexatoires, illégitimes et injustifiées. Certains de ces problèmes seront développés dans le présent mémoire.

Nous observons avec inquiétude l'augmentation constante depuis 25 ans du nombre des recours exercés et des requêtes présentées en vertu de cette loi, conçue pour être appliquée comme mesure exceptionnelle et de dernier recours.

Compte tenu du fait qu'en 2021-2022, 93,4 % des requêtes pour lesquelles un verdict a été rendu par la cour se sont soldées par un accueil intégral ou partiel, nous considérons que les établissements de santé disposent déjà de tous les moyens requis pour procéder à la mise sous garde de toute personne dont l'état mental pourrait présenter une forme ou une autre de dangerosité.

Nous ne voyons aucune raison valable qui justifierait que le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à des assouplissements qui faciliteraient l'imposition de mesures de privation de liberté à un nombre de citoyen.nes encore plus grand.

### **Notre mission : la défense des droits en santé mentale**

Action Autonomie est le collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal. Fondé en 1991, notre organisme se consacre à la défense des droits individuels et collectifs des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale. Nos interventions se déclinent en quatre volets principaux :

- La diffusion d'informations sur les droits et recours des personnes;
- L'aide et l'accompagnement afin que les personnes et les groupes de personnes puissent défendre leurs droits par eux-mêmes ;
- La sensibilisation et la formation dans divers milieux ;
- Les représentations et actions politiques pour modifier certaines pratiques peu respectueuses des droits dans le but ultime de provoquer des changements systémiques.

Nous dénonçons depuis de nombreuses années les abus de droit que subissent les personnes utilisatrices de service en santé mentale notamment en ce qui concerne les dossiers suivants :

- La garde en établissement ;
- L'autorisation judiciaire de soins, aussi appelée ordonnance de traitement (Code civil, article 16);
- Les mesures de contrôle : isolement, contention physique et chimique (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 118.1).

Notre approche s'appuie sur le principe de primauté de la personne porteuse de diagnostic ou utilisatrice de services en santé mentale, ainsi que sur la reconnaissance de sa pleine citoyenneté. Nos démarches s'effectuent dans un rapport d'appui et non d'autorité. Nous favorisons la prise en charge de la personne par elle-même, nous mettons de l'avant l'expression de sa volonté et nous incitons ses interlocuteurs institutionnels à faire de même.

## Respecter les dispositions de la Charte

---

Nous célébrerons en 2025 le cinquantième anniversaire de l'adoption unanime par l'Assemblée nationale du Québec de la Charte des droits et libertés de la personne.

La section V de la Charte indique le caractère contraignant du respect de ses dispositions par la législation québécoise. L'article 52 prévoit notamment que :

*Aucune disposition d'une loi, même postérieure à la Charte, ne peut déroger aux articles 1 à 38, sauf dans la mesure prévue par ces articles, à moins que cette loi n'énonce expressément que cette disposition s'applique malgré la Charte.*

L'article 54 est encore plus explicite :

*La Charte lie l'État.*

Or, dès son article 1, la Charte des droits et libertés de la personne reconnaît à *tout être humain le droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.*

Bien que ni la loi P-38 ni les articles du Code civil (26 à 31) auxquels elle se rapporte ne comportent la disposition prévue à l'article 52 de la Charte, ces législations entravent clairement les droits reconnus à tout être humain dans son premier article. C'est en cela que la pratique de la garde en établissement a été conçue par le législateur comme une mesure exceptionnelle qui permet de préserver la sécurité publique au prix d'une privation de liberté d'un individu, rigoureusement documentée par l'établissement demandeur et demeurant généralement sous le strict contrôle du tribunal.

### **Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice :**

De faire en sorte qu'une éventuelle réforme de la *Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* préserve et renforce le droit à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté, reconnu à tout être humain par l'article 1 de la Charte québécoise des droits et libertés et que soit préservé le caractère exceptionnel et de dernier recours de la pratique de la garde en établissement.

## Préserver le caractère exceptionnel de la loi P-38

---

Action Autonomie a récemment publié un vaste portrait de l'application de la loi P-38 par les établissements de santé montréalais<sup>1</sup>, documenté grâce à l'analyse de près de 1 000 dossiers présentés par les établissements demandeurs à la Cour du Québec en appui à des requêtes de garde en établissement, entre le 1<sup>er</sup> juin 2021 et le 31 mai 2022. Ce portrait constitue une mise à jour de démarches similaires effectuées précédemment et portant sur les années 1999, 2004, 2008 et 2014.

Nous nous sommes notamment intéressés à la fréquence des recours aux dispositions de la loi relatives aux gardes préventives, provisoires et autorisées. La loi P-38 étant une loi d'exception, son application devrait être rare et n'advenir que lorsque toutes les solutions alternatives auraient été tentées sans succès.

Dans les faits, le nombre total de recours (garde préventive) et de requêtes (garde provisoire, autorisée et renouvellement) atteint 12 605 à Montréal en 2021-2022. Il s'agit d'une augmentation globale de plus de 56 % depuis 2014. Une personne est privée de sa liberté toutes les 41 minutes, 24 heures par jour, 365 jours par année, uniquement sur le territoire de l'île de Montréal. On pratiquait à Montréal en 2021-2022 près de trois fois et demie plus de gardes provisoires et autorisées qu'on le faisait à l'époque de l'entrée en vigueur de la loi P-38 en 1999.

Si on exclut les gardes provisoires, dont la forte augmentation est causée par un jugement de la cour d'appel rendu en 2018<sup>2</sup>, le nombre de gardes autorisées et de renouvellements est en hausse de 32,6 % depuis 2014, ayant passé de 2 402 à 3 184.

À l'évidence, le recours à la garde en établissement dans les hôpitaux montréalais est devenu une pratique de routine. Il est urgent d'inverser cette tendance et de redonner à cette mesure un caractère exceptionnel qui n'a jamais été vraiment compris dans le réseau.

### **Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'agence Santé Québec :**

D'effectuer auprès de tous les établissements une campagne de sensibilisation sur le caractère exceptionnel du recours à la loi P-38, accompagnée d'objectifs contraignants de décroissance du nombre des recours à la garde préventive et des requêtes en garde provisoire et autorisée ainsi qu'en renouvellement de garde.

D'entreprendre auprès des organismes communautaires en santé mentale, une consultation sur les moyens alternatifs et non contraignants qu'ils ont développés pour faire face à des situations de crise vécues par leurs usagers, de façon à implanter ces nouveaux outils dans les milieux hospitaliers.

---

<sup>1</sup>Action Autonomie, « *J'méritais pas ça* »: portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'île de Montréal, 2024, 98 p. <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>

<sup>2</sup>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), <https://canlii.ca/t/hqznz>

## Gardes préventives trop longues et délais de signification trop courts

La loi P-38 autorise tout médecin, s'il ou elle perçoit l'existence d'un danger grave et immédiat lié à l'état mental d'une personne, de la priver de sa liberté sans son consentement et sans l'autorisation du tribunal pour une durée maximale de 72 heures, à l'issue de laquelle la personne doit être libérée si le tribunal n'a pas autorisé de prolongation.

La garde préventive constitue une mesure doublement exceptionnelle. D'abord, comme on l'a vu plus précédemment, elle entrave le droit fondamental à l'intégrité et à la liberté reconnu à tout être humain par le Charte des droits. De surcroît, elle accorde à des médecins des pouvoirs coercitifs qui ne relèvent que de l'autorité des policiers ou des tribunaux criminels. Il convient donc d'appliquer avec la plus grande rigueur cette disposition de la loi et de respecter strictement la durée maximale de cette privation de liberté.

Sans grande surprise, nous renouvelons pour l'année 2021-2022, le constat effectué lors de chacune de nos analyses de cet aspect de l'application de la loi P-38. La durée maximale de la garde préventive est trop souvent largement dépassée.

En 2014, la durée moyenne d'une garde préventive était de 136 heures, soit près de deux fois la durée permise par la loi. La pratique courante consistait à cette époque à faire l'évaluation – le plus souvent sans son consentement et à son insu – de la dangerosité de l'état mental de la personne durant la garde préventive, ce qui permettait de faire appel une seule fois au tribunal pour obtenir une garde autorisée. C'est ainsi que, par exemple, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a présenté en 2014, 447 requêtes de garde autorisée, mais seulement cinq requêtes de garde provisoire.

Plus récemment, les établissements s'étant conformés aux dispositions du jugement de la Cour d'appel dans l'affaire *J.M. contre hôpital Jean-Talon*, ils ont eu beaucoup plus souvent recours à la garde provisoire, ce qui a eu pour effet de réduire la durée moyenne de la garde préventive. Celle-ci dépasse cependant toujours la durée maximale prévue par la loi, en s'établissant à 75 heures et 41 minutes, pour l'année 2021-2022.

Par ailleurs, notre échantillon de 2021-2022 présente une proportion d'environ 20 % de cas où une demande de garde autorisée n'a pas été précédée d'une requête de garde provisoire. La façon de faire s'apparente alors à la pratique qui avait cours en 2014 et précédemment. Dans ces cas, la durée moyenne de la garde préventive est encore plus longue que ce qu'elle ne l'était en 2014. Elle atteint 164 heures, soit tout près d'une semaine.

Il est par ailleurs fréquent (environ 30 % des cas qui ont constitué notre échantillon) que l'avis transmis par le médecin pour informer la direction des services professionnels (DSP) de l'établissement du déclenchement d'une garde préventive, ne figure pas dans le dossier de cour. La production de cet avis est pourtant obligatoire en vertu de l'article 7 de la loi P-38.

On peut supposer que dans un certain nombre de ces cas, la personne ait été hospitalisée sans son consentement et sans que l'avis requis ait été transmis à la DSP. La personne est alors contrainte de demeurer à l'hôpital, mais elle est administrativement et juridiquement en

hospitalisation volontaire. L'établissement n'est pas tenu de respecter le délai légal de 72 heures, et la perte de liberté peut être prolongée, sans aucun contrôle judiciaire.

Si la durée de la garde préventive est encore trop longue, le délai de signification est pour sa part nettement trop court.

La signification (ou notification) est un document officiel par lequel la partie demanderesse informe la partie défenderesse de son intention de s'adresser au tribunal pour trancher un litige qui les oppose. Ce document est notamment requis pour permettre à la personne de retenir les services de l'avocat.e qui la représentera lors de l'audience.

Alors que le Code de procédure civile fixe à 15 jours, le délai habituel de signification pour une cause civile, ce délai est réduit à 48 heures pour une garde en établissement. Ce très court délai devrait être utilisé par la personne pour comprendre la procédure, retenir les services d'un.e avocat.e, lui permettre de prendre connaissance du dossier et convenir d'une stratégie de représentation, le tout en étant empêchée de se déplacer et en surmontant les problèmes émotionnels qui ont mené à son hospitalisation forcée. Dans les faits, une représentation efficace de la personne en cour est virtuellement impossible.

Aucun établissement de santé montréalais ne se conforme au délai de signification minimum de 48 heures prévu par le Code de procédure civile pour les requêtes de garde provisoire et autorisée. Les délais moyens que nous avons compilés varient entre 6 heures et 45 heures pour une moyenne générale de 33 heures et 22 minutes.

Mais il y a pire. Une proportion importante de personnes ne reçoit aucune signification les informant de la tenue d'une audience qui permettra à l'établissement de les priver de leur liberté. Ces personnes sont alors tenues dans l'ignorance complète de la procédure et ne disposent d'aucun moyen pour y être représentées ou de s'y faire entendre. Le taux moyen général de non-signification atteint 18,2 % pour la garde provisoire, 14,9 % pour la garde autorisée, et 10 % pour les renouvellements. Il est vrai que l'article 123 du Code de procédure civile mentionne que :

*« Exceptionnellement, le tribunal peut soustraire de la notification la demande concernant la garde d'une personne dans un tel établissement en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation, s'il considère que la notification serait nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui ou s'il y a urgence. »*

On peut difficilement qualifier d'exceptionnelle une occurrence qui survient à une fréquence qui atteint près de 20 %, d'autant plus que les requêtes de garde provisoire présentées par des proches ou des intervenant.es, ne semblent jamais (0 %) faire l'objet d'une signification à la personne concernée. L'exception devient alors la règle absolue.

**Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'agence Santé Québec**

De transmettre et d'assurer le suivi auprès des établissements, de directives claires et contraignantes quant au respect :

- de la durée maximale de 72 heures pour une garde préventive, tel qu'il est prévu à l'article 7 de la loi P-38;
- du délai minimal de signification de 48 heures pour les gardes provisoires et autorisées, ainsi que pour les renouvellements de garde, conformément à l'article 396 du code de procédure civile;
- du caractère exceptionnel de la dispense de signification prévue à l'article 123 du Code de procédure civile.

## Le Curateur public n'agit pas

---

Conformément aux dispositions du Code de procédure civile, une tierce partie (tuteur, mandataire, proche ou autre personne significative) doit être notifiée, à titre de personne mise en cause, par l'établissement demandeur. Dans le cas où aucune autre partie à mettre en cause ne peut être identifiée, la signification doit être transmise au Curateur public du Québec. En 2021-2022, le Curateur public a été mis en cause pour 44,5 % des requêtes de garde en établissement présentées dans le district de Montréal de la Cour du Québec.

Sur la page d'accueil de son site internet,<sup>3</sup> le Curateur public affiche son énoncé de mission, en vertu duquel il *veille à la protection des personnes inaptes, à la sauvegarde de leur autonomie et au respect de leurs droits (...)*.

On pourrait s'attendre à ce que, compte tenu du caractère exceptionnel de la procédure de garde et du fait que les personnes concernées éprouvent un besoin particulièrement urgent d'aide, de soutien et de conseils, alors que cette aide leur fait entièrement défaut, le Curateur public intervienne activement pour soutenir ces personnes.

Pourtant, le Curateur public n'agit pas. Il est systématiquement absent de toute et chacune des audiences et ne communique jamais avec la personne concernée. Au mieux, particulièrement dans le cas de personnes qui sont déjà sous régime de protection, il pourra les référer vers les services d'aide juridique, une référence que l'établissement de santé devrait déjà avoir fournie. L'inaction du Curateur public fait en sorte que près de la moitié des personnes qui font face à une procédure de garde en établissement le font dans l'indifférence générale, sans que personne ne donne suite à la signification prévue par la loi.

Bien qu'il détienne à n'en pas douter l'expertise et les compétences nécessaires pour le faire, il est très clair que le Curateur public ne remplit pas sa mission auprès des personnes aux prises avec la garde en établissement. Il est urgent que ses façons de faire dans ce type de dossiers fassent l'objet d'une réforme en profondeur.

### **Nous recommandons au Curateur public du Québec**

De concevoir, mettre en œuvre et appliquer rigoureusement une procédure particulière visant à soutenir les personnes qui font face à une requête de garde en établissement de façon à contribuer activement et efficacement à la sauvegarde de l'autonomie et au respect des droits fondamentaux de ces personnes, conformément à sa mission.

De faire au besoin les représentations nécessaires auprès du gouvernement du Québec en vue d'obtenir les ressources humaines et financières requises pour assurer la mise en place et la pérennité de cette procédure.

---

<sup>3</sup> <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes/curateur-public>

## **Le TAQ : méconnu et inaccessible**

---

L'article 21 de la loi P-38 réserve aux personnes qui veulent contester le jugement de la Cour du Québec un recours, qui demeure mal connu et difficile à exercer, devant le Tribunal administratif du Québec (TAQ).

Dans le passé, la principale contrainte liée au recours au TAQ était relative aux délais de traitement des demandes par le tribunal. Ceux-ci dépassaient souvent la durée de la garde elle-même ce qui rendait la requête caduque et permettait de fermer un grand nombre de dossiers sans tenir d'audience.

Depuis, le TAQ semble avoir aménagé ses façons de faire de façon à entendre davantage de requêtes de personnes mises sous garde dans des délais utiles. Malgré cela, le TAQ n'aurait entendu que 42 % des requêtes qui lui ont été acheminées. Il ne nous a pas été possible de connaître les raisons pour lesquelles la majorité des dossiers n'a pas été menée à terme.

Cela est d'autant plus surprenant que le nombre total des demandes de révision présentées au TAQ en 2021-2022 est très faible, n'atteignant que 151 dossiers. Le TAQ n'a donc été interpellé que pour 2,7 % des 5 492 requêtes de gardes provisoire, autorisée et renouvelée présentées par des établissements. Les 64 audiences qui ont eu lieu ne concernent donc que 1,2 % du total des causes entendues à la Cour du Québec.

La rareté des recours au TAQ semble d'abord causée parce que les personnes concernées ne le connaissent pas. Ni leurs avocats ni le personnel hospitalier ne les informent de la possibilité de ce recours. Même lorsqu'elles parviennent à présenter une demande, la majorité des personnes ne sont pas entendues.

Il en résulte que le TAQ joue actuellement un rôle négligeable dans la gestion des insatisfactions nombreuses et souvent légitimes que génère la forme actuelle de l'application de la loi P-38.

Un nouveau réajustement des pratiques du TAQ s'impose.

### **Nous recommandons au Tribunal administratif du Québec**

De poursuivre et de bonifier ses changements de pratique de façon à pouvoir traiter une plus grande proportion des requêtes qui lui sont présentées en vertu de l'article 21 de la loi P-38.

De mettre en place, de concert avec les établissements de santé et le milieu juridique et les organismes communautaires autonomes concernés, des stratégies de promotion et de visibilité visant à mieux faire connaître à l'ensemble de la population la possibilité de contester devant le TAQ une décision prise par la Cour du Québec dans le cadre d'une garde en établissement.

## **Conditions d'hospitalisation : « C'est pire qu'en prison »**

---

La vie quotidienne dans une unité psychiatrique pour des personnes forcées d'y demeurer contre leur gré durant des semaines, constitue souvent une expérience traumatisante. En plus de la fragilité de leur état mental et émotionnel, elles doivent composer avec des contraintes qui briment leurs efforts de rétablissement et qui découlent le plus souvent d'une culture institutionnelle basée sur l'autoritarisme, l'infantilisation et la stigmatisation.

Plutôt que de décrire nous-mêmes ces difficiles conditions d'hospitalisation, nous avons choisi de laisser la parole aux personnes qui les ont vécues et qui ont partagé avec nous leurs témoignages.

*« Entre le moment où les gardiens de sécurité m'empêchaient de partir et le moment où j'ai vu un médecin, il s'est passé deux-trois heures. C'était long, long, long. »*

*« Les policiers sont restés jusqu'à ce qu'on m'ait attachée à une civière. Je ne me souviens pas d'avoir vu un psychiatre durant cette période. Je ne sais pas qui a décidé de faire ça. »*

*« Il s'est passé à peu près deux-trois jours entre le moment où les policiers m'ont laissé à l'hôpital et le moment où j'ai vu le médecin. J'ai passé au triage, après je dormais dans mon lit en attendant. J'aurais pas pu m'en aller. J'étais gardé de force. »*

*« Ils disaient que j'étais agité, mais ils ne m'avaient même pas vu. »*

*« Si tu fais du bruit, on va t'attacher. »*

*« J'ai été mise en isolement durant une heure ou deux. Je parlais fort parce que je voulais pas être là. Je me débattais pas. Je voulais au moins qu'on envoie le refus de traitement, même si c'était pour être un non du tribunal. J'avais pas droit de parole. »*

*« Pendant ces deux heures là, personne est venu me voir. J'avais pas mes effets personnels avec moi. J'étais sur un lit dans une pièce vide. »*

*« J'ai demandé à être transférée d'unité. Je sais pas pourquoi, on m'a mise dans une pièce à part et on m'a donné deux injections. »*

*« L'injection, c'était ma punition. »*

*« Ils m'ont dit le 15 que j'allais à la cour pour le 18 au matin. Le 16-17, c'était la fin de semaine. Je pouvais pas rejoindre d'avocat. »*

*« Ils ne m'ont jamais posé de questions. Il n'y avait pas de conversation. C'était plus « T'es là, tu fais ça, t'as pas le choix de faire ce qu'on va te dire de faire. Si t'acceptes pas, ça va être plus long. »*

*« C'est un rendez-vous de 15 minutes avec le psychiatre. Il te pose une couple de questions, il a fait déjà son idée... On me pose des questions, mais moi je peux pas poser des questions. »*

*« Ils me parlaient comme si j'étais un monstre. »*

*« Au sixième, il y avait quelqu'un qui était tout le temps enfermé, du matin au soir. Quand il sortait, il criait après le personnel. C'est sûr, il était frustré... »*

*« J'ai essayé de joindre une technicienne juridique de l'hôpital. J'ai passé par trois personnes pour finalement avoir une boîte vocale. Mon appel a jamais été retourné. »*

*« Je savais pas ce qu'il y avait dans les injections. Pour les médicaments, on ne m'a jamais expliqué ce que c'était. »*

*« Ils voulaient que je prenne la médication, moi, je voulais pas. Ils m'ont pas expliqué qu'ils avaient changé ma médication. Peut-être que j'aurais voulu s'ils m'avaient expliqué. »*

*« J'ai été avisée dans la cafétéria par une infirmière qui ne m'a pas dit un mot en me remettant les papiers. C'est pas vrai que l'infirmière donne de l'information sur le processus. »*

*« Ça m'aide pas à aller mieux... J'étais vraiment à la pire place que j'ai jamais été. »*

*« Je méritais pas ça. Ça a brisé ben des affaires en dedans de moi. »*

*« C'est pire qu'en prison. Y'a rien là en prison à côté de ça. »*

*« Depuis longtemps que je veux me faire soigner, je sais que j'ai besoin d'aide, pourquoi je suis toujours en P-38? »*

On le constate, les contraintes et vexations que vivent les personnes hospitalisées en psychiatrie sont nombreuses et intenses. Elles constituent l'héritage de méthodes qui étaient couramment employées à l'époque des asiles d'aliénés et qui ne sont pas compatibles avec les idéaux d'excellence, de *pratiques probantes* et d'*amélioration continue* qui sont si souvent évoquées par les établissements dans leurs relations publiques. Portant, de nombreux organismes communautaires œuvrant dans le milieu de l'alternative en santé mentale ont mis au point des approches plus respectueuses de la liberté et de l'intégrité des personnes, qui permettent à ces dernières de retrouver et de conserver leur équilibre sans avoir subi de

privation de liberté dans des institutions aux pratiques souvent inhumaines et sans avoir été forcées de consommer de la médication.

Il importe par ailleurs de mentionner que le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié il y a déjà quelques années son *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* (2018) suivi d'un *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* (2020). Ces documents contiennent des orientations et des directives qui, si elles étaient rigoureusement appliquées, contribueraient certainement à améliorer les conditions d'hospitalisation des personnes mises sous garde.

Malheureusement, les informations que nous recevons quotidiennement des personnes concernées ne nous permettent pas d'identifier des améliorations significatives et tangibles dans l'attitude générale des soignant.es et dans l'organisation quotidienne des interventions. Parmi toutes les indications et directives contenues dans le *Modèle de protocole*, nous avons porté une attention particulière à la section 6 de la partie C du titre 11, qui s'intitule *Soutenir l'exercice des droits et des recours*. Dans cette section se trouve notamment la consigne G-32, qui se lit comme suit :

*Indiquer à la personne mise sous garde qu'elle peut être soutenue et accompagnée dans l'exercice de ses droits et de ses recours et, si elle souhaite se prévaloir de cette aide, lui fournir le soutien, l'assistance et le matériel nécessaires (explications, papier, crayon, enveloppe, timbre, téléphone, etc.), puis noter dans son dossier la date et l'heure de cette action.*

La mise en application d'une telle consigne permettrait d'outiller minimalement la personne pour lui permettre de comprendre le processus dans lequel elle est plongée malgré elle et d'organiser un peu mieux sa comparution devant le tribunal. Près de cinq années après la publication du modèle de protocole, nous n'avons malheureusement aucune indication qui nous démontre que des membres du personnel d'un établissement auraient reçu le mandat et la formation nécessaire pour s'acquitter de cette responsabilité auprès des personnes qui le désirent.

Le ministère a maintes fois manifesté sa volonté de voir ses établissements adopter des approches moins contraignantes et plus respectueuses des droits reconnus par le législateur québécois aux personnes utilisatrices des services en santé mentale. Il est grand temps d'adopter des mesures énergiques pour que cette volonté se traduise en des changements réels de comportement dans les unités de soin psychiatriques.

**Nous recommandons au ministère de la Santé et des Services sociaux et à l'agence Santé Québec**

De mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation continu de l'application des protocoles de mise sous garde en établissement découlant du cadre de référence de 2018, notamment en ce qui concerne les conditions générales d'hospitalisation des personnes, incluant celles qui sont en hospitalisation volontaire, ainsi que la transmission aux personnes qui le désirent d'informations précises et complètes sur le processus de mise sous garde et les recours qui leur sont accessibles, le tout en reconnaissance de la volonté légitime de plusieurs de ces personnes de ne pas être gardées en établissement.

## Conclusion

---

Nous n'avons soulevé dans les pages qui précèdent que quelques-uns des problèmes que nous avons identifiés dans l'application des dispositions de la loi P-38 par les établissements de santé montréalais. Nous aurions pu en développer plusieurs autres, dont :

- Des hospitalisations prolongées sans le consentement de la personne et sans transmission de l'avis requis à la direction des services professionnels de l'établissement, ce qui fait que la personne se sent contrainte de demeurer à l'hôpital sans que le processus de garde soit formellement déclenché ;
- Des informations à la fiabilité discutable transmises au tribunal par les avocat.es des établissements selon lesquelles la personne ne contesterait pas la requête de garde présentée ;
- L'utilisation systématique de modèles de jugement préparés par les services juridiques des établissements, qui ne tiennent pas compte des caractéristiques spécifiques de chaque cause et qui sont le plus souvent entérinés sans aucune modification par le tribunal ;
- L'absence généralisée dans les jugements des éléments de preuve spécifiques liés à la dangerosité prétendue de l'état mental de la personne concernée.

Tous ces éléments problématiques tendent à démontrer que la loi P-38 a constamment été appliquée de façon inadéquate par les établissements de santé depuis son entrée en vigueur il y a 25 ans. Une éventuelle réforme de la loi devrait aller dans le sens de la réaffirmation de son caractère exceptionnel ainsi que d'un resserrement et du contrôle de ses modalités d'application.

## Synthèse des recommandations

---

**Nous recommandons :**

**Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice :**

De faire en sorte qu'une éventuelle réforme de la Loi sur la Protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui préserve et renforce le droit à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté, reconnu à tout être humain par l'article 1 de la Charte québécoise des droits et libertés et que soit préservé le caractère exceptionnel et de dernier recours de la pratique de la garde en établissement.

**Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et à l'agence Santé Québec:**

D'effectuer auprès de tous les établissements une campagne de sensibilisation sur le caractère exceptionnel du recours à la loi P-38, accompagnée d'objectifs contraignants de décroissance du nombre des recours à la garde préventive et des requêtes en garde provisoire et autorisée ainsi qu'en renouvellement de garde.

D'entreprendre auprès des organismes communautaires en santé mentale, une consultation sur les moyens alternatifs et non contraignants qu'ils ont développés pour faire face à des situations de crise vécues par leurs usagers, de façon à implanter ces nouveaux outils dans les milieux hospitaliers.

De transmettre et d'assurer le suivi auprès des établissements, de directives claires et contraignantes quant au respect :

- de la durée maximale de 72 heures pour une garde préventive, tel que prévu à l'article 7 de la loi P-38;
- du délai minimal de signification minimal de 48 heures pour les gardes provisoires et autorisées, ainsi que pour les renouvellements de garde, conformément à l'article 396 du code de procédure civile;
- du caractère exceptionnel de la dispense de signification prévue à l'article 123 du Code de procédure civile.

De mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation continu de l'application des protocoles de mise sous garde en établissement découlant du cadre de référence de 2018, notamment en ce qui concerne les conditions générales d'hospitalisation des personnes, incluant celles qui sont en hospitalisation volontaire, ainsi que la transmission aux personnes qui le désirent d'informations précises et complètes sur le processus de mise sous garde et les recours qui leur sont accessibles, le tout en reconnaissance de la volonté légitime de plusieurs de ces personnes de ne pas être gardées en établissement.

### **Au Curateur public du Québec :**

De concevoir, mettre en œuvre et appliquer rigoureusement une procédure particulière visant à soutenir les personnes qui font face à une requête de garde en établissement de façon à contribuer activement et efficacement à la sauvegarde de l'autonomie et au respect des droits fondamentaux de ces personnes, conformément à sa mission.

De faire au besoin les représentations nécessaires auprès du gouvernement du Québec en vue d'obtenir les ressources humaines et financières requises pour assurer la mise en place et la pérennité de cette procédure.

### **Au Tribunal administratif du Québec :**

De poursuivre et de bonifier ses changements de pratique de façon à pouvoir traiter une plus grande proportion des requêtes qui lui sont présentées en vertu de l'article 21 de la loi P-38.

De mettre en place, de concert avec les établissements de santé et le milieu juridique et les organismes communautaires autonomes concernés, des stratégies de promotion et de visibilité visant à mieux faire connaître à l'ensemble de la population la possibilité de contester devant le TAQ une décision prise dans le cadre d'une garde en établissement.

# HOSPITALISATIONS FORCÉES: LA LOI P-38.001

RÉSULTATS DE LA  
CONSULTATION PUBLIQUE DU  
15 MAI 2024

## MÉMOIRE DÉPOSÉ

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

ET

AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX (MSSS)

PRÉSENTÉ PAR DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS  
ET REPRÉSENT'ACTION SANTÉ MENTALE OUTAOUAIS



**Planification de l'étude :** Rebecca Labelle, Mélodie Pelletier, Simon Chartrand Paquette

**Cueillette de données :** Simon Chartrand Paquette, Mélodie Pelletier, Rebecca Labelle, Ann-Esther Lehman, Julie Sénécal

**Traitement des données :** Mélodie Pelletier, Simon Chartrand Paquette, Rebecca Labelle, Julie Sénécal, Véronique Moisan, Ann-Esther Lehman

**Analyse des données :** Mélodie Pelletier, Yves Rochon, Joannie Campeau

**Rédaction :** Rebecca Labelle, Amélie-Anne Mailhot et Mélodie Pelletier

**Comité de lecture :** Nathalie Marceau, Joannie Campeau, Simon Chartrand Paquette

**Approbation :** Conseil d'administration de Droits-Accès du 28 novembre 2024

**Correction et mise en page :** Rebecca Labelle, Amélie-Anne Mailhot et Mélodie Pelletier

**Photo de la couverture :** ReprésentACTION Outaouais

**Production :** Droits-Accès de l'Outaouais (2024), 17, rue Jeanne d'Arc, Gatineau, Qc. J8Y 2h3/819-777-4746 [www.droitsaccés.com](http://www.droitsaccés.com)  
[droitsaccés@gmail.com](mailto:droitsaccés@gmail.com)

**Impression :** Imprimerie Sure Hull, Québec

**ISBN :** 978-2-9812202-3-3

**Dépôt légal :** Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2024  
Bibliothèque et archives Canada, 2024



## Avertissement

L'auteur de ce mémoire a autorisé le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire. Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Indépendamment des individus et de leurs compétences, toutes les critiques attribuées ci-après aux pratiques de certain.e.s professionnel.les doivent être interprétées dans le contexte d'un réseau dysfonctionnel et d'une organisation du travail qui, selon nous, déshumanisent leur travail et entravent parfois leurs obligations légales et déontologiques.

## Important message à nos partenaires du réseau

Notre organisme est un ardent défenseur d'un réseau de santé public universel, accessible et gratuit. S'il nous arrive souvent de le critiquer, ce n'est jamais parce que nous lui voudrions du mal, mais bien au contraire, parce que nous lui souhaitons ce qu'il y a de meilleur.

Nous reconnaissons d'emblée la tâche difficile à laquelle font face quotidiennement les employé.e.s du réseau. Nous savons aussi qu'il s'y réalise de grands accomplissements. Nous reconnaissons enfin que la vaste majorité des personnes qui y travaillent sont dévouées, généreuses et de bonne foi.

Le travail des organismes communautaires, et plus particulièrement celui de Droits-Accès de l'Outaouais, demeure cependant d'exiger du réseau qu'il reconnaisse ses lacunes voire ses dérives et qu'il se donne un plan sérieux pour les redresser dans un délai planifié. Nous avons beaucoup d'échanges avec celles et ceux qui travaillent dans ce réseau et elles et ils sont généralement francs, ouverts et chaleureux. Or, nous y rencontrons aussi de la résistance, de la résignation et du déni.

Nous sommes convaincu.e.s qu'un plus grand respect des droits des personnes utilisatrices de services serait un bénéfice important pour les soignant.e.s et rendrait leur travail plus enrichissant, plus motivant et plus efficace.

## Remerciements

J'aimerais tout d'abord souligner le grand courage des personnes qui ont subi la loi P-38.001 de nous avoir fait confiance, de nous avoir livré vos témoignages souvent très perturbants, poignants et hauts en émotions. Nous reconnaissons sans limite la difficulté que représente cette ouverture, le plongeon que vous avez fait dans vos expériences traumatisantes pour vous faire entendre afin d'éviter que d'autres souffrent plus que ce que vous avez vous-même souffert.

Merci à toutes et à tous pour cette lutte, pour cette recherche d'un système de santé plus juste et plus humain. Surtout, de faire avancer la défense des droits en santé mentale et de croire en l'équipe de DAO pour y parvenir.

J'aimerais remercier mesdames Julie Senécal et Véronique Moisan d'avoir donné leur temps à l'analyse des données durant la saison estivale, d'avoir été d'une ouverture et d'une générosité sans bornes avec l'équipe.

Et finalement le soutien indéfectible et la foi inébranlable de l'équipe de travail, Mélodie, Simon, Serge, Ann-Esther, Amélie-Anne et Claudia. Vous êtes une équipe merveilleuse, je me compte très chanceuse de travailler avec des personnes aussi brillantes que vous.

Bonne lecture!

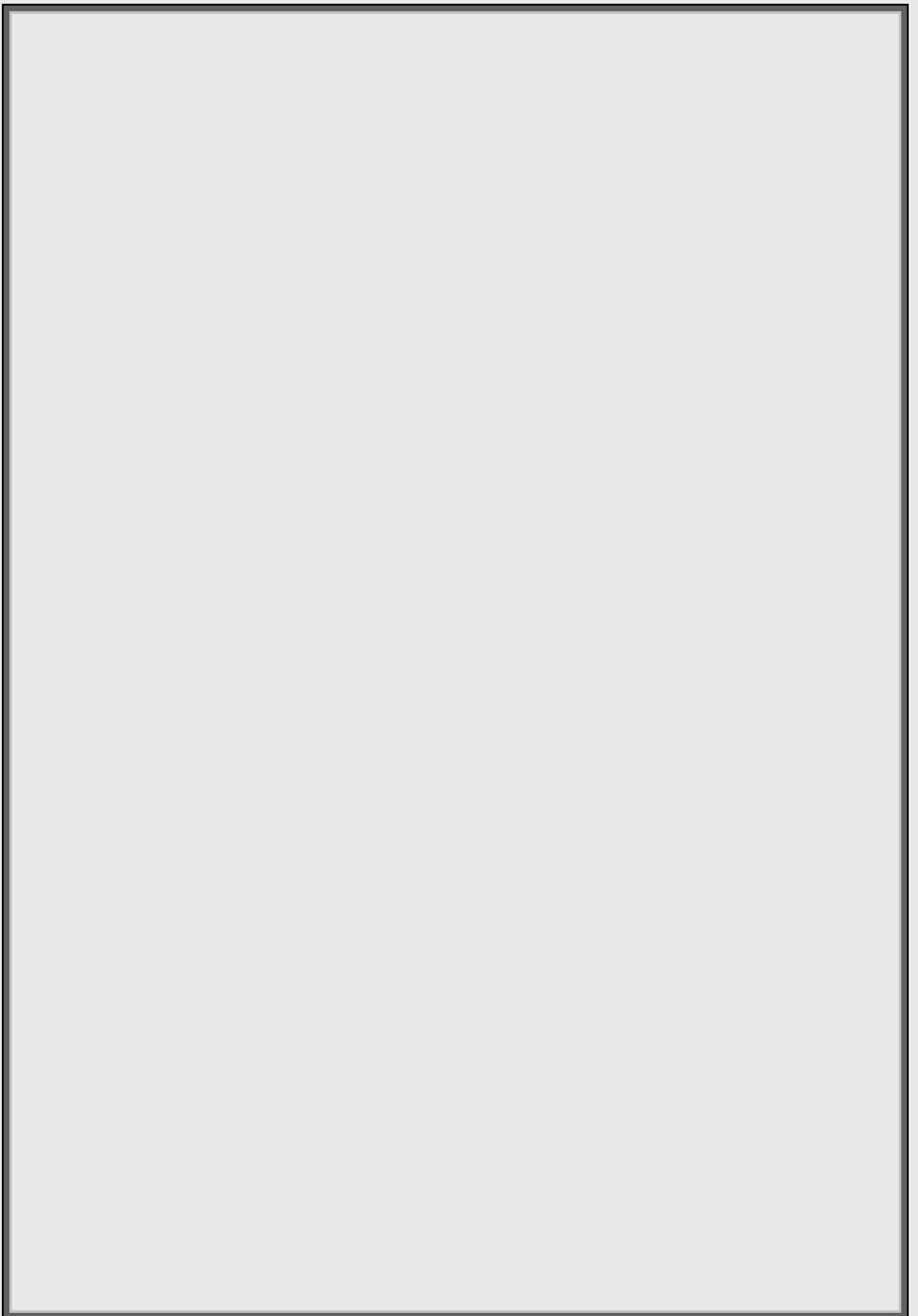
Rebecca Labelle  
Coordonnatrice de Droits-Accès de l'Outaouais



## Table des matières

Avertissement .....	5
Remerciements .....	6
Introduction .....	11
Présentation de l'organisme .....	12
Problématique .....	13
Méthodologie .....	17
Dérives et dérapages .....	19
Non-respect de la nature exceptionnelle de la loi et du critère d'application (dangerosité en raison de l'état mental) .....	19
811/ Service d'aide en situation de crise (SASC) .....	20
Policier.ères .....	21
Professionnel.le.s de la santé et système de santé .....	22
Impacts sur la vie des personnes .....	24
Gardes illégales .....	25
Non-respect des droits .....	25
Processus judiciaire .....	26
Conclusion et Recommandations .....	28
Offrir un meilleur accès aux services en santé mentale .....	29
Offrir une formation adéquate aux policiers qui appliquent la loi P-38.001 .....	29
Offrir plus de formation aux intervenants psychosociaux sur les droits en santé des personnes psychiatisées .....	30
Offrir plus de services de promotion et de prévention en santé mentale dans la communauté et soutenir les alternatives .....	30
Bibliographie .....	31
Annexe 1 .....	33
Publication de la consultation publique .....	34
Annexe 2 .....	36
Témoignage d'une personne ayant vécu l'application de la loi P-38.0001 présente à la consultation publique du 15 mai 2024 .....	37





# Introduction

Depuis 2020, une suite d'événements tragiques a causé un vent de panique dans la population québécoise, par le traitement qui a été fait de la violence et des troubles de santé mentale, notamment dans les médias. À tort, une corrélation directe a été établie entre santé mentale et violence, perpétuant ainsi la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

En réaction à ces événements, le ministre responsable des Services sociaux a confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) un mandat de recherche et de consultation sur les enjeux entourant la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001). L'IQRDJ a, dans le cadre de ce mandat, lancé un appel à mémoires<sup>1</sup>, auquel DAO a répondu.

À Droits-Accès de l'Outaouais (DAO) nous sommes d'avis que les événements mettent plutôt en lumière le manque de services offerts en soins de la santé mentale, l'encadrement inefficace de certaines lois protégeant les individus, la multiplication des crises psychosociales et l'inefficacité des soins dits de première ligne.

Le désir de DAO, dans le cadre de cet appel à mémoires, est de démontrer ce qui se passe du point de vue des personnes concernées lors de l'application de cette loi plutôt que de privilégier le point de vue médical, juridique et policier. Notre mémoire présente donc les résultats d'une consultation publique menée par Droits-Accès de l'Outaouais et ayant pour objectif de mettre en lumière les expériences vécues par les personnes arrêtées et hospitalisées lors de l'application de la loi P-38.001.

Dans un premier temps, nous brosserons un portrait de la problématique. Nous expliquerons la méthodologie utilisée pour l'écriture de ce mémoire et nous nous pencherons sur les dérives de l'application de la loi à partir des témoignages entendus lors de la consultation publique. Finalement, nous exposerons les recommandations des citoyens afin d'éviter de brimer les droits des personnes lors de l'application de la loi P-38.001 et d'offrir de meilleurs soins en santé mentale.

---

<sup>1</sup> INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME SUR LE DROIT ET LA JUSTICE (2024). *Appel à mémoires portant sur les enjeux entourant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P38)*, en ligne, <https://iqrj.ca/docs/Appel-memoire-IQRDJ-P-38.pdf>

## Présentation de l'organisme

Droits-Accès de l'Outaouais (DAO) est un organisme communautaire œuvrant à la défense des droits des personnes vivant avec un trouble de santé mentale dans la région de l'Outaouais depuis plus de 30 ans. En 2006, le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSSQ) et les groupes de défense de droits ont mis en œuvre un cadre de référence pour normaliser et baliser la pratique d'intervention en défense des droits pour les personnes aux prises avec un problème de santé mentale<sup>2</sup>. Huit grands principes directeurs en sont ressortis et teintent nos actions<sup>3</sup>. L'organisme couvre plusieurs volets, dont l'accompagnement individuel, collectif et systémique. DAO s'est démarqué au fil des ans en produisant plusieurs études en collaboration avec divers chercheurs universitaires concernant les mesures d'exception lors de l'hospitalisation telles que l'étude intitulée *Changer nous ferait tous du bien : Bilan de l'état des droits en santé mentale en Outaouais* publié en 2014<sup>4</sup>. Le but de l'organisme sera toujours d'améliorer le respect des droits en milieu psychiatrique à l'aide de l'expertise et avec la collaboration des personnes ayant vécu ces soins.

Droits-Accès de l'Outaouais a également le mandat de chapeauter le projet ReprésentACTION. Ce projet est né d'un désir des personnes concernées par la santé mentale de faire entendre leurs voix auprès des décideur.e.s du milieu de la santé. Il a pour but de récolter la parole collective et de la partager au niveau politique et institutionnel afin de favoriser la participation de ces personnes dans les lieux de décision. Le projet met de l'avant l'importance du savoir expérientiel des personnes utilisatrices des services en santé mentale dans l'amélioration des services. Les délégué.e.s du projet se sont investi.es auprès des services communautaires et institutionnels en offrant des ateliers afin de récolter la parole collective et de synthétiser les données. Le partage de ces données se fait alors sur les différentes tables et comités pilotés par des instances telles que le Centre intégré de santé et des services sociaux de notre région (CISSSO), pour n'en nommer qu'une seule.

---

<sup>2</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2024). *Pour la promotion, le respect et la défense de droits en santé mentale. Cadre de référence*, en ligne, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-37W.pdf>

<sup>3</sup> soit 1- L'autonomie des personnes; 2- La spécificité des personnes; 3- Le préjugé favorable; 4- Le rapport volontaire aux groupes; 5- L'accessibilité; 6- L'appropriation du pouvoir des personnes; 7- L'exercice de la démocratie et la solidarité; 8- Le respect de la confidentialité, de la dignité et de la vie privée. Voir MSSSQ *op cit*, p. iii

<sup>4</sup> DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS (2014). *Changer nous ferait tous du bien : Bilan sur l'état des droits en santé mentale en Outaouais*, en ligne

[https://droitsacces.com/wpcontent/uploads/2016/06/DroitsAcc%C3%A8s\\_2014\\_Changer-nous-ferais-tous-du-bien.pdf](https://droitsacces.com/wpcontent/uploads/2016/06/DroitsAcc%C3%A8s_2014_Changer-nous-ferais-tous-du-bien.pdf)

## Problématique

En premier lieu, rappelons qu'en 1997 la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001)<sup>5</sup> a été adoptée à l'Assemblée nationale et mise à l'essai dans certaines régions du Québec. En 2003, elle a été mise en œuvre par le système de santé et de la justice dans l'ensemble du Québec. Cette loi permet de garder contre son gré une personne dans un établissement de soins de santé. Elle porte atteinte aux droits fondamentaux en permettant, dans certaines conditions, de passer outre le consentement des personnes et de les priver temporairement de leur liberté. La loi, comme le stipule le *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*<sup>6</sup>, doit être utilisée comme une loi d'exception et s'appliquer uniquement lorsque toutes les autres interventions possibles ont été tentées et qu'il n'existe aucune autre solution pour assurer la protection des personnes<sup>7</sup>. Cette loi a été bonifiée et amendée à deux reprises au cours des trois dernières décennies.

Les conseiller.e.s en défense de droits de Droits-Accès de l'Outaouais accompagnent à toutes les semaines des personnes qui passent à travers le processus d'application de la loi P-38.001. Elles et ils sont donc aux premières loges de l'expérience de ces personnes et des dérives et dérapages dont elles sont victimes, et ce tout au long du processus, de l'intervention de crise à la fin de la garde en établissement. Parmi les problèmes les plus fréquents, on note le manque de formation des policiers qui interviennent en situation de crise psychosociale, l'omission de la recherche de consentement de la personne visée, le non-respect du droit à l'information, l'interprétation abusive du critère de dangerosité, les préjugés chez tous les professionnel.le.s, dont les psychiatres et les juges, envers les troubles de santé mentale, l'utilisation abusive des mesures de contention et d'isolement, le non-respect du consentement libre et éclairé en lien avec la prise de médication, le non-respect du droit à la confidentialité et le non-respect du protocole de mise sous garde en établissement du CISSSO<sup>8</sup> ayant comme résultat des personnes privées illégalement de leur droit à la liberté. Ces dérives et dérapages ont des conséquences graves sur la vie des personnes qui en sont victimes et constituent des violations

---

<sup>5</sup> p38.0001 *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.Q. 1997, en ligne, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-38.001>

<sup>6</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2018). *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 – Gardes en établissement de santé et de services sociaux*, en ligne <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>

<sup>7</sup>MSSSQ (2018), p.3

<sup>8</sup> Chaque CISSS/CIUSSS a adapté le modèle de protocole de mise sous garde en établissement du MSSSQ. Voir : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2020). *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*, en ligne <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-37W.pdf>

Il est possible d'avoir accès au protocole de mise sous garde en établissement du CISSSO en faisant une demande d'accès à l'information.

de leurs droits. Ils résultent souvent en une perte de confiance envers les institutions qui sont supposées protéger leurs droits et leur venir en aide lorsqu'elles en ont besoin.

Les problèmes récurrents depuis la création de cette loi semblent toujours reliés à l'interprétation personnelle et parfois erronée de la loi par la personne qui en applique les mécanismes. L'application de la loi P-38.001 semble être faite de manière subjective par les intervenant.e.s du CISSSO et des agent.es de police malgré un cadre de référence détaillé sur l'application de la loi proposé par le MSSSQ et appliqué à travers la province. Les policier.ères reçoivent peu de formation sur l'intervention de crise, sur l'évaluation de la dangerosité dont ils doivent avoir des motifs sérieux de croire qu'elle est grave et immédiate, et sur les manières de désescalader les situations de crises. Lorsqu'une personne est confrontée à un.e policier.ère, selon les expériences décrites lors de la consultation et nos statistiques d'intervention à DAO, elle se méfie et devient plus défensive. C'est à ce moment que l'application de la loi est faite de manière musclée, que la personne vit une arrestation forcée et traumatisante qui la mène à l'hôpital. La personne, déjà souffrante, voit sa détresse amplifiée par le contrôle et la coercition exercée par les policier.ères. La loi devrait toujours être appliquée en dernier recours, comme une exception et non pas comme une procédure dont l'objectif est de faciliter le travail des policier.ères sur le terrain. Or, les intervenant.e.s de crise ainsi que les policier.ères, selon les témoignages, ont des biais et des préjugés qui ne leur permettent pas d'exercer un jugement objectif et de faire en tout temps la différence entre une personne dérangeante et une personne dangereuse. Les intervenant.es de crise ainsi que les policier.ères voient également souvent les personnes ayant un problème de santé mentale comme dangereuses. La loi est alors appliquée plus rapidement et avec une plus grande force. Ces biais et préjugés sont également présents chez les psychiatres et les juges et ils teintent les rapports psychiatriques et les jugements. La notion de dangerosité est mal interprétée et il en résulte une restriction abusive du droit à la liberté et à l'inviolabilité des gens vivant avec un trouble de santé mentale.

Bien que la discussion entourant les troubles de santé mentale ait évolué, nous constatons qu'il reste encore beaucoup de stigmatisation concernant certains diagnostics et certains comportements. La couverture médiatique post-pandémie d'événements violents liant à tort violence et santé mentale contribue à la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble de santé mentale et aux pratiques qui entravent leurs droits et libertés. Sans nul doute, certains agresseurs responsables de crimes graves composent avec des troubles mentaux, mais les médias ont fait plusieurs liens trop rapides mettant l'accent sur les personnes ayant commis des meurtres intrafamiliaux et les troubles de santé mentale<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Voir notamment Robidas, Pascal (2023). "La santé mentale est au coeur des homicides qui ont secoué Montréal en 2023", *Radio-Canada*, en ligne, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1964574/montreal-sante-mentale-meurtre-homicide-drames-familiaux#:~:text=Crimes%20et%20d%C3%A9lits-.La%20sant%C3%A9%20mentale%20est%20au%20c%C5%93ur%20des,ont%20secou%C3%A9%20Montr%C3%A9al%20en%202023&text=Les%20cinq%20premiers%20homicides%20survenus,un%20probl%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20mentale.>

À cet égard, notons que, lors de l'enquête de Me Géhane Kamel sur la mort de Maureen Breau et Isaac Brouillard-Lessard, Mme Claire Gamache, présidente de l'Association des médecins psychiatres du Québec, relatait que :

Seulement 3 à 5% de tous les actes de violence sont attribuables à une personne avec un trouble mental, que la vaste majorité des perpétrateurs de violence n'a aucun trouble mental diagnosticable et que la majorité des personnes avec des troubles mentaux ne seront jamais violentes ». <sup>10</sup>

La psychiatre Valérie Trottier-Hébert a, pour sa part, affirmé en entrevue en 2020, que :

C'est une minorité de gens qui sont atteints d'un trouble mental qui commettent des gestes de violence. Parmi les gens qui ont des troubles mentaux, 90 % ne sont pas des gens violents. Donc de faire cette association-là, c'est dangereux parce que c'est très discriminatoire pour les gens qui vivent à tous les jours avec un problème de santé mentale. Ça contribue à alimenter les préjugés voulant qu'ils soient dangereux et qu'il faudrait davantage s'en méfier. <sup>11</sup>

En 2021, le réseau de la santé reconnaissait le manque de services et les problèmes de santé mentale grandissant dans la population à travers la mise sur pied d'un nouveau plan d'action interministériel élaborant sept nouvelles mesures à intégrer à une meilleure pratique en santé mentale<sup>12</sup>. Or Malgré les efforts pour augmenter les services en santé mentale et ainsi diminuer la détresse psychologique et les événements menant à l'application de la loi P-38.001, la situation ne s'améliore pas. Suite à la médiatisation excessive d'événements violents souvent faussement attribués à la santé mentale, il semble y avoir eu une réponse du grand public, sans connaissance de la réalité terrain, à l'égard du fait que les lois pour les personnes dites dangereuses ne seraient pas suffisamment sévères ou coercitives<sup>13</sup>. Cette inquiétude mal orientée a amené le gouvernement du Québec à se demander s'il ne devait pas revoir la loi P-38.001. Il a donc mandaté l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) afin qu'il dépose des recommandations en ce sens. Celui-ci a, dans le cadre de ce mandat, encouragé les groupes de défense des droits en santé mentale à présenter leur propre mémoire sur l'état de la situation.

---

<sup>10</sup> citée dans ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC (2024). *Mémoire sur le projet de loi 66, présenté à la Commission sur la santé et les services sociaux*, p.8, en ligne,

[https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2024/09/memoire-pl66\\_agidd-smq.pdf](https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2024/09/memoire-pl66_agidd-smq.pdf)

<sup>11</sup> Fleury, Élisabeth (2020). "Problèmes de santé mentale et violence : un lien à éviter, rappelle une psychiatre", *Le Soleil*, en ligne,

<https://www.lesoleil.com/2020/11/03/problemes-de-sante-mentale-et-violence-un-lien-a-éviter-rappelle-une-psychiatre-198314527108bcb225a32d358e3ed807/>

<sup>12</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, en ligne

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

<sup>13</sup> Voir notamment Lagacé, Patrick (2020). "L'hôpital psychiatrique à ciel ouvert", *La Presse*, en ligne, <https://www.lapresse.ca/actualites/2020-09-02/l-hopital-psychiatrique-a-ciel-ouvert.php>

L'IQRDJ est composé principalement d'avocats en droit de la famille, en droit civil et en droit des affaires, de juges et de professeurs universitaires. Sur les 18 membres qui composent le conseil d'administration, un seul est médecin et possède une expertise en soins de santé physique. Aucune personne faisant partie du comité scientifique n'a d'expertise auprès des personnes psychiatisées. Il est primordial que l'expertise des personnes ayant vécu l'application de la P-38.001 soit reconnue et entendue.

Droits-Accès s'inquiète des raisons qui ont poussé le gouvernement à envisager une révision de la loi p-38.001. Le gouvernement veut-il modifier la loi en réponse à la panique du public ou afin de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ? Qui bénéficierait réellement de cette révision de la loi P-38.001, si elle a lieu ? Nous souhaitons insister sur la nécessité de l'expertise qui est requise non seulement du point de vue juridique, mais également en santé mentale, pour mener à bien une telle réforme. Le caractère spécial de cette loi privative de droits et libertés nécessite une application particulière demandant la concertation de tous les acteurs et une formation adéquate pour tous les intervenants : une refonte est-elle nécessaire ? N'est-ce pas plutôt l'application sur laquelle il faut travailler ? Est-ce que les personnes premières concernées ont été suffisamment consultées, si oui de quelle manière et à quelle hauteur ? Est-ce que leur expérience sera réellement prise en compte ?

Afin de répondre à ces préoccupations, Droits-Accès a choisi d'organiser une consultation publique à grande échelle pour la région de l'Outaouais afin de récolter des données qualitatives directement de la part de personnes ayant vécu et subi la P-38.001. Le but premier de la consultation était d'offrir une visibilité aux personnes qui ont subi la P-38.001, de récolter des données qualitatives et expérientielles et de faire valoir le point de vue des personnes ayant subi l'application de la loi auprès des instances politiques.

# Méthodologie

Droits-Accès de l'Outaouais a recueilli les données qui ont servi à la rédaction du présent mémoire lors d'une consultation publique qui s'est tenue le 15 mai 2024.

Les interventions individuelles réalisées au fil des ans par les conseiller.e.s de DAO permettent la constatation sur le terrain de certaines dérives du respect et de l'application de la loi auprès des personnes psychiatisées. Ces interventions permettent également de récolter au quotidien un grand nombre de témoignages de personnes premières concernées. Nous avons ainsi cherché à rejoindre, pour la rédaction de ce mémoire, le plus grand nombre de personnes ayant vécu l'application de la loi P-38.001 et souhaitant s'exprimer sur leur expérience<sup>14</sup>.

Une vaste campagne de promotion et de publicité a pris place huit semaines avant l'événement. Six tournées dans les organismes de la région ont été faites et 115 personnes ont été rejointes par des appels téléphoniques. 9062 personnes ont été rejointes par nos publications sur les médias sociaux. Des courriels ont été envoyés à 52 organismes de la région. Cinq médias locaux ont été informés des intentions de l'organisme et il y a eu cinq entrevues réalisées avec les médias pour informer la population des enjeux.

La consultation publique a eu lieu dans les locaux de la Maison du citoyen à Hull et regroupait majoritairement des personnes premières concernées. La consultation a pris place pendant une journée entière de 9h30 à 15h. 42 personnes ont participé, dont 26 ayant une expérience directe et 16 étant des personnes soit accompagnatrices, intervenantes ou membres de la famille.

Lors de la consultation, les personnes ont été séparées en petits groupes autour de huit tables. Deux (2) questions ont été posées aux participant.e.s, soit : *1- Selon vos expériences, quels sont les dérapages et dérives de l'application de la loi P-38.001 ?* ; et *2- Selon votre expertise, quels sont les bons coups et les alternatives possibles à l'application de la loi p-38.001 ? Avez-vous des recommandations ?*

Nous avons également consigné par écrit une série de témoignages et de recommandations faites par les personnes ayant subi la loi P-38.001 lors de la consultation. L'équipe et le conseil d'administration ont retranscrit les données recueillies lors de cette étape.

---

<sup>14</sup> Voir annexe 1 pour l'affiche de promotion

Une démarche de thématisation a ensuite été menée en regroupant les données sous huit catégories distinctes émanant de la parole recueillie soit :

- 1- Non-respect de la nature exceptionnelle de la loi / critère d'application (dangerosité en raison de l'état mental) ;
- 2- 811/Service d'aide en situation de crise (SASC) ;
- 3- Policiers;
- 4- Professionnels de la santé et système de santé ;
- 5- Impact sur la vie des personnes ;
- 6- Gardes illégales ;
- 7- Non-respect des droits ;
- 8- Processus judiciaire.

Nous avons ensuite retranscrit et regroupé les témoignages de même nature pour synthétiser les données, en prenant soin de rester au plus près de la parole recueillie.

Le chapitre qui suit expose ainsi particulièrement les réponses obtenues à la première question, soit les dérives et dérapages, en suivant les catégories mentionnées. Les recommandations qui émanent des consultations se retrouvent en conclusion et ont été regroupées en quatre volets.

## Dérives et dérapages

Ce chapitre rassemble les résultats des échanges faits lors de la première partie de la consultation, alors que les personnes ont été invitées à discuter des dérives et des dérapages de l'application de la loi. Nous avons regroupé les réponses recueillies en huit sections.

### Non-respect de la nature exceptionnelle de la loi et du critère d'application (dangerosité en raison de l'état mental)

La première constatation faite lors des consultations est à l'égard de l'application abusive de la loi P-38.0001, dans des contextes où un autre protocole aurait dû être appliqué. Le caractère exceptionnel de la loi, étant donné qu'il s'agit d'une loi qui enfreint les droits et libertés des personnes, ne semble pas bien compris par les acteur.trice.s impliqué.e.s. En effet, les témoignages des personnes consultées nous portent à conclure que la loi n'est pas utilisée seulement en dernier recours et pour des motifs sérieux de croire en un danger grave et immédiat, comme ce devrait être le cas.

#### *Non-respect de la nature exceptionnelle de la loi*

Les personnes consultées ont effectivement rapporté des situations dans lesquelles la loi P-38.001 est utilisée par les corps policiers comme un outil de travail plutôt que comme une loi d'exception. Elle est appliquée de manière préventive, souvent trop rapidement et sans qu'il n'y ait une réelle évaluation de l'état de la personne. C'est notamment le cas lorsqu'on juge qu'il y a un risque suicidaire : plutôt que de procéder à une réelle évaluation du risque immédiat et de prendre le temps d'intervenir correctement avec la personne suivant le protocole de crise des intervenant.e.s, les policiers sont prompts à appliquer la loi P-38.001 et à emmener la personne contre son gré.

De plus, les personnes consultées nous ont indiqué que, selon leur expérience, la P-38.001 était également appliquée de manière punitive : on se sert alors du protocole de la loi pour emmener contre son gré une personne qui refuse simplement de coopérer avec le service de police. Les personnes consultées ont affirmé que la situation que vit alors la personne, souvent une situation de crise, ne s'en trouve qu'aggravée et peut conséquemment escalader.

#### *Critère d'application (dangerosité en raison de l'état mental)*

L'évaluation de la dangerosité de la personne, qui est le critère à la base de l'application de la P-38.001, est, d'après les résultats de la consultation, souvent bâclée. En effet, la justification de la dangerosité se fait sur des bases subjectives, et pas toujours par des intervenant.e.s formé.e.s spécifiquement pour l'évaluation du danger que représente une personne. Très rapidement, on voit la personne en crise comme un danger plutôt que comme une personne qui a besoin d'aide.

Les personnes consultées nous ont dit ressentir qu'elles n'ont pas le droit d'être en colère, et que, lors des interventions, la peur vient se rajouter à ce qu'elles ressentent. Ainsi, une personne vivant par exemple un épisode psychotique qui est menottée et emmenée par les policiers vivra, en plus de cet épisode, de la colère et de la peur dues à l'incompréhension de ce qu'on lui fait subir. En conséquence, elle offrira souvent de la résistance au travail des policiers, ce qui sera associé à un état de dangerosité qui n'était pas présent au départ. La colère que ressentent les personnes est, selon les témoignages, souvent perçue comme de la violence latente. On confond ainsi colère, résistance et opposition à l'arrestation avec la notion de danger nécessaire pour l'application de la P-38.001.

L'expérience des répondant.e.s indique que les policiers et policières ne semblent pas prendre le temps de comprendre la situation dans son ensemble lors de leurs interventions. La recherche, par le corps policier, de réponses pouvant justifier l'application de la P-38.001 est souvent vécue par les personnes concernées comme peu objective et proche du harcèlement.

Une fois à l'hôpital, l'intervention faite par le policier ou la policière teinte, selon les personnes concernées, l'évaluation et le traitement qu'elles recevront de la part du psychiatre. Ainsi, on a pu recueillir comme commentaires que non seulement les différent.e.s professionnel.le.s impliqué.e.s dans l'application de la loi P-38.0001 ne communiquent pas suffisamment entre eux et elles, mais que des informations non validées sont également transmises sur l'état de la personne et les gestes qu'elle a pu poser.

Les personnes premières concernées ne ressentent pas, d'après les témoignages recueillis, que leur point de vue est considéré dans le processus. Elles disent ressentir que seuls les points de vue et l'expertise des professionnel.le.s sont pris en compte, au détriment de ce que les personnes vivent ou ont vécu. Elles ne se sentent pas crues, et considèrent que leur discours est discrédité face aux témoignages des divers intervenant.e.s (policiers et policières, infirmiers et infirmières, psychiatres, médecins etc). Les personnes interrogées affirment avoir grand besoin de communiquer, d'être écoutées et entendues. Elles mentionnent à cet égard qu'elles seront, dans le contexte de l'application de la P-38, gardées à l'hôpital après une évaluation très courte par le ou la psychiatre, souvent moins de cinq minutes.

## 811/ Service d'aide en situation de crise (SASC)

Les personnes présentes lors de la consultation ont identifié à plusieurs reprises le manque de transparence flagrant lors des appels avec les intervenant.e.s du service d'aide en situation de crise désigné pour la région de l'Outaouais, le 811. Les personnes nous disent qu'elles ne sont pas mises au courant de l'appel logé à la police par les intervenant.e.s du 811. C'est donc une surprise pour la personne qui est déjà fragilisée par son état mental de voir débarquer chez elle un groupe de policiers armés. Les personnes dénoncent le fait qu'il est difficile d'obtenir un vrai contact humain lors de présence policière. Les personnes nous rapportent que les intervenant.e.s, lors du premier contact téléphonique, n'expliquent pas les prochaines étapes ni les droits de la personne. Elles se sentent souvent dépassées par la suite des choses et il a été mentionné par les personnes présentes qu'elles n'auraient jamais contacté le 811 si elles avaient su qu'elles finiraient à l'urgence contre leur gré. Les personnes veulent parler avec un intervenant ou une intervenante qui est physiquement présent.e sur les lieux de la crise et qui la désamorce plutôt que d'utiliser la loi P-38.001. Selon l'expérience des personnes concernées,

les intervenant.e.s utilisent cette loi comme une marche à suivre systématique et non comme une loi d'exception. Une personne raconte qu'elle s'est fait violemment arrêter par huit policiers, s'est fait sortir de son appartement sans vêtements, complètement nue, plaquée au sol et menottée. Pourtant, elle avait simplement contacté le 811 pour demander de l'aide. L'intervenant avec qui elle parlait ne lui a jamais mentionné l'arrivée de la police. L'appel s'est terminé lorsque les policiers ont défoncé sa porte avec un bélier. La personne n'a plus jamais eu de contact avec le 811.

## Policier.ères

Les personnes qui ont participé à la consultation ont indiqué des enjeux préoccupants dans leurs relations avec les services de police. Tout d'abord, elles notent un grand manque de formation et de connaissances par rapport aux enjeux de santé mentale et, conséquemment, d'empathie de la part des policier.ères lors des interventions. Les personnes interrogées dénoncent notamment un manque de diversité parmi les représentants de la police qui font les interventions, particulièrement l'absence de femmes. Certaines femmes ayant vécu de la violence ne se sentent pas en sécurité avec les hommes policiers et l'intervention peut ainsi aggraver leur état de crise. On mentionne également que les équipes d'intervention mixtes n'offrent pas de services 24h/7, ce qui pose problème à chaque fois qu'une intervention est faite en dehors des heures d'opération.

Le manque de sensibilité et d'empathie de la part des policier.ères se traduit, aux dires des personnes consultées, par des échanges verbaux qui peuvent causer des traumatismes. Les personnes indiquent une perte de confiance envers les services de police. Elles sentent qu'on les traite comme des criminelles, alors que, disent-elles, « la maladie n'est pas criminelle ». On rapporte que l'attitude des policier.ères n'est pas vue comme digne de confiance, puisque les personnes interrogées affirment s'être rendu compte que l'intention des policier.ères était simplement d'arriver à les faire monter dans la voiture pour les amener à l'hôpital et appliquer la P-38.001, et non pas de leur venir en aide et de les accompagner dans leur crise. Elles considèrent également que les policier.ères provoquent parfois volontairement la personne, plutôt que d'avoir une attitude qui viserait à rassurer et faire désescalader la situation. Les personnes se sentent menacées par l'arrivée des policier.ères, s'imaginent qu'elles seront menottées, amenées au poste de police et traitées comme des criminelles.

Ce dont les personnes qui ont subi la P-38.001 témoignent, c'est du caractère humiliant et menaçant de l'intervention des policier.ères. Elles seront menottées et embarquées devant les personnes présentes (voisins, proches, etc.), et notent une utilisation excessive de la force lors des interventions. Dans un cas, alors que l'application de la P-38.001 n'a pas été jugée nécessaire par l'intervenant.e du 811, le policier aurait dit à la personne en crise : « Tu as gagné cette fois-ci », comme s'il s'agissait d'un passe-droit et d'une partie remise. Le fait que les policier.ères soient en uniforme est vu comme une démonstration d'autorité qui peut s'avérer menaçante et instaure un rapport de force immédiat, au détriment de la personne interpellée. Des personnes interrogées considèrent avoir subi des abus de pouvoir de la part des policier.ères, pour lesquels ces dernier.ères ne sont jamais tenu.es responsables. Les personnes considèrent avoir été traitées durement, notamment lorsqu'amenées à l'hôpital en pyjama en plein hiver, ou alors qu'on leur a demandé de se mettre à nu lors de l'application de la loi P-38.001. On rapporte aussi un ratio de policier.ères excessif pour une personne en crise.

De plus, il a été mentionné que le fait que les policier.ères soient armé.es peut causer des dérapages et occasionner des craintes et des réactions fortes de la part de personnes vulnérables et ayant été exposées à des violences armées dans le passé.

Les personnes consultées ont également émis des préoccupations quant au profilage et à la stigmatisation subis lors des interactions avec les membres du corps policier. On indique tout d'abord l'existence d'un système de codification des gens incitant au profilage dans le Grand Gatineau, où, par exemple, V.U. ou personne vulnérable signifierait « grand utilisateur de services policiers ». Des personnes considèrent avoir été stigmatisées en fonction de leur apparence.

Les policier.ères seraient prompt.es à associer l'état de détresse d'une personne à un trouble de santé mentale. Les personnes interrogées affirment avoir constaté également que le diagnostic au dossier de la personne semble influencer directement l'intervention policière.

En somme, dans le contexte d'application d'une loi spéciale qui enfreint les droits et libertés de la personne, le travail des policier.ères est central puisqu'ils et elles représentent souvent la première ligne d'intervention. Le manque de formation et de connaissances des policier.ères en ce qui concerne l'intervention auprès des personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale est sans doute la pierre angulaire des rapports difficiles avec les corps policiers rapportés par les personnes interrogées. Le manque de connaissances mène à la reconduction de stéréotypes et de préjugés entraînant de la stigmatisation et du profilage ; au manque d'empathie et de sensibilité lors des interventions ; à l'utilisation excessive de la force et de la violence verbale dans des contextes où la personne a besoin d'aide et d'accompagnement ; et à l'association rapide entre détresse et dangerosité. Dans ce contexte les interventions policières, d'après les personnes consultées, semblent souvent faire escalader la situation plutôt que de l'apaiser.

## Professionnel.le.s de la santé et système de santé

Les personnes consultées ont mentionné avoir vécu une perte de confiance envers les professionnel.le.s qui étaient responsables de leurs soins pendant l'hospitalisation forcée et un sentiment de perte de contrôle et de repères, d'injustice et d'incompréhension.

Beaucoup ont dénoncé les conditions de vie sur les ailes de santé mentale. Le manque d'intimité a été nommé à plusieurs reprises, que ce soit en lien avec les douches ou les chambres partagées, ce qui nuit au sentiment de sécurité des personnes hébergées. La qualité du sommeil en est aussi affectée, nuisant au rétablissement. De manière presque unanime, les gens ont critiqué la nourriture offerte, la qualifiant de « non nutritive », « insuffisante » et tout simplement « pas bonne au goût ». Une personne a même mentionné avoir perdu 14 livres pendant son séjour. Le fait de se faire confisquer ses effets personnels, comme son cellulaire et ses cartes d'identité, est vécu par plusieurs comme une atteinte à la dignité. Il peut parfois se passer plusieurs jours avant que la personne ait accès à des vêtements de rechange et à une brosse à dents, aggravant ce sentiment. De plus, certaines ont mentionné ne pas avoir eu le droit à des visites pendant leur séjour. Il a été mentionné à plusieurs reprises pendant la consultation que « le contexte d'hospitalisation englobe les conditions idéales pour causer des crises ».

Par rapport aux relations avec le personnel travaillant sur les ailes de santé mentale, l'abus de pouvoir et la déshumanisation des soins ont été soulevés. Les personnes consultées ont noté une différence de traitement entre les personnes qui sont hospitalisées de manière volontaire et celles qui sont en hospitalisation forcée. Il a été question d'un « rapport de force » avec le personnel qui utilise la menace à l'égard des personnes hébergées afin de les « soumettre à leur volonté », comme les « faire taire » ou leur faire prendre leur médication. Parmi les menaces mentionnées, il y a celle d'enlever des privilèges, d'utiliser la contention et de contrôler la nourriture en réduisant les portions ou en interdisant l'accès. Plusieurs ont mentionné avoir été victimes de surveillance abusive, de détournement cognitif (« gaslighting ») et d'agressions physiques. Une personne a même mentionné avoir été obligée de se dévêtir devant le personnel hospitalier. La prise de médication fait souvent partie de ces négociations, ce qui contrevient aux critères libres et éclairés que doit remplir le consentement aux soins. Le manque d'empathie et d'ouverture d'esprit du personnel hospitalier a également été soulevé. Les mesures de contentions et d'isolement ont largement été abordées pendant la consultation. Plusieurs ont mentionné que leur utilisation est « abusive », « dangereuse » et « non-justifiée ». Certains ont parlé de médication « aléatoire », « inadéquate », « rapide », « non-réfléchie » et « impulsive » lors de contention chimique.

Les personnes qui ont vécu ces situations avec le personnel n'ont souvent pas porté plainte, mentionnant la peur de représailles, sous la forme de perte de privilèges et de la diminution de la qualité des services.

La relation avec leur psychiatre a aussi été abordée par les personnes ayant vécu une hospitalisation forcée. La perte de confiance envers celui-ci a souvent été nommée. Il a été question des consultations qui sont trop rapides et qui mènent à une « brochette de diagnostics ». Il a été mentionné que les psychiatres ne voient pas la situation dans son entièreté et individualise les problèmes. Ils ne voient pas l'ensemble des facteurs, comme les déterminants sociaux de la santé, qui pourraient causer un débalancement au niveau du bien-être mentale de la personne. Il a été soulevé que les psychiatres responsabilisent la personne pour l'ensemble de ses problèmes. Les personnes dénoncent les situations hors de leur contrôle, telles que la pauvreté ou l'insalubrité d'un logement, comme facteurs affectant leur santé mentale. Le savoir de la personne sur sa propre situation n'est pas pris en compte. Plusieurs ont également mentionné la surmédicalisation des problèmes, mentionnant que les psychiatres médicalisent des problèmes sociaux et qu'ils prescrivent souvent par précaution, face à l'urgence, sans considérer les effets que la médication pourrait avoir sur la personne. Devant cette façon de faire, plusieurs avaient l'impression que le patient « idéal » est un patient « comateux ». Il a aussi été question des effets secondaires de la médication qui ne sont pas expliqués aux patients. Certaines personnes ont affirmé qu'elles auraient aimé avoir accès à un psychologue plutôt que de prendre autant de médicaments, mais que le service n'était pas accessible.

## Impacts sur la vie des personnes

Les personnes consultées ont fait état de nombreuses répercussions de l'application de la loi P-38 dans leur vie intime, familiale et sociale, et d'un bris de confiance envers les services.

On note tout d'abord des sentiments négatifs ressentis par la personne envers elle-même, comme la honte. On rapporte que la stigmatisation vécue est omniprésente, y compris à l'hôpital : la dangerosité de la personne, bien que subjective, la définira désormais, fera partie de son identité pour les personnes qu'elle côtoiera. Les témoignages indiquent ainsi que les personnes se sentent considérées comme des "personnes marginales qui nuisent à la société" et qui doivent être enfermées.

Les personnes interrogées ont affirmé que leur réputation s'en trouvait entachée, même auprès de leurs proches, ce qui nuit notamment aux liens familiaux. Les proches prendront parfois des décisions ayant un impact important sur la vie des personnes premières concernées, par peur et manque de soutien et de connaissances, alertés par l'association entre troubles de santé mentale et dangerosité.

Les personnes qui ont vécu l'application de la loi P-38.001 soutiennent être victimes de profilage ; une fois que la loi a été appliquée, la personne serait en effet considérée d'emblée comme dangereuse. Une personne aurait ainsi plus de chance de vivre d'autres hospitalisations forcées une fois qu'elle a vécu l'application de la P-38.001. Les personnes consultées soutiennent que le fait d'avoir un dossier étoffé par les interventions policières dans un contexte de profilage est vécu comme une perte de pouvoir sur leur vie. Elles ont également mentionné qu'un processus de marginalisation s'enclenche souvent suite à l'application d'une P-38.001.

En contexte d'hospitalisation forcée, les personnes consultées soutiennent qu'il n'y a pas de possibilité de "continuer sa vie", de répondre à ses obligations, de poursuivre un emploi. Le fait notamment que les durées d'hospitalisations, dans le cas des gardes autorisées et surtout d'autorisations judiciaires de soins, ne soient pas déterminées de manière précise peut affecter l'employabilité de la personne. Les personnes témoignent du fait que les gardes en établissement ont tendance à mener à des autorisations judiciaires de soins, ce qui les fait craindre que toute garde résulte en un long séjour à l'hôpital. Certaines personnes ont ainsi perdu leur emploi suite à l'application d'une P-38.001, ce qui les a conduits à vivre en situation d'itinérance. S'il est difficile de conserver un emploi dans ces conditions, les personnes consultées affirment qu'il est encore plus compliqué de se trouver un nouveau travail : la vérification des antécédents judiciaires nuit au retour à l'emploi dans certains secteurs d'activités.

La perte de confiance envers les institutions qui découle de la stigmatisation vécue et de la perte de pouvoir sur leurs vies résultant de l'application d'une P-38.001 a des incidences graves sur la santé des personnes. Les personnes que nous avons consultées ont affirmé qu'elles préfèrent souvent ne plus se rendre à l'hôpital pour des problèmes de santé physique, de peur d'être mises sous garde. Elles éviteront également d'avoir recours à la police si elles se sentent menacées, de peur de se retrouver elles-mêmes incriminées. Des personnes ayant été hospitalisées ont témoigné du fait qu'elles avaient appris à modifier leur discours pour naviguer dans les services : elles ne diront rien sur la manière dont elles se sentent (ni à leurs proches ni au personnel soignant ou aux intervenant.e.s) par crainte de se retrouver sous garde à l'hôpital.

## Gardes illégales

Certaines personnes présentes lors de la consultation ont mentionné avoir été victimes de gardes illégales. En Outaouais, cette situation se produit souvent, sinon à chaque fois, qu'une personne hospitalisée de manière volontaire mentionne son désir de quitter. Parfois la personne a vu sa garde être levée et demande ensuite de quitter, et, dans d'autres cas, elle n'a jamais été mise sous garde. Le protocole de mise sous garde en établissement du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), mentionne que la personne hospitalisée sur une aile de santé mentale doit obtenir l'autorisation d'un médecin avant de quitter. La personne ne peut pas refuser de voir le médecin, le personnel ayant la consigne de ne pas la laisser partir tant qu'elle ne l'a pas rencontré. Il peut ensuite se passer plusieurs heures et parfois même une journée complète avant que la personne rencontre le psychiatre, qui la laissera partir, la convaincra de rester ou la mettra en garde préventive.

Cette façon de faire ne respecte pas la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui mentionne le droit au consentement aux soins et à l'hébergement. Elle ne respecte pas non plus les droits de la personne conférés à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et à la Charte canadienne des droits et libertés, comme le droit à la liberté, l'inviolabilité et l'intégrité.

Devant son refus de voir un psychiatre, une personne qui ne représente pas de danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental devrait pouvoir quitter l'hôpital (après avoir signé un refus de traitement). Dans les cas où elle remplirait les critères de dangerosité, elle devrait être mise en garde préventive immédiatement par un ou une professionnel.le ayant le pouvoir de le faire, à défaut de quoi elle devrait être autorisée à quitter.

## Non-respect des droits

Dans le cadre de l'application de la loi P-38.0001, il est primordial que les droits de la personne soient respectés et donc connus de la personne concernée et de tous les acteurs impliqués. Or, on note de graves manquements au respect des droits dans le processus, découlant notamment d'un manque de connaissances et de formation. On constate que le manque d'information sur les droits des personnes en P-38.001 est souvent nommé.

Tout d'abord, il ressort de la consultation une méconnaissance des droits des personnes hospitalisées par le personnel hospitalier. Cette méconnaissance est vécue, par les personnes interrogées, comme une omission visant à exercer sur elles une forme de contrôle.

Les droits qui ne sont pas respectés, en contexte d'hospitalisation, sont multiples. On rapporte tout d'abord des manquements relatifs aux droits en lien avec les traitements. Les personnes interrogées indiquent qu'on leur impose souvent la prise de médication, sans qu'on ait informé les personnes sur la médication qu'on souhaite leur administrer et sans rechercher leur consentement ni respecter leur droit de refuser les traitements (droit à consentir aux soins). À cet égard, les personnes consultées mentionnent que la prise de médication est souvent utilisée comme moyen de négociation par le psychiatre, en échange de la levée de la garde.

On rapporte aussi des manquements au droit à la participation au plan de soins par la personne concernée. Les personnes interrogées affirment en être plus souvent exclues, ou simplement informées.

Le droit à l'information est également malmené. Les personnes concernées affirment ne pas recevoir d'explications ou d'informations sur le processus dans lequel elles sont investies malgré elles. Elles ne reçoivent pas d'information sur les recours qui sont à leur portée et mentionnent également qu'on ne leur a pas fourni les ressources nécessaires pour qu'elles puissent rejoindre un avocat. Les personnes ne sont, souvent, pas informées en premier lieu qu'elles peuvent être représentées par un avocat dans ce processus, pourtant judiciairisé.

On rapporte également des manquements aux droits à la vie privée et à la confidentialité. De plus, les personnes concernées indiquent qu'elles n'ont pas pu communiquer avec des proches lors de leur hospitalisation. Elles disent notamment vivre l'interdiction d'accès à leur téléphone cellulaire comme une manière de les empêcher de communiquer.

Ainsi, la personne qui est amenée contre son gré lors de l'application de la loi P-38.001 se retrouve le plus souvent, selon les personnes qui l'ont vécu et qui ont participé à la consultation que nous avons menée, dans un contexte d'hospitalisation où ses droits ne sont pas respectés. Elle ne reçoit pas l'information à laquelle elle a droit concernant le processus et le parcours qui l'attend ; elle ne reçoit pas l'information sur la médication qu'on lui administre, parfois contre son gré (on ne recherche pas son consentement) ; elle ne se voit pas intégrée à son plan de soins ; on ne lui fait pas part de ses droits et recours dans le contexte ; on la prive de son droit de communiquer avec ses proches ; on ne lui indique pas qu'elle a le droit d'être représentée et on ne lui fournit pas les informations pour qu'elle puisse joindre un avocat.

## Processus judiciaire

Les personnes qui ont participé à la consultation dénotent des manquements relatifs au bon déroulement du processus judiciaire.

En premier lieu, elles dénoncent une situation dans laquelle elles sont le plus souvent convoquées hâtivement à la cour, sans respect des délais prévus par la loi. Certaines personnes affirment, par exemple, qu'on les a convoquées en cour quinze minutes seulement avant l'audition, sans qu'elles aient pu déjeuner, alors qu'elles étaient encore endormies, bref, qu'elles n'ont pas pu se préparer même minimalement à leur audience et alors qu'elles ne se considéraient pas en état d'aller en cour. De plus, certaines personnes ont affirmé avoir reçu les rapports psychiatriques seulement une heure avant l'audition, ce qui les a privées de la possibilité de préparer leur défense, même lorsqu'elles étaient représentées par un.e avocat.e.

La question de la représentation en cour est un enjeu qui préoccupe les personnes interrogées. Elles affirment ne pas se sentir impliquées ou accompagnées par les avocat.e.s de l'aide juridique, auxquels elles ont accès le plus souvent. Les personnes interrogées remettent en question l'efficacité des avocats et avocates de l'aide juridique en contexte de garde ; elles notent que les personnes représentées par des avocat.es privé.es reçoivent une meilleure défense que celles qui font affaire avec l'aide juridique. On mentionne même la présence d'une justice à deux vitesses, en fonction des moyens financiers que l'on peut mettre, ou pas, dans sa défense. On indique que « sans argent, les droits ne seront pas reconnus ». Les personnes

concernées mentionnent également la difficulté, de manière générale, de rejoindre un avocat, surtout en contexte de garde. De plus, elles dénoncent un ton paternaliste de la part des juges, qui cherchent selon elles à utiliser leurs jugements pour « donner une leçon » plutôt que permettre à la personne d'avoir accès aux soins appropriés.

## Conclusion et Recommandations

Nos analyses nous ont permis de constater l'inefficacité des soins de santé mentale lorsque la personne y est contrainte par la force, et ce durant tout le processus de l'application de la loi P-38.001. Dès l'intervention des policier.ères, la personne se sent incomprise, intimidée et menacée. Pendant son passage à l'hôpital et à travers le processus judiciaire, ces sentiments persistent et sont alimentés par un système qui ne la place pas au cœur des décisions la concernant. Tel que démontré par les personnes premières concernées lors de la consultation, la personne verra ses droits bafoués tout au long du processus. Cela affectera sa confiance envers le système de santé et de services sociaux en plus d'avoir un impact négatif important sur ses liens sociaux et son identité.

Malgré un cadre de référence et un protocole rigoureux qui prône l'utilisation exceptionnelle de cette loi, nombreuses sont les occasions où elle est imposée à des citoyen.ne.s de manière abusive en raison de préjugés envers les troubles de santé mentale et d'une incompréhension de la notion de dangerosité qui semble s'exprimer dans les interventions de tou.te.s les professionnel.le.s impliqué.e.s.

À cet égard, nous croyons que ce n'est pas une refonte de la loi qui est nécessaire dans le contexte, mais bien une meilleure application de la loi par tou.te.s les acteur.trice.s concerné.e.s (découlant d'une meilleure compréhension et donc d'un meilleur partage de connaissances et de formations), de meilleurs soins de prévention en santé mentale ainsi que des services de crise mieux adaptés et un suivi externe adéquat pour les personnes ayant été hospitalisées.

Pour ces raisons, l'équipe de DAO et les citoyen.ne.s consulté.e.s désirent remettre au ministre responsable de la santé et des services sociaux, via ce mémoire déposé à l'IQRDJ, une liste de quatre recommandations quant aux enjeux entourant l'*application* de la loi P-38.001. Ces recommandations, qui émanent toutes de la consultation publique et donc des personnes premières concernées, visent 1- une mise en œuvre de la loi qui soit respectueuse des droits des personnes et 2- des soins en santé mentale plus humains.

## Offrir un meilleur accès aux services en santé mentale

- a. Que le CISSS de l'Outaouais se dote d'un centre de jour qui soit sans rendez-vous, offrant un service essentiellement psychosocial, non soumis à un avis ou à une évaluation psychiatrique préalable et basé sur une approche de santé globale intégrant à la médecine la pratique du droit et les sciences sociales, afin d'offrir des soins et des services intégrés et personnalisés aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale ;
- b. Que l'hôpital Pierre-Janet soit pourvu d'une urgence régionale exclusivement pensée en fonction des urgences psychiatriques ;
- c. Qu'un meilleur suivi soit déployé à la fois pour les personnes qui vivent une situation de crise et pour les personnes qui sortent de l'hôpital : organiser un continuum de soins qui est axé sur les besoins réels de la personne, en tenant compte de l'importance de l'alliance thérapeutique dans le rétablissement (soins en continu avec un.e même intervenant.e, soit psychologue, travailleur.se social.e, art-thérapeute, ergothérapeute, etc.) ;
- d. Que des hébergements de crise incluant du soutien psychologique soient déployés sur tout le territoire de l'Outaouais ;
- e. Que des équipes mixtes en intervention soient disponibles 24h/7 (s'inspirer des meilleures pratiques, notamment *l'Escouade 24h/7* du Bas St-Laurent) ;
- f. Développer une meilleure mixité des approches communautaires et hospitalières, en reconnaissant leur complémentarité et en finançant les organismes communautaires à la hauteur de l'implication qui leur est demandée.

## Offrir une formation adéquate aux policiers qui appliquent la loi P-38.001

- g. Que le cursus scolaire des techniques policières soit modifié afin de prévoir des formations en intervention psychosociale et en santé mentale d'au moins 45h par session (soit un cours obligatoire par session) ;
- h. Que les corps policiers provinciaux et municipaux soient dotés d'une politique de formation continue par des équipes pluridisciplinaires en santé mentale et concernant l'application raisonnée de la loi P-38.0001 ;
- i. Qu'une plus grande rigueur dans l'application du caractère exceptionnel de la loi soit faite.

## Offrir plus de formation aux intervenants psychosociaux sur les droits en santé des personnes psychiatisées

- j. Que l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des psychologues du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les CISSS/CISSUS mettent sur pied une formule souple et ciblée de formation continue sur l'éthique d'intervention, les droits des usagers, les effets secondaires des médicaments et les obligations déontologiques. Ces formations seraient destinées principalement aux omnipraticiens, aux psychiatres, au personnel infirmier et aux travailleurs sociaux œuvrant dans les services de crise, de santé mentale et d'urgence ;
- k. S'assurer, par des mécanismes concrets, que les personnes reçues à l'hôpital soient toujours bien informées de leurs droits et de la situation dans laquelle elles se trouvent et qu'on mette à leur disposition les ressources nécessaires pour contacter des proches, un avocat et pour entreprendre des recours si nécessaires.

## Offrir plus de services de promotion et de prévention en santé mentale dans la communauté et soutenir les alternatives

- l. Que des services de première ligne soient déployés en se basant d'abord sur les déterminants sociaux de la santé ;
- m. Que le réseau fasse la promotion, soutienne et développe les mesures alternatives à l'hospitalisation ;
- n. Qu'il y ait un meilleur filet social pour les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale ;
- o. Que soient favorisés les services d'écoute, les lieux d'échanges et les services de prévention dans les milieux de vie et la communauté ;
- p. Que soit favorisé l'accès à l'extérieur et à des environnements calmes et sécurisants, notamment par l'établissement de maisons de répit supervisées en campagne intégrant des services de soutien mixtes, sur une base volontaire, pour les personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale ;
- q. Que les organismes communautaires soient financés à la hauteur de l'implication qui leur est demandée.

# Bibliographie

## Documents cités

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DE DROITS EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC (2024). *Mémoire sur le projet de loi 66, présenté à la Commission sur la santé et les services sociaux*, en ligne, [https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2024/09/memoire-pl66\\_agidd-smq.pdf](https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2024/09/memoire-pl66_agidd-smq.pdf)

DROITS-ACCÈS DE L'OUTAOUAIS (2014). *Changer nous ferait tous du bien : Bilan sur l'état des droits en santé mentale en Outaouais*, en ligne [https://droitsaccs.com/wpcontent/uploads/2016/06/DroitsAcc%C3%A8s\\_2014\\_Changer-nous-ferais-tous-du-bien.pdf](https://droitsaccs.com/wpcontent/uploads/2016/06/DroitsAcc%C3%A8s_2014_Changer-nous-ferais-tous-du-bien.pdf)

INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME SUR LE DROIT ET LA JUSTICE (2024). *Appel à mémoires portant sur les enjeux entourant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P38)*, en ligne, <https://iqrdj.ca/docs/Appel-memoire-IQRDJ-P-38.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2018). *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 – Gardes en établissement de santé et de services sociaux*, en ligne <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2020). *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*, en ligne <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-37W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, en ligne <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2024). *Pour la promotion, le respect et la défense de droits en santé mentale. Cadre de référence*, en ligne, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-37W.pdf>

### Législation

p38.0001 *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.Q. 1998, en ligne, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-38.001>

### Articles de journaux

Fleury, Élisabeth (2020). "Problèmes de santé mentale et violence : un lien à éviter, rappelle une psychiatre", *Le Soleil*, en ligne, <https://www.lesoleil.com/2020/11/03/problemes-de-sante-mentale-et-violence-un-lien-a-eviter-rappelle-une-psychiatre-198314527108bcb225a32d358e3ed807/>

Lagacé, Patrick (2020). "L'hôpital psychiatrique à ciel ouvert", *La Presse*, en ligne, <https://www.lapresse.ca/actualites/2020-09-02/l-hopital-psychiatrique-a-ciel-ouvert.php>

Robidas, Pascal (2023). "La santé mentale est au coeur des homicides qui ont secoué Montréal en 2023", *Radio-Canada*, en ligne, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1964574/montreal-sante-mentale-meurtre-homicide-drames-familiaux#:~:text=Crimes%20et%20d%C3%A9lits-,La%20sant%C3%A9%20mentale%20est%20au%20c%C5%93ur%20des,ont%20secou%C3%A9%20Montr%C3%A9al%20en%202023&text=Les%20cinq%20premiers%20homicides%20survenus,un%20probl%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20mentale.>

## Annexe 1

Publication de la consultation publique

# CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES HOSPITALISATIONS FORCÉES

**VOUS AVEZ SUBI UNE  
HOSPITALISATION  
FORCÉE ?**

**ON VEUT VOUS  
ENTENDRE !**

**15 MAI 2024 - 9H30 À 14H00**

**DÎNER FOURNI ET RÉMUNÉRATION  
SYMBOLIQUE SUR INSCRIPTION**

**25 RUE LAURIER, GATINEAU,  
MAISON DU CITOYEN, SALLE  
DES FÊTES**



# CONSULTATION PUBLIQUE SUR LES HOSPITALISATIONS FORCÉES



EN MAI 2023, LE GOUVERNEMENT A DÉLÉGUÉ L'INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE AFIN DE REVOIR LA LOI P-38.001, SOIT CELLE SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI, ET SON APPLICATION.

CETTE CONSULTATION CITOYENNE A POUR OBJECTIF DE RÉCOLTER LA PAROLE COLLECTIVE DES PERSONNES AYANT SUBI DES HOSPITALISATIONS FORCÉES, AFIN DE VEILLER À CE QUE LEUR SAVOIR EXPÉRIENTIEL SOIT MIS À L'AVANT-PLAN ET CONSIDÉRÉ AU MÊME TITRE QUE LE SAVOIR DES DIT.E.S EXPERT.E.S ET PROFESSIONNEL.LE.S LORSQU'IL EST QUESTION DE RÉFORMER LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE.



## Annexe 2

Témoignage d'une personne ayant vécu l'application de la loi P-38.0001 présente à la consultation publique du 15 mai 2024

### **L'agression**

Tout a basculé le jour de l'agression. Un coup violent au front et soudain, le monde devient flou. Quarante-huit heures dans un brouillard total, ma vision volée par une commotion cérébrale. Chaque seconde de ces deux jours s'est gravée dans ma mémoire, nourrissant une angoisse qui allait bientôt tout engloutir.

Quand la lumière est revenue, j'ai cru que le pire était passé. Je ne savais pas encore que ces heures d'obscurité n'étaient que le prélude à une tempête intérieure bien plus dévastatrice.

### **L'appel à l'aide**

L'appel était inévitable. Le téléphone pèse lourd dans ma main alors que je compose le numéro de mon médecin. Ma gorge est serrée par un mélange toxique de honte et d'anxiété. Les souvenirs de la veille me hantent : mon fils de dix ans, innocent bouc émissaire de ma rage incontrôlée, victime de mes hurlements pour une futilité, mes mots tranchants comme des lames. Après la tempête, je me retrouve vidé, les yeux noyés de larmes amères.

La culpabilité me ronge. Comment ai-je pu perdre le contrôle à ce point ? Mon fils, mon précieux enfant, ne méritait pas ça. Je me sens comme un monstre, incapable de maîtriser mes propres émotions. Désespéré, je tente l'impossible : expliquer l'inexplicable à mes enfants. Je suis désolé, mes trésors. Papa ne va pas bien depuis l'agression au travail. Je ne me comprends pas...Pardonnez-moi, je vous aime.

Les mots sonnent creux à mes propres oreilles. Comment peuvent-ils comprendre, quand moi-même je suis perdu dans ce labyrinthe de colère et de peur ? Aujourd'hui, cet appel est un S.O.S. Je ne me reconnais plus dans ce miroir brisé. Cette colère qui gronde en moi, ce mépris qui déforme ma vision du monde, même envers mon propre fils... C'est insoutenable. J'explique à mon médecin cet épisode, mentionnant le spectre du stress post-traumatique. Je plaide pour une évaluation psychiatrique urgente, insistant pour que le changement de mes antidépresseurs soit supervisé par un spécialiste.

Deux semaines s'écoulent. Elle me rappelle enfin. Une psychiatre est disponible, mais j'ai déjà un nom en tête et je suis réticent à consulter quelqu'un d'autre. J'accepte malgré tout le rendez-vous, tout en l'avertissant du risque d'échec. La semaine suivante, je franchis le seuil du cabinet. Comme prévu, c'est un désastre. Pour des raisons de confidentialité, les raisons de mon indignation ne peuvent être divulguées. Je perds tout contrôle, quittant les lieux dans une tornade de fureur. La porte claque si fort que les murs en tremblent, mes insultes résonnant dans la salle d'attente médusée.

De retour chez moi, l'hilarité nerveuse cède la place à un désarroi abyssal. Le monde m'apparaît comme une vaste conspiration dont je ne saisis ni le début ni la fin.

### **Première intervention policière**

Soudain, on frappe à ma porte. Non, on COGNE. Ce bruit intense et insistant résonne encore dans ma tête; depuis ce jour, ma sonnette me fait sursauter exagérément. Je descends, le cœur battant la chamade, pour découvrir deux policiers. Leur présence me déstabilise. Ils m'expliquent être venus vérifier mon état, la psychiatre les ayant alertés de mon départ dangereux; cette accusation me heurte profondément. Ma réaction est viscérale. Je crie si fort qu'une dent se brise net. La vue des quatre voitures de police devant chez moi attise mon indignation. Cette démonstration de force me semble insultante.

Une fois le calme revenu et la majorité des véhicules partis, j'explique ma situation aux policiers restants et à l'intervenant social. Ma voix tremble encore d'émotion. Je leur confie, presque suppliant, que ma fille joue dans une pièce de théâtre dans trois heures. « Je dois y être », je murmure, « je lui ai promis ». Cette promesse devient mon ancre dans la tempête. Ils m'écoutent avec compréhension, me conseillant de consulter si mon mal-être persiste. J'acquiesce, reconnaissant malgré tout leur professionnalisme.

Plus tard, à la représentation de ma fille, mon esprit vagabonde. La nuit qui suit est un calvaire d'insomnie, chaque minute s'étirant en une éternité d'angoisse.

### **Deuxième intervention policière**

Au matin, vidé, je compose le 8-1-1 pour un soutien psychologique. Une jeune intervenante, malgré son inexpérience, trouve les mots justes pour me sortir de ma paralysie mentale. Impulsivement, je réserve une chambre d'hôtel. Mon appartement chaotique m'étouffe. J'ai besoin de répit, et les enfants pourront profiter de la piscine. Une parenthèse avant d'affronter le désordre en faisant le ménage. L'après-midi, ma médecin rappelle. Je lui raconte le fiasco de la consultation. Évoquant mon stress post-traumatique, j'entends un soupir agacé suivi d'un « Pffff! Ton stress post-traumatique! »

C'est l'étincelle qui met le feu aux poudres. J'explose : « Quoi MON stress post-traumatique ? Tu veux que je te le montre? » Je perds tout contrôle, déversant un flot d'insultes et de critiques. Puis, brusquement, ma rage se mue en détresse pure. Je hurle à m'en briser la voix : « Au secours ! Je ne me comprends plus ! J'ai besoin d'aide ! » Je répète ce cri du cœur, encore et encore, comme si ma vie en dépendait.

Emporté par ma rage, je continue sur ma lancée accusatrice. Soudain, je m'apprête à lâcher un reproche si excessif, si aberrant, que les mots se figent dans ma gorge. Ma phrase reste en suspens, laissant place à un silence assourdissant. Trois secondes s'écoulent, lourdes comme du plomb. Ma médecin brise ce moment suspendu : « OK Je dois raccrocher, mais je te rappelle dès que possible ». Sa voix trahit une inquiétude mal dissimulée.

### **La suite**

Seul face à ma détresse, l'anxiété me ronge les entrailles. Cette situation ne cesse de s'envenimer, me poussant dans mes derniers retranchements. Dans une tentative désespérée de trouver un semblant de paix, j'allume un joint dans mon salon. Une idée me traverse l'esprit : appeler cet ami d'enfance avec qui j'ai renoué contact il y a deux semaines via Facebook. Quinze ans de silence effacés par quelques clics. L'ironie de la situation ne m'échappe pas : reprendre une amitié dans ces circonstances chaotiques.

La conversation s'engage, fascinante. C'est comme si le temps n'avait pas passé. Nous retrouvons cette complicité d'antan, un baume sur mes blessures récentes.

Soudain, on frappe à ma porte. Ce bruit, le même qu'hier, me glace le sang. Ma vision se rétrécit, comme aspirée par un tunnel obscur. La panique m'envahit, insurmontable. Mon cœur s'emballe, mes mains deviennent moites. Une seule pensée tournoie dans mon esprit embrumé : « les policiers! Encore ! »

Ce cognement, si anodin en temps normal, résonne à présent comme le glas de ma santé mentale. Je reste figé, le combiné à la main, suspendu entre passé et présent, entre amitié retrouvée et terreur renouvelée. J'interromps brusquement ma conversation avec mon ami d'enfance : « attends deux minutes, on frappe à ma porte ». Ma voix trahit mon anxiété grandissante. Cette fois, la panique m'envahit totalement. J'ouvre la porte pour découvrir six policiers massés sur mon petit balcon d'entrée. Instinctivement, je fais un pas dehors, cherchant à évaluer l'ampleur de la situation. Encore quatre ou cinq voitures de police stationnées! À peine ai-je franchi le seuil qu'un agent se glisse derrière moi, fermant ma porte et me bloquant l'accès.

Je me retrouve encerclé.

La confusion s'empare de moi. Mon esprit s'emballe, cherchant désespérément une explication à ce déploiement de forces. Une pensée terrifiante me traverse : et si je saisisais une arme ?

Je remarque que tous les policiers sont positionnés du côté où leurs armes sont rangées, tandis que je suis au centre. Mais je me ravise immédiatement, conscient de l'horreur qui pourrait en découler.

Connaissant la loi P-38, je suis convaincu de ne pas représenter un danger pour moi-même ou pour autrui. Les insultes proférées envers ma médecin n'étaient en aucun cas des menaces de mort. Cette situation me paraît surréaliste, comme un vaste complot.

Paniqué et me sentant en danger de mort, je prends une décision impulsive : je baisse mon pantalon (gardant mes sous-vêtements) et lève les mains, criant : « Je n'ai pas d'armes ! Je n'ai pas d'armes! » Au loin, j'aperçois l'intervenant de la veille, absorbé par son téléphone.

Je suis persuadé de pouvoir désamorcer la situation par le dialogue. Mais il n'en est rien. Dans un mouvement synchronisé, les policiers me maîtrisent, m'allongeant ventre à terre, deux genoux s'enfoncent dans mon dos avec une telle force que ma respiration devient laborieuse. Je reste immobile, comprenant que le processus de la P-38 est irrémédiablement enclenché.

Deux agents assis sur mes jambes me font intentionnellement mal en les frottant contre la surface rugueuse du balcon. Je crie au policier qui entre dans mon appartement que je ne veux pas qu'il y pénètre. Il me répond de me calmer et qu'il va simplement chercher mes clés.

Ils m'aident à me relever. Je reformule ma demande, espérant qu'on me libère des menottes pour remonter mon pantalon avant de descendre les marches et d'entrer dans la voiture. Le policier au bas des marches me répond d'un air hautain et moqueur : « Envoye, monte-les tes culottes! »

Son sourire, d'une bêtise et d'un mépris sans nom, me glacent le sang. Je regarde ses collègues, consterné, et je ne peux que constater la honte qui se lit sur leurs visages, témoins involontaires de cette scène surréaliste.

Deux policiers me soutiennent pour éviter une chute dans les escaliers, mon pantalon toujours au niveau des mollets. Écœuré par la situation, je décide que ma coopération s'arrête là. Je me laisse tomber, rendant leur tâche plus ardue pour me conduire à la voiture.

Une fois à l'intérieur du véhicule, j'entends quatre policiers converser et rire de bon cœur, comme si de rien n'était. Leur attitude insouciante me dégoûte profondément, contrastant violemment avec l'horreur de ce que je vis. Menotté, je suis rapidement transporté aux urgences de Gatineau. En route, je demande au policier la raison de cette P-38. Sa réponse me sidère : « tu devrais y penser à deux fois avant de menacer de mort un médecin ». Je suis abasourdi. Jamais, au grand jamais, je n'ai proféré de menaces de mort. Des insultes, des cris, certes, mais jamais de propos homicides.

### **L'hospitalisation**

La suite des événements concerne le processus d'admission en milieu psychiatrique, un domaine que je connais relativement bien. Pour des raisons de confidentialité, certains détails resteront sous silence. À mon arrivée aux urgences, j'interpelle un officier, lui donnant le nom d'un intervenant qui devrait être en service ce jour-là. Comme par miracle, je le vois apparaître. Étrangement, il se présente avec une civière réservée aux cas psychiatriques sévèrement agités et dangereux, les contentions déjà en place, prêtes à l'emploi immédiat. Cette procédure est normalement réservée aux cas extrêmes.

Abasourdi, je regarde l'intervenant. D'une voix calme, les larmes aux yeux, je lui explique que les policiers ont refusé de me laisser remonter mon pantalon, soulignant l'absurdité pathétique de la situation. Il me demande de monter calmement, m'assurant que tout ira bien. À peine allongé, je suis contentonné sans comprendre pourquoi.

On me conduit dans l'aire d'évaluation de l'urgence. Tout le personnel défile devant moi, tandis que six agents de sécurité forment une haie, me fixant alors que je suis en sous-vêtements, attaché à ma civière.

Je pensais avoir atteint le summum de l'humiliation, mais ce n'était que le début.

Exposé en sous-vêtements devant le personnel, je suis laissé dans cette situation humiliante pendant un temps interminable. À bout de forces, je finis par supplier qu'on me couvre d'un drap, mon humanité réduite à néant. Écœuré par les événements des dernières 36 heures, je décide d'utiliser la seule arme qui me reste : ma voix. Je me mets à chanter à pleins poumons (*Les zombies du cœur*), y mettant toute ma douleur et ma frustration.

Connaissant le système, je sais qu'un comportement extrêmement dérangeant me vaudra une salle privée. Je chante donc en fixant les médecins droits dans les yeux, obtenant finalement le « traitement VIP » que j'espérais. Une fois isolé, je réalise qu'il est 16h15 et que je devais récupérer mes enfants à l'école.

Paniqué, je demande un téléphone pour prévenir l'école ou mon ex. Malgré mes supplications, je n'y aurai accès qu'à 20h, alors que je suis arrivé vers 15h.

L'attitude du personnel est consternante. La préposée chargée de ma surveillance use de menaces et d'intimidation. Pire encore, la coordonnatrice de l'hôpital pousse l'abomination jusqu'à menacer de me placer dans un lieu où j'ai vécu une agression, sachant pertinemment que j'en ai développé un syndrome post-traumatique.

Je passe au minimum six heures en contention, sans que personne ne vienne vérifier l'état de ma peau ou m'offrir de l'eau. Finalement transféré à l'étage, on m'oblige à dormir sur un matelas en plastique sans drap, après m'avoir laissé contentonné deux ou trois heures supplémentaires alors que je chantais : « Je ne suis pas une menace pour moi ou pour les autres, je vais collaborer, venez me détacher ».

J'aurai finalement eu, deux heures plus tard, la permission de dormir dans un vrai lit pour bien finir ce conte de fées. Malheureusement, pour des raisons d'anonymat, énormément d'événements encore plus dégradants n'auront pas pu être divulgués.

### **Conclusion réflexive**

Cette épreuve a laissé des cicatrices profondes, non seulement sur mon corps mais aussi sur mon esprit. J'ai découvert l'extrême vulnérabilité de l'individu face à un système qui, bien que conçu pour protéger, peut facilement devenir oppressant et déshumanisant. Cette expérience m'a forcé à questionner la nature de l'autorité, de la compassion et de la justice dans un cadre où les notions de dignité et de droits semblent souvent reléguées au second plan. Elle m'a également ouvert les yeux sur l'importance de la santé mentale et sur les lacunes criantes de notre système de soins. Il est tragique que des gens puissent se retrouver en pareilles situations, où leur douleur et leur souffrance sont méprisées ou mal comprises.

Cette histoire, bien que pénible à revivre, est une tentative de mettre en lumière la nécessité de réformes dans les protocoles de traitement, en particulier pour les personnes en détresse psychologique.

### **Appel à l'Action**

Je lance un appel à tous : aux professionnels de la santé, aux autorités et à chaque citoyen. Il est impératif de créer un système plus humain, plus compréhensif, et plus respectueux des droits des personnes vulnérables. Il est temps de revoir nos méthodes, de former nos intervenants à l'empathie et à la gestion des crises avec dignité et respect. Chacun de nous a un rôle à jouer pour s'assurer que personne ne traverse ce que j'ai vécu et que ceux qui souffrent trouvent l'aide et non l'humiliation dont ils ont besoin.

Il est essentiel de promouvoir une culture où la santé mentale est prise au sérieux et où l'on ne craint pas de demander de l'aide. Ensemble, nous pouvons construire un système qui respecte la dignité de chaque individu et qui, en fin de compte, sauve des vies.

Mettons fin à la répression systémique en santé mentale!



Institut Québécois  
de Réforme  
du Droit et  
de la Justice

### **FORMULAIRE D'INFORMATION**

Nom de l'organisme, institution, groupe

RESSOURCE D'AIDE ET D'INFORMATION EN DÉFENSE DES DROITS DE L'ABITIBI-  
TÉMISCAMINGUE (RAIDD-AT)

AUTRICE: FRANCE RIEL

---

MÉMOIRE SUR LA LOI P-38.001 ET RECOMMANDATIONS POUR UNE RÉFORME EN  
ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

---

OCTOBRE 2024

---

Résumé :

CE MÉMOIRE ANALYSE LES DYSFONCTIONNEMENTS ET LES ABUS DANS  
L'APPLICATION DE LA LOI P38.001 AU QUÉBEC, PLUS PRÉCISÉMENT EN ABITIBI-  
TÉMISCAMINGUE. A TRAVERS LES TÉMOIGNAGES RECUEILLIS LORS DES  
CONSULTATIONS AINSI QUE DES RÉFLEXIONS ISSUES DE LA JOURNÉE RÉFLEXION  
2024 OÙ 33 PERSONNES SE SONT RÉUNIS DE TOUTE LA RÉGION 08 ABITIBI-  
TÉMISCAMINGUE.

#### **Confidentialité**

J'accepte que mon mémoire soit rendu public : Oui / Non

J'accepte que mon mémoire soit cité dans le rapport final de l'IQRDJ : Oui / Non

Signature  
*France Riel*

**Mémoire en réponse à l'appel à mémoire sur la révision de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui**

**Soumis par :**

**RAIDD-AT (Ressource d'Aide et d'Information en Défense des Droits)**

**Directrice générale : France Riel**

**Octobre 2024**

## Table des matières

Introduction :	3
1. Présentation de la RAIDD-AT et son rôle en Abitibi-Témiscamingue	3
2. Le contexte québécois de la Loi P-38.001 et les problématiques identifiées	3
2.1. La notion de "dangerosité" et ses dérivés	4
2.2. Les conditions d'hospitalisation et le consentement éclairé	4
2.3. L'influence médiatique et la stigmatisation des troubles mentaux	4
3. Recommandations pour une réforme efficace de la Loi P-38.001	4
3.1. Clarification de la notion de dangerosité	4
3.2. Approches alternatives à l'hospitalisation	4
3.3. Formation et sensibilisation des intervenants	5
3.4. Suivi post-hospitalisation	5
Conclusion :	5
Référence et Annexe :	5
Annexe	6
Consultation Régionale Loi P-38.001 Démystifier les enjeux et porter la Parole collective	7
L'influence des médias :	8
Déroulement de la journée :	8
Application et Dérapages de la Loi P-38.001	8
L'influence des médias :	9
Analyse des Médias et de la Réalité	9
Exercice sur les perceptions des grands titres dans les médias ici dans la Région 08 Abitibi-Témiscamingue :	10
Priorités Avant la Garde en Établissement	11
Priorités Pendant la Garde en Établissement	11
Priorités Après la Garde en Établissement	12
Plénière : Analyse des Ateliers sur la Loi P-38.001	12
Témoignages sur le déroulement de la journée de concertation	13

# **Mémoire sur la Loi P-38.001 et recommandations pour une réforme en Abitibi-Témiscamingue**

## **Résumé :**

Ce mémoire analyse les dysfonctionnements et les abus dans l'application de la Loi P-38.001 au Québec, plus précisément en Abitibi-Témiscamingue. À travers les témoignages recueillis lors des consultations menées par la RAIDD-AT, ainsi que des réflexions issues de la Journée Réflexion 2024, ce mémoire identifie les lacunes dans l'interprétation de la notion de "dangerosité" et l'influence stigmatisante des médias. À partir de cette analyse, plusieurs recommandations concrètes sont proposées pour une réforme : clarification des critères de dangerosité, développement d'alternatives à l'hospitalisation, et amélioration du suivi après la sortie de l'hôpital. Ce mémoire vise à concilier la protection des droits fondamentaux des usagers avec la nécessité de soins appropriés et humains.

---

## **Introduction :**

La Loi P-38.001, adoptée pour protéger les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou autrui, joue un rôle crucial dans la gestion des crises en santé mentale. Cependant, son application actuelle montre des failles importantes, notamment dans la région d'Abitibi-Témiscamingue. Ce mémoire, élaboré par la RAIDD-AT, analyse les impacts de cette loi sur les droits des personnes hospitalisées sous contrainte et propose des pistes de réforme adaptées aux réalités locales. En nous basant sur les consultations récentes et le Rapport 2024 de la Journée Réflexion, nous mettrons en lumière les enjeux majeurs, tels que l'interprétation de la notion de dangerosité et la stigmatisation des troubles mentaux, afin de proposer des solutions concrètes.

---

## **1. Présentation de la RAIDD-AT et son rôle en Abitibi-Témiscamingue**

La RAIDD-AT (Ressource d'Aide et d'Information en Défense des Droits) est un organisme communautaire autonome de la région d'Abitibi-Témiscamingue, qui se consacre à la défense des droits des personnes en situation de vulnérabilité, en particulier celles ayant des problèmes de santé mentale. Son rôle est multiple : elle soutient les usagers à travers l'accompagnement, la sensibilisation et la formation des intervenants, tout en jouant un rôle critique dans les débats autour des lois encadrant la santé mentale. En collaboration avec d'autres organismes et des instances publiques, la RAIDD-AT s'efforce de rendre le cadre législatif plus équitable pour les usagers

---

## **2. Le contexte québécois de la Loi P-38.001 et les problématiques identifiées**

La Loi P-38.001 encadre l'hospitalisation des personnes dont l'état mental est jugé

dangereux pour elles-mêmes ou autrui. Cependant, les témoignages et analyses issus des consultations organisées par la RAIDD-AT mettent en évidence des dysfonctionnements récurrents dans l'application de cette loi, particulièrement en Abitibi-Témiscamingue.

### **2.1. La notion de "dangerosité" et ses dérives**

Une des problématiques majeures soulevées concerne l'absence de critères précis pour définir la dangerosité. En raison de ce flou, des comportements non conformes, qualifiés de "dérangeants", peuvent être assimilés à une menace, menant à des hospitalisations abusives. Ce phénomène est aggravé par l'influence des médias, qui tendent à stigmatiser les personnes atteintes de troubles mentaux en les associant à des comportements violents. Cette stigmatisation nuit non seulement à la perception publique, mais aussi à la capacité des intervenants à juger objectivement des situations de crise.

### **2.2. Les conditions d'hospitalisation et le consentement éclairé**

Un autre enjeu récurrent est le manque de consentement éclairé et d'information durant l'hospitalisation. Nombreux sont les usagers qui se retrouvent hospitalisés sans véritablement comprendre les démarches en cours ou sans avoir été informés de leurs droits. En Abitibi-Témiscamingue, la situation est exacerbée par le manque de centres de crise accessibles, ce qui contraint les professionnels à utiliser l'hospitalisation forcée comme unique solution.

### **2.3. L'influence médiatique et la stigmatisation des troubles mentaux**

L'analyse des consultations a mis en évidence l'impact des représentations médiatiques sur la perception des troubles mentaux et leur association avec la violence. Cette stigmatisation conduit à un renforcement des pratiques oppressives, comme l'application abusive de la Loi P-38.001, exacerbant la marginalisation des personnes atteintes de maladies mentales.

---

## **3. Recommandations pour une réforme efficace de la Loi P-38.001**

À la lumière des constats précédents, il est impératif d'opérer une réforme de la Loi P-38.001, en prenant en compte les réalités vécues par les usagers de la santé mentale en région.

### **3.1. Clarification de la notion de dangerosité**

Il est crucial de clarifier les critères entourant la notion de "dangerosité". Une distinction nette entre comportements dérangeants et réels dangers devrait être intégrée dans la loi, afin de prévenir les abus liés à l'hospitalisation forcée. Le concept de "dérangerosité", développé par les usagers de services, permettrait de limiter les hospitalisations basées sur des interprétations subjectives.

### **3.2. Approches alternatives à l'hospitalisation**

Le manque de ressources alternatives à l'hospitalisation, notamment en région, est un

obstacle majeur à une gestion humaine et respectueuse des crises en santé mentale. Des centres de crise, ouverts 24h/24, et des approches innovantes, telles que les centres d'apaisement, devraient être développés pour permettre une prise en charge avant l'hospitalisation

### **3.3. Formation et sensibilisation des intervenants**

Les intervenants du secteur de la santé doivent être mieux formés aux approches alternatives à la coercition et à la gestion des situations de crise. La formation continue, en collaboration avec les organismes communautaires, permettrait de promouvoir des interventions respectueuses des droits des usagers et plus efficaces sur le long terme.<sup>1</sup>

### **3.4. Suivi post-hospitalisation**

Un suivi rigoureux après la sortie de l'hôpital est essentiel pour éviter les rechutes. Les témoignages recueillis montrent qu'un grand nombre de personnes hospitalisées de force se retrouvent sans soutien après leur hospitalisation, ce qui augmente le risque de nouvelles crises. Il est donc recommandé d'établir des plans de services individualisés et de nommer des intervenants pivot pour accompagner les usagers dans leur réintégration sociale.

---

### **Conclusion :**

Ce mémoire met en lumière les défaillances de la Loi P-38.001 en matière de protection des droits des usagers de la santé mentale, notamment dans la région d'Abitibi-Témiscamingue. Les recommandations proposées visent à garantir une application plus juste et humaine de la loi, en prenant en compte la nécessité d'une définition plus claire de la dangerosité, ainsi que le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Une réforme de cette loi est urgente afin d'améliorer les conditions de vie et de rétablissement des personnes en souffrance psychique<sup>2</sup>

---

### **Référence et Annexe :**

1. Témoignages des personnes hospitalisées sous contrainte  
<https://raiddat.org/ressources/publications/>
2. Articles médiatiques analysés et leur impact sur la perception publique  
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1963457/prevention-aide-proches-communautaire-famille-crise-violence-amqui>
3. Références légales sur la Loi P-38.001 et son évolution  
<https://raiddat.org/ressources/garde-en-etablissement/>
4. Rapport Consultation Régionale Loi P-38.001 Démystifier les enjeux et porter la Parole collective.

---

<sup>1</sup> . L'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) est un site web du MSSS qui permet aux médecins, employés et partenaire de participer gratuitement à de la formation en ligne. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP) ainsi qu'Outil d'aide à la décision de la mise en application de la LPP

<sup>2</sup> Rapport Consultation Régionale Loi P38.001 Démystifier les enjeux et porter la Parole Collective Annexe

## **Annexe**



Le 18 septembre 2024

RAIDD-AT

France Riel, directrice générale

### **Consultation Régionale Loi P-38.001 Démystifier les enjeux et porter la**

#### **Parole collective**

#### **Ressource d'aide et d'information en défense des droits (RAIDD-AT)**

Le 17 septembre 2024, la RAIDD-AT a organisé une consultation cruciale sur la loi P-38.001, intitulée « Démystifier les enjeux et porter la parole collective ». Cet événement a été animé par Claudia Barabé, chargée de projet pour ReprésentACTION smQ et aux communications de l'AGIDD-SMQ, ainsi que par Steven Collin-Basquill de l'AGIDD-SMQ, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. La rencontre a rassemblé 36 participants, incluant 22 personnes directement concernées, 11 partenaires communautaires et 3 intervenants du réseau de la santé.

L'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) a été mandaté par le gouvernement pour conduire les travaux qui pourraient mener à une réforme de la loi P-38.001, une législation portant sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. Dans ce cadre, plusieurs étapes sont prévues, notamment la consultation des instances concernées, un grand forum réunissant divers acteurs (psychiatres, avocats, juges, et personnes concernées), ainsi que la réception de mémoires.

La participation des personnes concernées est essentielle pour faire entendre leurs voix et s'assurer que leurs expériences et préoccupations soient intégrées dans le processus de réforme. En mai 2023, le gouvernement a chargé l'IQRDJ de revoir cette loi, soulignant l'importance d'une consultation active des utilisateurs de services en santé mentale. L'AGIDD-SMQ a ainsi mandaté l'Association pour veiller à ce que les personnes vivantes ou ayant vécu des problèmes de santé mentale soient pleinement représentées, via le projet ReprésentACTION smQ. Cet atelier vise à récolter la parole collective de ceux ayant subi des gardes en établissement, afin que leur savoir expérientiel soit valorisé au même titre que celui des experts et professionnels lors de la révision des services en santé mentale.

Cette démarche représente une étape importante vers une prise de parole collective et démocratique, essentielle pour garantir que les réformes envisagées soient en adéquation avec les réalités vécues par les personnes concernées.

### **L'influence des médias :**

La représentation des problèmes de santé mentale dans les médias influence significativement la perception du public et des décideurs. Ce mémoire vise à explorer cette dynamique en confrontant les idées reçues véhiculées par les médias à la réalité vécue par les personnes souffrant de troubles mentaux, en s'appuyant sur des points soulevés par des membres de la communauté lors d'une discussion dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

### **Déroulement de la journée :**

#### **Historique de la Loi P-38.001**

Avant l'instauration de la Loi P-38.001, la Loi sur la protection du malade mental de 1972 constituait le cadre législatif applicable. Cette loi stipulait que « une personne ne peut être admise en cure fermée à moins que son état mental ne soit susceptible de mettre en danger la santé ou la sécurité de cette personne ou la santé ou la sécurité d'autrui » (Légis Québec, 1998). À partir de 1992, des réflexions et discussions ont émergé sur la nécessité d'une réforme, notamment grâce à l'implication de l'AGIDD-SMQ et de la Fédération de parents, qui plaidait pour une loi permettant d'hospitaliser sans ordonnance les individus jugés menaçants. Les médecins psychiatres ont également exprimé leur soutien à cette approche, arguant que les procédures judiciaires étaient trop complexes pour répondre aux besoins de soins immédiats. Des recherches menées par des universitaires et des avocats spécialisés ont été réalisées, posant les bases pour une consultation citoyenne en 1995 qui a mobilisé plus de 700 participants à travers le Québec. Ce processus a conduit à l'élaboration de la Loi P-38.001, qui vise à protéger les personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, tout en respectant leurs droits fondamentaux. Cette loi marque une avancée notable dans le domaine de la santé mentale, soulevant des questions cruciales concernant l'équilibre entre la protection des droits individuels et la nécessité de soins appropriés.

#### **Application et Dérapages de la Loi P-38.001**

L'application de la Loi P-38.001, bien qu'initialement conçue comme un outil de protection, a révélé plusieurs dérapages significatifs, tels que soulignés dans le document de l'AGIDD-SMQ intitulé *La garde en établissement : une loi de protection, une pratique d'oppression*. Quatre principaux dérapages sont identifiés : le caractère exceptionnel de la loi, le droit à l'information et à la représentation légale, le consentement libre et éclairé aux soins, ainsi que l'interprétation

floue du concept de dangerosité immédiate pour soi-même ou pour autrui. Cette dernière notion, en particulier, reste non définie dans la loi, ce qui engendre une utilisation abusive du terme dans les situations concrètes.

Le concept de « dérangerosité », élaboré par les personnes utilisatrices de services ayant vécu les implications de la P-38.001, illustre bien ce phénomène. Il fait référence à des comportements perçus comme « dérangeants » —tels que parler à voix haute dans la rue ou contester des procédures—qui sont souvent interprétés à tort comme dangereux, renforçant ainsi des pratiques oppressives. Comme le souligne l'AGIDD-SMQ, des comportements créatifs ou innovants peuvent également être considérés comme problématiques, ce qui ouvre la porte à une réévaluation nécessaire des critères d'application de cette loi.

### **L'influence des médias :**

La représentation des problèmes de santé mentale dans les médias influence significativement la perception du public et des décideurs. Cette consultation vise à explorer cette dynamique en confrontant les idées reçues véhiculées par les médias à la réalité vécue par les personnes souffrant de troubles mentaux, en s'appuyant sur des points soulevés par des membres de la communauté lors d'une discussion dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

### **Analyse des Médias et de la Réalité**

1. **Difficulté d'hospitalisation contre leur gré** Les médias soulignent souvent la complexité de l'hospitalisation des personnes en détresse. Pourtant, la réalité démontre qu'il est possible de garder en observation des individus présentant un haut degré de dangerosité. La mise en place de procédures claires permet une gestion efficace, loin des stéréotypes véhiculés.
2. **Rôle de la médication et de l'hospitalisation** L'idée que seule la médication ou l'hospitalisation peut apaiser une crise est répandue. Cependant, des alternatives existent, telles que les centres de crise et les initiatives de soutien préventif. Le manque de financement pour ces ressources souligne une lacune importante dans le système de santé mentale.
3. **Contrôle des personnes malades** Les médias souvent évoquent la nécessité de mesures coercitives comme la P-38. Toutefois, des autorisations judiciaires de soins et des approches alternatives existent, notamment en Europe, où des environnements thérapeutiques innovants sont proposés.
4. **Sortie des patients de l'hôpital** La perception que les patients sont trop rapidement libérés est fréquente. En réalité, la décision de maintien en hospitalisation dépend d'une évaluation judiciaire, mais le suivi et le soutien après la sortie demeurent insuffisants en raison de contraintes de ressources.
5. **Dangerosité des personnes avec des problèmes de santé mentale** Les médias tendent à stigmatiser ces individus en les présentant comme dangereux. La réalité est bien différente : ils sont souvent plus à risque de se blesser eux-mêmes que de représenter une menace pour autrui.

6. **Violence et santé mentale** La notion que les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sont responsables d'une majorité des actes de violence est erronée. En réalité, ces individus sont plus souvent victimes de violence, et les statistiques montrent que les taux de violence sont comparables à ceux de la population générale.

**Exercice sur les perceptions des grands titres dans les médias ici dans la Région 08 Abitibi-Témiscamingue :**

Points ressortis lors de la participation des membres participants présent face à cette perception :

<b>Médias</b>	<b>Réalité région 08 Abitibi-Témiscamingue</b>
<b>1. Difficile d'hospitaliser les personnes contre leur gré</b>	Possible de garder quelqu'un qui présente un haut degré de dangerosité, et ce n'est pas magique la garde en hôpital.  (Procédé pas difficile en réalité)
<b>2. Juste la médication et l'hospitalisation peuvent calmer une crise</b>	Il y a les centres de crise, et il faudrait créer des centres d'apaisement (avant la crise), avec des alternatives financées.
<b>3. Pas d'autres options que la P-38 pour contrôler la personne malade</b>	Existents des autorisations judiciaires de soins, ainsi que des contentions physiques et chimiques, reconnues par l'ONU comme torture.  Des hôpitaux psychiatriques en Europe créent des lieux d'accueil autour de l'hôpital pour offrir des alternatives
<b>4. On laisse partir trop facilement les personnes de l'hôpital</b>	Il faut un juge pour décider de l'hospitalisation, mais le soutien après dépend des ressources disponibles.
<b>5. Les personnes vivant avec des problèmes de santé mentale sont dangereuses</b>	Non, elles sont plus souvent violentes et dangereuses pour elles-mêmes.
<b>6. Il y a beaucoup de violence commise par des personnes ayant des problèmes de santé mentale</b>	La proportion de violence est la même que chez ceux sans problèmes de santé mentale; ce sont souvent des victimes plutôt que des agresseurs

Cet exercice met en lumière l'écart entre la représentation médiatique et la réalité des enjeux de santé mentale. Il est crucial de travailler à une meilleure compréhension des problématiques afin de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir des solutions adaptées. Les médias ont un rôle essentiel à jouer dans cette dynamique, en favorisant une information nuancée et responsable. Pour un changement positif, il est impératif d'investir dans des ressources communautaires et des approches innovantes qui tiennent compte des véritables besoins des personnes concernées.

### **Priorités Avant la Garde en Établissement**

**Lors de l'Atelier 1**, plusieurs priorités ont été mises en avant par les participants pour améliorer la situation avant la garde en établissement. Tout d'abord, **désamorcer la crise** est crucial. Les participants ont souligné l'importance d'impliquer les proches, qui peuvent jouer un rôle essentiel en apaisant la personne en détresse et en facilitant la communication. Une intervention délicate et empathique de la part des policiers et des intervenants est également nécessaire, car une approche trop froide ou factuelle peut compromettre la confiance et aggraver la situation.

Ensuite, il est primordial d'**envisager des alternatives à l'hospitalisation**. Avant de recourir à la garde, il est essentiel d'explorer toutes les options possibles pour gérer la crise. Les participants ont évoqué la nécessité de collaboration entre policiers, intervenants et familles pour créer un climat de dialogue et de soutien, minimisant ainsi la perception de danger.

Enfin, les participants ont insisté sur l'importance d'une **meilleure communication** entre toutes les parties impliquées, y compris les intervenants, les policiers et les proches. Un manque de suivi et de coordination a été identifié comme un obstacle majeur, soulignant que des rencontres préalables entre ces groupes pourraient améliorer la gestion des crises et réduire le recours à la garde. En somme, la mise en œuvre de ces priorités pourrait non seulement prévenir des situations d'hospitalisation forcée, mais également favoriser un environnement de confiance et de respect pour les personnes en crise.

### **Priorités Pendant la Garde en Établissement**

**Lors de l'Atelier 2**, les participants ont souligné plusieurs priorités essentielles à respecter pendant la garde en établissement. Tout d'abord, le **consentement aux soins**, y compris pour la médication et les examens, est fondamental. Les participants ont insisté sur l'importance d'informer les personnes concernées de leurs droits et des procédures en cours, en veillant à ce qu'elles comprennent le consentement à la médication. La présence d'un proche de confiance est également primordiale pour offrir un soutien émotionnel et assurer que la personne se sente accompagnée tout au long du processus.

De plus, les participants ont mis en avant la nécessité d'améliorer les **conditions de vie en milieu hospitalier**. Actuellement, le manque d'activités et d'interactions humaines rend l'expérience des personnes internées souvent inhumaine. Ils ont également souligné l'importance d'établir un **lien de confiance avec les proches**, car ceux-ci peuvent fournir des informations cruciales sur la situation de la personne et contribuer à un environnement moins stressant.

Enfin, les participants ont exprimé des préoccupations concernant la **formation des policiers** et des intervenants. Ils ont recommandé d'accroître leur sensibilisation aux nuances de la loi P-38.001, afin de mieux gérer les situations d'urgence sans recourir à la contention, qui devrait être un dernier recours. Un manque de communication et de coopération a également été identifié comme un obstacle à une gestion efficace des cas récurrents, mettant en évidence la nécessité d'une concertation entre les divers acteurs impliqués pour garantir des soins respectueux et éclairés.

### **Priorités Après la Garde en Établissement**

**Lors de l'Atelier 3**, les participants ont identifié plusieurs priorités essentielles à mettre en œuvre après la garde en établissement. Tout d'abord, un **suivi structuré** après la sortie est crucial. Les participants ont souligné que de nombreuses personnes sortent sans filet de sécurité et que les intervenants ne sont souvent pas informés de leur sortie, laissant ainsi ces individus, souvent encore fragiles, sans soutien. Il est impératif d'assurer un **accès à divers services**, y compris des aides d'urgence, un soutien au logement et des références vers des ressources externes adaptées aux besoins de chaque individu.

La question de la **stigmatisation liée à la P-38.001** a également été mise en avant, car elle entraîne une marginalisation des personnes concernées, compliquant leur accès à des ressources essentielles. Les participants ont souligné la nécessité d'une **concertation** entre les différents acteurs afin de garantir que les personnes soient informées de leurs droits et des services disponibles. Il a été recommandé de créer des protocoles permettant aux proches de s'impliquer davantage, tout en respectant la confidentialité, pour s'assurer que le soutien social soit présent et efficace.

Enfin, il a été noté qu'il est essentiel de **démystifier la P-38.001** et d'encourager les discussions autour de cette loi pour réduire la peur et la gêne associées. Les participants ont proposé d'informer les individus des ressources disponibles, de leur fournir une documentation claire et de les aider à élaborer des plans de soutien pour faciliter leur réintégration dans la communauté. Un suivi proactif et une sensibilisation accrue des professionnels et des proches sont donc cruciaux pour améliorer le parcours de ces personnes après leur garde en établissement.

### **Plénière : Analyse des Ateliers sur la Loi P-38.001**

La journée de réflexion sur la Loi P-38.001 a mis en lumière les avancées et les enjeux associés à la protection des droits des personnes en santé mentale. Cette loi, bien qu'étant un progrès significatif, soulève des dilemmes complexes concernant la liberté individuelle et la nécessité de soins appropriés. Les discussions ont souligné l'importance d'un dialogue inclusif entre tous les acteurs concernés, afin de garantir une approche respectueuse et éclairée.

Un point central des ateliers a été le concept de « dérangerosité », introduit par des personnes utilisatrices de services. Ce terme fait référence à des comportements jugés « dérangeants » — comme parler à voix haute dans la rue—qui peuvent être interprétés comme dangereux, menant à des pratiques oppressives. Cette situation appelle à une réévaluation des critères

d'application de la loi, en considérant que des comportements créatifs ne devraient pas être pathologisés.

Les discussions ont également révélé un écart significatif entre la représentation médiatique des enjeux de santé mentale et la réalité vécue par les personnes concernées. La stigmatisation est un problème majeur, et il est crucial d'œuvrer pour une meilleure compréhension des enjeux afin de promouvoir des solutions adaptées. Les médias ont un rôle clé à jouer en fournissant une information nuancée et responsable.

Les participants ont insisté sur l'importance d'améliorer la communication entre les intervenants, les policiers et les proches. Un manque de suivi et de coordination a été identifié comme un obstacle majeur, ce qui souligne la nécessité de rencontres préalables pour mieux gérer les crises et réduire le recours à l'hospitalisation forcée.

Des recommandations ont également été faites concernant la formation des policiers et des intervenants, pour les sensibiliser aux nuances de la P-38.001. Une gestion efficace des situations d'urgence devrait privilégier des approches moins coercitives, évitant le recours à la contention qui devrait rester un dernier recours.

Enfin, il est essentiel de démystifier la P-38.001 et de favoriser des discussions ouvertes autour de cette loi pour réduire la peur et la gêne qui l'entourent. Informer les individus sur les ressources disponibles et les aider à établir des plans de soutien sont des étapes cruciales pour faciliter leur réintégration dans la communauté. Un suivi proactif et une sensibilisation accrue des professionnels et des proches sont indispensables pour améliorer l'expérience des personnes après leur garde en établissement, favorisant ainsi un environnement de confiance et de respect.

### **Témoignages sur le déroulement de la journée de concertation**

La journée de concertation régionale sur la Loi P38.001 a suscité de nombreux témoignages positifs, mettant en lumière l'importance des échanges et de la collaboration. Les participants ont souligné la qualité des interventions, qui ont renforcé leur confiance dans les services offerts, ainsi que l'humour et la légèreté qui ont agrémenté les présentations. L'animation interactive, notamment à travers des sketchs et des ateliers, a facilité la compréhension des enjeux, tout en permettant à chacun de s'exprimer dans un cadre respectueux. Cependant, plusieurs participants ont souhaité un meilleur équilibre entre présentation et discussion, exprimant le besoin de plus de temps pour poser des questions et échanger des idées. Des points d'amélioration ont également été notés, notamment concernant la gestion des allergies alimentaires et la visibilité des supports de présentation. Enfin, des suggestions ont été formulées pour approfondir la réflexion sur la loi P38, notamment par le biais d'exemples concrets et d'ateliers adaptés à différents groupes d'âge. Cette journée a ainsi permis d'amorcer un dialogue constructif, tout en posant les bases pour des rencontres futures enrichissantes.



**France Riel**, Directrice Générale, RAIDD-AT

*Réflexions et recommandations  
depuis la Gaspésie...*



*Pour une application*

*plus respectueuse, plus humaine et  
plus rigoureuse de la Loi P-38.001*

*Rédigé par Karyne Boudreau*

*pour*

*Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie-Les Îles*

*Date : 30 novembre 2024*

## Table des matières



<b>SANTÉ MENTALE - GASPÉSIE-LES ÎLES</b> .....	1
Introduction.....	3
1. Mission et historique de DRSM GÎM.....	4
2. « La perte de liberté, ça se questionne », une étude révélatrice !.....	5
3. Portrait de situation en Gaspésie .....	6
4. Analyse comparative, bonnes pratiques et témoignages.....	6
5. Recommandations pour réduire le recours à la Loi P-38.001 .....	9
PREMIÈRE RECOMMANDATION/DES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ.....	9
DEUXIÈME RECOMMANDATION/UNE PSYCHIATRIE PLUS HUMAINE .....	9
TROISIÈME RECOMMANDATION/PLUS DE RIGUEUR SVP .....	10
QUATRIÈME RECOMMANDATION/UN RESPECT STRICT DE LA LOI P-38.001.....	10
CINQUIÈME RECOMMANDATION/INCLURE LES PERSONNES CONCERNÉES .....	10
6. Conclusion.....	11
Bibliographie .....	12

## **Introduction**

Rédigé par Karyne Boudreau, directrice générale de Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie–Les Îles (DRSM GÎM), ce mémoire s’inscrit dans le cadre de l’appel lancé par l’Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) pour une réflexion approfondie sur la Loi P-38.001. Bien qu’il résulte d’une rédaction individuelle, ce document repose sur un travail collectif : il s’appuie sur des lectures, des consultations avec les membres de l’équipe de DRSM GÎM, du conseil d’administration, et de divers partenaires communautaires.

La démarche a également inclus des échanges avec d’autres gestionnaires d’organismes similaires, des membres des forces policières appliquant la P-38 sur le territoire gaspésien, ainsi que des gestionnaires, soignants et intervenants du réseau de la santé de la région. Enfin, et surtout, notre réflexion a été enrichie par des rencontres de personnes vivant avec un problème de santé mentale et confrontées directement aux réalités de l’application de cette loi.

*Alors que cet appel à mémoire vise à moderniser la législation pour mieux répondre aux réalités contemporaines et aux besoins des personnes touchées, notre opinion est claire : la Loi P-38.001 n’a pas besoin d’être réinventée. Ce qui s’impose, c’est une application plus rigoureuse, humaine et respectueuse des droits fondamentaux. Trop souvent, son usage dévie de ses objectifs initiaux, au détriment des personnes qu’elle prétend protéger.*

Ce mémoire a notamment pour ambition d’identifier les lacunes persistantes dans l’application de la loi P-38 et de formuler des recommandations concrètes. En nous appuyant sur des données régionales, des témoignages directs et une analyse comparative des bonnes pratiques, nous souhaitons offrir une contribution critique et constructive à cette consultation. Notre objectif est de proposer des solutions ancrées dans le respect des droits de la personne, adaptées aux réalités de la Gaspésie, mais également applicables à un contexte provincial plus large.

## **Remerciements**

Nous tenons d’abord à remercier l’Institut québécois de réforme du droit et de la justice pour cette consultation et l’opportunité de partager notre perspective sur cette question cruciale. Nous espérons que ce mémoire contribuera à des réformes significatives pour un système de santé mentale plus humain et respectueux des droits.

Nous souhaitons aussi exprimer notre profonde gratitude à l’équipe de travail de l’AGIDD-SMQ ainsi qu’à celle de ReprésentACTION SMQ, pour l’accompagnement précieux offert aux régions, dont la nôtre, dans la démarche de consultation et la rédaction du présent mémoire. Leur expertise, leur disponibilité et leur engagement envers la défense des droits des personnes vivant avec un problème de santé mentale ont grandement enrichi notre réflexion et contribué à structurer nos propositions et le présent mémoire. Grâce à leur soutien, ce document porte non seulement notre perspective régionale, mais s’inscrit aussi dans une vision collective pour une application plus humaine et juste de la Loi P-38.001.

## **1. Mission et historique de DRSM GÎM**

Fondé en 1994, Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie–Les Îles (DRSM GÎM) célèbre cette année 30 ans d’engagement au service des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Cet organisme communautaire autonome est né d’un besoin criant : celui de répondre aux inégalités, aux discriminations et aux violations des droits humains, dans le domaine de la santé mentale.

### *Une mission enracinée dans la réalité du terrain*

Depuis trois décennies, DRSM GÎM s’appuie sur une approche ancrée en région, sur le terrain, pour accompagner des milliers de citoyens dans la défense de leurs droits, la reconnaissance de leur dignité et leur accès à des services respectueux et équitables. Nos interventions quotidiennes nous permettent de constater les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant un problème de santé mentale, qu’il s’agisse de l’accès limité aux services, de la stigmatisation persistante ou des mécanismes institutionnels inadaptés à leurs besoins.

L’organisme agit non seulement comme un pilier de soutien individuel, mais aussi comme une force collective pour sensibiliser la population, promouvoir une meilleure compréhension des réalités vécues et militer en faveur de politiques publiques inclusives. Ce travail de terrain, combiné à des partenariats avec d’autres acteurs communautaires et institutionnels, a permis de construire une expertise reconnue en santé mentale et en défense des droits humains.

### *La pertinence de notre étude de 2014*

En 2014, DRSM GÎM a mené une étude phare sur l’application de la Loi P-38.001 en Gaspésie, une démarche qui reste à ce jour l’un des projets les plus structurants de notre organisme. Ce travail a mis en évidence des lacunes majeures dans l’application de cette loi, notamment en ce qui concerne le respect des droits procéduraux, le manque d’alternatives communautaires et les effets délétères de l’hospitalisation forcée sur les personnes concernées.

Les constats de cette étude ont non seulement renforcé notre conviction quant à la nécessité d’un changement systémique, mais ont également contribué à orienter nos actions sur le terrain. À travers des recommandations concrètes, cette recherche a éclairé les décideurs et sensibilisé la population à l’importance d’une approche plus humaine, rigoureuse et respectueuse des droits.

### *Un avenir fondé sur l’expérience et l’innovation*

En célébrant nos 30 ans, nous réaffirmons notre mission d’accompagner les individus dans la compréhension et l’exercice de leurs droits, tout en construisant des ponts entre les citoyens, les institutions et les décideurs. Nous croyons fermement que l’expérience et la voix des personnes premières concernées doivent être au cœur des réformes et des solutions, et nous continuerons de militer pour un système de santé mentale plus juste, inclusif et respectueux.

## **2. « La perte de liberté, ça se questionne », une étude révélatrice !**

En novembre 2014, Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie–Les Îles a publié un rapport issu d'une étude approfondie sur l'application de la Loi P-38.001 en Gaspésie entre 2006 et 2012. Ce document, utilisé par l'IQRDJ dans le cadre de son exercice actuel, offrait une analyse détaillée et des recommandations concrètes pour améliorer l'application de la loi dans la région. Bien que vous ayez ce rapport en main, nous souhaitons ici souligner ses principaux constats et conclusions, sans reprendre l'intégralité de son contenu.

### *LES CONSTATS*

#### *Augmentation des gardes en établissement*

Une hausse significative des hospitalisations sous garde a été observée, en décalage avec la stabilité de la population. Ce recours accru est souvent attribué à l'absence d'alternatives locales, telles que des centres de crise ou des services de soutien communautaire.

#### *Méconnaissance des droits*

De nombreuses personnes interrogées ignoraient leurs droits fondamentaux, notamment leur possibilité de contester une mise sous garde. Les procédures judiciaires, souvent expéditives, ont renforcé ce sentiment de perte de contrôle.

#### *Stigmatisation persistante*

Les préjugés envers les troubles de santé mentale restent omniprésents dans la région, influençant à la fois les décisions institutionnelles et la perception publique des personnes concernées.

#### *Impact psychologique des hospitalisations forcées*

Les témoignages ont mis en lumière des conséquences graves sur la santé mentale des individus, notamment un sentiment de trahison, une perte de confiance envers les institutions, et une exacerbation des crises initiales.

### *LES CONCLUSIONS CLÉS :*

#### *Besoin urgent d'alternatives communautaires*

L'absence de services en amont, tels que des centres de crise, exacerbe les situations de crise et rend l'hospitalisation forcée souvent inévitable.

#### *Formation et sensibilisation*

Les professionnels de la santé, du droit et de la sécurité publique doivent être formés pour mieux comprendre la Loi P-38.001 et limiter les abus ou malentendus liés à son application.

#### *Révision des pratiques procédurales*

Les procédures judiciaires entourant les mises sous garde doivent être révisées pour garantir une application plus juste et respectueuse des droits, incluant un accès systématique à une représentation juridique pour les personnes concernées.

### **3. Portrait de situation en Gaspésie**

L'étude de 2014 a mis en évidence un système inadapté à la réalité régionale et a appelé à des réformes urgentes pour assurer une meilleure protection des droits et une prise en charge plus humaine des personnes vivant une situation de crise. Cependant, les statistiques obtenues auprès du CISSS de la Gaspésie entre 2018 et 2023 révèlent certains faits inquiétants.

#### *Un recours croissant à la coercition*

Si nous comparons les chiffres de 2012 avec ceux de 2023, nous remarquons une augmentation significative de 67,86 % des mises sous garde préventive en Gaspésie, et ce malgré une population stable. Cette augmentation reflète une dépendance persistante à l'hospitalisation forcée pour répondre aux crises de santé mentale, souvent par défaut, en l'absence de solutions alternatives comme les centres de crise ou les équipes mobiles d'intervention.

#### *Taux d'approbation élevé des gardes*

Malheureusement, il est évident qu'en Gaspésie, l'application de la Loi P-38 se fait sans grande difficulté lorsqu'il s'agit de contraindre une personne à l'hospitalisation. Pour illustrer cette réalité, quelques chiffres suffisent :

- **81,68 % des gardes préventives donnent sur des gardes provisoires autorisées**
- **91,46 % des requêtes pour les mises sous garde provisoire sont acceptées**
- **88,64 % des requêtes pour les mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil reçoivent également l'assentiment d'un juge**

Ces statistiques parlent d'elles-mêmes et soulignent une facilité préoccupante à imposer de telles mesures, souvent au détriment des droits fondamentaux des personnes concernées. Elles démontrent également que la Loi P-38 n'a nullement besoin d'être renforcée. Une application plus humaine, stricte et rigoureuse permettrait non seulement de protéger les droits des personnes en crise, mais également d'assurer la sécurité du public.

#### *L'absence d'alternatives en amont des crises*

La région de la Gaspésie souffre d'un manque chronique de services adaptés. L'absence de centres de crise 24/7, d'équipes multidisciplinaires accessibles sur le terrain et d'espaces de répit contribue à la gestion inadéquate des situations de crise. Ces lacunes exacerbent les tensions entre les intervenants, les familles et les personnes concernées, augmentant ainsi le recours aux mesures coercitives.

#### *La pénurie d'avocats : un facteur aggravant des lacunes procédurales*

La pénurie de juristes en Gaspésie, aggravée par le fait que seuls deux ou trois avocats acceptent de défendre les personnes visées par des mises sous garde, crée un sérieux problème d'accès à la justice. Cette réalité prive souvent ces personnes de leur droit à une défense pleine et entière. De plus, certains départements de santé mentale limitent leur droit à être accompagnées par des intervenants d'organismes d'aide, allant jusqu'à restreindre les contacts ou à dissimuler les coordonnées de ces organismes. Ces pratiques accentuent les inégalités et compromettent l'équité des décisions judiciaires.

#### **4. Analyse comparative, bonnes pratiques et témoignages**

Dans certaines provinces canadiennes, ainsi que dans une région proche de la nôtre, soit le Bas-Saint-Laurent, l'accent est mis sur des alternatives communautaires visant à limiter le recours à l'hospitalisation forcée et à offrir une prise en charge respectueuse et adaptée aux besoins des individus. Ces approches incluent notamment des équipes multidisciplinaires mobiles pour répondre aux situations de crise, des modèles participatifs et des centres de crise accessibles en tout temps.

##### *Équipes mobiles de crise : une intervention de proximité*

Les équipes mobiles, composées de professionnels de la santé mentale et d'intervenants sociaux, jouent un rôle clé dans la gestion des crises psychosociales directement sur le terrain. Ces équipes interviennent rapidement, souvent dans les foyers des individus ou dans leur communauté, ce qui permet de désamorcer les situations avant qu'elles ne nécessitent une hospitalisation. Par exemple, dans certaines régions de la Colombie-Britannique, ces équipes ont démontré leur efficacité en réduisant de manière significative les admissions sous garde.

##### *Unités de crise 24/7 : un soutien immédiat, adapté et inclusif*

Les centres de crise, ouverts en tout temps, offrent une alternative humaine et sécurisante à l'hospitalisation forcée, grâce à des services comme l'écoute active, l'hébergement temporaire et l'intervention spécialisée. Au Bas-Saint-Laurent, ces centres et l'Escouade 24/7 ont réduit la pression sur les urgences psychiatriques tout en renforçant la confiance des usagers envers le système. En Gaspésie, l'étendue du territoire exige un modèle adapté. Un centre unique à Gaspé ne suffirait pas pour répondre aux besoins d'une personne en crise dans la Baie-des-Chaleurs. La mise en place d'équipes mobiles et d'unités de crise, rattachées à des ressources d'hébergement déjà présentes et réparties sur le territoire, pourrait transformer la gestion des crises. Ces approches limiteraient les hospitalisations forcées, réduiraient la stigmatisation et favoriseraient le rétablissement des personnes en détresse.

##### *Modèles participatifs : inclure les usagers dans les décisions*

Les approches participatives placent les usagers au cœur des décisions qui les concernent. Ces modèles, adoptés dans plusieurs provinces canadiennes, impliquent les individus dans l'élaboration de leur plan de traitement, favorisant ainsi leur autonomie et leur adhésion aux soins. La présence efficiente de la démarche ReprésentACTION en Gaspésie pourrait être mise à profit dans une éventuelle réorganisation des services de crise.

*Témoignages : des expériences illustrant aussi la réalité gaspésienne*

Tirés du mémoire de ReprésentACTION Québec, nous nous permettrons ici de reprendre quelques extraits de témoignages qui, bien qu'ils proviennent<sup>1</sup> de personnes d'autres régions du Québec, se rapprochent intimement de récits trop souvent entendus en Gaspésie.

**Chantale N**

**« Après avoir passé 45 minutes à tenter de m'expliquer avec des policiers et des intervenants, que j'aie été amenée à l'hôpital de force, qu'on m'ait contentionnée dans l'ambulance, évidemment que pendant "ma" garde préventive j'étais non seulement en crise, mais aussi en colère ! [...] Rien pour diminuer ma colère. Ma crise n'avait rien à voir avec mon diagnostic ; je suis stable depuis plusieurs années ! »**

**Caroline P**

**« Je suis allée à l'hôpital volontairement parce que je savais que j'avais besoin d'aide. Mais après quelques heures, tout a basculé. On m'a annoncé que je ne pouvais plus sortir parce qu'on m'avait mise sous garde. Je me suis sentie trahie et piégée. Ce que je voulais, c'était de l'aide, pas qu'on me prive de ma liberté. »**

**Marc L**

**« Après une crise de panique, je me suis rendu de moi-même à l'hôpital en pensant qu'ils pourraient m'aider. Mais dès mon arrivée, ils ont décidé que je devais rester sous garde. On m'a enlevé mes vêtements, mes effets personnels et on m'a enfermé dans une pièce froide et stérile. Je me suis senti comme un criminel, pas comme une personne cherchant de l'aide. Ce traitement m'a complètement découragé de retourner chercher du soutien, même si je sais que j'en ai besoin. »**

Ces témoignages mettent en lumière les impacts psychologiques et sociaux négatifs d'une application souvent mal adaptée de la Loi P-38.001. Ces récits révèlent un recours excessif à la coercition, souvent aggravé par des pratiques inhumaines et un manque d'information sur les droits des individus concernés qui décrivent des expériences marquées par la trahison, l'humiliation et la perte de confiance envers le système de santé mentale. Ces pratiques, au lieu de désamorcer les crises, les exacerbent, créant un climat de peur et dissuadant les personnes de chercher du soutien à l'avenir. Ces témoignages appellent à une réforme urgente pour garantir une prise en charge respectueuse, axée sur les besoins des individus, et une application stricte, mais humaine de la Loi P-38.001, favorisant des solutions communautaires et participatives plutôt que coercitives.

---

<sup>1</sup> ReprésentACTION SMQ. (2024). Mémoire sur l'application de la Loi P-38.001 : Témoignages et perspectives des personnes concernées.

## **5. Recommandations pour réduire le recours à la Loi P-38.001**

À l'instar de nos collègues de l'AGIDD-SMQ, nous proposons des axes prioritaires pour diminuer le recours à cette loi d'exception et garantir une meilleure protection des droits des personnes concernées.

### **PREMIÈRE RECOMMANDATION/DÉS SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ**

#### *Élargissement de l'accès aux services de crise*

L'accès aux services communautaires tels que l'hébergement temporaire et l'intervention en face-à-face est une condition essentielle pour réduire l'utilisation de la Loi P-38.001. Actuellement, dans notre région, les services de crise sont insuffisants, pour ne pas dire inexistant dans la pratique, pour répondre aux besoins croissants des citoyens. Il est impératif que les policiers cessent d'intervenir lors d'urgences psychosociales sans avoir l'assistance systématique de personnes spécialisées en intervention lorsque celles-ci ne présentent aucun enjeu de sécurité.

#### *Élimination des listes d'attente en soutien psychosocial*

Les listes d'attente pour accéder au soutien psychosocial en santé mentale sont nombreuses, aggravées par des équipes surchargées et une situation qui dépasse déjà le point de rupture. Cette réalité, commune à plusieurs régions, empêche les interventions en amont des crises. Il est crucial de collaborer avec les groupes communautaires en santé mentale et d'augmenter leur pouvoir d'agir par un meilleur financement, afin de trouver des solutions viables.

### **DEUXIÈME RECOMMANDATION/UNE PSYCHIATRIE PLUS HUMAINE**

#### *Des infrastructures adaptées*

Les urgences psychiatriques et les départements de psychiatrie sont encore trop souvent vétustes et inadaptés aux besoins thérapeutiques des patients. Ces environnements, trop axés sur la sécurité, dissuadent les personnes d'y retourner. Investir dans des infrastructures modernes, adaptées au rétablissement, pourrait réduire la durée et la fréquence des hospitalisations. Dans notre région, ces espaces manquent de ressources et d'activités thérapeutiques, rendant les séjours en psychiatrie particulièrement difficiles.

#### *Respect des besoins des usagers*

Les pratiques, comme l'obligation de porter une jaquette d'hôpital, l'interdiction de téléphones portables ou encore le confinement dans des départements barrés, renforcent la perception d'un traitement punitif. Il est urgent de repenser ces mesures pour les aligner sur une approche respectueuse et centrée sur le rétablissement.

### **TROISIÈME RECOMMANDATION/PLUS DE RIGUEUR SVP**

#### *Un meilleur suivi et une application plus rigoureuse dans l'application*

Depuis 2018, le cadre de référence exige que les établissements rendent compte de l'application de la Loi P-38.001 dans leurs rapports de gestion annuels et lors des séances publiques de leur conseil d'administration. Cependant, cette transparence doit être renforcée par la création d'un tableau de bord provincial public. Ce tableau devrait inclure des données détaillées par région sur les gardes préventives, provisoires et autorisées, ainsi que des indicateurs de conformité, afin d'assurer une application rigoureuse et équitable de cette loi d'exception.

### **QUATRIÈME RECOMMANDATION/UN RESPECT STRICT DE LA LOI P-38.001**

#### *Modifier ou renforcer la Loi serait contreproductif*

Avant d'envisager toute modification de la Loi P-38.001, il est essentiel de garantir son respect strict. Les études menées par les groupes de défense des droits en santé mentale, dont celle d'Action-Autonomie publiée en octobre 2024, montrent une application aléatoire et inéquitable de cette loi. Nous demandons au gouvernement de s'assurer que les principes et mécanismes actuels sont appliqués avec rigueur avant d'introduire tout changement législatif.

### **CINQUIÈME RECOMMANDATION/INCLURE LES PERSONNES CONCERNÉES**

#### *Pour une application humaine et participative de la Loi P-38.001*

Selon notre expérience en Gaspésie, l'ajout de mesures coercitives en santé mentale ne constitue pas une avenue viable. La priorité doit être donnée à des services humains, accessibles dans la communauté, capables d'accompagner les personnes vivant avec un problème de santé mentale de manière respectueuse et adaptée.

Nous pensons également que l'implication des premières concernées est essentielle pour garantir une application adéquate de la Loi P-38.001. En tant qu'expertes de leur vécu, ces personnes sont les mieux placées pour identifier les approches les plus appropriées et efficaces. Les consulter, notamment par l'entremise de la démarche ReprésentACTION, ne se limite pas à obtenir des solutions mieux adaptées : cela brise leur isolement, leur redonne leur autonomie, leur pouvoir d'agir sur leur propre situation et contribue activement à la lutte contre la stigmatisation.

### **SIXIÈME RECOMMANDATION/REPRÉSENTATION D'OFFICE**

#### *La possibilité d'être représenté par un avocat devrait être incontournable*

Pour garantir un meilleur accès à la justice, une procédure devrait être mise en place pour assurer que toute personne mise sous garde en vertu de la Loi P-38.001 puisse automatiquement bénéficier de l'assistance d'un avocat commis d'office s'ils le souhaitent. Il est incompréhensible et inadmissible que ce droit, pourtant accordé aux personnes accusées de crimes, soit refusé à des individus en situation de grande vulnérabilité et qui, la majorité du temps, n'en ont commis aucun. Cette lacune prive ces personnes d'une défense pleine et entière, compromettant ainsi le respect de leurs droits fondamentaux et de l'équité des décisions judiciaires.

## **6. Conclusion**

L'application de la Loi P-38.001 en Gaspésie révèle des tensions profondes entre la protection des droits individuels et les réalités institutionnelles d'un système souvent inadapté aux besoins des personnes vulnérables. Malgré les réformes et recommandations formulées depuis des années, les défis persistent : un recours excessif à la coercition, des violations récurrentes des droits procéduraux, et une pénurie de services alternatifs qui amplifie les inégalités dans l'accès à une prise en charge humaine et respectueuse.

**Les données, les témoignages, notre expérience terrain et l'analyse comparative mettent en lumière une urgence de réforme non pas dans le texte de la loi elle-même, mais dans ses pratiques d'application.**

**Ce mémoire souligne que la solution ne réside pas dans un renforcement de la loi, mais bien dans une mise en œuvre empreinte de rigueur, de discernement et d'humanité. Les pratiques doivent évoluer pour tenir compte de la réalité des personnes concernées, pour qui l'hospitalisation forcée reste une expérience souvent traumatisante qui retarde le rétablissement.**

Les recommandations formulées visent à construire une réponse collective et adaptée : clarifier les critères de dangerosité, renforcer l'encadrement procédural, et investir dans des alternatives communautaires qui rapprocheraient les services d'intervention des personnes en situation de crise. Ces initiatives ne sont pas seulement nécessaires, elles sont impératives pour restaurer la confiance des citoyens envers les institutions, réduire la stigmatisation des personnes vivant des problèmes de santé mentale, et garantir un traitement juste et équitable pour tous.

En conclusion, ce mémoire appelle à une mobilisation concertée des acteurs institutionnels, communautaires et politiques. Ensemble, il est possible de bâtir un système de santé mentale plus inclusif, respectueux des droits et centré sur le rétablissement des individus. Ce changement est non seulement souhaitable, mais il est aussi essentiel pour répondre aux besoins des personnes en situation de crise tout en respectant leur dignité et leur humanité.

## **Bibliographie**

- AGIDD-SMQ. (2024). Mémoire sur l'application de la Loi P-38.001
- ReprésentACTION SMQ. (2024). Mémoire sur l'application de la Loi P-38.001 :  
Témoignages et perspectives des personnes concernées.
- Droits et Recours Santé Mentale Gaspésie-Les Îles. (2014)  
« La perte de liberté ça se questionne »
- Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ). (2024).  
Rapport sur l'application de la loi P-38.001
- Protecteur du citoyen. (2018). Cadre de référence sur l'application de la P-38.
- Statistiques du CISSS de la Gaspésie sur les gardes en établissement pour les années  
allant de 2018 à 2023



# Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - P-38.001

## En Chaudière-Appalaches

PRESENTÉ PAR:

L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches

Groupe régional de promotion et de défense de droits en santé mentale

À:

L'Institut Québécois de la réforme du droit et de la justice (IQRDJ)

---

# NOVEMBRE 2024

✉ [ladroit@ladroit.org](mailto:ladroit@ladroit.org)



## Une publication de L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches

Groupe régional de promotion et de défense de droits en santé mentale

5680, rue Saint-Louis

Lévis, (Québec) G6V 4E5

(418) 837-1113

[ladroit@ladroit.org](mailto:ladroit@ladroit.org)

[www.ladroit.org/ladroit](http://www.ladroit.org/ladroit)

Page Facebook : [@LADROIT1](https://www.facebook.com/LADROIT1)

### Rédaction :

François Winter, directeur général de L'A-DROIT

Max Talhouët, conseillère en défense de droits

### Collaboration à la rédaction :

Isabelle Doney, conseillère en défense de droits

Nadine Mibel, conseillère en défense de droits

**Novembre 2024**

**De sincères remerciements aux membres du conseil d'administration de L'A-DROIT pour la révision du document, et aux personnes qui se sont exprimées dans le processus de consultation.**



## **Table des matières**

1- Sommaire exécutif	<b>4</b>
2- Présentation de L'A-DROIT	<b>4</b>
3- Mise en contexte et démarche de consultation	<b>5</b>
4- Historique de la P-38 en Chaudière-Appalaches et état de situation (statistique) de la région.	<b>5</b>
5- Le vécu terrain de l'organisme en lien avec la Loi	<b>13</b>
6- La parole des personnes	<b>16</b>
A- Atelier d'information	<b>16</b>
a. Avant l'hospitalisation	<b>16</b>
b. Pendant l'hospitalisation	<b>17</b>
c. Après l'hospitalisation	<b>18</b>
d. Suggestions des participants	<b>18</b>
B- Consultation régionale	<b>20</b>
7- Position de l'organisme et Recommandations	<b>28</b>
Conclusion	<b>32</b>

## 1- Sommaire exécutif

Ce mémoire sur la *loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P-38.001) présente la position de L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches, le groupe régional de promotion et de défense de droits en santé mentale sur l'application de cette législation. Nous soumettons celui-ci dans le contexte de l'appel à mémoire de l'institut québécois de la réforme du droit et de la justice (IQRDJ).

La position développée dans ce document est fondée sur les positions antérieures de L'A-DROIT et celles de son association provinciale, l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), sur les résultats de l'étude réalisée par L'A-DROIT concernant l'application de la loi dans la région entre 2012 et 2014, les observations terrain des conseillères en défense de droits et surtout, sur le vécu et la perspective des seules personnes directement concernées, soit les personnes qui font l'objet d'une garde en établissement.

Un travail important a été fait dans la région pour respecter la loi depuis le cadre de référence ministériel qui a été appliqué dans la région avec célérité. Toutefois, l'expérience des personnes premières concernées ne reflète pas toujours ce travail réalisé et des changements sont souhaités afin de respecter les droits des personnes faisant l'objet de cette procédure, afin que l'expérience des soins et services soit plus positive. Les personnes premières concernées ont également proposé des pistes de solutions afin de prévenir et d'éviter des hospitalisations et L'A-DROIT souhaite que ces propositions et suggestions soient considérées, comme les recommandations émises dans le document.

La position de l'organisme est la suivante :

**L'A-DROIT demande un respect strict de la Loi P-38.001 et des changements majeurs dans les pratiques actuelles, avant d'envisager des changements législatifs.**

Enfin, l'organisme demande qu'on entende de façon prioritaire la voix des personnes vivant et ayant vécu avec un problème de santé mentale car des solutions peuvent être mises en place pour améliorer la situation actuelle.

## 2- Présentation de L'A-DROIT

L'A-DROIT est le groupe régional de promotion et de défense de droits en santé mentale desservant la région de la Chaudière-Appalaches. Notre mission, comme celle de l'ensemble des groupes régionaux est la suivante : « *La mission des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale consiste à promouvoir et à défendre les droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ils favorisent la prise de parole individuelle et collective afin que ces personnes s'approprient un pouvoir sur leur vie et dans la société à laquelle elles appartiennent.* <sup>1</sup>».

---

<sup>1</sup> Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale, page 9, MSSS, 2024, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003753/>

Fondé en 2002, L'A-DROIT est présent et actif dans la région depuis sa fondation et est membre de l'AGIDD-SMQ depuis 2003. Le conseil d'administration de L'A-DROIT est composé exclusivement de personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale provenant des divers milieux de la Chaudière-Appalaches.

### **3- Mise en contexte et démarche de consultation**

Nous tenons à souligner que notre organisme était très préoccupé par les éléments qui ont mené le ministre des Services sociaux à demander une analyse de la P-38.001. Ainsi, dès l'annonce de l'appel à mémoire de l'institut québécois de la réforme du droit et de la justice (IQRDJ), le conseil d'administration de L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches a décidé de mettre en place un exercice de consultation des personnes premières concernées en deux phases. Tout d'abord, l'organisme a organisé une tournée régionale en avril 2024, tenant sept ateliers d'information et d'échange sur la P-38.001 en Chaudière-Appalaches. Un total de 69 personnes a participé aux ateliers du printemps 2024. Cette tournée d'ateliers de consultation et d'information a mené à la deuxième, phase soit la consultation des personnes lors de la journée régionale. Celle-ci a eu lieu le 19 septembre 2024 à Lévis (Saint-Étienne-de-Lauzon), et 45 personnes y ont participé. Le mémoire de L'A-DROIT qui est ainsi présenté à l'IQRDJ constitue en partie du fruit de ces consultations, et par conséquent du vécu des personnes qui y ont participé. Il fait également état du vécu terrain de l'organisme, qui est actif pour l'aide et l'accompagnement des personnes vivant avec un problème de santé mentale dans la région depuis sa fondation en 2002.

Au fil des ans, L'A-DROIT a participé aux travaux provinciaux de l'AGIDD-SMQ concernant la garde en établissement, notamment en contribuant au document produit en 2009 : *La P-38 : Une loi d'exception : une pratique d'oppression*. Notre organisme avait également effectué un signalement au protecteur du citoyen en 2009 puisque les pratiques liées à la P-38.001 dans la région n'étaient pas respectueuses de la Loi. Ce signalement, combiné aux autres signalements effectués partout au Québec, ont contribué à mener au rapport produit par le protecteur du citoyen en 2011. De plus, L'A-DROIT a réalisé plusieurs actions au fil des ans dans la région concernant la P-38.001.

### **4- Historique de la P-38.001 en Chaudière-Appalaches et état de situation (statistique) de la région.**

Comment la P-38.001 a-t-elle été appliquée en Chaudière-Appalaches au fil des ans? Pour bien comprendre la situation particulière de notre région, il convient de présenter l'état des lieux en matière de services en santé mentale en Chaudière-Appalaches.

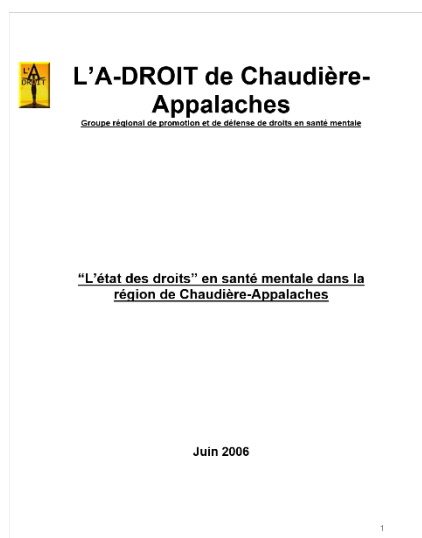
À la différence d'autres régions du Québec, il n'y avait pas en Chaudière-Appalaches de grand asile psychiatrique, si l'on fait exception du Sanatorium Bégin au Lac-Etchemin, premier établissement de la région à offrir des services hospitaliers de psychiatrie. Longtemps associée à la grande région de Québec, les personnes vivant avec un problème de santé mentale étaient *internées* à Saint-Michel Archange, devenu Robert-Giffard. Notons que les services hospitaliers en santé mentale en Chaudière-Appalaches ont connu leur déploiement avec les suites du rapport Bédard (un psychiatre travaillant à Lévis) en 1963, qui a débuté le long processus de désinstitutionalisation menant à la création des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.

La région de Chaudière-Appalaches a été créée en 1987 et la régie régionale de la santé et des services sociaux, instituée en 1994. C'est dans cette période que le virage ambulatoire a été initié au Québec. Celui-ci a eu pour conséquence la fermeture de plusieurs hôpitaux et services de santé. En santé mentale, il y eut lors de cette période une réorganisation majeure des services dans la région puisque le nombre de départements de psychiatrie de courte durée est passé de 5 à 4 en 1996. En effet, les services de psychiatrie de courte-durée au Lac-Etchemin ont été transférés à Saint-Georges. Le chef-lieu de la MRC des Etchemins a conservé au Sanatorium Bégin les services de psychiatrie dite de longue durée, jusqu'en 2009, ou la dernière phase de désinstitutionnalisation hospitalière s'est opérée. Par la suite, de nombreuses personnes qui y étaient hospitalisées ont alors été hébergées dans des ressources externes (Ressources intermédiaires spécialisées et Ressources d'assistance continue).

Au moment de la mise en vigueur de la P-38.001 en 1998, il y avait donc 4 départements de psychiatrie de courte durée dans la région, situés à l'Hôtel-Dieu de Lévis, à l'hôpital de Saint-Georges, de Montmagny et de Thetford Mines. Cet état des lieux prévaut encore aujourd'hui. Notons que Robert-Giffard a cessé de façon complète en 2003 de donner des services aux personnes en provenance de notre région puisque l'institut Philippe-Pinel a commencé à assumer son mandat provincial en recevant les personnes sous l'objet de mesures dites médico-légales en provenance de Chaudière-Appalaches.

Suite à ce survol de l'historique des services en psychiatrie dans la région, notons qu'en ce qui concerne les services dans la communauté, ils étaient dispensés par des CLSC, qui ont été fusionnés dans des CSSS, puis dans le CISSS pour être regroupés sous la bannière de Santé Québec à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2024. Les groupes communautaires en santé mentale, quant à eux, ont été financés suite à la politique de santé mentale de 1989 et à l'octroi de budgets auparavant consacrés à Robert-Giffard. Le groupe régional ayant précédé L'A-DROIT, Accès-Autonomie a été en place entre 1992 et 2000 et par la suite, un service temporaire d'aide et d'accompagnement a été mis en place par l'AGIDD-SMQ et a opéré entre 2000 et 2002, année de fondation de L'A-DROIT.

Ainsi, notre organisme a débuté ses activités quatre ans après les débuts de la P-38.001, qui a succédé à la Loi sur la protection du malade mental. Dès nos débuts, nous avons eu des demandes



de personnes qui faisaient l'objet d'une garde en établissement. Dès nos premières interventions nous avons constaté des problématiques importantes en lien avec l'application de cette Loi dans notre région. Dans les premières années d'existence de l'organisme, nous avons fait part aux établissements de santé des problématiques vécues par les personnes dans le cadre de rencontres d'échange et de concertations.

En 2006 L'A-DROIT a publié un document nommé *l'état des droits en santé mentale en Chaudière-Appalaches*, dans lequel était regroupé des problématiques récurrentes vécues par les personnes faisant l'objet d'une procédure de mise sous garde. Le document, comme son nom l'indique, présentait un tour d'horizon de différents constats faits par

L'A-DROIT en lien avec les enjeux rencontrés par les personnes aidées dans la défense de leurs droits.

Les éléments qui concernaient la P-38 étaient les suivants <sup>2</sup>:

**- Respect et non-respect du processus de mise sous garde en établissement**

Problèmes associés au respect des procédures, notamment les durées prescrites par la Loi, ainsi que la durée des gardes autorisées en établissement.

**- Information sur les droits**

Problèmes majeurs vécus par les personnes utilisatrices sur les différents départements de psychiatrie lié à l'absence de connaissance de leurs droits.

**- Durée des demandes de garde en établissement.**

Les différents hôpitaux demandaient des durées différentes de garde autorisées. Certains, comme Saint-Georges et Lévis, demandaient systématiquement des gardes de 60 jours, tandis que Montmagny et Thetford Mines demandaient 21 jours. La demande de 60 jours était demandée pour des considérations administratives et non thérapeutiques.

**Notion élargie de la dangerosité**

Un nombre important de demandes de garde l'étaient pour des motifs qui ne relevaient pas de la dangerosité, mais en raison d'un comportement dérangeant.

**Utilisation de la garde en établissement comme menace**

Pour forcer le consentement à la médication ou l'hospitalisation, le recours à la garde en établissement était régulièrement utilisé comme menace, tout comme l'ordonnance de soins.

Soucieux de documenter la situation dans la région, L'A-DROIT, effectuait régulièrement des demandes d'accès à l'information afin de connaître les données de mises sous garde dans la région, ce qui faisait en sorte que les établissements devaient les comptabiliser afin de répondre à la demande d'accès à l'information.

L'A-DROIT a réalisé une étude sur l'application de la P-38.001 en Chaudière-Appalaches entre 2012 et 2014. Un total de 426 demandes a été analysées pour cette période et voici certains faits saillants :

- Cette Loi d'exception est appliquée dans des proportions inégales dans les différents hôpitaux de la région. La région de Thetford Mines est surreprésentée si l'on compare avec son ratio de population, tandis que celle de Montmagny-L'Islet est sous-représentée selon la même variable;
- Concernant les décisions rendues, la demande de l'hôpital est accueillie dans une moyenne régionale de 93,72%. Si l'on fait le comparatif avec les autres régions du Québec, Chaudière-Appalaches est en 4<sup>ième</sup> place sur les 6 régions analysées;

---

<sup>2</sup> L'État des droits en santé mentale en Chaudière-Appalaches, L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches, 2006

- L'audience est de moins de 11 minutes dans 70% des dossiers;
- La personne concernée est absente dans près de 30% des audiences;
- Dans 12,5% des situations, la personne n'est pas signifiée<sup>3</sup>.

À la suite de la publication de cette étude, nous avons produit les recommandations suivantes :

### 1. Signification de la personne.

**Considérant** que la P-38 est une Loi d'exception qui permet à un établissement de santé de priver un citoyen de sa liberté;

**Considérant** que chaque citoyen doit avoir la possibilité de se défendre et de faire reconnaître ses droits;

**Considérant** qu'il y a un nombre significatif de dispenses de signification et de présence à la cour dans la région de la Chaudière-Appalaches;

#### Nous recommandons :

Que CISSS de la Chaudière-Appalaches s'assure que la personne puisse exercer une défense pleine et entière. On ne peut y porter atteinte en demandant une dispense de signification ou de présence lors de l'audience afin de limiter les coûts. Les motifs autorisant une dispense doivent être inclus au procès-verbal de l'audience.

Que le CISSS de la Chaudière-Appalaches respecte de façon rigoureuse le délai de signification de deux jours.

### 2. Garde préventive

**Considérant** qu'un nombre important de procédures de garde en établissement commencent par une garde préventive;

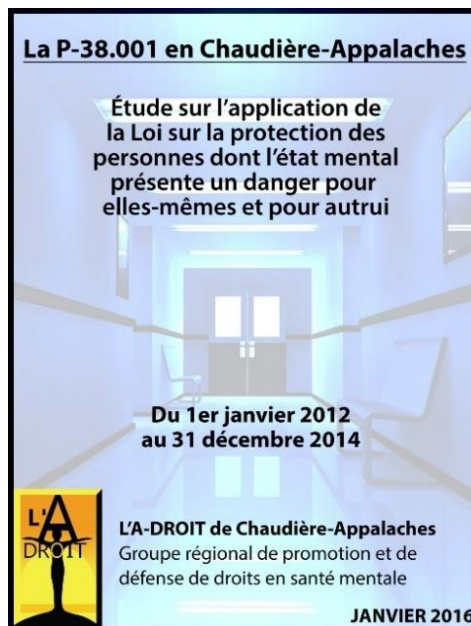
**Considérant** que l'application de la garde préventive n'était pas suffisamment encadrée par les 4 CISSS opérant un département de psychiatrie en Chaudière-Appalaches;

#### Nous recommandons :

Que la garde préventive soit incluse dans le protocole d'application de la Loi, afin de clarifier et d'encadrer cette notion.

### 3. Garde provisoire

Considérant le faible nombre de personnes ayant eu l'opportunité de se faire entendre lors d'une audience pour garde provisoire.



<sup>3</sup> La P-38.001 en Chaudière-Appalaches : 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, L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches, 2016, <https://ladroit.org/documentation/autres/recherche-p-38.pdf>

**Nous recommandons :**

Au CISSS de la Chaudière-Appalaches de mettre en œuvre les moyens afin qu'une personne puisse se faire entendre à la Cour lors d'une audience de garde provisoire.

**4. Présence du requérant au tribunal**

**Considérant** que la P-38 est une Loi d'exception qui permet à un établissement de santé de priver un citoyen de sa liberté;

**Considérant** le déséquilibre flagrant entre le requérant et le défendeur devant le tribunal;

**Considérant** que le requérant est absent lors de l'audience dans une large proportion;

**Nous recommandons :**

Que le CISSS prenne les mesures appropriées afin que le médecin puisse être présent au tribunal afin d'être contre-interrogé par le défendeur.

**5. Uniformité des pratiques et procédures**

**Considérant** que le CISSS de la Chaudière-Appalaches est constitué et en opération depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015;

**Considérant** que l'étude sur l'application de la P-38 entre 2012 et 2014 démontre une disparité importante dans les pratiques des quatre départements de psychiatrie de la Chaudière-Appalaches en lien avec l'application de la P-38 dans la région;

**Considérant** que les droits fondamentaux des citoyens vivant avec un problème de santé mentale ne doivent souffrir de cette disparité;

**Nous recommandons :**

Au CISSS de la Chaudière-Appalaches d'uniformiser ses politiques et directives d'application de la P-38. Cette uniformisation doit tenir compte de la jurisprudence, des meilleures pratiques provinciales dans le domaine, et être la plus respectueuse des droits fondamentaux des citoyens vivant avec un problème de santé mentale.

**6. Formation sur la P-38.001**

**Considérant** que la P-38.001 vient brimer des droits fondamentaux, notamment le droit à la liberté qui est un droit fondamental reconnu dans la *Charte des droits et libertés* et dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;

**Considérant** qu'une application respectueuse de la P-38.001 est conditionnée par le respect de l'ensemble des droits de la personne;

**Considérant** que le personnel hospitalier a le devoir d'information auprès des personnes hospitalisées;

**Nous recommandons :**

Que le CISSS de la Chaudière-Appalaches s'assure que le personnel infirmier et médical qui travaille dans les départements de psychiatrie bénéficie d'une formation sur les droits et libertés fondamentales ainsi que sur la P-38.001. Cette formation vise une application rigoureuse en toutes circonstances de cette Loi, considérant qu'elle restreint les droits fondamentaux des citoyens vivant avec un problème de santé mentale.

## 7. Défense pleine et entière

**Considérant** que la P-38.001 est une loi d'exception;

**Considérant** que le droit à la représentation par avocat est un droit fondamental reconnu notamment par les Chartes des droits et libertés;

**Considérant** que la personne hospitalisée en psychiatrie est en position de vulnérabilité;

**Considérant** que la personne hospitalisée en psychiatrie est en situation où elle dispose d'un court délai afin de comprendre et de faire reconnaître ses droits dans des procédures complexes;

**Considérant** le faible pourcentage de personnes vivant avec un problème de santé mentale s'étant prévaluées du droit à l'avocat lorsqu'ils ont fait l'objet d'une procédure de mise sous garde en établissement;

### **Nous recommandons :**

Au CISSS de la Chaudière-Appalaches :

- Le rappel de l'importance du droit à l'avocat pour les personnes pour lesquels l'établissement effectue une demande de garde en établissement auprès de son personnel ainsi qu'aux cabinets d'avocats le représentant;
- Une référence systématique à L'A-DROIT lors du début de l'application du processus de mise sous garde;
- La mise à la disposition sur toutes les unités sans restriction de dépliants de L'A-DROIT afin que les personnes soient en mesure de contacter le groupe de défense de droits lors de procédures liées à la P-38.

## 8. Transparence

**Considérant** que la transparence est une valeur importante menant entre autres à un plus grand respect des droits et donne confiance au public dans la démocratie et la saine gestion des organismes publics;

**Considérant** que la transparence en matière d'application d'une Loi privant les droits fondamentaux est un élément essentiel au respect de celle-ci;

**Considérant** que la Loi 10 dans le réseau de la santé a pour objectif d'améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau de la santé.

### **Nous recommandons :**

Au CISSS de la Chaudière-Appalaches :

- La mise en application dès 2016 de la mesure 38.2 du plan d'action en santé mentale « *Faire ensemble et autrement* » soit : « *le conseil d'administration de chaque établissement inclura, dans son rapport annuel de gestion, des données factuelles sur la garde et l'évaluation psychiatrique d'une personne sans son consentement; ».*

Ces données doivent être présentées de façon claire et doivent inclure notamment les éléments suivants :

- Nombre de gardes préventives par centre hospitalier;
- Nombre de gardes en établissement demandées et autorisées par centre hospitalier;

- Nombre de demandes de dispense de signification et de dispense de présence à la cour par centre hospitalier;
- Durée moyenne de garde en établissement demandée et autorisée par centre hospitalier;

## 9. Surveillance

**Considérant** que la garde en établissement doit être une mesure d'exception permettant à un établissement de santé de restreindre les droits fondamentaux en fonction de la dangerosité;

**Considérant** que l'application de la P-38.001 est peu, voire pas du tout surveillée au Québec par le réseau de la santé et le système judiciaire;

**Considérant** que le Directeur des services professionnels (DSP) du CISSS-CA a pour mandat de **coordonner** l'activité professionnelle et que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a pour mandat de **surveiller** l'activité professionnelle dans l'établissement;

### **Nous recommandons :**

Que le CMDP mette en place une procédure de monitoring permettant la surveillance de la pratique médicale liée à l'application de la P-38.001 notamment :

- La surveillance quant aux durées des examens psychiatriques, plus spécifiquement le deuxième examen effectué par un psychiatre différent;
- Procéder à une analyse clinique des motifs de dangerosité invoqués afin d'appliquer la P-38.001;
- Analyse du délai entre la prise en charge par l'établissement et l'application de la P-38.001.

Que le directeur des services professionnels (DSP) effectue une vigilance en lien avec l'application de la P-38 et qu'il comptabilise systématiquement les gardes préventives.

## 10. Durée de la garde

**Considérant** que les durées moyennes de séjour dans les départements de psychiatrie de la région sont inférieures aux durées de garde demandées par les établissements de santé;

**Considérant** qu'une durée de garde en établissement peut avoir des conséquences importantes pour la personne;

**Considérant** que la P-38.001 est une Loi d'exception qui doit être appliquée de manière à respecter l'ensemble des autres droits de la personne concernée.

### **Nous recommandons :**

Que l'ordonnance de garde en établissement demandé par le CISSS de la Chaudière-Appalaches soit d'au plus 21 jours et l'ordonnance reliée au renouvellement de la garde soit d'au plus 10 jours, et ce, afin que la perte de liberté soit la plus minimale possible.

## 11. Un respect strict de la Loi

**Considérant** que la P-38.001 prive de sa liberté un citoyen vivant avec un problème de santé mentale et qu'elle induit un déséquilibre des forces en présence devant la Cour

### **Nous recommandons :**

Que le CISSS-CA s'assure d'un respect strict des procédures liées à la P-38 et qu'il mette en place les mesures nécessaires afin d'atteindre cet objectif.

Au crédit du CISSS de Chaudière-Appalaches, plusieurs des recommandations de cette étude ont été considérées et modifiées à la suite des changements dans le protocole régional d'application de la P-38.001, effectués à la suite de la parution du *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* en 2018 par le MSSS.

Recommandation étude (2016)	État de situation en 2024
<b>Signification de la personne</b>	Amélioration notable. Non quantifié depuis l'étude.
<b>Garde préventive</b>	Résolu (dans le protocole de 2019)
<b>Garde provisoire</b>	Amélioration significative avec le protocole de 2019
<b>Présence du requérant au tribunal</b>	Aucun changement depuis
<b>Uniformité des pratiques et procédures</b>	Résolu à la suite du protocole de 2019
<b>Formation sur la P-38.001</b>	Résolu à la suite de la formation du MSSS
<b>Défense pleine et entière</b>	Amélioration significative depuis l'étude
<b>Transparence</b>	Le CISSS-CA présente les données obligatoires demandées par le cadre de référence du MSSS
<b>Surveillance</b>	Aucune mesure connue prise en ce sens
<b>Durée de la garde</b>	De manière générale, le CISSS-CA demande 30 jours de garde, au lieu de 60 et 21 pour certains hôpitaux auparavant. Il s'agit d'une meilleure pratique.
<b>Un respect strict de la Loi</b>	Avec le protocole, amélioration depuis l'étude. Non quantifié depuis.

L'A-DROIT a compilé les données présentées dans le rapport annuels de gestion du CISSS-CA entre 2016-2017 et 2022-2023 afin d'illustrer l'application de la P-38.001 dans la région.

Année financière	Nombre de mises sous garde préventive	Nombre de <b>demandes</b> (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal	Nombre de mises sous garde provisoire <b>ordonnées</b> par le tribunal	Nombre de <b>demandes</b> (requêtes) de mises sous garde autorisées	Nombre de <b>mises sous garde autorisées</b> par le tribunal
2022-2023	900	268	258	182	181
2021-2022	949	245	226	159	155
2020-2021	1002	232	231	173	168
2019-2020	923	121	116	104	99
2018-2019	844	64	62	98	96
2017-2018	875	20	20	73	67
2016-2017	857	19	19	162	153 <sup>4</sup>

<sup>4</sup> Site Internet du CISSS-CA, rapports annuels de gestion des années 2016-2017 à 2022-2023, <https://www.cisssca.com/cisss/documentation/documents->

Une analyse sommaire de ces données identifie l'année 2019-2020 comme étant charnière dans le changement des pratiques. Ainsi, on a vu l'apparition d'un recours plus systématique à la garde provisoire par le CISSS-CA, ce qui n'était pas le cas auparavant. Nous avons documenté dans notre étude sur l'application de la P-38.001 qu'un des quatre hôpitaux de la région respectait la Loi en faisant des demandes de garde provisoires (Thetford Mines).

Ainsi, nous faisons le constat que la mise en place du protocole harmonisé a contribué à solutionner certains enjeux quant à l'application de la P-38.001. En d'autres termes, plus de 20 ans après son adoption, il y avait une volonté des gestionnaires de l'établissement de respecter la Loi et de se donner les leviers pour le faire. Cependant, certaines problématiques subsistent dans les pratiques, comme dans d'autres régions du Québec.

## **5- Le vécu terrain de l'organisme en lien avec la Loi**

Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 : *Agir ensemble et autrement* a permis à L'A-DROIT de Chaudière Appalaches de développer une collaboration avec le CISSS-CA dans le contexte du plan de primauté de la personne qui est un des éléments majeurs de ce plan d'action. Notre organisme est présent sur les différents établissements ayant des départements de psychiatrie et offre un service d'intervention de proximité en lien avec notre mandat. Nous sommes présents à l'Hôtel-Dieu de Lévis, à l'Hôpital de Thetford Mines, à l'Hôpital de Saint-Georges ainsi qu'à l'Hôpital de Montmagny. Nous y effectuons aux trois semaines des ateliers d'information sur les droits des personnes hospitalisées et intervenons en première ligne notamment pour des situations liées aux gardes en établissement, en informant et accompagnant les personnes qui demandent notre aide. Nous tenons à souligner que l'organisme observe une meilleure collaboration entre son équipe et le personnel des départements de psychiatrie depuis la mise en place de ces ateliers, ce qui est bénéfique pour les personnes utilisatrices de services.

Les demandes en matière de santé et services sociaux représentaient 43% de nos demandes pour l'année 2022-2023 et nous avons informé et accompagné 261 personnes dans leur processus de garde en établissement, toutes gardes confondues<sup>5</sup>. Les conseiller.ères en défense de droits ont pour mission d'informer, préparer et accompagner aux audiences ou dans les démarches que les personnes souhaitent effectuer dans le respect de nos principes d'appropriation du pouvoir, de préjugé favorable, du libre choix et de la confidentialité. Notre mandat et notre contact direct avec cette clientèle nous accorde une légitimité certaine pour décrire et faire porter la voix des personnes.

Nous observons qu'il subsiste un enjeu majeur en matière d'information sur les droits pour les personnes hospitalisées. Ce constat est corroboré par les demandes d'information, qui représentaient 15% de nos demandes en matière de santé et service sociaux, soit 339 demandes pour l'année 2022-2023<sup>6</sup>. Les usager.ères sont en fait en général informé.es à leur arrivée à l'hôpital mais sont parfois en crise ce qui peut conduire à un oubli de l'information. Les personnes peuvent également avoir un besoin de vulgarisation. Le constat est que les personnes rencontrées

---

[administratifs?tx\\_filelist\\_filelist%5Baction%5D=list&tx\\_filelist\\_filelist%5Bcontroller%5D=File&tx\\_filelist\\_filelist%5Bpath%5D=%2FDocumentation%2FDocuments\\_administratifs%2FRapports%2FCISSS\\_de\\_Chaudi%C3%A8re-Appalaches%2FRapports\\_annuels\\_de\\_gestion%2F&cHash=0705a4a9c6b2f5964efbc9881506db72](#)

<sup>5</sup> Rapport d'activités 2022-2023, L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches, page 26

<sup>6</sup> Idem

à l'hôpital ne disposent bien souvent de peu d'informations sur leurs droits ou sur les démarches qu'elles peuvent entreprendre. Les conséquences de ce manque d'information sont lourdes pour les usager.ères qui ne peuvent alors pas faire respecter leurs droits. Nous rencontrons à ce titre beaucoup de personnes qui croient être obligées de rester à l'hôpital sans pour autant être sous garde préventive mais qui sont en fait en hospitalisation volontaire. Ou encore des personnes qui sont systématiquement mises sous contention ou en isolement, au "*cachot*" selon leur terme, parce qu'elles dérangent sans pour autant représenter un danger réel et immédiat au sens de la loi. L'information est pourtant essentielle comme rempart aux abus. Les personnes font face à nombre de privations de libertés associées à leur hospitalisation selon la loi et évoluent dans un environnement très encadré qui peuvent leur laisser percevoir qu'elles sont dans un espace de non-droit. Ainsi ces personnes vont être plus disposées à accepter certaines situations qui ne respectent pas la loi, comme mentionnés, car elles pensent que leurs droits ne s'appliquent pas. Cet état de fait pose également un problème eu égard au respect de l'application de la loi P-38.001 concernant la garde préventive de 72 heures puisque dans bien des situations, c'est au moment où la personne demande à quitter l'hôpital qu'il est décidé de démarrer le processus de garde. Reste que bien souvent, la personne était hospitalisée bien avant le début du processus légal, et que les délais sont alors bien supérieurs à ceux indiqués dans la loi.

La présence de plusieurs formes de coercition nous est relatée par les usager.ères. Cette coercition se décline sous plusieurs formes. Dans certaines circonstances, les personnes hospitalisées volontairement nous rapportent être découragées de tenter de faire des démarches pour sortir de l'hôpital, alléguant que si elles en font la demande, une garde sera demandée et qu'elles perdront leur droit d'avoir leurs effets personnels, de pouvoir prendre des marches ou bien encore d'aller fumer. À d'autres moments, nous avons été témoins du personnel qui informait adéquatement les personnes quant à leurs droits. Soulignons que lorsque la personne n'est pas informée adéquatement, l'hospitalisation volontaire peut apparaître à bien des égards comme une forme d'hospitalisation forcée, et la garde comme une punition à l'exercice légitime de leur droit de quitter l'hôpital. Nous retrouvons la même sorte de dialectique pour la médication, qui lorsqu'elle est refusée fait parfois suite à la menace d'une autorisation judiciaire de soins qui limite pourtant l'exercice du droit au consentement aux soins (article 9, LSSS). Il en est de même pour l'attitude des usager.ères à l'hôpital, qui, lors d'un comportement dérangeant, peut mener à la menace de l'isolement ou de la contention afin de dissuader toute action non conforme, même si elle n'est pas à risque de s'infliger à elle ou à autrui des lésions. Nous avons l'exemple de personnes qui chantaient ou parlaient fort à l'intérieur du département de psychiatrie et qui se sont immédiatement fait envoyer en isolement.

Pour les personnes qui, finalement, font face à une garde provisoire ou autorisée, nous remarquons que peu d'entre elles ont la possibilité de se présenter ou de se faire représenter à la cour. Plusieurs personnes témoignent que le corps médical les aurait découragés de se présenter à leur audience. Les entraves au droit de représentation sont à la fois matérielles (enjeux de coûts ou de temps pour trouver un avocat) mais également des obstacles liés à la santé mentale. Cela peut être la disposition mentale d'appeler une longue liste d'avocats (fournie par le barreau et peu mise à jour) dans l'espoir d'en trouver un disponible alors que l'accès au téléphone est très difficile à l'hôpital. Certains n'ont pas été informés de l'existence de l'aide juridique. Les délais sont également très courts et nécessitent une réaction rapide. L'environnement à l'hôpital peut aussi réduire la capacité des personnes à se présenter à leur audience : la fatigue, le stress et le sentiment d'impuissance en raison des conditions de

l'hospitalisation ainsi que le sentiment de n'avoir aucune chance face aux avocats de l'hôpital sont des obstacles certains à la capacité à se représenter. D'autant que les usagers des services de psychiatrie n'ont pas d'accès à des services de psychothérapie et un suivi avec un.e psychologue. La plupart des personnes qui reçoivent leur avis pour se présenter en cour n'ont d'ailleurs jamais vécu un processus de judiciarisation, ce qui rend cette démarche d'autant plus intimidante. Le manque d'information ou d'accompagnement est préjudiciable à ces personnes dans une situation dans laquelle ils pourraient bénéficier d'une approche holistique et moins coercitive.

Nous constatons que le critère de la dangerosité qui conditionne pourtant l'exercice de la P-38.001 pose problème à plusieurs égards. Les récits des personnes que nous accompagnons sont alarmants et démontrent que la notion de la dangerosité est interprétée de manière très large à la fois lors de l'application de la garde préventive, que dans l'interprétation de la dangerosité par les juges. Cela conduit à garder à l'hôpital des personnes qui pourtant ne présentaient pas de risque réel de danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Avoir ou avoir eu un problème de santé mentale ne peut pas être assimilé systématiquement à représenter un danger pour soi-même ou pour autrui. Nous constatons de plus qu'en audience, une forme de déséquilibre est présente, puisque les personnes ont peu de temps de parole à moins qu'elles n'y soient représentées. Leurs arguments sont souvent attaqués et leurs discours qualifiés de déconstruits même lorsqu'ils ne sont que le fruit de la fatigue, du stress ou de l'épuisement.

Nous tenons à souligner que le CISSS-CA a tout de même fait des travaux significatifs pour respecter la Loi. Un travail rigoureux a été fait pour se conformer au protocole ministériel, dans les écrits et dans les pratiques. Toutefois, il subsiste des problématiques dans le respect de la Loi qui sont apparus et qui sont différents des enjeux constatés auparavant, malgré les progrès observés. Ces dernières années, ce déséquilibre s'est manifesté par des méthodes différentes employées pour obtenir une garde dans le contexte des audiences. En voici deux exemples :

- Les établissements font un test de dépistage de drogues aux personnes hospitalisées en psychiatrie, que les personnes nous ont rapporté être obligatoire. Or, les personnes qui font l'objet d'un tel test de dépistage ne sont pas informées que les résultats de ceux-ci seront utilisés au tribunal par les avocats du CISSS pour démontrer leur dangerosité. Nous ne sommes pas qualifiés pour établir s'il est pertinent d'un point de vue clinique de proposer ces tests. Toutefois, cette façon de faire, soit l'utiliser à la cour sans en informer la personne préalablement, apparaît éthiquement discutable et le consentement n'apparaît pas avoir été donné de façon libre et éclairé à ces tests.
- Lors des audiences de gardes autorisées à la Cour du Québec, la preuve de l'établissement est constituée de deux rapports de deux psychiatres différents qui ont été transmis à la personne par huissier. Or, à de nombreuses reprises, lorsque la personne conteste sa mise sous garde, nous avons été témoins que l'établissement a fait parvenir des observations supplémentaires du médecin traitant recueillies le jour même. Ces notes sont transmises au tribunal et considérées par celui-ci, mais le médecin ne peut être contre-interrogé puisqu'il est absent. Est-ce que cette pratique respecte le principe d'équité procédurale?

Ces deux exemples illustrent de nouvelles façons de faire qui accentuent le déséquilibre vécu par les personnes à la cour et par conséquent, peuvent entraîner des conséquences à long terme. Cela peut amener chez la personne hospitalisée de la méfiance et de la peur envers le département de psychiatrie, ce qui les décourage de demander de l'aide et les contraint à tenter parfois de régler leur prochaine crise par eux-mêmes plutôt qu'à solliciter une aide extérieure

même quand elle est nécessaire. Cela renforce ainsi notre préoccupation que la Loi soit respectée de façon stricte et rigoureuse.

Pour beaucoup le vécu de l'hospitalisation involontaire est traumatisant et confrontant. Les personnes qui se présentent ou sont amenées à l'hôpital s'y rendent car elles ont besoin d'aide. Ce besoin d'aide ne prend pas systématiquement racine dans une dangerosité pour la personne ou pour autrui ; il peut simplement s'agir d'un moment où la personne se sent plus vulnérable ou a besoin de parler et de se sentir en sécurité. L'accès aux services de psychothérapie, le suivi avec des psychologues ou des travailleurs sociaux y est malheureusement trop rare. La référence à des organismes communautaires et des ressources alternatives à l'hospitalisation n'est pas suffisamment mise de l'avant. Plusieurs personnes nous ont rapporté avoir eu de la difficulté ou ne pas avoir obtenu de suivi après hospitalisation. Cet état de fait renforce le sentiment d'isolement et d'abandon déjà exacerbé chez les personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale.

## **6- La parole des personnes**

Cette démarche de consultation a permis à notre organisme d'entendre plus de 110 personnes dans la région dont un grand nombre avaient vécu la P-38.001. Cette consultation s'est déroulée en deux étapes. La première a consisté en une série d'ateliers d'informations et d'échanges dans sept milieux de la région qui ont regroupé 69 participants au total. Les participants ont reçu de l'information sur la P-38.001, le contexte social actuel et ont eu l'occasion de faire connaître leur vécu en lien avec l'application de cette Loi. La deuxième étape du processus de consultation a été la réalisation d'une journée de consultation régionale, qui a eu lieu le 17 septembre 2024 à laquelle étaient présentes 45 personnes qui ont également reçu de l'information et se sont exprimées à travers un exercice de groupe sous la méthode d'animation du « *world café* ».

Ces personnes, qui n'ont habituellement pas voix au chapitre ont eu l'occasion de faire connaître leur vécu et leurs préoccupations en lien avec cette Loi et une éventuelle réforme de celle-ci. Ainsi, le vécu des personnes a été regroupé en trois périodes, soit avant, pendant et après l'hospitalisation. Les gens ont eu, dans la démarche l'occasion de répondre à d'autres questions. Nous transposons la parole des personnes qui se sont exprimées dans les rencontres de consultation.

### **A- Ateliers d'information et d'échange**

#### **1- Avant l'hospitalisation**

- « Merci à l'Oasis. Je suis allée à l'hôpital, mais de mon plein gré, et il y avait une TS. ».
- « Hébergement de crise et c'était difficile au début, mais m'a permis de sortir de sa crise et d'avoir de la réflexion au lieu d'aller à l'hôpital. ».
- « J'ai été amené par les policiers à l'hôpital. Ceux-ci avaient été gentils avec moi, m'avaient demandé si je voulais qu'ils aillent me reconduire quelque part. Je ne voulais que dormir. J'ai accepté l'offre de me faire reconduire quelque part. J'ai été conduit à l'hôpital. ».
- J'ai été obligée par l'intervenante d'aller à l'hôpital, sinon elle appelait la police/ambulance (faux choix) → finalement je suis allée « volontairement » à l'hôpital pour éviter que l'intervenante appelle la police, donc les procédures ont été évitées.

- Expérience similaire : une autre personne rapporte avoir déjà été manipulé pour être hospitalisé.
- « Je n'ose pas aller à l'hôpital, ça fait peur. Je crains également les préjugés et préfère dormir dehors. ».

## 2- Pendant l'hospitalisation

- « Isolement pendant 12 heures. Sans manger, sans rien. J'étais en jaquette et il faisait très froid, et n'avait rien pour me protéger. On m'a donné à manger, mais la nourriture était bizarre alors j'ai refusé. Je ne me sentais pas bien à l'hôpital. Les gens qui passaient à l'hôpital ne me faisaient pas sentir en sécurité. ».
- « L'urgence psychiatrique était une expérience traumatisante. J'ai vu une jeune femme de moins de 18 ans se faire enfermer et attacher au lit, parce qu'elle avait fait une blague sur le fait qu'elle allait se suicider. Elle ne pouvait pas avertir ses parents. ».
- « J'ai été hospitalisé à 4 reprises en 2 ans, je ne voulais pas aller au cachot (aller en isolement) pour réfléchir à mes actes. Je suis resté calme, je marchais en isolement pour ne pas perdre la carte. Il n'y avait pas de table, rien. L'étage est comme étant une prison. Tu ne veux pas retourner là, ça n'aide pas. Ma fille s'est fait enfermer à la suite de la mort de sa mère. Elle ne pouvait appeler personne. Elle avait besoin d'un suivi pour faire son deuil, mais à la place elle a dû faire semblant d'aller bien plutôt que d'aller bien pour vrai, pour pouvoir sortir. ».
- Une personne est révoltée de savoir que son dossier apparaît à la police et chez les psychiatres. « Le cachot (urgence psychiatrique : 5 cages en verre), jaquette, privé de tout, tu n'es plus un citoyen tu n'es plus rien. ».
- « On ne parle pas de nos forces, ce n'est pas noté. Ce n'est noté nulle part que nous sommes en rémission. ».
- « Si t'es sage tu peux changer de niveau et avoir plus de droits, bon comportement, droit de s'habiller comme tu veux, droit d'aller fumer, dormir sans couvertures, sans oreiller. » Elle a dû s'adapter et faire semblant. Jouer la bonne fille. Elle avait un lien de confiance avec une infirmière.
- Il n'a pas eu de P-38, mais il était au 4e. Il se sentait en sécurité. Il se faisait dire par les gens qui étaient passés au 2e que c'était atroce. Il a eu l'impression de s'être fait sortir à *coup de pied dans le cul*, parce que l'hôpital avait besoin de lits.
- Témoignage de son expérience d'hospitalisation : expérience traumatisante de voir sa voisine de chambre en souffrance. En comparaison, la personne avait préféré un séjour aux Hauts-Bois. Dans ce cas, elle pouvait sortir, n'avait pas de conditions (ce n'était pas coercitif).
- Témoignage en lien avec la P-38, vécu lorsque mineur. La personne nomme ne pas avoir eu de droit, n'avoir pas eu de contact avec personne pendant 6 semaines (ex. parents), s'être fait contentionner alors qu'il avait 14 ans. Mauvaise expérience pour lui. Plus tard, jeune adulte, une autre hospitalisation a été le point de départ d'un cheminement. Va bien depuis.
- « Je suis resté 3 jours, après lesquels j'ai voulu partir et a pu le faire. Les Hauts-Bois aurait été suffisants car je ne voulais que dormir. ».

- « Moi, j'ai fait une tentative de suicide. J'ai presque réussi. Je suis resté 3 jours à l'hôpital. Ils ne m'ont pas demandé mon point de vue. Mon frère et ma sœur ont raconté leur version de l'histoire, mais moi, ils ne m'ont jamais demandé. ».
- Une mère dont l'enfant était en pédopsychiatrie : elle ne pouvait pas être en contact avec sa fille. Elle appelait à la pédopsychiatrie, mais elle ne pouvait pas la voir. C'est lorsque sa fille a atteint un certain état qu'elle pouvait la voir, mais toujours avec d'autres gens (TS, infirmière, etc.).
- Le père de cette personne a décidé de l'envoyer à l'hôpital après une chicane, elle s'est enfuie, la police est revenue la chercher et l'a ramené à l'hôpital et y est restée pendant 3 à 4 jours. Pendant le séjour elle était enfermée, n'avait pas le droit de téléphoner à plusieurs reprises, seulement à son père, les pilules qu'elle a reçues faisaient qu'elle dormait tout le temps.
- Chambre barrée. Obligation de mettre une jaquette. Ne voulait pas, mais a senti de la pression pour la mettre et de rester là jusqu'au lendemain.
- Situation de garde en contexte d'idées suicidaires (trajectoire 811-911-hôpital) : Garde à l'hôpital ayant débuté un vendredi. Mauvaises interactions/communications avec la psychiatre de garde. Décision de la psychiatre de garde de mettre la personne en isolement jusqu'au lundi, soit le moment à partir duquel la personne pourrait rencontrer sa propre psychiatre. La personne décrit s'être fait annoncer cette décision sur un ton de colère. La personne a donc été mise en isolement toute la fin de semaine, du vendredi au lundi, jusqu'à la rencontre avec sa psychiatre. L'information sur le droit à l'avocat n'a pas été donnée. La personne ne savait pas en fait qu'elle y avait droit avant l'atelier sur la P-38 quelques mois plus tard. N'avait pas accès à son cellulaire donc la personne n'a pu aviser personne qu'elle était en établissement.
- Témoignage d'une personne ayant aussi été hospitalisée lorsqu'elle était mineure en lien avec des idées suicidaires. Dans ce cas-ci, beaucoup d'écoute reçue. Préférence de la personne de retourner dormir à la maison autorisée sous conditions (surveillance des parents, revenir le lendemain). A également eu droit à une visite supplémentaire, soit celle de sa mère qui n'avait pu venir avant. Maximum de deux personnes : oncle et tante déjà venus.

### **3- Après l'hospitalisation**

- « Je suis passée dans les mailles du filet. Aucun suivi, on ne s'est jamais occupé de moi. J'ai eu l'impression qu'il n'y avait aucune porte de sortie. »
- Un monsieur a témoigné avoir deux frères; un qui est sorti de là et s'est suicidé.
- « J'ai demandé à mon psy si j'étais obligé de prendre toutes ces pilules-là tous les jours pour le reste de mes jours. Il répond non. Il a regardé mes pilules, et m'a fait garder seulement quelques-unes. ».

### **4- Suggestions des participants :**

- S'il avait eu le droit de fumer, si on l'avait plus informé de quand il pourrait sortir et si on l'avait plus informé en général ça aurait mieux été. Cela lui aurait enlevé de la pression.
- La cigarette aide certaines personnes pour l'anxiété.

- On devrait prendre le temps, ne pas aller vite, prendre en compte l'ensemble.
- Il y a eu de l'amélioration depuis 1995 : l'information est mieux diffusée, la gestion est meilleure, il y a plus de discussion entre les professionnels, mais il devrait en avoir encore plus.
- Quand il y avait un changement de médication, on était hospitalisé automatiquement, mais maintenant on est beaucoup laissé à nous même, on ne se fait pas demander « Comment tu te sens? ». C'est le pharmacien, et non le psychiatre, qui donne plus d'informations sur les médicaments.
- Il n'y a pas assez de suivi avec les psychiatres, ils ne prennent pas assez le temps, ils veulent se débarrasser
- Si la personne est vraiment dangereuse, là on devrait forcer, mais pas si la personne n'est pas dangereuse.
- Il devrait y avoir plus d'ateliers sur la P-38 autant dans la formation des intervenants sociaux et toute personne impliquée dans la P-38 que sous forme d'éducation populaire.
- On devrait plus parler de la santé mentale et de la P-38 par les premières personnes concernées par le sujet, soit celles vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale et/ou ayant vécu une hospitalisation et/ou fait l'objet de la P-38.
- L'attitude fait une différence, surtout lorsqu'on est hospitalisé et que l'on est dans une période où on se sent plus vulnérable, témoigne un père vis-à-vis l'interaction d'une infirmière avec son fils hospitalisé (majeur). Ça ne fonctionnait pas les deux, ça n'aidait pas son fils, au contraire. Elle n'avait « pas de tact ». C'est le père qui lui a dit. Cette infirmière n'a pas été revue par la suite.
- Il ne faudrait pas que la loi soit renforcée (exemple avec la vaccination). Cela va être très contraignant pour les personnes, il y aurait un risque que la médication soit utilisée en menace. Il risque d'y avoir des abus pour éviter des débordements surtout pour les personnes qui sont en crise. En resserrant la loi, il y aurait un risque d'une interprétation biaisée de la dangerosité (alias dérangérisité).
- Il faudrait que les personnes hospitalisées en raison d'un problème psychiatrique soient considérées comme des êtres humains. Souvent, ce n'est pas ça ce qu'il se passe. Le système n'est pas humain. Il faudrait prendre le temps de regarder et de se concentrer davantage sur les causes.
- Prendre le temps d'écouter les personnes.
- Il faudrait éviter les exagérations au niveau de la loi. Il faut que les gens puissent se faire entendre.
- Il suggère que le plus de monde possible soit au courant des droits des personnes, même les praticiens, les policiers, etc.



## B- Consultation régionale : Activité du *world café*

**Question: Selon votre expérience ou celle de gens que vous connaissez, qu'est-ce qui fonctionne bien et qui fonctionne moins bien concernant la P-38?**

### Ce qui fonctionne bien :

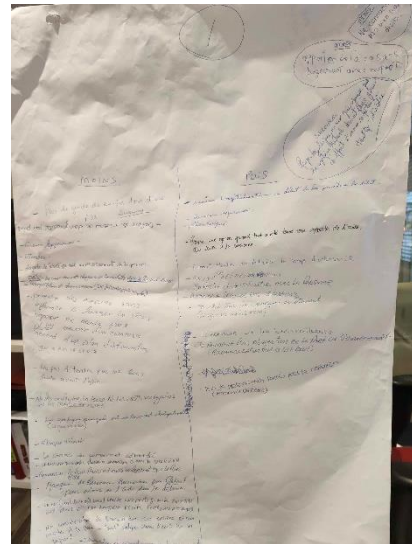
- Moins d'hospitalisation qu'aux débuts de la P-38.
- Aucune expérience.
- Bien soigné.
- Donne une option quand tout a été tenté pour apporter de l'aide, des soins à la personne.
- Comment montrer aux policiers le temps d'intervenir?
- Qu'on en apprenne plus.
- De parler et de discuter avec la personne. Amener à trouver des solutions.
- L'écoute et la bienveillance.

### Suggestions :

- Il faudrait plus d'ouverture de la part du gouvernement (recommandations pour que ce soit bien fait).
- Plus de professionnels formés pour la contention.
- Respecter les personnes qui pensent que le système médical devrait faire plus d'efforts et nous respecter en tant qu'individus.

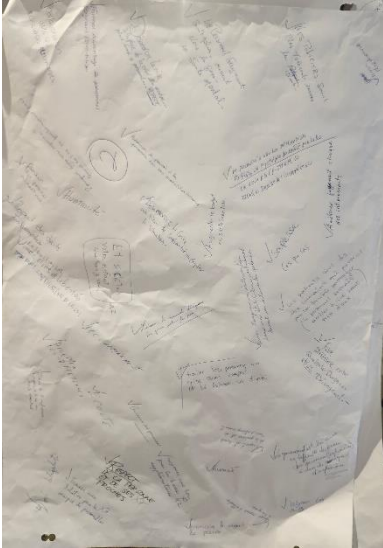
### Ce qui fonctionne moins bien :

- Pas (reçu) de guide de survie lors d'une P-38.
- Définir le niveau de dangerosité avec un système de points.
- La perte de liberté, ça nuit au rétablissement de la personne.
- Définir les comportements dangereux immédiats dans la Loi pour éviter l'interprétation de chaque personne. Ex. Docteur, infirmières, policiers etc.
- Prendre des mesures sans informer, ni laisser le choix. Imposer ne marche pas. Plutôt convenir d'un commun accord d'un plan d'intervention.
- On n'a pas le choix. Ne pas attendre que les gens « sautent » avant d'agir.
- Ne pas approcher par la force, ni avec des mots vulgaires. Ne pas les traiter de noms.
- Lui expliquer pourquoi on intervient obligatoirement.
- Manque d'écoute.
- Le stress du personnel débordé.
- La personne souffrante a besoin de compassion et non de coercition.
- Remarque le plus pauvre est aussi important que le plus riche.
- Manque de ressources humaines pour contact pour avoir de l'aide dans la détresse.



- La Loi sans surveillance (laisse une porte grande ouverte aux abus et non-respect des droits fondamentaux).
- Non-considération de l'humain dans son entièreté et son unicité. À la place, on suit quelque chose d'écrit sur un papier.
- Judiciarisation et criminalisation de la santé mentale.
- Les gens ne connaissent pas bien leurs droits.
- Apporter de l'aide sans jugement et avec respect.
- Ne pas dire à la personne pourquoi on intervient.

**Question : Que pourrait-on faire pour éviter l'hospitalisation involontaire?**



**Approches et méthodes d'intervention**

- Utiliser l'approche systémique. Impliquer les proches de la personne, mieux évaluer et référer aux bonnes ressources. Éviter les *portes tournantes*, que la personne se retrouve sous garde à répétition.
- Ne pas généraliser les crises. Certaines personnes ont simplement besoin du soutien d'une personne calme et à l'écoute et sont en mesure de désamorcer la crise.
- Créer un lien entre le personnel et le patient qui lui fera voir son mal sur un autre angle.
- Favoriser l'écoute dans les milieux d'hospitalisation.
- Redonner le pouvoir à la personne, lui proposer des solutions alternatives.
- Faire la différence entre quelqu'un de dangereux et quelqu'un de dérangeant.
- Avoir une grille d'évaluation de 1 à 5.
- Désamorcer la crise au lieu de la provoquer en confrontant l'individu.
- Une approche plus humaine.
- Aider au lieu de faire porter le fardeau.
- Nous n'avons plus de crédibilité sur nos symptômes physiques. Est-ce que les docteurs écoutent activement?

**Services de crise**

- Améliorer les services d'intervention de crise. Ne pas automatiser les services.
- Améliorer l'hébergement de crise. Plus de policiers communautaires. Avoir la chance à l'accessibilité à un hébergement. Avoir des critères plus précis.
- L'intervenante devrait accompagner le policier pendant l'intervention.
- Une TS devrait être là en présence du policier et ambulancier lors du déplacement à l'hôpital et être présente avec le psy lors de l'examen à l'hôpital.
- Escouade 24/7, comme dans le bas du fleuve. Comme entendu à l'AGIDD-SMQ.
- Ville de Lévis projet de TS. Accès au document en 2023.
- Les numéros info social 811 option 2 : qu'est-ce que ça veut dire pour la population ordinaire?

### Formation et information :

- Plus de formations pour les pharmaciens.
- Informer et donner des outils et expliquer les droits.
- Avoir plus de formation policière et intervenant CLSC.

### Accès aux services :

- Ça prend plus de personnel. Plus d'écoute.
- Augmenter les milieux de transit sains pour les patients.
- Améliorer et faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale.
- Comment savoir si un service de TS existe? Info sociale?
- Promotion des services des organismes communautaires
- Soutien rapide à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital.
- Mettre plus de travailleuses sociales et assurer un suivi psychosocial.
- Donner des soins physiques appropriés avec les diagnostics antécédents en santé mentale.

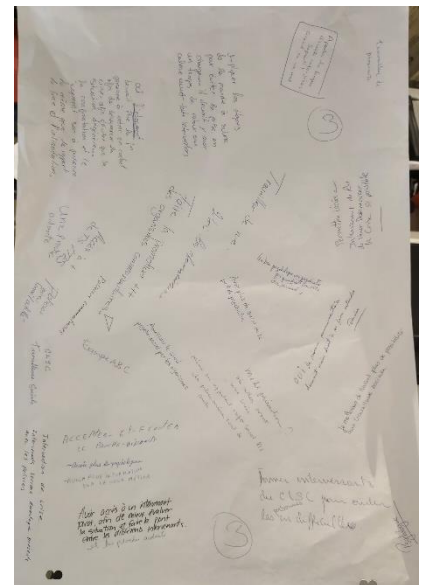
**Question : Dans tout le processus de la p-38 et selon votre expérience, y a-t-il un intervenant dont le rôle pourrait être davantage mis de l'avant, qui permettrait d'éviter des expériences d'hospitalisations forcées aux personnes?**

### Intervenants sociaux :

- Former les intervenants du CLSC pour aider les personnes en difficulté.
- Psychologues.
- Avoir accès à un intervenant pivot, afin de mieux évaluer la situation et faire le pont entre les différents intervenants et les proches aidants.
- Avoir plus de psychologues et avoir plus d'information sur leur métier.
- Intervenants de crise. Intervenants sociaux davantage avec les policiers.
- CLSC travailleuse sociale.
- Équipe ABC.
- Accès à plus de TS et TES.
- Oui, l'intervenant devrait être la première personne à entrer en contact afin de désamorcer la crise, afin d'éviter que la situation dégénère... La confrontation et le jugement sont à proscrire de même que le rapport de force et l'intimidation.
- Avoir plus de suivis de la part du psychiatre.
- Un bon psychologue ou psychiatre qui prendrait son rôle au sérieux.
- Je mettrais de l'avant plus de possibilité aux travailleuses sociales.

### Proches :

- Accepter et écouter les proches aidants.
- Une proche aidante.



### **Policiers :**

- Policiers communautaires.
- Policiers mieux formés et outillés.

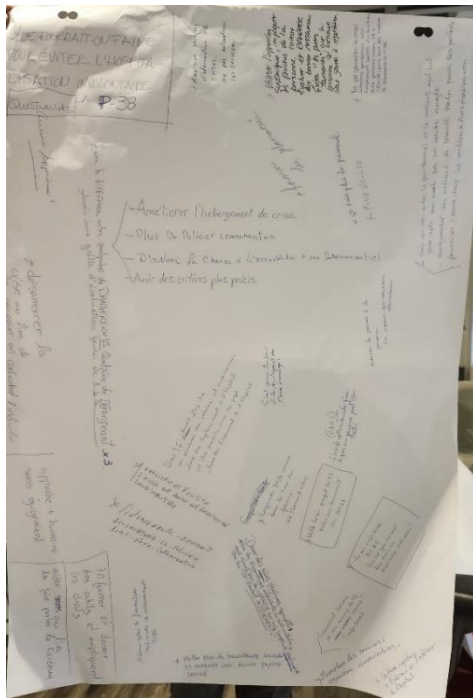
### **Organismes communautaires :**

- Faire la promotion +++ des organismes communautaires.
- Travailleur de proximité.
- Travailleur de rue.
- Améliorer le suivi psychosocial par les organismes.
- Oui, le réseau communautaire devrait avoir le droit de se faire entendre.
- Permettre l'accès aux intervenants de rue pour venir désamorcer la crise si possible.

### **Autres :**

- Les pharmaciens.
- Expliquer les étapes et la marche à suivre pour éviter la prise en charge... il devrait y avoir un temps de retour au calme avant toute intervention.
- Mode prévention en allant vers une crise? Même en appelant infosocial 811, la police arrive tout de suite.

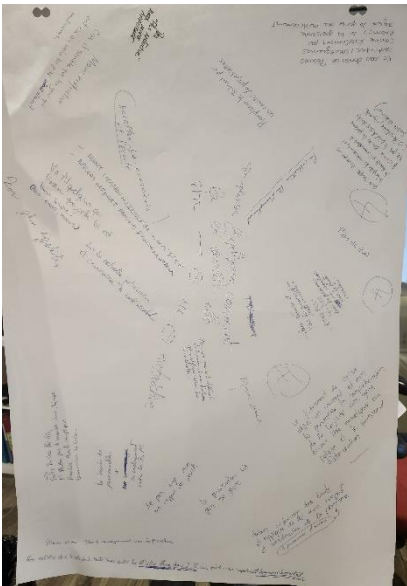
### **Question : Expliquez comment la loi devrait-elle plus ou moins restrictive?**



- Non, plus égalitaire.
  - Moins restrictive car il semble que les gens ont eu ou vécu la P38 étaient malmenés...
  - Pas plus restrictive, mais mieux appliquée.
  - Accepter la conscience et l'écoute.
  - Mieux encadrer les mesures d'exception.
  - Assurer le respect des droits fondamentaux.
  - Pas restrictive, plus d'assouplissement.
  - La provocation n'a pas sa place.
  - D'abord, informer des droits et appliquer la Loi avec respect et considération de la personne.
  - Ne pas agir avec un rapport de pouvoir.
  - Un évènement de crise définit un moment et non la personne. La compréhension de la fragilité des gens devrait être enseigné aux policiers et au personnel d'intervention.
  - Moins sévère.
  - Être plus sévère envers les personnes ne respectant pas la santé mentale.
- Plus sévère et plus de personnel en santé mentale.
  - Plus de cas.
  - Moins sévère, plus de renseignement sur les proches.

- Moins restrictive dans le bris de la liberté sans avoir la définition claire dans la Loi sur qu'est-ce qu'un comportement dangereux immédiat.
- Faire du cas par cas et mettre plus de membre dans l'équipe. Désamorcer la crise.
- Besoin de personnel d'encadrement avec la santé mentale.
- La loi actuelle judiciaire et criminalise la santé mentale.
- Y a-t-il quelqu'un qui s'assure que cette loi est bien suivie? (Abus, excès, recours)?
- Plus souple, du cas par cas. Interpeller les intervenants et la famille qui connaissent la personne. Écouter la personne. Ne pas la priver de ses droits (ex. pas de cellulaire, pas de cigarette, pas de sortie extérieure).
- Ne pas donner de mesures restrictives/conséquences comme l'isolement par exemple, si la personne refuse la prise de médicament.

**Question: S'il y a un mot ou une courte phrase que vous souhaitez que le gouvernement retienne comme décision/action/amélioration concernant la P-38, quel serait-il?**



- Que les policiers soient plus tolérants envers les clients.
- Le personnel soignant soit plus ouvert envers les gens en santé mentale.
- Le recours à une Loi d'exception reflète un système de santé malade. La violence (P-38) est le dernier recours de l'incompétence.
- Améliorer jugement clinique des intervenants
- Souplesse, cas par cas.
- Augmenter le budget en santé mentale.
- Redonner le pouvoir à la personne sur ses droits (choix, actions).
- Désamorcer la crise à la place de la créer ou accentuer.
- Mieux former le personnel, respect.
- Former davantage de personnel soignant, sensibiliser.
- Collaboration avec ressources alternatives.
- Les patients sont des êtres humains qui passent par un trouble passager. Le personnel devrait arrêter de rire auprès d'eux.
- Avoir toujours une intervention dans un état calme, verbalement, devant une intervention policière.
- Avoir toujours un intervenant calme dans une intervention policière.
- Laisser le monde diriger les gens selon le cas.
- Désamorcer la crise au lieu de confronter ou empirer la situation.
- Et si c'était votre enfant, que feriez-vous?
- Humanité.
- Penser aux proches aidants aussi.
- Respect des droits fondamentaux.
- Respecter la charte des droits et libertés de la personne dans l'application de la Loi.
- Accompagnement.
- Accepter les différences.
- Écoute.

- Plus d'infirmières spécialisées en santé mentale.
- Aucune expérience.
- Traiter les personnes en crise avec respect et leur laisser leur dignité.
- Faire la différence entre quelqu'un de dangereux vs. Dérangeant.
- Loi illégale.
- Respect de la personne et de ses proches.
- Trouver une solution pour le manque de personnel.
- Proscrire le rapport de pouvoir.
- Humanité.
- Informer des droits.
- Le gouvernement est lui aussi en difficulté de trouver des infirmières.
- Avoir moins d'attitude à l'urgence.
- Respect et écoute de la personne et de son entourage aidant.
- Avoir plus de services.

Dans la dernière portion de la rencontre de consultation, nous avons demandé aux participants de nous transmettre via un questionnaire anonyme leur réponse aux questions suivantes :

**1- Selon mon expérience personnelle et l'information reçue aujourd'hui, quelle est mon opinion sur la P-38.001**

Le résultat est que **89%** des répondants ont signifié que la loi devrait être moins restrictive (assouplie) ou qu'il n'y ait pas de changements.

Bien que cette question ait déjà été abordée sous un autre angle, nous avons poussé la réflexion et avons demandé aux personnes la question suivante :

**2- Quels sont les moyens qui pourraient être utilisés pour éviter les gardes en établissement (P-38.001)?**

Voici les réponses qui ont été fournies par les personnes :

**Concernant l'intervention de crise :**

- Travailleuse sociale, policiers plus souples. Premier aidant parle avec la personne en détresse, ensuite appliquer la P-38.
- Service avant crise fait par un intervenant qualifié qui aime son travail afin de désamorcer la bombe.
- Meilleure formation d'intervenants spécialisés en santé mentale.
- Plus de centre de crise/intervenant en situation de crise.
- Lors d'une intervention policière, faire accompagner une intervenante en présentiel lors de cette rencontre.
- Améliorer l'hébergement de crise.
- Utiliser des alternatives : Centre de crise, organismes, etc.
- Soutien plus rapide auprès des gens afin de désamorcer la crise.
- Améliorer l'intervention de crise et venir en aide aux policiers lors de leurs interventions.
- Faire une escouade de 1<sup>ère</sup> ligne d'intervenantes formées en situation de crise.

**Concernant les ressources communautaires :**

- Information et utilisation de ressources alternatives et personnel formé.
- Utiliser les intervenants de crise pour aider les policiers à désamorcer la crise afin d'éviter les hospitalisations forcées inutiles.
- S'il y avait plus de groupes communautaires comme l'Oasis de Lotbinière pour désamorcer les crises.

**Concernant l'attitude à adopter avec la personne et la qualité des services :**

- Lui apporter du soutien de prévention qu'il a besoin et nécessaire avant de venir au dernier recours nécessaire pour sa sécurité et des autres.
- De prendre le temps d'écouter le patient.
- Mettre en place un service plus rapide lors de l'arrivée d'un usager.
- Mieux évaluer l'état d'une personne, apporter l'aide nécessaire plus rapidement.
- Référer aux bons services et faire le pont entre ceux-ci.
- Pas attendre que la personne explose avant de l'aider.
- Établir des faits prouvant la dangerosité et non sur des suppositions... Établir des critères précis qui prouvent la dangerosité...

**Concernant l'accès aux services :**

- Éviter les allers-retours à l'hôpital. S'assurer que la personne reçoive les soins appropriés plus rapidement afin d'éviter la dégradation de l'état.
- Rencontres plus régulières avec une travailleuse sociale.
- Avoir un intervenant avec la personne qui décide.
- Faire appel à des intervenants pivots, aller dans le milieu de la personne, impliquer les proches.

**Concernant les proches :**

- Avoir de la famille avec la personne malade
- Plus de communications ou d'informations aux répondants.

**Concernant les services de psychiatrie :**

- Avoir un meilleur suivi par le psychiatre.
- Ne pas tout miser sur la médication, elle n'est pas toujours adéquate ou la solution à tous les problèmes.
- Avoir la possibilité d'être évalué par un psychiatre externe : parce que 2 évaluations faites par le même établissement ne vont jamais « sens contraire de l'autre collègue ».

**Commentaires divers**

- Améliorer et faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale – prévention et prise en charge avant que l'état de santé mentale ne se détériore (Je rêve). Promouvoir, soutenir les ressources alternatives sans que le réseau public se décharge de ses responsabilités (je rêve). Il extrêmement difficile d'avoir accès aux soins et services en santé mentale. T.S., psychologue, psychiatre dans le réseau. Pratiquement impossible sans hospitalisation. L'Hospitalisation

volontaire devrait être facilitée trop de personnes en crise sont renvoyées sans soins aux urgences.

- Besoin de personnel et de formation pour la police. Activité médication pour aider le patient, continuer un suivi, informer la famille.
- Tout comme avant le décès d'un patient, il faut un personnel spirituel/vrai qui sert de transfert entre le personnel de santé et le patient qui sort d'une étape à une autre étape de sa vie.

### **3- Dans le cadre de la consultation actuelle, qu'est-ce que je souhaite que le gouvernement retienne concernant la P-38.001 et la coercition en santé mentale?**

- Limiter les heures aux médecins et surtout les infirmières.
- Qu'il s'agit d'humains respectables qui ont besoin d'accompagnement en étant informés de la situation et de leurs droits. Que le rapport de force dans l'incompréhension et l'humain est grave.
- Respect, écoute #1. Penser aux proches aidants, intervenants pour eux aussi. Ne pas couper tous les droits des gens. Ex- leur laisser aller fumer.
- Les personnes touchées ne connaissent pas bien leurs droits, ne sont pas entendus et qu'il y a de l'abus de pouvoir envers eux.
- Laisser le pouvoir à la personne concernée en s'assurant de son niveau d'information sur ses droits et la concertation avec son entourage de confiance, d'accompagnement.
- Plus de service en santé mentale et moins de jugements
- De la formation et de la sensibilisation sur comment on intervient devant une personne vulnérable en santé mentale.
- Que le gouvernement nous écoute.
- La Loi n'est pas respectée/surveillée et ouvre la porte aux abus et non-respect des droits de la personne. La p-38 est une forme de violence judiciaire et la violence est le dernier recours de l'incompétence.
- Écouter les personnes qui sont malades.
- Reconnaître et accepter les différences de vie pour éviter des préjugés.
- Adapter les lois pour qu'elles soient plus humaines.
- Plus de personnel formé pour éviter les préjugés. La P-38 devrait donner plus de droits, que ce soit plus ouvert.
- Prendre en considération l'être humain derrière la Loi! Cesser la coercition. Offrir un service en prévention (TS, TES, organisme, centre de crise, etc.)
- Que le gouvernement donne les ressources nécessaires pour aider ces personnes en santé mentale d'être guéries et dirigées vers des personnes ressources (psychiatres) qui permettent de les aider.
- Qu'il y ait plus d'organisme en aide aux maladies mentales.
- Avoir des intervenants ou répondants pour aider les victimes.
- La Loi peut être mal appliquée (manque de connaissance des différents intervenants/personnel des hôpitaux, manque de personnel...
- L'évaluation de l'état de la personne devrait être plus rigoureuse et impliquer les personnes significatives gravitant autour d'elle.

- Besoin de personnel, que la police soit plus informée avant d'intervenir sur la personne en crise.
- Qu'il faut faire connaître la Loi et bien la définir!
- Si ça serait ton enfant, comment aimerais-tu qu'on t'aide?
- Il s'agit de personnes entières qui vivent un moment trouble passager. Ils se remettent quand leurs droits seront respectés.
- Que nous sommes des êtres humains, plus de compassion et d'empathie.
- Que les heures de garde incluent les week-ends et jours fériés.
- Que les psychiatres ne repoussent pas les dates du tribunal.
- Que les comportements justifiant l'hospitalisation soient définis clairement.
- Éviter de forcer les gens à se médicamenter = laisser libre choix. Éviter les conséquences si on refuse la médication.

## **7- Position de l'organisme et recommandations**

### **Position de L'A-DROIT sur la P-38.001**

- Considérant que L'A-DROIT a demandé à ses membres et aux personnes vivant avec un problème de santé mentale de la région de s'exprimer sur la P-38.001 dans le cadre d'un processus de consultation large;
- Considérant l'expérience terrain de notre organisme, l'étude faite par L'A-DROIT entre 2012 et 2014 en Chaudière-Appalaches et celles réalisées par les groupes régionaux de promotion et de défense de droits en santé mentale;
- Considérant l'existence de mesures alternatives aux mécanismes d'exception, notamment à la P-38.001 ;
- Considérant l'extrême vigilance qui doit être portée quant au respect des droits humains dans les processus d'application de ces mécanismes d'exception ;
- Considérant que bien qu'il y ait eu des améliorations récentes, il existe de nombreux enjeux liés à l'application de la P-38.001 en Chaudière-Appalaches ;
- Considérant qu'un profond changement de pratique psychiatrique s'impose;
- Considérant que les personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale de Chaudière-Appalaches revendiquent l'humanisation des soins et des services, l'accès à des services de crise et à des alternatives à la coercition;

**L'A-DROIT demande un respect strict de la Loi P-38.001 et des changements majeurs dans les pratiques actuelles, avant d'envisager des changements législatifs.**

# Recommandations

## 1- Un respect strict de la P-38.001

Puisque le filet social du Québec est actuellement incapable de pallier une abolition de la P-38.001, nous recommandons de maintenir cette loi pour les cinq (5) prochaines années avant une éventuelle réévaluation.

Nous recommandons d'en assurer un respect strict par les établissements de santé du Québec. Notons qu'il y a eu des efforts avec le cadre de référence provincial ainsi qu'avec les changements apportés ces dernières années dans la région de Chaudière-Appalaches, notamment avec l'adoption d'un protocole d'application de la P-38.001 et certaines mesures pour en assurer le respect. Il subsiste toutefois de trop nombreuses situations où la Loi n'est pas appliquée de façon respectueuse des droits des personnes. Notons aussi que la P-38.001 demeure une expérience qui crée des traumatismes pour beaucoup de personnes qui en font l'objet et qu'elle met en péril le lien de confiance de la personne avec le personnel médical et soignant.

Nous demandons au gouvernement du Québec de ne pas modifier la Loi avant de s'assurer que son application est faite de façon pleinement rigoureuse. Ce n'est pas le cas actuellement.

## 2- Des services de crise et des services dans la communauté

### 2.1 Centre de crise/Hébergement de crise

L'organisation des services en hébergement de crise dans la région de la Chaudière-Appalaches résulte d'une orientation instituée en 1998 avec le plan régional d'organisation des services (PROS). En ce qui concerne les services de crise, outre certaines consolidations et regroupements des services existants, n'y a pas eu de changements majeurs dans l'offre de services de crise dans la région.

La région de la Chaudière-Appalaches ne compte pas de centre de crise communautaire. Toutefois, des organismes offrant (avec entente spécifiques) de l'hébergement de crise sur référence d'un intervenant social sont présents dans plusieurs secteurs. Tous les territoires de la région disposent d'un tel service puisqu'en Montmagny-L'Islet il n'y a pas d'organisme offrant de l'hébergement de crise.

Nous considérons que le modèle régional d'organisation des services est inadéquat et doit être revu. Nous constatons tout comme les personnes ayant participé aux consultations l'insuffisance des lits d'hébergement de crise, l'absence d'une couverture régionale des services d'hébergement de crise et l'importance qu'un tel service peut avoir dans la trajectoire de services qui peut mener à une moindre application de la P-38.001. Ainsi, nous demandons une révision du modèle régional concernant les services de crise afin de créer un ou des centres de crise, ainsi qu'un investissement financier dans les services de crise.

### 2.2 Intervenant d'un service de crise

Pendant longtemps, la région de la Chaudière-Appalaches a été présentée comme un modèle provincial avec urgence-détresse. Ce service, géré par le réseau de la santé, a pour fonction de

fournir le service d'un intervenant de crise 24/7, qui reçoit les demandes au téléphone et qui peut se déplacer pour des interventions *en personne*. Sur le plan théorique, ce modèle a été louangé et a été repris dans d'autres régions du Québec. Toutefois, de nombreuses personnes utilisatrices de services ont déploré au fil des ans l'absence d'intervention *en personne* d'un intervenant d'urgence-détresse. Cette information, corroborée par de nombreux partenaires donne lieu à une remise en question de l'efficacité du modèle régional.

L'intervention directe en personne d'un intervenant peut contribuer à apaiser une crise et éviter des hospitalisations. Le modèle du PAISM 2022-2026 d'intervention mixte d'un intervenant avec les policiers contribue à réduire les hospitalisations. Il y a lieu de le bonifier puisqu'il peut réduire l'utilisation de la P-38.001.

### **2.3 Élimination des listes d'attente en soutien psychosocial en santé mentale.**

Les listes d'attentes sont importantes pour avoir du soutien psychosocial en santé mentale. Les équipes traitantes sont débordées, et la situation a dépassé le point de rupture dans bien des régions et territoires. Notre région, si elle se positionne bien dans les statistiques provinciales, connaît toutefois une situation alarmante. Des moyens doivent être mis en place pour faire en sorte que les personnes puissent avoir accès à une aide psychologique en amont des crises psychosociales, notamment en travaillant avec les groupes communautaires en santé mentale afin de mettre des solutions de l'avant.

## **3- Une psychiatrie plus humaine**

### **3.1 Une meilleure configuration des lieux en santé mentale.**

Les urgences psychiatriques et les départements de psychiatrie sont bien souvent vétustes et peu adaptés pour se rétablir d'une période difficile. Il n'est pas étonnant que les gens ne souhaitent pas y retourner. Ainsi, les investissements dans les infrastructures en santé mentale constituent un des angles morts du système. Outre quelques aménagements à Lévis et Saint-Georges et une rénovation majeure du département de Thetford Mines, il n'y a pas eu de réinvestissement majeur dans les infrastructures en psychiatrie et à l'urgence psychiatrique dans la région. Un exemple récent présentant une rénovation de l'urgence de l'hôpital Montfort d'Ottawa est inspirant. Il y a également lieu de se questionner pourquoi les fondations d'hôpitaux investissent si peu en santé mentale dans notre région.

En plus d'améliorer l'expérience de services des personnes qui demandent de l'aide, nous croyons qu'il y a des économies à faire à moyen terme sur les fréquences et les durées de séjour si les lieux ne sont pas uniquement adaptés qu'à un contexte sécuritaire, mais aussi à un contexte thérapeutique.

### **3.2 Pour un traitement plus humain.**

Nous ne pouvons passer sous silence qu'il y a eu un changement de culture ces 10 dernières années dans notre région. Toutefois, certaines pratiques à l'intérieur des établissements de Chaudière-Appalaches soulèvent encore des questions, notamment :

- Le port de la jaquette chez un grand nombre de personnes mises sous garde, en particulier à l'Hôtel-Dieu de Lévis ;
- La difficulté ou l'absence d'accès au téléphone cellulaire pour les personnes hospitalisées ;
- La gestion des sorties pour les personnes hospitalisées (cartes vertes) et la gestion du tabac ;
- Une climatisation pas toujours efficace l'été ;
- Un sous-investissement dans les activités thérapeutiques sur les départements de psychiatrie, qui fluctuent selon les départements et les périodes ;
- Un sous-investissement dans des modèles alternatifs à l'hospitalisation (hôpital de jour, notamment).

#### **4- Un suivi rigoureux de l'application des mécanismes d'exception.**

Le cadre de référence pour la mise en place de protocoles d'application de la P-38.001 de 2018 a fait en sorte que les établissements doivent maintenant rendre compte sur l'application de la Loi dans leur rapport annuel de gestion et chaque 3 mois lors des séances publiques du conseil d'administration de l'établissement de santé. Toutefois, un tableau de bord provincial public avec des données permettant d'analyser l'état des lieux selon les régions, tant dans le nombre de gardes provisoires et autorisées ainsi que des indicateurs de conformité permettrait au public de s'assurer du sérieux de l'application de cette Loi d'exception.

Une diminution de l'utilisation de la P-38.001 ne doit pas être remplacé par l'utilisation d'autres mécanismes d'exception. Ainsi, l'utilisation des mesures de contrôle doit être réduit, voire éliminé et remplacé par d'autres mesures. Or, les statistiques ne sont que comptabilisés depuis récemment dans la région, malgré l'obligation ministérielle de les comptabiliser depuis 2015. Également, les autorisations judiciaires de soins (ordonnances de traitement et d'hébergement) doivent être documentés par les établissements de santé, ce qui n'est pas obligatoire présentement.

Les mécanismes d'exception sont coercitifs et leur utilisation doit être documenté, afin de les réduire et de donner le plus possible des soins et services exempts de coercition. De la formation doit être donnée au personnel afin d'en diminuer l'utilisation, y compris aux agents de sécurité officiant sur les départements de psychiatrie.

## Conclusion

Nous avons fait état dans ce mémoire du vécu des personnes relativement à cette loi d'exception qu'est la P-38.001 et de l'expérience de l'organisme. Force est de constater que la P-38.001 est, à bien des égards, un échec thérapeutique.

Un échec pour le réseau de la santé de donner des services et des soins de façon libre et éclairée;

Un échec pour la suite du parcours de soins de la personne directement concerné puisqu'il brise le lien de confiance des gens qui en font l'objet envers le système de santé et parfois envers les proches qui l'invoquent;

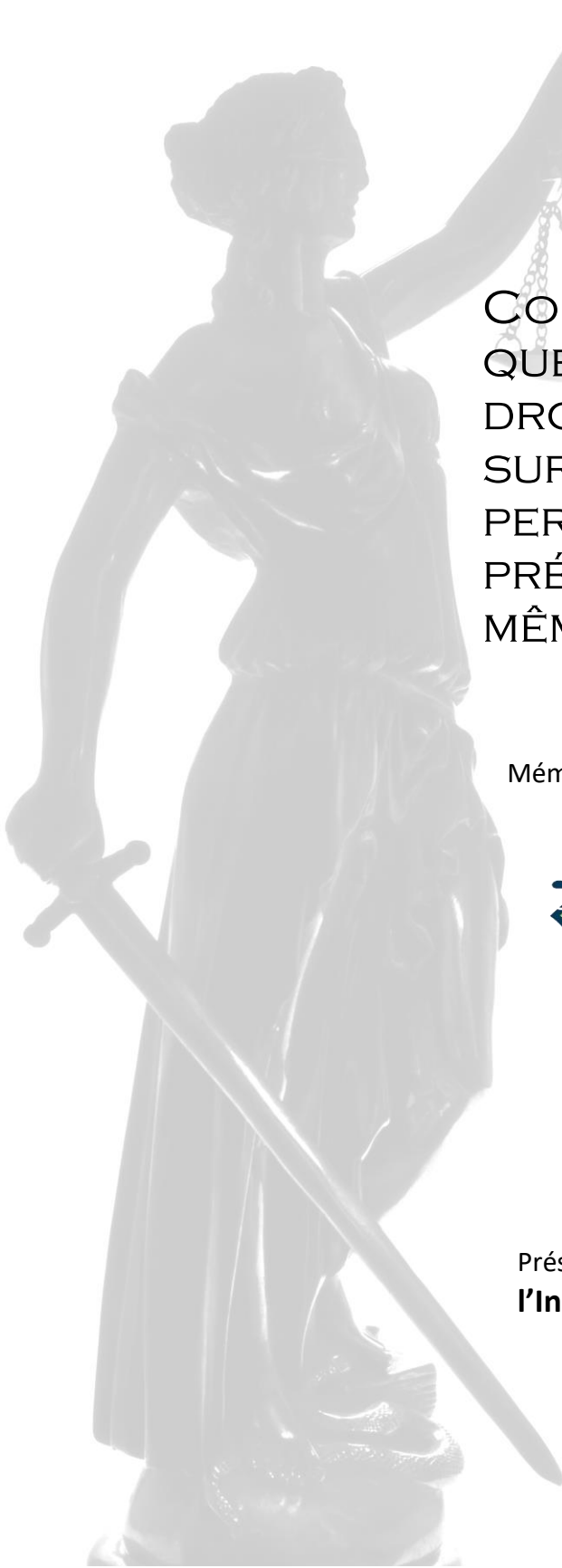
Un échec dans l'application, qui n'est pas toujours respectueuse du processus légal et du respect des droits fondamentaux;

Un échec pour le système de justice qui ne traite pas tous les citoyens avec l'égalité de droits que les chartes et les Lois doivent garantir.

Cela peut changer. Cela doit changer.

Ainsi, beaucoup de solutions peuvent être mises de l'avant. Celles-ci sont présentées dans nos recommandations ainsi que dans les suggestions des personnes qui ont participé à la démarche de consultation menée par L'A-DROIT dans la région. Elles méritent d'être prises en considération.

Nous souhaitons remercier nos partenaires communautaires et l'ensemble des personnes qui ont courageusement participé à ces démarches en témoignant d'expériences d'une période difficile. À toutes les personnes utilisatrices de services en santé mentale de la région nous disons ceci : vous êtes les seules personnes directement concernées par la P-38.001 puisque c'est vous qui en faites l'objet. Nous sommes fiers de porter votre voix et souhaitons contribuer à ce que vos droits soient respectés.

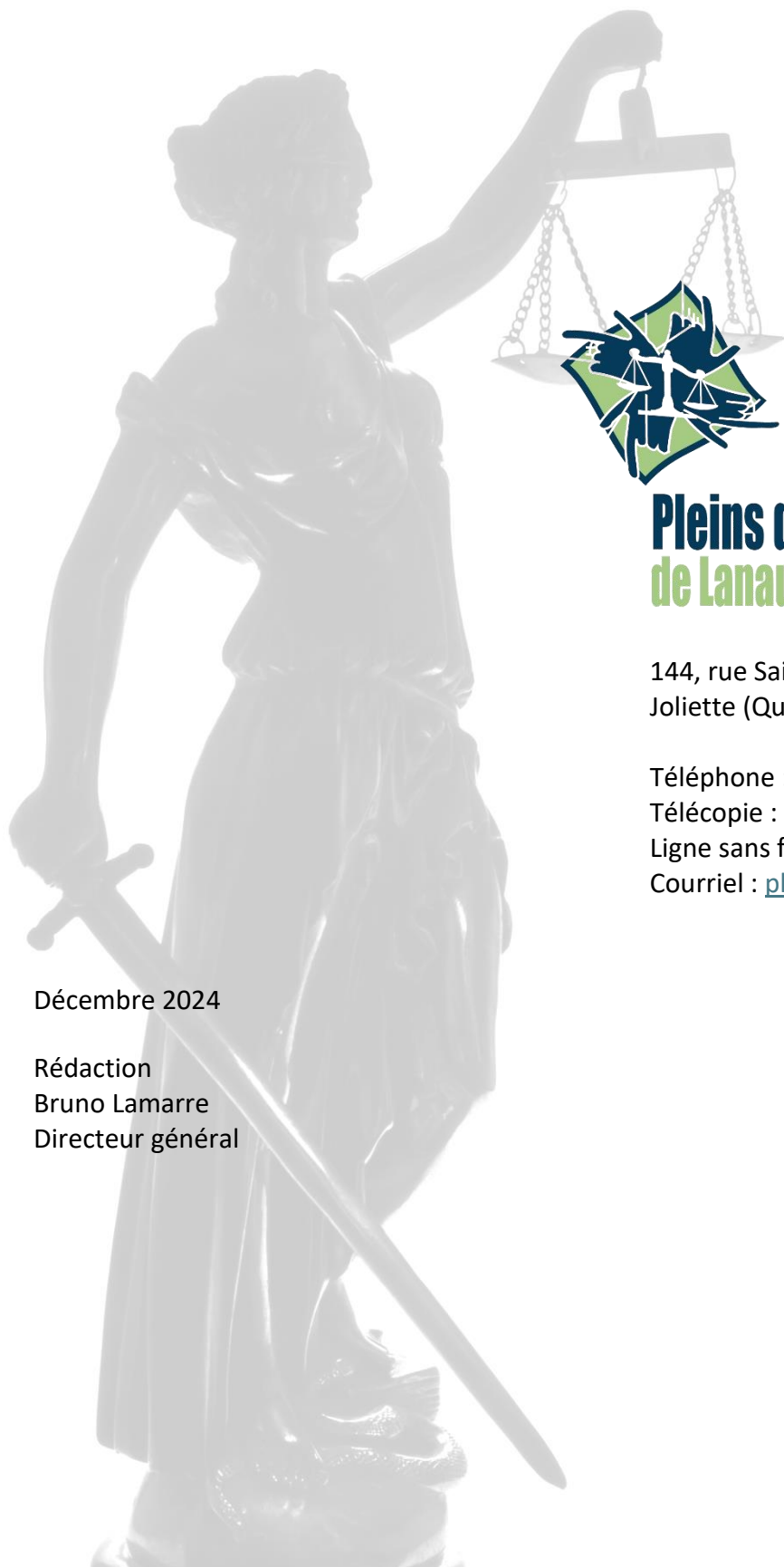


CONSULTATION DE L'INSTITUT  
QUÉBÉCOIS DE LA RÉFORME DU  
DROIT ET DE LA JUSTICE SUR LA LOI  
SUR LA PROTECTION DES  
PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL  
PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-  
MÊMES OU POUR AUTRUI

Mémoire soumis le 1<sup>er</sup> décembre 2024 par



Présenté à  
**l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice**



**Pleins droits  
de Lanaudière**

144, rue Saint-Joseph, suite 300  
Joliette (Québec) J6E 5C4

Téléphone : (450) 394-0779  
Télécopie : (450) 394-4303  
Ligne sans frais : 1-855-394-0779  
Courriel : [pleinsdroits@hotmail.com](mailto:pleinsdroits@hotmail.com)

Décembre 2024

Rédaction  
Bruno Lamarre  
Directeur général



## Table des matières

Mise en contexte	4
Présentation de Pleins droits de Lanaudière	5
Les enjeux éthiques de l'application de la LPP	7
La dangerosité	7
L'estimation de la dangerosité dans la communauté	9
La prise en charge par l'établissement	11
La garde en établissement	12
Le droit de soigner et de garder	14
Conclusion	14
Recommandations	
Recommandations générales	14
Recommandations spécifiques	14

## Mise en contexte

En vigueur depuis 1998, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (LPP) vient compléter les dispositions du Code civil sur la garde en établissement et l'évaluation psychiatrique. Elle encadre le processus de la garde involontaire en établissement et précise les droits de la personne mise sous garde. À titre d'exemple, elle met de l'avant le droit à l'information détaillée, le droit de contester la garde au Tribunal administratif du Québec (TAQ), l'intégration d'un intervenant de service d'aide en situation de crise (SASC) qui doit estimer la dangerosité avant le transport de la personne à l'établissement par un agent de la paix, le droit à la communication confidentielle, etc.

Toutefois, ces avancées n'ont pas amené un changement de culture dans le respect des droits en santé mentale. Pleins droits de Lanaudière, les autres groupes de promotion et de défense de droits en santé mentale ainsi que l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec ont documenté et dénoncé l'absence d'encadrement de son application, la méconnaissance systémique du personnel quant à son application, les errements dans le processus, et enfin, le caractère discriminatoire et abusif que cette loi fait subir à la personne qui en fait l'objet. Parallèlement à ces observations, le Protecteur du citoyen, le Barreau et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont également relevé des problématiques majeures et celles-ci ont conduit à la diffusion en 2018 d'un cadre de référence ministériel sur l'application de la LPP et la mise en place d'un protocole de garde.

Pleins droits de Lanaudière s'oppose, dans un premier temps, à l'ajout de critères facilitant l'application de la LPP à la personne vivant avec un problème de santé mentale. Il est demandé le respect de son caractère exceptionnel, et par le fait même, une application stricte du cadre de référence ministériel de 2018 et la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation forcée. Dans un deuxième temps, nous souhaitons que l'Institut québécois de la réforme du droit et de la justice (IQRDJ), de par son mandat, recommande au MSSS des améliorations, dans l'application de la LPP, quant au respect des droits de la personne mise sous garde et la recherche d'alternatives à l'hospitalisation involontaire.

Comme l'a démontré la revue de littérature des 20 dernières années, l'esprit de la loi et le modèle d'application de la LPP n'ont jamais été respectés. Des écarts dans l'application de la LPP existent encore aujourd'hui quant au respect de la personne, de ses droits fondamentaux tels le droit à la liberté, le droit au choix, le droit d'être traité dignement comme tous les autres citoyens.

Le présent mémoire expose les principaux défis liés à la notion de la dangerosité, à l'intervention de crise dans la communauté, à la prise en charge par l'établissement et à la garde en établissement. Il détaille également quelques pistes d'action afin d'humaniser les différentes étapes de l'application de la LPP. Enfin, des recommandations sont présentées.

## Présentation de Pleins droits de Lanaudière

Depuis maintenant 33 ans, le mandat régional de Pleins droits de Lanaudière s'inscrit dans la promotion, la sensibilisation et la défense des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Sa mission est d'aider et d'accompagner les personnes dans la défense de leurs droits individuels et collectifs et de les informer sur les recours disponibles.

Lorsqu'une personne demande les services de l'organisme :

- Elle est écoutée, les informations sont recueillies, il y a une vérification des éléments de défense des droits et une offre des pistes d'action.
- La philosophie de l'organisme s'appuie sur l'appropriation du pouvoir, le préjugé favorable et la spécificité de la personne.
- L'organisme a un rôle d'agent facilitateur et d'accompagnateur. Il ne prend jamais de décisions à la place de la personne, il ne la représente pas et n'émet pas d'opinions ou de conseils juridiques.
- Les services sont gratuits et volontaires.

Dans le cadre de l'application de la LPP, l'organisme a un mandat régional et est reconnu par le Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSL) afin d'aider et d'accompagner la personne mise sous garde. Le rôle quant à l'accompagnement de la personne se résume comme suit :

- L'information sur les différentes étapes de la loi (l'estimation de la dangerosité, la garde préventive, provisoire et autorisée).
- L'aide et accompagnement pour trouver un avocat.
- L'accompagnement lors des rencontres avec les professionnels de la santé lors du processus de garde (élaboration d'un aide-mémoire).
- L'aide et accompagnement afin de préparer la personne à son témoignage au tribunal.
- L'accompagnement lors d'une requête au TAQ pour contester la garde.
- L'accompagnement lors des audiences au tribunal.
- L'accompagnement dans le processus de défense des droits auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSSL, du Protecteur du citoyen, du Collège des Médecins, de la déontologie policière, du logement, de l'aide sociale, etc.

Parallèlement à l'accompagnement individuel en lien avec l'application de la LPP, l'organisme a développé un partenariat important avec la Direction santé mentale et dépendance du CISSSL.

Dans un premier temps, la direction générale de l'organisme et le directeur adjoint de la Direction

santé mentale et dépendance du CISSSL sont co-porteur de la Table régionale de concertation sur l'application de la LPP. Ce lieu de concertation rassemble les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, les représentants du milieu communautaire, les personnes utilisatrices de services, les membres de l'entourage, les différents corps policiers et les services préhospitaliers. En tant que coresponsable et membre du comité de coordination, notre mandat est de préparer les ordres du jour des rencontres et d'améliorer la trajectoire et l'application de la LPP.

Par ailleurs, depuis l'automne 2022, Pleins droits de Lanaudière et la Direction santé mentale et dépendance du CISSSL ont mis de l'avant une entente afin de valoriser la promotion et la défense des droits en lien avec la personne mise sous garde. Conscients des défis liés à certains écarts historiques entre la protection des personnes via l'application de la LPP et la promotion et le respect des droits de la personne mise sous garde, les 2 organisations ont cherché des solutions concrètes et innovantes. C'est ainsi qu'est née l'idée d'une présence directe de Pleins droits de Lanaudière au sein même des unités de courte durée de psychiatrie des deux hôpitaux de Lanaudière. L'expertise de Pleins droits de Lanaudière en matière de promotion et de défense des droits contribue à sensibiliser les équipes du CISSSL et à garantir une prise en charge respectueuse des droits fondamentaux. En retour, le CISSSL facilite l'accès de l'organisme, en lui permettant d'avoir des locaux attitrés, aux personnes utilisatrices, permettant ainsi une intervention rapide et efficace en cas de besoin.

Ce changement de culture organisationnelle a permis d'actualiser l'esprit de la LPP, grâce au renforcement du droit à l'information de la personne mise sous garde, par un accompagnement personnalisé. Ainsi, la présence de Pleins droits de Lanaudière permet à la personne mise sous garde d'effectuer un consentement libre et éclairé, de comprendre les différentes étapes de la loi, d'être représentée par un avocat, d'être accompagnée lors des rencontres avec les professionnels de la santé lors du processus de garde (élaboration d'un aide-mémoire), etc.

Depuis le début de ce partenariat, l'organisme régional a vu le nombre de ses interventions en lien avec les personnes hospitalisées sur les unités de psychiatrie connaître une augmentation significative. À titre d'exemple, avant cette collaboration, pour la période de 2015 à 2020, une moyenne de 256 interventions annuelles était effectuée. Depuis la mise en place de ce partenariat des 2 dernières années, il y a eu une moyenne de 595 interventions par année.

Enfin, Pleins droits Lanaudière est en préparation d'une étude sur l'estimation de la dangerosité dans la communauté. Avec plus de 150 témoignages entre 2018 à 2023, l'objectif de la recherche a pour but d'analyser les pratiques suivantes :

- Lors de l'intervention de crise, les policiers ont discuté avec la personne sur la raison de leur présence.
- Les policiers ont fait appel à un SASC pour estimer la dangerosité.

- Les policiers ont informé la personne sur ses droits (droit de savoir où la personne est transportée, droit à un avocat, droit de contacter un membre de l'entourage).
- Le personnel de l'urgence a informé la personne sur ses droits.
- Dès la prise en charge par l'établissement, la personne a-t-elle été mise sous contention ou en isolement.

Tout au long du présent mémoire, des témoignages des personnes interrogées sont présentés.

### **Les enjeux éthiques de l'application de la LPP**

Tel présenté dans le premier rapport de l'IQRDJ : portrait général et revue de la littérature<sup>1</sup>, le nombre de garde préventive entre 2015 et 2023 se situe en moyenne à 16 750. Il met en lumière, selon nous, que l'application de la LPP est devenue un fourretout des problèmes psychosociaux qui marquent la société québécoise. L'état mental perturbé est devenu une possibilité pour la société de se déresponsabiliser des problématiques liées aux déterminants de la santé. En somme, la notion de danger grave et immédiat qu'on retrouve dans l'esprit de la loi est devenue élastique et tend donc à occulter, par une hospitalisation forcée, les causes de la souffrance des personnes en situation de vulnérabilité.

Pourtant, lors de la commission parlementaire sur le projet de loi 39 en 1997, le législateur, par l'entremise de ministre de la Santé et des Services sociaux, Jean Rochon, établissait la finalité de cette nouvelle loi en mentionnant :

*« Cette loi est une loi d'exception, parce qu'elle vise essentiellement à voir dans quelles conditions on peut priver une personne de sa liberté de mouvement pendant une période de temps, la plus courte possible, donc littéralement la retenir, la détenir dans un établissement de santé parce que la personne et c'est là qu'il est important de réaliser la raison essentielle présente un danger pour elle-même ou pour son entourage à cause de son état mental. Pendant une période de temps. »<sup>2</sup>*

Nous présentons donc les principales préoccupations en lien avec les différentes étapes de l'application de la LPP et des observations concernant de possibles améliorations des pratiques actuelles.

#### La dangerosité

La dangerosité est l'élément central et le seul critère pour l'application de la LPP. Elle n'est pas définie de manière précise. Seules des précisions sont apportées en déterminant deux degrés de

---

<sup>1</sup> IQRDJ, La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : Rapport 1 – Portrait général et revue de littérature, septembre 2024

<sup>2</sup> Journal des débats de la Commission des affaires sociales, Étude détaillée du projet de loi no 39 – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Gouvernement du Québec, 5 décembre 1997, volume 35, no 100.

danger :

- Au premier degré, c'est le danger que l'on peut qualifier de «régulier», et qui peut, sur l'autorisation du tribunal, justifier de garder une personne en vue d'y subir une évaluation psychiatrique. **On parle ici d'une requête de garde provisoire.**
- Au second degré, le danger doit être « grave et immédiat. Il peut conduire une personne à être amenée, contre son gré, par un agent de la paix en vue d'une garde préventive. **On parle alors de l'application de la LPP.**

Par ailleurs, elle a une signification différente pour chaque acteur qui intervient lors d'intervention de crise (centre de crise, SASC, agent de la paix, paramédics, membre de l'entourage, etc.).

Au fil des années, la notion de dangerosité s'est transformée en dérangérisité. On est passé de la présence d'un danger lié expressément à une atteinte potentielle à l'intégrité de la personne visée ou d'autrui, à l'altération du jugement liée :

- Au manque de ressources, notamment en ce qui a trait à l'hébergement ou à la victimisation potentielle due à un comportement inadéquat.
- À un refus de traitement.
- Au fait de ne pas reconnaître sa maladie.
- À l'itinérance.

Selon Emmanuelle Bernheim, « Il a [...] été démontré que la moitié des demandes d'intervention auprès de l'Urgence psychosociale - Justice en application des dispositions en matière de garde provisoire «concerne des individus en situation de précarité résidentielle avérée ou potentielle »; près de 40 % des personnes faisant l'objet d'une requête pour garde provisoire n'ont pas d'antécédent psychiatrique. »<sup>3</sup>

Autre exemple probant, un policier de la Ville de Montréal mentionnait lors d'un forum sur l'application de la LPP dans le Bas Saint-Laurent : « [...] Quelqu'un était intoxiqué qui marchait au milieu de la rue et qui criait, il y a un temps où on l'aurait arrêté pour avoir troublé la paix puis on l'aurait emmené dans un centre de détention. Puis là aujourd'hui son état mental est perturbé, on l'enlève de la détention puis on l'amène à l'hôpital. »

En conclusion, sans être détaillée à outrance, et ce, afin de ne pas tomber dans le piège d'une cristallisation de ce qu'est la dangerosité, l'application de l'article 8 de la LPP doit se recentrer sérieusement sur les notions de grave et immédiat. Et trouver des alternatives autres que l'hospitalisation forcée.

---

<sup>3</sup> Bernheim, Emmanuelle. *Quinze ans de garde en établissement : de l'état des lieux à la remise en question*, dans la protection des personnes vulnérables, Barreau du Québec, vol. 393, 2015, p. 215-216.

### L'estimation de la dangerosité dans la communauté

L'application de l'article 8 est, pour Pleins droits de Lanaudière, le moment charnière de la LPP. C'est à ce moment où il est décidé d'utiliser la coercition en vue d'une hospitalisation pour calmer la souffrance. Le nombre effarant de garde préventive présenté dans le premier rapport de l'IQRDJ depuis les sept dernières années en est la preuve.

Pour rappel, l'article 8 permet à un agent de la paix, sans l'autorisation du tribunal, d'amener contre son gré une personne auprès d'un établissement :

- à la demande d'un SASC qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.
- à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

#### *Personne ayant subi l'article 8 de la LPP*

*4 Policiers sont arrivés chez nous, ils ont défoncé la porte et m'ont plaqué au sol.*

*Ils m'ont mentionné qu'il m'amenait à l'hôpital pour me faire soigner.*

Malheureusement, l'application de cet article est problématique depuis le début de la promulgation de la loi en 1998. En 2001, le comité de la santé du Québec (CSMQ) publiait *un avis sur l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Il mettait en lumière les difficultés concernant :

- Les services d'aide en situation de crise et les modalités d'organisation et de fonctionnement intersectoriel.
- L'arrimage entre les services de crise et les services de police.
- Le manque de disponibilité des ressources financières et humaines.
- Le temps de mobilisation des policiers et le déplacement des intervenants sur les lieux de la crise.
- L'intervention sur place.
- Le transport des personnes vers un établissement de santé.
- La prise en charge de la personne par un établissement de santé.
- La formation.

Pendant près de 20 ans, les difficultés énoncées par le CSMQ se sont retrouvées dans tous les études et rapports en lien avec les difficultés d'application de la LPP. Ce n'est seulement qu'avec la mise en application, dans un premier temps, du cadre de référence du MSSS sur l'application

de la LPP en 2018 et par la sortie du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 (avec le développement des équipes mixtes), qu'une certaine amélioration du respect de la mise en œuvre de l'article 8 a pu être vérifiée.

Malgré les efforts du MSSS, l'article 8 de la LPP comporte encore aujourd'hui des lacunes importantes poursuivant la distorsion dans son application :

- La présence de policiers augmente l'anxiété des personnes.
- La perception de la personne qui voit qu'elle n'a aucun pouvoir dans la décision d'être amené contre son gré dans un établissement de santé, engendre des comportements de colère et augmente la crise.
- L'estimation de la dangerosité par le SASC au téléphone ne permet pas à la personne de calmer la crise.
- L'offre d'alternatives à l'hospitalisation est quasi inexistante. La grande majorité des personnes que nous avons interrogées ont mentionné que l'intervention du SASC n'avait que pour objectif de rechercher un consentement au transport vers l'établissement. En aucun temps, des alternatives n'ont été présentées.
- Le droit à l'information de la personne conduit contre son gré à l'établissement. Plusieurs personnes que nous avons interrogées ont mentionné que l'agent de la paix ou l'intervenant SASC ne mentionne pas le droit de communiquer immédiatement avec un membre de l'entourage, un avocat ou l'organisme régional de défense de droits.
- Il existe encore des corps policiers de la région de Lanaudière qui ne font pas appel au SASC. Il n'y a donc pas d'estimation de la dangerosité et une intervention qui fait en sorte que les personnes se sentent stigmatisées.

**Personne ayant subi l'article 8 de la LPP**

*Les policiers ont cogné à ma porte. Je leur ai demandé pourquoi ils étaient là.*

*Ils m'ont d'ouvrir la porte, sinon ils la défonceraient. Ils n'avaient pas besoin de mandat. Ils avaient tous les pouvoirs.*

L'application de l'article 8 de la LPP est, selon nous, le processus qui devrait être de beaucoup modifié. Il est impératif de trouver une approche permettant de véritablement offrir des alternatives à l'hospitalisation. Il est impératif de développer des ressources viables et humaines en itinérance, en dépendance, en suivi psychologique, etc. De plus, l'intervention des agents de la paix devrait être mieux balisée. Une intervention en situation de crise psychosociale dirigée par une entité armée et en uniforme ne permet pas de désamorcer une crise. Au contraire, ça ne peut que l'augmenter. N'oublions pas que l'application de cet article se produit, dans une large part, auprès de personne en situation de vulnérabilité.

### La prise en charge par l'établissement

La prise en charge par l'établissement est un autre moment crucial de l'application de loi. Au regard du soutien à l'exercice des droits de la personne concernée, le cadre de référence ministériel en matière d'application de la LPP mentionne :

*« Pour assurer le respect du droit à l'information de la personne mise sous garde, le personnel de l'établissement doit lui fournir, dès le début du processus, toutes les explications nécessaires à sa compréhension de l'ensemble du processus de garde. De plus, un exemplaire du dépliant intitulé Droits et recours des personnes mises sous garde – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, sur lequel doivent figurer les coordonnées du groupe de défense des droits en santé mentale de la région, doit lui être remis. »<sup>4</sup>*

Avant la mise en place du cadre de référence ministériel en matière d'application de la LPP et du protocole de garde du MSSS, plusieurs écarts, voire plusieurs détentions étaient illégales en vertu de la loi. Dans la région de Lanaudière, nous avons été témoins de plusieurs pratiques illégales et devenues la norme. En voici quelques-unes :

- Lorsqu'une personne était amenée sous l'article 8 de la LPP, elle était prise en charge à l'urgence de l'établissement et était confinée dans un cubicule surveillé par un agent de sécurité. Le médecin de garde indiquait alors dans son dossier « ne pas laisser quitter, m'avertir si c'est le cas). Cette pratique faisait en sorte que la personne pouvait être vue par le médecin pour son évaluation (garde préventive ou pas) plusieurs heures après son arrivée. Nous avons un témoignage d'une personne qui nous a mentionné avoir vu le médecin plus de 5 heures après le transport à l'établissement.
- Il arrivait fréquemment qu'une personne ne soit pas informée qu'elle était en garde préventive. On lui mentionnait seulement qu'on devait l'hospitaliser. Lorsque la personne signifiait, plusieurs heures voire une journée après son hospitalisation, qu'elle souhaitait quitter, à ce moment, on enclenchait une garde préventive.
- Même si la personne, suite à la promulgation d'une garde préventive, donnait son consentement de demeurer à l'établissement et à y recevoir des soins, l'établissement poursuivait les démarches judiciaires en vue de l'obtention d'une garde provisoire ou autorisée. Encore aujourd'hui, cette pratique est commune dans les deux centres hospitaliers de notre région.

Après plusieurs années de représentation auprès du CISSSL et du respect du cadre de référence et du protocole de garde du MSSS, nous avons réussi à établir un partenariat favorisant le soutien à l'exercice des droits lors de la prise en charge par l'établissement.

---

<sup>4</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 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, Édition La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018, page 8.

Depuis le mois de septembre 2022, les infirmières au triage du centre hospitalier de Joliette et de Le Gardeur, lors d'une mise sous garde préventive, expliquent le processus de garde et remet le dépliant Droits et recours des personnes mise sous garde ainsi que le dépliant de Pleins droits de Lanaudière. Parallèlement, par l'entremise d'un téléphone cellulaire dédié, le personnel offre à la personne la possibilité de contacter un avocat, un membre de l'entourage ou l'organisme régional pour promotion et la défense des droits.

En ce qui nous concerne, l'écoute et la participation de la direction responsable des deux urgences physiques sont une avancée importante en lien avec le respect des directives ministérielles et le soutien à l'exercice des droits de la personne mise sous garde.

### La garde en établissement

Tout ce qui entoure la garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique et la garde autorisée doit changer de paradigme.

Dans un premier temps, l'espace matériel de la psychiatrie doit être repensé. Au cours des années 1960, nous avons vu le mode asilaire laisser graduellement sa place à une déstigmatisation de la folie :

*« La maladie et la santé mentale deviennent des éléments intégrés à la médecine globale. La maladie mentale est vue comme une maladie comme les autres. Selon Françoise Boudreau (1984), la réforme Castonguay-Nepveu sonne le glas du département de services psychiatrique au sein du ministère de la Santé qui devait lui aussi s'éclipser pour donner naissance au ministère des Affaires sociales. Comme tous les domaines traditionnellement classés sous la rubrique de la santé et des services sociaux, la psychiatrie sera gérée par des divisions administratives. Le nouveau ministère voit les notions de la maladie et de la santé mentale comme trop étroites et trop restrictives. Le vocabulaire doit changer. Les soins, la prévention et la promotion doivent devenir un droit fondamental dans la vie sociale<sup>5</sup> ».*

Pourtant, encore aujourd'hui, la psychiatrie, bien qu'intégrée dans des départements de soins modernes, utilise encore le mode asilaire. La très grande majorité des unités de psychiatrie sont barrées. Il est difficile de croire que dans un établissement de soins de santé et de services sociaux, il y a une unité qui utilise un mode carcéral pour venir en aide à des personnes souffrantes. Malheureusement, en psychiatrie c'est le cas. Nous croyons fermement qu'il serait souhaitable de débarrer les unités. Cette charge psychologique pour une personne qui est hospitalisée et qui voit qu'elle est emprisonnée dans un lieu ne peut qu'aggraver son état.

Outre l'aspect carcéral de la psychiatrie, la personne qui subit une hospitalisation contre son gré vit des expériences causant le plus souvent un stigma. Elle subit la prise de médication forcée, de

---

<sup>5</sup> Lamarre, Bruno, Mineau, André et Gilbert Larochelle, Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994, Recherche sociographiques, volume 47, Numéro 2, mai-août 2006, page 232.

l'isolement et de la contention physique, de l'infantilisation, des menaces de recourir à une autorisation judiciaire de soins si elle n'accepte pas le traitement, etc. Ici, le consentement libre et éclairé laisse souvent place à une soumission du dictat de la psychiatrie.

En ce qui concerne le soutien à l'exercice des droits, la personne sous garde est le plus souvent qu'autrement laissée à elle-même. Qu'on parle du droit de communiquer en toute confidentialité, du droit au transfert d'établissement, du droit à contester sa garde au TAQ, du droit à une information détaillée, etc., le plus souvent qu'autrement la personne demeure seule et ignorante de ses droits fondamentaux.

*Personne ayant vécu une garde en établissement*

*Si tu me donnes le choix entre la prison et la psychiatrie, je vais prendre la prison.*

*J'ai plus de liberté en prison!*

Pour ce qui est de la région de Lanaudière, un changement de paradigme s'est produit depuis les deux dernières années. Après près de huit ans de représentations et de négociations, le CISSSL et Pleins droits de Lanaudière ont développé un partenariat des plus significatif. En somme, conscients des défis liés à certains écarts historiques entre la protection des personnes via l'application de la LPP et la promotion et le respect des droits des personnes mises sous garde, les organisations respectives ont cherché des solutions concrètes et innovantes. C'est ainsi qu'est née l'idée d'une présence directe de Pleins droits de Lanaudière au sein même des unités des deux hôpitaux de Lanaudière. L'expertise de Pleins droits de Lanaudière en matière de promotion et de défense des droits contribue à sensibiliser les équipes du CISSSL et à garantir une prise en charge respectueuse des droits fondamentaux. En retour, le CISSSL facilite l'accès de Pleins droits de Lanaudière aux personnes utilisatrices, permettant ainsi une intervention rapide et efficace en cas de besoin.

Cette collaboration étroite permet aux intervenants du CISSSL de bénéficier de l'expertise de Pleins droits de Lanaudière en matière de droits des personnes, tandis que les intervenants de Pleins droits de Lanaudière ont un accès privilégié aux personnes et peuvent intervenir rapidement en cas de besoin. Ce partage d'expertises et de ressources permet d'offrir un accompagnement complet et intégré qui répond aux besoins spécifiques de chaque personne. La contribution de Pleins droits de Lanaudière se traduit par la présence régulière de deux intervenants sur les deux unités de psychiatrie de courte durée, ce qui renforce la synergie, assurant ainsi un accompagnement personnalisé et accessible.

Enfin, fait à noter, l'unité de courte durée en psychiatrie du centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur n'est pas barrée. C'est un exemple probant qu'une unité de psychiatrie n'est pas obligée de prendre un modèle carcéral axé sur la sécurité à tout prix pour soigner les personnes qui vient un problème de santé mentale.

### Le droit de soigner et de garder

Pleins droits de Lanaudière est très préoccupé par les demandes de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). Pour cette association une réforme de la LPP devrait prévoir un critère complémentaire qui ne serait pas basé sur la dangerosité, mais plutôt sur le besoin de traitement de certaines personnes. De plus, elle suggère de retirer le caractère immédiat du danger afin de permettre une définition plus large de la dangerosité.

Ces demandes invalident, en grande partie, le caractère exceptionnel de la LPP. Il ne faut pas oublier que même si une personne vit une situation de crise psychosociale ou psychiatrique, elle demeure néanmoins une personne à part entière avec le droit à l'inviolabilité. Qui plus est, présentement, la personne mise sous garde est souvent placée dans une situation où, si elle refuse des traitements, en tout ou en partie, est menacée de subir une requête en autorisation judiciaire de soins. Selon nous, les demandes de l'AMPQ visent beaucoup plus la possibilité d'avoir carte blanche pour soigner une personne contre son gré. Le fait que l'application de la LPP soit restrictive et exceptionnelle, pour l'AMPQ c'est un frein aux soins en santé mentale. De plus, l'Association considère que le juridique ne devrait pas interférer dans le médical. Pourtant, un des principes fondamentaux de la société québécoise est l'inviolabilité de la personne. Il ne faudrait pas remettre ce principe en question en raison des doléances d'un corps professionnel.

### **Conclusion**

L'application de la LPP entraîne de nombreuses atteintes aux droits fondamentaux des personnes visées. Elle révèle un système où les pratiques coercitives et l'interprétation élastique de la dangerosité dominent.

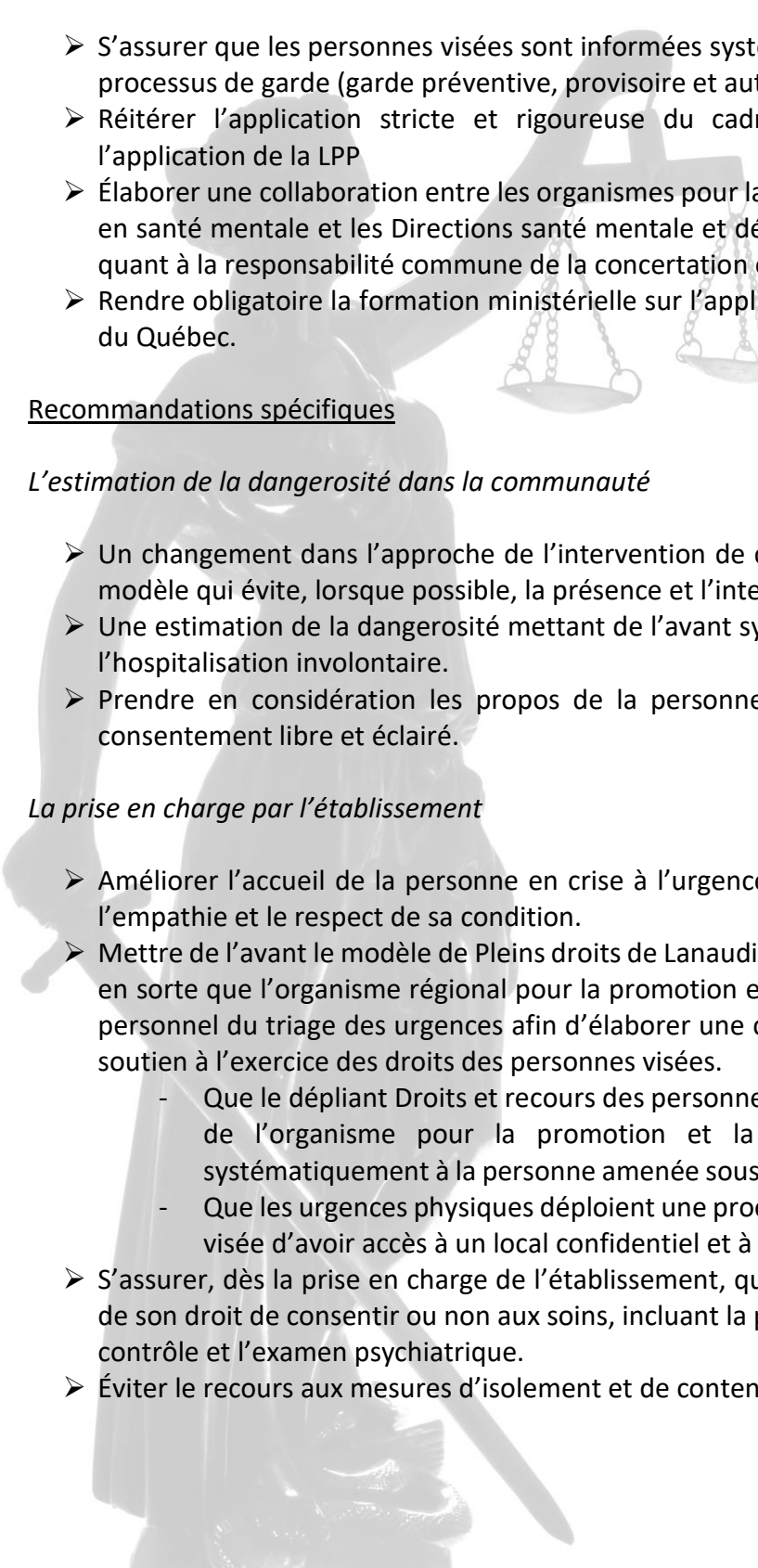
Il devient donc primordial de recadrer l'application de la loi et de réitérer le respect du Cadre de référence ministériel sur l'application de la LPP, mais également dans un changement culturel au sein des établissements de santé et de services sociaux.

### **Recommandations**

#### Recommandations générales

Pleins droits de Lanaudière recommande un respect strict de la LPP et des changements majeurs au regard des pratiques des actuelles.

- Un changement de paradigme quant à l'intervention de crise dans la communauté.
- Le maintien du caractère exceptionnel de la loi basé sur la dangerosité grave et immédiate.

- 
- S'assurer que les personnes visées sont informées systématiquement de leurs droits et du processus de garde (garde préventive, provisoire et autorisée).
  - Réitérer l'application stricte et rigoureuse du cadre de référence ministérielle sur l'application de la LPP
  - Élaborer une collaboration entre les organismes pour la promotion et la défense des droits en santé mentale et les Directions santé mentale et dépendance des CISSS et des CIUSSS, quant à la responsabilité commune de la concertation en lien avec l'application de la LPP.
  - Rendre obligatoire la formation ministérielle sur l'application de la LPP aux corps policiers du Québec.

### Recommandations spécifiques

#### *L'estimation de la dangerosité dans la communauté*

- Un changement dans l'approche de l'intervention de crise psychosociale. Tendre vers un modèle qui évite, lorsque possible, la présence et l'intervention des agents de la paix.
- Une estimation de la dangerosité mettant de l'avant systématiquement des alternatives à l'hospitalisation involontaire.
- Prendre en considération les propos de la personne visée et rechercher un véritable consentement libre et éclairé.

#### *La prise en charge par l'établissement*

- Améliorer l'accueil de la personne en crise à l'urgence physique en privilégiant l'écoute, l'empathie et le respect de sa condition.
- Mettre de l'avant le modèle de Pleins droits de Lanaudière et du CISSS de Lanaudière. Faire en sorte que l'organisme régional pour la promotion et la défense des droits est accès au personnel du triage des urgences afin d'élaborer une collaboration étroite en lien avec le soutien à l'exercice des droits des personnes visées.
  - Que le dépliant Droits et recours des personnes sous garde, avec les coordonnées de l'organisme pour la promotion et la défense des droits, soit remis systématiquement à la personne amenée sous l'application de l'article 8 de la LPP.
  - Que les urgences physiques déploient une procédure afin permettre à la personne visée d'avoir accès à un local confidentiel et à un téléphone.
- S'assurer, dès la prise en charge de l'établissement, que la personne soit mise au courant de son droit de consentir ou non aux soins, incluant la prise de médication, les mesures de contrôle et l'examen psychiatrique.
- Éviter le recours aux mesures d'isolement et de contention physique.

*La garde en établissement*

- Entreprendre une réflexion systémique quant à l'aménagement des unités de psychiatrie au Québec. Réduire progressivement le mode coercitif (unité barrée) de la psychiatrie. Prendre exemple sur le centre hospitalier Pierre-Le-Gardeur à Terrebonne.
- Développer une meilleure configuration des unités de psychiatrie pour les rendre plus accueillantes et empathiques.
- Développer une collaboration entre les organismes pour la promotion et la défense des droits en santé mentale et les Directions santé mentale et dépendance des CISSS et CIUSSS, quant à la présence systématique d'intervenants en défense des droits dans les unités de courte durée en psychiatrie.
  - À cet effet, la région de Lanaudière est un modèle qui pourrait être exporté dans les autres régions du Québec.
- Financer les organismes communautaires pour la promotion et la défense des droits en santé mentale du Québec afin qu'ils puissent permettre l'ajout d'intervenants dédié à l'aide et l'accompagnement des personnes sous l'application de la LPP.

*Le droit de soigner et de garder*

- Garder le principe de l'inviolabilité de la personne comme élément central de l'application de la LPP.

## Lexique

AMPQ

Association des médecins psychiatres du Québec

CISSSL

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

CSMQ

Comité de la santé mentale du Québec

IQRDJ

Institut québécois de la réforme du droit et de la justice

LPP

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

MSSS

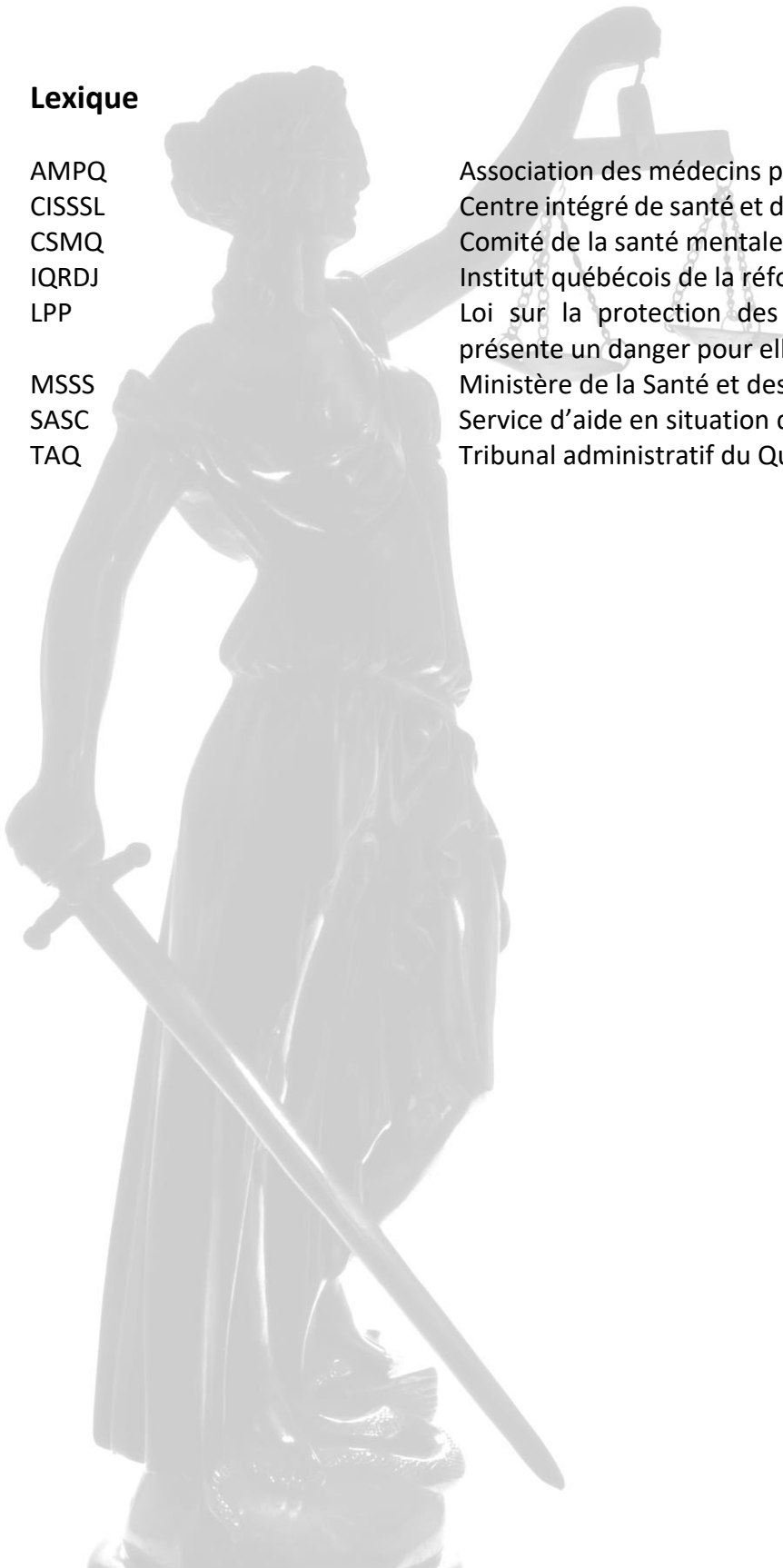
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SASC

Service d'aide en situation de crise

TAQ

Tribunal administratif du Québec



## Bibliographie

Bernheim, Emmanuelle. Quinze ans de garde en établissement : de l'état des lieux à la remise en question, dans la protection des personnes vulnérables, Barreau du Québec, vol. 393, 2015.

Institut québécois de la réforme du droit et de la justice, La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : Rapport 1 – Portrait général et revue de littérature, septembre 2024.

Journal des débats de la Commission des affaires sociales, Étude détaillée du projet de loi no 39 – Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Gouvernement du Québec, 5 décembre 1997, volume 35, no 100.

Lamarre, Bruno, Mineau, André et Gilbert Larochelle, Le discours sur la médicalisation sociale et la santé mentale : 1973-1994, Recherche sociographiques, volume 47, Numéro 2, mai-août 2006.

# Droits et Recours Laurentides

La loi P-38 : préservons les droits des personnes premières concernées

Mémoire présenté à  
l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice

Par  
**Droits et recours Laurentides**  
Organisme communautaire autonome régional en défense  
des droits en santé mentale des Laurentides



Décembre 2024

## **Présentation de Droits et recours Laurentides inc.**

Situé dans la ville de Saint-Jérôme, Droits et recours Laurentides est un organisme communautaire autonome régional de promotion, de sensibilisation et de défense des droits en santé mentale, tant sur le plan individuel que collectif. Fondé en 1993, l'organisme a pour mission de défendre et de protéger les droits des personnes ou des groupes de personnes vivant ou ayant vécu une problématique en santé mentale. Le déploiement de ses actions couvre l'ensemble de la région des Laurentides. Le soutien individuel est offert au moyen de l'information et de l'accompagnement, dans une perspective d'appropriation du pouvoir. Les interventions de l'organisme visent à accroître les compétences et l'autonomie des personnes en lien avec l'exercice de leurs droits. Afin d'améliorer le respect des droits et la qualité de vie des personnes, l'organisme cherche également à sensibiliser l'ensemble de la communauté et à participer à toutes actions sociales visant à contrer les préjugés en santé mentale. L'organisme veut être alerte et critique afin de s'assurer que les lois, les politiques et les règlements, ainsi que leur application, tant au niveau du gouvernement que des établissements et organisations dans le domaine de la santé mentale soient respectés et ne discriminent pas les personnes au niveau de leurs droits fondamentaux.

Depuis 1993, nous intervenons dans le dossier de la garde en établissement et nous accompagnons des personnes hospitalisées contre leur volonté. Depuis, des manquements majeurs au plan du respect des droits ressortent de ces accompagnements. En 2010, nous avons mené une étude conjointement avec le Centre communautaire juridique Laurentides-Lanaudière et le Bureau d'aide juridique de Saint-Jérôme sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P.38) intitulée « Lorsque les pratiques bâillonnent les droits et libertés ! » (DRL et CCJLL, 2010). Encore aujourd'hui, nous pouvons constater les mêmes enjeux vécus par les personnes premières concernées dans les milieux hospitaliers en santé mentale, ce que nous aborderons plus loin.

### **Mise en contexte de la Loi**

Initialement, la loi adoptée en 1997 se voulait plus respectueuse des droits des personnes. En effet, au regard de l'ancienne loi, la *Loi sur la protection du malade mental*, plusieurs changements d'importance ont été apportés ou introduits. Selon nous, les plus significatifs sont les suivants :

- Le renforcement des droits des personnes mises sous garde, dont le droit à l'information, le droit à la confidentialité, le droit de consentir (harmonisation de la Loi avec le nouveau Code civil du Québec).
- La substitution de la notion de maladie mentale par celle de l'état mental. Ainsi, la Loi réfère à un état mental qui est ponctuel et contextuel (situation de crise souvent permettant de contrer l'amalgame facile entre maladie mentale et violence.
- Cependant, ce choix des mots n'a pas seulement des visées d'ordre pédagogique. En effet, la notion d'état mental devait favoriser l'action d'un nouveau joueur, l'intervenant de crise dont le mandat est certes d'estimer la dangerosité, d'y donner un premier coup de sonde, sans nécessairement passer par l'hôpital, mais également un mandat de désamorcer la situation de crise, sinon de rechercher le consentement à une consultation à la salle d'urgence.
- Pas plus que dans l'ancienne loi, la dangerosité n'a été définie dans la loi P-38. Par contre, deux niveaux de danger ont été précisés. Un premier niveau de danger, le danger tout court, si on peut s'exprimer ainsi, lequel oblige un tiers à acheminer une requête pour ordonnance d'évaluation psychiatrique. Un deuxième niveau, le danger **grave et immédiat**. Ce niveau de danger commande des actions souvent sous le mode de l'urgence, des actions et des interventions rendues dorénavant possibles avec l'article 8 de la loi P-38, ce qui permet de conduire une personne à l'hôpital et de la garder contre son gré pour une courte période sans devoir passer devant le tribunal.
- La notion de garde remplace celle de la cure fermée. Ainsi, l'objectif de la Loi est de protéger la personne d'un danger envers elle-même ou autrui et en ce qui a trait au traitement qui sera proposé à la personne mise sous garde, celle-ci devra y consentir. C'est au médecin de rechercher le consentement. Autrement dit, la mise sous garde d'une personne ne la prive pas de son droit de consentir (ni de refuser) à des soins. La personne est présumée apte comme pour toute personne qui se présente à un professionnel de la santé et des services sociaux. C'est au médecin d'établir la capacité ou non de consentir lorsqu'il y a lieu. Et, si nécessaire, de présenter une requête pour autorisation de soins (involontaire).
- La possibilité pour la personne mise sous garde de la contester au moyen d'une demande acheminée au Tribunal administratif du Québec (TAQ), une procédure relativement facile et accessible.

## **Contexte social actuel**

Depuis quelques années, les médias recensent des crimes violents et inusités qui font sensation créant un dangereux amalgame avec les personnes souffrant d'une problématique grave en santé mentale. À titre d'exemple, prenons différents événements malheureux, tels que celui à Québec en 2020, lorsqu'un homme fit deux victimes tuées aléatoirement la nuit d'Halloween ou encore celui au camion-bélier en 2023 à Amqui, fonçant sur des piétons et faisant plusieurs victimes. Sans oublier l'enquête publique menée sur le décès de la sergente Maureen Breau tuée en service par Isaac Brouillard Lessard, décédé lui aussi lors d'une intervention qui a mal tourné à son domicile. Faire la lecture de ces événements dans les médias amène inévitablement à créer un lien de causalité entre violence grave et maladie mentale et à oublier que ce sont des gestes isolés au regard de la violence criminelle.

Aussi, nous devons rester vigilants face à la possibilité d'un éventuel resserrement des mesures de contrôle des personnes premières concernées dans l'application de la P-38, une loi dont le caractère exceptionnel doit être sauvegardé, car il est question de la liberté des individus qui n'ont pas commis de crime. Ceci dit, la révision de cette loi doit se faire rigoureusement et doit préserver l'esprit de protection des droits des personnes compte tenu de son caractère exceptionnel, celui d'enfermer une personne sans qu'elle ait commis de crime. Car, on juge qu'elle présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et ce, basé sur une interprétation du danger plus ou moins restrictive.

Déjà, les dérives dans l'application de la Loi sont nombreuses, majeures et inquiétantes et ne semblent pas près d'être corrigées.

### **Les dérives et lacunes constatées au niveau de l'application de la Loi**

Ces dérives ont été tirées des demandes d'aide et de soutien qui ont été acheminées à l'organisme. D'entrée de jeu, le fait d'être gardé contre sa volonté en milieu hospitalier peut être lourd de conséquences à court et moyen terme. En effet, souvent le sentiment dominant de ces personnes peut être l'incompréhension, l'impuissance, la méfiance ou l'injustice.

Un grand nombre de personnes nous ont rapporté ne pas recevoir les informations pertinentes concernant leur situation. Peu ou pas d'explications sont données lorsqu'elles sont mises sous garde, en particulier lors des gardes préventives et des gardes provisoires. Depuis plus de 20 ans, c'est l'une des raisons pour laquelle les personnes nous contactent, afin d'obtenir un éclaircissement sur leurs situations en milieu psychiatrique.

Il n'est pas rare que des personnes soient mises sous garde préventive sans le savoir et se fassent répondre qu'elles doivent d'abord rencontrer le médecin à l'urgence lorsqu'elles manifestent le désir de quitter. Certains peuvent obtenir leur congé, mais d'autres sont alors mis officiellement sous garde préventive avec le décompte de la période de garde qui prend effet à ce moment précis. Parfois, la terminologie employée de la part du personnel rajoute de la confusion. Par exemple, il fut un temps où « cure fermée » était utilisée plutôt que garde en établissement. Pourtant, il n'est pas question de soins à prodiguer lorsqu'une garde en établissement est autorisée, mais plutôt d'éviter un danger grave et imminent. C'est pourquoi le terme cure fermée a été supprimée au profit du mot garde « lequel réfère à son objet, soit la surveillance de la personne par la privation de sa liberté dans un but de protection (MSSS, 1992, cité dans AGIDD-SMQ, 2009, p.8).

Pourtant, le droit d'être informé est clair dans la Loi et est primordial afin d'obtenir le consentement libre et éclairé quant aux évaluations psychiatriques et au traitement suggéré. En effet, le manque d'information peut entraîner une réticence à consentir, voire même une méfiance si les personnes premières concernées n'ont pas tous les éléments motivants leur mise sous garde. Nous croyons important de positionner la personne au centre du processus même si son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, puisqu'on renforce les assises du droit à la dignité et à l'inviolabilité.

On entend également que l'on marchandise la prise des médicaments contre des droits simples, tels que celui de ne plus porter une jaquette, d'avoir un droit de sortie ou le droit de communiquer avec l'extérieur. Pour plus d'une personne, leur compréhension se résume au fait que la prise de médicament peut être synonyme de bonne conduite.

Enfin, l'autre possible lacune dans l'application de la Loi est le court délai entre la signification à la personne concernée et la date de l'audience à la cour pour la garde en établissement, rendant la recherche d'un.e avocat.e plus ardue. Il arrive que les personnes soient avisées la veille pour l'audition du lendemain. Ce déni de droit accentue la confusion et l'incompréhension des démarches judiciaires et psychiatriques, lesquelles apparaissent comme une machine sur laquelle elles n'ont aucune prise.

Voici les principales dérives que nous avons identifiées. Elles rejoignent les conclusions d'autres études et analyses dont celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et celle du Protecteur du citoyen. En 2011, la Direction de la santé mentale du MSSS produisait un rapport d'enquête consternant sur les difficultés d'application de la

loi P-38. Ainsi, une dizaine d'années plus tard après son adoption, on relevait des lacunes au niveau de l'interprétation de la Loi par les différents professionnels de la santé et des services sociaux, considérée comme « libre plutôt que restrictive et rigoureuse » (MSSS, 2011). Durant la même année, le Protecteur du citoyen rend public son rapport sur les difficultés d'application de la Loi (Protecteur du citoyen, 2011), renforçant ainsi l'idée que des balises claires doivent être données en ce qui a trait à l'interprétation de la notion de dangerosité, ne laissant aucun.e intervenant.e dans une compréhension subjective. Depuis, longtemps des lacunes sont mises en lumière et des recommandations auprès des instances décisionnelles résultent de ces rapports. Toutefois, le suivi de ces recommandations reste en défaut.

Ainsi, le déni de droits n'est pas unique à la région des Laurentides, il fait partie de l'expérience d'hospitalisation d'un grand nombre de personnes souffrant d'une problématique en santé mentale au Québec.

### **Conclusion**

Maintenant, est-ce à dire que ces expériences négatives avec le réseau de services en santé mentale sont le fait de tout le monde ? Pas nécessairement. Certaines personnes qui vivent l'internement involontaire y trouvent leur compte. D'autres s'habituent, endurent cette adversité en cherchant à ne pas perdre leur dignité et leur humanité. Cependant, au bout du compte, par son acharnement à se maintenir dans une vision biomédicale dominante, le domaine de la psychiatrie ne semble pas mettre de l'avant le développement de nouvelles approches et pratiques en santé mentale. Ainsi, les pratiques en milieu hospitalier tendent à faire fi des principes de réappropriation du pouvoir et de rétablissement, des principes au cœur de la transformation des services en santé mentale.

## Références

- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2009, avril), *La garde en établissement ; une loi de protection... une pratique d'oppression*. [https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection\\_opp\\_web.pdf](https://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection_opp_web.pdf)
- Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011, 28 février). *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*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000695/>
- Droits et Recours Laurentides et Centre communautaire juridique Laurentides-Lanaudière. (2010, janvier). *Lorsque les pratiques bâillonnent les droits et libertés* [Étude inédite]. <https://droitsetrecourslaurentides.org/wp-content/uploads/2022/07/lorsque-les-pratiques-baillonnent-les-droits-et-libertes-janvier-2010.pdf>
- Protecteur du citoyen. (2011, 11 février). *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 (L.R.Q., c. P-38.001)*. [https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports\\_speciaux/2011-02\\_P-38.pdf](https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf)

# L'application de la Loi P-38 sur le territoire de la Montérégie : observations dans le cadre hospitalier et judiciaire

Mémoire soumis par

**Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM)**

Dans le cadre de la consultation de l'Institut québécois de la Réforme  
du Droit et de la Justice (IQRDJ) à l'égard de l'application de la Loi sur la  
protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour  
elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001)



**Décembre 2024**

## **Collectif de défense des droits de la Montérégie**

1295 ch. De Chambly (siège social)

Longueuil (Québec) J4J 3X1

450 674-2410

<https://www.cddm.qc.ca/>

<https://www.facebook.com/CDDMpage>

### **Rédaction :**

David-Alexandre Grisé, coordonnateur

### **Collaborateurs à la rédaction :**

Bineta Fall, Chargée de projet P-38

Benjamin Reynolds, Chargé de projet Représent'Action Montérégie

*Nous souhaitons remercier l'Institut québécois de la Réforme du Droit et de la Justice (IQRDJ)  
pour leur ouverture et leur excellent travail bien documenté jusqu'à maintenant.*

*Merci à toute l'équipe de travail du CDDM!*

**« On peut trouver que le préjudice n'est pas grand, puisqu'après tout, la requérante ne souffre pas, sinon de cette privation de liberté, de son séjour à l'hôpital, en ce sens qu'on ne lui inflige là aucun mauvais traitement physique. On ne doit cependant pas sous-estimer la gravité intrinsèque de la privation de liberté : c'est peut-être pour son «bien» qu'on confine ainsi la requérante, mais ce n'est pas son choix et, dans la mesure où elle ne fait pas l'objet d'un régime de protection et peut encore légalement décider pour elle-même, il y a préjudice grave.»**

*Juge Marie-France Bich  
Cour d'appel du Québec*

## **Présentation l'organisme**

Le Collectif de défense des droits de la Montérégie (ici nommé CDDM) est un organisme communautaire mis sur pied en 1989 par des personnes concernées et convaincues de la nécessité de se regrouper pour faire valoir les droits des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale.

L'organisation est membre de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), ainsi que du Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ).

## **Mission :**

Le CDDM est un organisme communautaire à but non lucratif offrant aide et accompagnement en promotion et respect des droits aux personnes ayant ou ayant eu un problème de santé mentale.

Le Collectif est aussi :

- Un groupe alternatif en santé mentale,
- Un groupe de revendication et de changements sociaux,
- Un groupe de mobilisation appliquant les principes d'éducation populaire autonome.

## **Objectifs :**

Agir face aux pratiques et aux politiques qui vont à l'encontre des droits de la personne en défendant les individus ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale.

- Aider les personnes à se défendre par elles-mêmes;
- Informer et accompagner les personnes qui désirent porter plainte ou exercer un droit;
- Regrouper toute personne de la Montérégie concernée par la défense des droits des personnes ayant ou ayant eu des problèmes de santé mentale;
- Collaborer avec tout organisme ou individu ayant des préoccupations similaires.

## Première partie : Prémisse et vision globale

### ***Considérations sociologiques des interventions en santé mentale au Québec***

En vigueur depuis 1998, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour eux-mêmes ou pour autrui (P.38.001)* venait compléter les nouvelles dispositions du Code civil sur la garde en établissement en encadrant le processus. Cette Loi fait l'observation de plusieurs changements importants, notamment :

- Avec l'apparition de l'évaluation d'un intervenant (potentiel et non obligatoire) en situation de crise avant le transport de la personne à l'hôpital par un agent de la paix;
- Un changement de vocabulaire et de concept qui distinguait les soins (jadis la cure) à celle de la garde forcée;
- En faisant état de l'état mental de la personne plutôt que de la simple évocation d'un diagnostic psychiatrique;
- En balisant, finalement, les procédures et les délais associés à la garde contre le gré des personnes dans une optique nettement plus restreinte et sous le couvert de l'implication de jugement de cour nécessaire.

Comme en témoigne le sociologue Marcelo Otero, la nouvelle Loi P-38 (LPP) suggère, théoriquement, une forme de désinstitutionnalisation, un nouveau territoire d'application de la « gestion du risque » et surtout un élargissement des sphères de pratiques qui entourent les personnes dites « dangereuses ».

*À l'instar de la Loi de protection du malade mental, la nouvelle Loi P-38 fait de sorte que ces dernières, « ne s'inscrivent pas de manière nette dans le registre d'intervention du système de santé (physique et mentale), de protection sociale (pauvreté, chômage, employabilité, etc.) ou de sécurité (police, tribunaux, service correctionnel) présentant ainsi de sérieuses questions à la fois théoriques et pratiques. (...) Ces populations, bien réelles, mais difficiles à catégoriser, incarnent certaines lignes de faille de la socialité contemporaine qu'on pourrait définir dans une première approche comme ce psychosocial en danger, dangereux et dérangeant qui pose problème. (...) C'est-à-dire, ce (nouveau) psychosocial perçu et défini comme problématique vis-à-vis duquel plusieurs stratégies d'intervention (policières, médicales, sociales, communautaires, etc.) sont mobilisées parce qu'on a affaire à un danger (réel ou présumé) ou encore à un comportement qui dérange<sup>1</sup> ».*

En d'autres mots, le territoire social et son champ d'interventions psychosociales des mesures de prévention à toute judiciarisation des personnes sont depuis la nouvelle réalité et le nouveau territoire (nous sortons les personnes du milieu psychiatrique). Les réorientations proposées par la LPP se devaient de mettre en branle de nouvelles pratiques collaboratives avec de nouveaux

---

<sup>1</sup> Otero, M. (2007). Le psychosocial dangereux, en danger et dérangeant : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine. *Sociologie et sociétés*, 39 (1), 51–78. <https://doi.org/10.7202/016932ar>

acteurs d'interventions variées et concertées. La définition du problème aura évolué par le fait même...

Cependant, que ce soit sur le territoire de la Montérégie ou ailleurs au Québec, les mêmes difficultés, obstacles et débats ont été constatés depuis l'établissement de la Loi :

- Les problèmes de définition de la dangerosité (restreinte ou élargie) toujours au cœur de tractations à ce jour;
- Concurrence des champs de pratiques et des pouvoirs d'intervention entre le corps médical des nouveaux intervenants de crise, policiers, ambulanciers et du milieu communautaire;
- Multiplication des interventions policières à saveur psychosociale au cours des dernières décennies et déploiement tardif d'équipes et de pratiques mixtes. À ce propos, les premières équipes mixtes n'ont vu le jour qu'en 2012 seulement sur le territoire de la Montérégie<sup>2</sup>;
- Implantation et financement plus que tardifs et insuffisants des services de crise 24/7;
- Apport de la psychiatrie légale et influence de cette dernière sur la jurisprudence de manière à redéfinir les critères de la dangerosité;
- Non-respect procédural de la Loi tant au niveau du milieu hospitalier que du milieu judiciaire. Globalement, ce qui aura motivé et bousculé les 2 milieux, ce sont surtout les jugements de la Cour d'appel du Québec;
- D'un « modèle québécois » mis en péril à l'égard d'une desserte d'aide, d'accompagnements et de services sur le territoire québécois, dans la mesure où ce dernier s'est toujours composé d'une première ligne qui intègre les organisations communautaires tout en constatant leur institutionnalisation progressive au fil du temps ainsi que leur professionnalisation;
- Du non-respect du **caractère exceptionnel** de l'application de la Loi dans le cadre des divers champs d'interventions qui se démontre autant par le nombre de requêtes en la matière très élevé, mais aussi à l'égard de la proportion presque toujours favorable des jugements de la cour en leur faveur de ces dernières.

---

<sup>2</sup> Sorel-Tracy magazine, 20 juin 2012. <https://www.soreltracy.com/2012/juin/20j2.html>

### ***La désinstitutionnalisation a-t-elle (réellement) eu lieu?***

Ce dernier point soulève une nouvelle observation pour vous lecteurs. Comme nous le savons, la désinstitutionnalisation en santé mentale a commencé dans les années 1960 au Québec et cette dernière visait à transférer les soins des hôpitaux psychiatriques vers des services communautaires et ambulatoires. Cette dernière, largement documentée, a fait miroiter des trajectoires de vie, mais aussi diverses insuffisances et résistances associées à cette vague de changements. À terme, les résultats de la désinstitutionnalisation ont varié selon les pays et les régions, avec des succès et des défis différents.

Plusieurs décennies plus tard, certains auteurs et historiens suggèrent une relecture encore plus critique de ce virage et témoignent ni plus ni moins d'un **mythe de la désinstitutionnalisation**<sup>3</sup>. Les auteurs argumentent que malgré les intentions positives, la désinstitutionnalisation n'a pas complètement réalisé ses promesses, souvent en raison de la persistance des structures asilaires et des défis dans la mise en place de services communautaires adéquats.

D'autant plus, nous pouvons alléguer, tout comme ces auteurs, que ces avancées n'ont pas porté le **changement de culture profond et nécessaire dans le respect des droits en santé mentale et des objectifs de l'époque** tandis que des enjeux de pouvoirs, organisationnels et même économiques dans certains milieux auront primé dans ces sphères de pratiques bien avant ceux des droits individuels des personnes qui vivent avec un défi de santé mentale.

Qui plus est, les médias nous auront témoigné d'une **vague de fond vers une possible réinstitutionnalisation** des personnes à travers ces cas de « faits divers », d'autres vraiment tragiques, et plus récemment, en rapport avec les nouvelles réalités en matière d'itinérance, de toxicomanie et de cette santé mentale « dangereuse et souvent dérangeante ». Le retour à des formes d'institutionnalisation est un sujet de débat qui a lieu présentement, avec des arguments pour et contre en termes de qualité des soins et de respect des droits des patients, mais sur des lignes de **tension contradictoires entre les libertés individuelles des personnes vs la sécurité publique ou du reste de la société ambiante**.

Pour nous, il est sans équivoque qu'une « possible réforme » de la loi se déploie dans un contexte social de « panique morale », de l'abandon progressif, mais constant des programmes sociaux par les gouvernements successifs, d'une réponse politique nécessaire et contemporaine à des événements tragiques ainsi qu'à des jeux d'influences de fond nommés précédemment.

---

<sup>3</sup> La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle, Alexandre Klein, Hervé Guillemain et Marie-Claude Thifault (dir.). Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2018, 235 p.

**Nous intervenons aujourd’hui en affichant notre biais, et ce en fonction de notre mandat et notre mission. Nous le ferons de la même manière que le fit le ministre Carmant lorsqu’il aura affiché son biais favorable au « modèle ontarien » devant l’audience des juristes présents lors du Colloque de formation du Barreau du 2 février 2023, auquel nous étions à titre de présentateurs d’une recherche sur les autorisations judiciaires de soins. Ce dernier ayant quitté avant notre présentation vu son horaire chargé.**

***La santé mentale et la santé publique, les parents pauvres de la santé et des services sociaux au Québec.***

Bon nombre d’associations et regroupements sollicitent nos gouvernements successifs afin de souligner les manques criants en matière de financement des organisations publiques et communautaires offrant une dispense d’aide et de services en santé mentale. **La majorité d’entre elles préconisent des approches de nature préventive (vs curatives, hospitalières et exclusivement médicales), plus orientées sur les déterminants sociaux de la santé (mentale) ainsi qu’à la mise en place de moyens variés, adaptés et personnalisés afin de pallier les enjeux de santé mentale de la population, et la littératie est considérable en ce sens.**

Rappelons qu’en 2024, la part du budget pour la santé mentale par rapport à l’ensemble des dépenses de programmes en santé et services sociaux au Québec ne représente que 6,28%<sup>4</sup>.

**Dépenses en santé publique par rapport à l’ensemble des dépenses de programmes, Québec, 2014-2023**



La santé publique a repris le devant de la scène au début de la pandémie de COVID-19, mais depuis la Seconde Guerre mondiale, elle avait largement été reléguée à l’arrière-scène des considérations politiques entourant les questions de santé.

Plus récemment, au Québec, l’austérité budgétaire imposée par le gouvernement Couillard a entraîné une diminution en valeur absolue du financement de la santé publique. Ce dernier est passé de 458 millions de dollars à 418 millions entre 2014 et 2019.

<sup>4</sup> Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes, Eve-Lyne Couturier, IRIS, 2024

<https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante>

mentale/#Loffre\_de\_soins\_en\_sante\_mentale\_dans\_le\_secteur\_public

Tableau 1 : Dépenses en santé publique par rapport à l’ensemble des dépenses de programmes, INSPQ

Ce n'est qu'avec la pandémie que le budget de la santé publique a été renforcé, mais on peut voir au graphique que l'évolution des dépenses de ce programme n'a tout de même pas suivi celle de l'ensemble des dépenses de programmes dans la dernière décennie. En ce moment, les dépenses de santé publique sont 40 fois inférieures au reste des dépenses de programmes du MSSS.

Une partie des raisons pour lesquelles la santé publique est l'enfant pauvre du MSSS vient du fait qu'une fois ses recommandations faites, plusieurs des mesures de santé publique sont enchâssées dans les lois et mises en application par nos institutions sans qu'elles soient constamment inscrites sous la rubrique de la santé publique. Nous pouvons penser aux lois concernant la santé et la sécurité au travail, la salubrité des logements, les différents polluants, l'affichage des risques sur les produits dangereux, l'ajout de nutriments à des produits alimentaires de base, etc.

Finalement et de manière inquiétante, **il semble que le financement en santé publique en Montérégie s'avère être le plus faible sur l'ensemble du territoire québécois.** Ce qui n'augure en rien bien<sup>5</sup>.

Il faut savoir que même en disposant d'immenses moyens et en articulant des approches préventives, il peut paraître illusoire ou utopique de considérer une société au « risque zéro » ainsi que de répondre de tous les besoins psychiques de la population québécoise. Nonobstant, cet **idéal collectif doit et peut profiter à l'ensemble de la population québécoise**, le tout dans l'espoir de nous préserver des coûts économiques et sociaux que peuvent engendrer la judiciarisation et l'institutionnalisation des personnes dans les milieux de santé.

## **RECOMMANDATION :**

**Nous abondons dans le sens des nombreuses associations qui militent en faveur d'un meilleur financement des organisations et programmes de santé (mentale et publique) ainsi que les organisations communautaires qui s'avèrent être la première ligne des répondants.es aux besoins et réalités variées de la population québécoise. Le tout dans l'espoir d'économies systémiques et afin d'en éviter les coûts sociaux sur l'ensemble de la population.**

**Tout comme d'autres regroupements, nous faisons le constat que le milieu communautaire fait partie intégrante du modèle québécois et que si ce dernier s'effrite, les retombées sur les services publics ne seront qu'exacerbées.**

---

<sup>5</sup> Évolution de la part des dépenses en santé publique dans le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux entre 2004 et 2019 (2021RP-09), Montréal, Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations, 2021, Collections de BAnQ

## ***Du territoire en question : La Montérégie***

### **Caractéristiques principales :**

- **Superficie** : Environ 11 110 km<sup>2</sup>
- **Population** : Environ 1,5 million d'habitants, ce qui en fait la deuxième région la plus peuplée du Québec après Montréal
- **Principales villes** : Longueuil, Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Hyacinthe, Brossard, et Châteauguay

### **9 Centres hospitaliers :**

Longueuil (2), St-Jean-sur-Richelieu, Salaberry-de-Valleyfield, Ormstown, Vaudreuil-Dorion, Châteauguay, Saint-Hyacinthe, Sorel-Tracy

En Montérégie, environ 45 organismes communautaires<sup>6</sup> sont financés à même le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et ont pour mission des enjeux de santé mentale :

- **5 organisations ou associations de parents et amis**
- **2 centres de prévention du suicide**
- **5 centres de crise**
- **3 organismes de promotion et de prévention en santé mentale**
- **1 organisme régional de promotion et de défense des droits**
- 1 regroupement régional en santé mentale

Les autres organisations du territoire ont pour mandat notamment: la prévention, l'écoute et le soutien, le suivi d'intensité variable ou psychosocial, l'hébergement et l'entraide. Nous pouvons toutefois nous questionner sur les rayonnements respectifs des organisations (**en gras**) sur l'ensemble du territoire en lien avec l'application de la LPP. En apparence, c'est peut-être trop peu.

### ***Points à noter : les disparités géographiques***

Les régions rurales et éloignées, y compris certaines parties de la Montérégie, peuvent faire face à des **défis supplémentaires en termes d'accès aux services de santé mentale**. La mixité des régions urbaines densifiées à d'autres, rurales, nous ouvre sur des besoins d'adaptations aux réalités particulières et à des **dynamiques entre les grands centres à l'égard de leurs périphéries respectives**. Les grands centres s'observant comme des pôles de services, ils attirent les personnes en situation de vulnérabilité en fonction de leurs besoins et particularités.

---

<sup>6</sup> <https://extranet.santemonteregie.qc.ca/psoc/#liste>

## **RECOMMANDATIONS :**

**Ne pas laisser de populations orphelines, et ce par le financement adéquat des programmes de transport collectif afin de favoriser l'accès aux services des personnes;**

**Financer adéquatement les organisations à vocation régionale afin que ces dernières puissent avoir accès aux personnes, même éloignées;**

**Financer adéquatement les organisations des grands centres afin qu'elles puissent répondre aux besoins des personnes vulnérables, toujours de plus en plus nombreuses dans ces milieux de vie;**

**Déployer des services de crise et de prévention du suicide sur l'ensemble du territoire de la Montérégie;**

**Adopter une vision beaucoup plus large de « la crise » afin d'accueillir des personnes au-delà de la crise suicidaire;**

**Nous recommandons l'implantation d'équipes mixtes sur l'ensemble du territoire ainsi qu'une collaboration entre les services policiers et les intervenants de crise;**

**D'établir une définition et des grilles d'évaluation de dangerosité claires et précises dans la loi et de s'assurer que la définition s'éloigne d'une définition de la dérangerosité. Cette dernière se doit à la cohérence et à l'harmonisation, et ce, du milieu de vie jusqu'au centre hospitalier.**

## Deuxième partie :

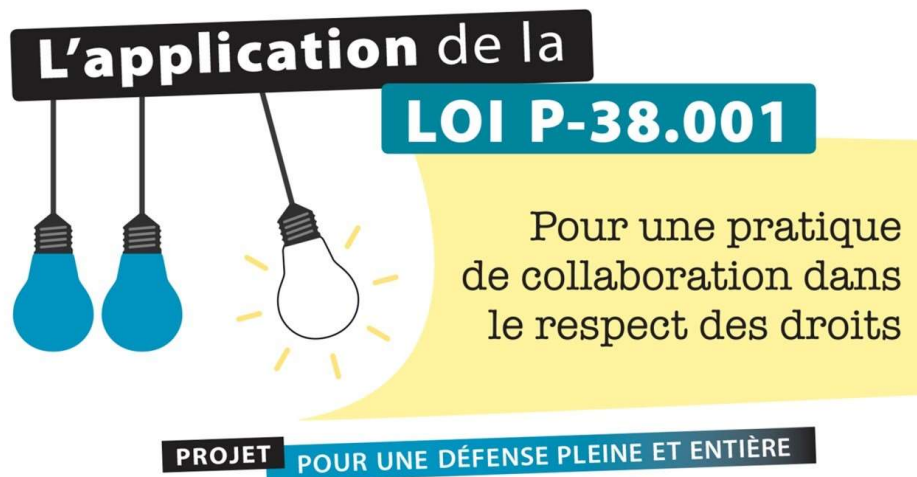
### Observances de l'application de Loi dans les milieux hospitaliers et judiciaires

**Notre projet : « Pour une défense pleine et entière »**

**Pour une défense pleine et entière** est un projet de justice alternative mettant en évidence l'apport et l'implication de notre organisation auprès des personnes visées par une requête de garde en établissement.

Comme son titre l'indique, ce dernier assure que toute personne visée par une requête P-38 a le droit de connaître les enjeux, les modalités et les mécanismes au cœur de ces mesures d'exception porté contre elle, le tout afin de choisir si elle souhaite la contester (ou non) et ultimement présenter sa situation.

À partir d'une mécanique collaborative et systématisée entre le CISSS-Montérégie-Est (CSSSME) et le CDDM, ce dernier nous permet de contacter proactivement en toute confidentialité les personnes faisant l'objet d'une requête de garde en établissement afin de les informer de leurs droits et recours. **Des modèles de collaboration relativement similaires existent ailleurs au Québec et sont portés par nos collègues membres de l'AGIDD-SMQ.**



Ce projet, maintenant âgé de sept ans, a débuté en février 2017 et se poursuit encore, le tout via une entente de collaboration qui désigne les rôles des parties tout en préservant leur autonomie et leur liberté d'action. Cette entente de collaboration trouve un écho à travers certaines pratiques et objectifs précis, soit :

- Informer systematiquement toute personne faisant l'objet d'une requête de garde de ses droits et recours dans les districts judiciaires de Longueuil, Saint-Hyacinthe et Richelieu;
- Permettre à toute personne désirant contester la requête d'être accompagnée à la cour dans cette démarche par le Collectif de défense des droits de la Montérégie;
- Permettre à toute personne qui conteste la garde d'être représentée par un.e avocat.e si elle le désire.

**Au terme de ces années, ce sont des centaines d'interventions directes qui ont été offertes aux personnes visées par l'application de LPP.**

#### **RECOMMANDATION :**

**Nous proposons que les organismes de promotion et défense des droits membres de l'AGIDD-SMQ puissent être engagés de manière systématisée auprès des personnes visées par une requête de garde en établissement ainsi que de celles liées aux autorisations judiciaires de soins;**

**D'ordonner les établissements de santé à collaborer avec ces organisations.**

**D'enchâsser l'intervention des conseillers.ères en droits dans la loi comme c'est le cas dans d'autres provinces (Nouvelle-Écosse, Nunavut, Terre-Neuve-et-Labrador, Ontario, Nouveau-Brunswick et Alberta). Spécifiquement, faire comme à Terre-Neuve où la loi stipule que le conseiller en droits doit rencontrer la personne dans les 24 heures d'une personne hospitalisée de manière involontaire.**

#### ***Du droit à l'information***

Corollairement, le droit à l'information devient un élément à valeur ajoutée à notre projet tandis qu'il revêt des qualités importantes sous des aspects juridiques, citoyens et démocratiques. Qui plus est, il s'avère être un enjeu précis dans le cadre de l'application de la Loi P-38.

C'est donc sous ce prisme que découle nos principales observations, et les embûches sont nombreuses, mais pas insurmontables selon nous. À ce propos, la chercheuse en droit, Emmanuelle Bernheim, soulève et campe très bien l'enjeu à l'égard du droit à l'information dans les sociétés dites libérales :

**« Le droit à l'information des personnes placées sous garde en établissement est porteur d'enjeux juridiques et sociaux importants. En tant que droit reconnu par la Charte des droits et libertés de la personne et également en tant que condition essentielle à l'exercice d'autres droits fondamentaux, le droit à l'information permet la promotion des valeurs de citoyenneté et la mise en place d'une procédure transparente de reconnaissance et de mise en œuvre des droits. Malgré une existence formelle, tant en droit international qu'en droit interne, la concrétisation du droit à l'information pose de nombreuses difficultés. (...) Cette négation factuelle des droits fondamentaux a pour répercussion la constitution d'une classe de citoyens à part, dont l'exclusion sociale et la stigmatisation contribuent à la perpétuation d'un statut marginal, en dehors du projet social commun<sup>7</sup> ».**

### **L'objectif du projet : sa systématisation**

L'objectif principal de ce projet de collaboration fut le suivant : « Que le Collectif de défense des droits de la Montérégie ait un accès systématique à toutes les personnes faisant l'objet d'une requête de garde en établissement sur le territoire du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est tout en respectant le droit à la confidentialité des personnes ». Les objectifs de systématisation ont, à juste titre, une valeur procédurale simple, bien entendu, mais sont aussi garants du souci accordé au respect du droit à l'information évoqué précédemment.

Initialement, la mise en place d'une telle systématisation a été bien coordonnée et incarnée de part et d'autre et on y dégageait une intégration complète de toutes les parties depuis le début du projet de collaboration. **Cependant la pandémie a fait mal à notre projet dans la mesure où nous avons assisté à des difficultés organisationnelles chez nos collaborateurs du CISSME.** En effet, un roulement de personnel et une fatigue notoire à faire partie du portrait durant cette période. Dans ces circonstances, des personnes visées par des requêtes n'ont pas été portées à notre attention. Nous reprenons actuellement notre souffle au moment de la rédaction de ce mémoire.

Actuellement, nos ponts de communication au quotidien dans le cadre de notre projet sont limités à quelques personnes-ressources et, en leurs absences ou vacances, nous avons connu des ratés. **Nous devons élargir la connaissance et la valeur ajoutée de notre collaboration à l'ensemble du personnel des unités impliquées.**

---

<sup>7</sup> Bernheim, E. (2009). Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen. McGill Law Journal / Revue de droit de McGill, 54 (3), 547–577. <https://doi.org/10.7202/038894ar>

## RECOMMANDATION :

**Que les chef.fes d'unité de soins psychiatriques ou les directions des programmes de santé mentale des CISSS impliqués favorisent et organisent de manière systématisée des rencontres entre le personnel infirmier (ou agent.e administrif.ve) afin de déployer et harmoniser les pratiques de collaboration entre les 2 parties en collaboration.**

### ***La systématisation et ses impacts organisationnels : un enjeu de pérennité***

Depuis nombre d'années au *Collectif de défense de droits de la Montérégie* (CDDM), des efforts sont déployés afin de concentrer nos actions autour des enjeux qui relèvent des droits fondamentaux et autour de l'application de la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS). Bien entendu, le projet de collaboration nous liant au CISSSME a eu un net retentissement sur nos actions quotidiennes et il nous aura fallu plusieurs aménagements à l'interne et également des prises de dispositions nécessaires afin de répondre à tous les aspects de la défense des droits des personnes recevant de telles requêtes. **De manière similaire à nos collaborateurs du réseau de la santé, nous avons connu, nous aussi, des difficultés d'attraction et de rétention de personnel depuis la COVID (le marché de l'emploi a évolué très rapidement).**

Il est à rappeler qu'actuellement, **notre projet ne vise que 3 des 9 centres hospitaliers de l'ensemble du territoire de la Montérégie.** Nous sommes en voie d'évaluer les impacts financiers qu'un plus large déploiement occasionnerait sur l'ensemble du territoire. Devant les obligations légales des centres hospitaliers à favoriser l'exercice des droits des utilisateurs ainsi que des retombées positives de notre collaboration;

## RECOMMANDATION :

**Financer suffisamment le CDDM (et les autres groupes de promotion et défense des droits du Québec) afin qu'il puisse élargir son champ d'intervention sur l'ensemble du territoire de la Montérégie (et du Québec) et ce par le rehaussement de son financement à la mission globale. Le tout afin de garantir les possibilités d'aide et d'accompagnement des personnes dans la défense de leurs droits, et ce tant en milieu institutionnel que dans les communautés.**

## Des pratiques et réalités hospitalières

Notre projet nous offre des entrées systématiques dans 3 centres hospitaliers soit : l'hôpital Pierre-Boucher de Longueuil, l'hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe et l'hôpital Hôtel-Dieu de Sorel-Tracy. **Nous constatons que, bien qu'ils opèrent sous la même enseigne (le CISSS-Montérégie-Est), 3 mondes distinctifs s'ouvrent sous nos yeux...**

### ***Demander la garde et enjeu autour du consentement libre et éclairé***

Nous pouvons sans l'ombre d'un doute considérer des atouts à notre entrée dans l'appareil de la santé dans ce contexte donné. Cependant, ceci ne doit pas soustraire le personnel ou les médecins-psychiatres à la transparence et à la clarté devant la situation. Dans le cadre de nos interventions, nous avons recensé des témoignages de personnes qui voulaient de l'aide et des soins et desquelles **nous avons constaté des requêtes de garde (provisoire), et ce malgré leur consentement à l'hospitalisation.**

Ces **pratiques s'avèrent totalement infondées et irrégulières** et nous témoignent d'un détournement des droits des personnes, et ce malgré l'implantation des nouveaux protocoles sur l'application de la LPP du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). La LPP semble parfois instrumentalisée ou répondre de pratique « au cas où » d'un refus de soins manifesté par une personne.

**Rappelons que le consentement aux soins est un principe fondamental du droit médical** et est encadré par le Code civil du Québec. Selon ce code, toute personne est présumée apte à consentir aux soins qui lui sont proposés, qu'elle soit sous tutelle ou non. Le consentement doit être libre et éclairé, ce qui signifie que la personne doit comprendre la nature et les conséquences des soins proposés (même les évaluations dans le cadre de la LPP).

Il nous faut rappeler **l'affaire J.M. c. Hôpital Jean-Talon qui concerne une décision de la Cour d'appel du Québec en 2018**. J.M. avait été mis sous garde préventive à l'Hôpital Jean-Talon après avoir proféré des menaces de mort. L'appelant, représenté par ses avocats, avait fait valoir l'illégalité de la garde préventive dont la durée aurait dépassé le terme de 72 heures prescrit par l'article 7 de la LPP. **De plus, il fut reconnu que la deuxième évaluation psychiatrique avait été réalisée sans son consentement...**

Dans le cadre de l'application de la LPP (ou autres demandes de soins), il faut s'assurer de préserver les qualités du consentement, et ce par le biais d'une offre d'informations suffisantes, tout en prenant le temps de viser et rechercher ce dernier. Il est possible que l'état d'une personne ne favorise pas cette quête et ses qualités, mais l'enjeu est sérieux. Nous avons l'information qu'un dépliant se doit d'être remis de manière systématique aux personnes en garde préventive (aux urgences). Nous devons soulever un enjeu tout au long de l'application de la LPP : **l'alphabétisation** totale ou partielle.

## **RECOMMANDATION :**

**Toute personne doit recevoir toutes les informations nécessaires concernant l'acte ou la procédure pour laquelle le consentement est requis. Cela inclut les risques, les bénéfices, les alternatives possibles et les conséquences de ne pas consentir.**

**Nous proposons que les organisations de défense des droits en santé mentale puissent être impliquées le plus rapidement lors d'application de mesures d'exception au Québec.**

### ***Huissier, où es-tu?***

Nous avons observé à de nombreuses reprises (principalement dans les districts judiciaires de Saint-Hyacinthe et Richelieu) que l'arrivée de l'huissier ne se faisait que 2 heures seulement avant l'audience ou même en soirée. Lors de ces cas (en soirée), les documents ne furent tout simplement pas livrés directement aux personnes ou le personnel infirmier ne s'était pas donné la peine de les transmettre aux personnes visées par la suite (culture de jour et culture de nuit).

La plupart du temps, dans ce genre de situation, les personnes se voient complètement précipitées. Nos interventions ne sont que du « bruit » supplémentaire et le contexte est malheureusement très accablant pour les personnes. Dans de tels cas, nous sommes contraints à **proposer aux personnes des remises de l'audience afin de mieux se préparer**, mais certaines personnes n'ont parfois ni l'envie, ni l'état et ni les moyens de s'investir convenablement à leur défense et à l'appropriation de la situation. Les obligations de soutien à l'exercice des droits des personnes s'en trouvent ainsi entachées.

Devant cet état de fait maintes fois reflété, nos partenaires nous ont avisés d'un manque (en nombre) d'huissiers de justice. Ces derniers ayant pour pratique de faire la livraison « en bloc » plutôt qu'à la pièce afin de pallier cette situation. La livraison ne se faisant qu'en fin de matinée...

## **RECOMMANDATIONS :**

**Établir que l'organisme régional de promotion et défense des droits soit considéré comme un « parti en cause » afin de recevoir toutes les informations dans les délais prescrits par la LPP;**

**Que l'organisme régional de promotion et défense des droits fasse statutairement partie de la liste d'envoi électronique des Directions des soins professionnels (DSP) des établissements requérant une LPP. Le tout de manière confidentielle;**

**Impliquer la Chambre des huissiers de justice du Québec afin de normaliser les enjeux relatifs à l'application de la LPP sur l'ensemble du territoire québécois.**

## Des pratiques et réalités judiciaires

La Montérégie compte 46 juges qui siègent dans les différents palais de justice et points de service, couvrant les matières civiles, criminelles, pénales et celles de la jeunesse. Nous nous trouvons à recenser les pratiques et réalités à travers l'application de la LPP de 3 districts judiciaires, à savoir : **Longueuil (27 juges), Saint-Hyacinthe (5 juges) et Richelieu (2 juges).** **Nous pouvons inférer des différences notables des réalités ici.**

### ***Délai et préavis fondés sur les réalités judiciaires?***

Comme le stipule l'article 396 du Code de procédure civile :

*« La demande qui concerne la garde d'une personne dans un établissement de santé ou de services sociaux en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une telle évaluation ne peut être présentée au tribunal moins de **deux jours après sa notification** soit au titulaire de l'autorité parentale et au tuteur si la personne est mineure, soit au tuteur, curateur ou mandataire du majeur ou, s'il n'est pas représenté, à un membre de sa famille ou à la personne qui en a la garde ou qui démontre un intérêt particulier à son égard. À défaut, la demande et les pièces sont notifiées au curateur public. »*

Les délais moyens de réception des avis observés en 2022-23 oscillent toujours autour de 24h et dans quelques cas, nous avons observé un bon délai de 48 heures. Ces délais semblent aussi pondérés en fonction de **journées dument établies pour les audiences dans certains des districts judiciaires**. Les débuts de semaine et les vendredis semblent les journées les plus privilégiées. Cette situation nous propose une vision des limitations systémiques de l'appareil judiciaire, ce qui n'est rien de rassurant pour tous les citoyens et encore moins dans ces cas d'institutionnalisation forcée pour les personnes vivant avec une problématique en santé mentale...

La situation n'est pas acceptable tandis que même un délai de 48h laisse peu de temps à la préparation et l'appropriation des démarches pour les personnes en position de vulnérabilité.

**Le tableau ci-dessous fait état du moment de transmission de nos avis (fax) de la part des agentes administratives impliquées à notre projet en 2022-2023**

	48 heures ouvrables avant l'audience	Moins de 24 heures ouvrables avant l'audience	Moins de 5 heures ouvrables avant l'audience	Moins d'une heure ouvrable avant l'audience	Réception après l'audience	Réception des fax hors des heures d'ouverture du CDDM	Total
Honoré-Mercier	2	8	29	4	-	2	<b>45</b>
Pierre-Boucher	2	3	7	-	1	-	<b>13</b>
Hôtel-Dieu-de-Sorel	1	2	10	1	1	-	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>46</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>73</b>

**RECOMMANDATION :**

**Que le ministère de la Justice établisse un comité de surveillance avec plusieurs parties externes dans le but de superviser et surveiller les enjeux pratiques liés à l'application des mécanismes d'exception dans une optique de statu quo ou non.**

***Accès aux salles d'audience***

Par un étrange effet du hasard (ou non), dès le début du projet de collaboration, l'accès aux salles d'audience nous fut retiré dans les districts judiciaires de Saint-Hyacinthe et dans celui de Richelieu. En effet, de nouvelles consignes relatives au respect du huis clos ont émergé de la part de la magistrature dans ces districts rattachés, ce qui a rendu notre apport et nos accompagnements beaucoup moins significatifs dans ces régions données. **Nous soulignons aux lecteurs que nous avons accès aux salles préalablement et que nous étions connus et reconnus par certains.es juges.**

**Paradoxalement, nous avons toujours un droit d'accès aux salles d'audience dans le district judiciaire de Longueuil.** Rappelons que nos accompagnements sécurisent et calment les personnes. Ils assurent une bonne communication et des éclaircissements entre les avocats et leurs clients et nous accordent parfois la possibilité de faire une « *postvention* » à la suite de l'audience afin d'aider la personne à bien se saisir des récents événements et leur exposer les recours possibles dans les circonstances (requête au tribunal administratif du Québec (TAQ) ou demande en appel, le cas échéant).

Nous avons interpellé la juge en cheffe de la cour civile de la Montérégie à l'époque. Cette dernière semblait laisser toute discrétion à ses collègues des districts évoqués plutôt. Nous leur avons conséquemment envoyé une missive dans laquelle nous soulignons les qualités de notre projet et les bienfaits de nos accompagnements. Nous avons fait aussi miroiter que nous sommes un « groupe intéressé » à accompagner les personnes, et ce, en dépit d'un le huis clos. Le tout est conséquent et raisonnable en fonction de notre mission, il nous semble.

Nous n'avons reçu aucun retour ou réponse de la part de l'ensemble de la magistrature visée aux 2 districts impliqués par cette interdiction à ce jour. Nous n'avons pas tenté notre chance depuis. Le droit à l'accompagnement s'en trouve extrêmement limité.

#### **RECOMMANDATIONS :**

**Sensibiliser la magistrature québécoise et faire reconnaître le rôle prépondérant des organismes de promotion et défense des droits au Québec dans leur rôle d'assistance;**

**Soustraire ces derniers du huis clos dans le cadre des audiences de LPP (cour du Québec) ainsi que des autorisations judiciaires de soins (cour Supérieure du Québec).**

#### ***Visioconférence : quand les besoins ponctuels deviennent la norme***

Un récent jugement de la Cour d'appel du Québec (datant de 2018) aura marqué un trait important sur les responsabilités multiples des divers CISSS du Québec et exerce de nouvelles pressions dans la mécanique qui y est associée dans la sphère judiciaire. Depuis, afin de faire respecter les délais prescrits par la LPP, des aménagements ont eu lieu durant certaines périodes précises au courant de l'année (vacances estivales et la période des fêtes) afin de faire procéder les dossiers et maintenir les audiences en vertu des délais de rigueur.

La **vidéoconférence est devenue un moyen de plus en plus déployé** dans les districts concernés par notre projet et partout ailleurs au Québec. Qui plus est, depuis la COVID-19, elle est maintenant une pratique parfaitement normale. Cette réalité est usuelle dans certaines régions administratives du Québec, notamment aux Îles-de-la-Madeleine, la Côte-Nord et sûrement bien d'autres et les raisons pratiques sont relativement raisonnables dans ces circonstances précises.

À titre d'organisation en défense des droits, nous soulevons des craintes à l'égard de telles réalités puisque nous jugeons qu'elles risquent de faire apparaître un « nouveau type de justice », mais aussi un nouveau type de citoyen du même souffle. Qui plus est, la Montérégie dispose de moyens certains et bénéficie d'accès faciles aux salles d'audience locales. Nous l'avons constaté devant des absences ou tout simplement un manque de juge dans quelques districts précis.

Finalement, en ne permettant pas une distanciation physique et même symbolique franche entre ces deux milieux et aux réalités qui s'avèrent nettement distinctes, nous courrons le risque de la **création d'un amalgame engendrant de nouvelles méfiances**, mais aussi la dilution des qualités inhérentes à ces milieux, c'est-à-dire : **soigner pour l'un et veiller au respect et principes du droit pour l'autre.**

Si la pratique des visioconférences perdure, d'autres aménagements devront avoir lieu afin de laisser des espaces et un temps préalable aux personnes, aux accompagnateurs (dont les membres de l'équipe du CDDM) et leur représentant.e en vue des préparations nécessaires aux audiences.

- Nous avons de plus relevé que certaines personnes ne savaient même pas si elles furent représentées ou bien qui pouvait être leur représentant légal à l'écran à quelques reprises;
- Les personnes se retrouvent devant une mise en scène télévisuelle parfois inaccessible ou bien tout simplement inintelligible dans les circonstances;
- Plusieurs personnes disent apprécier, car c'est moins exigeant et anxiogène que de se présenter à la cour en présence.

## **RECOMMANDATIONS :**

**Que l'accès aux salles d'audience virtuelles soit assuré au groupe de promotion et défense des droits de toutes les régions du Québec.**

**Qu'on laisse libre-choix aux personnes de se présenter ou non en présentiel pour leur audience.**

**Que des espaces et des moments soient à la disponibilité des personnes dans le milieu hospitalier préalablement à leur audience afin de rencontrer leur avocat ou toute autre personne intéressée.**

**Que l'avocat.e de la défense soit au moins présent.e physiquement pour assister son ou sa cliente.**

## ***Le droit comme marché ou de l'existence de quasi-monopoles***

D'après nos recherches sur le bottin du Barreau du Québec<sup>8</sup>, environ 260 avocats.es pratiquent en droit de la personne au Québec. 28 496 avocats.es ont pourtant été répertoriés en 2024. En 2022, seulement 16% de ces derniers travaillaient en matière civile<sup>9</sup>. Faites maintenant le calcul et vous constaterez que l'offre est plus que limitée dans cette pratique du droit.

Toujours dans les districts de Saint-Hyacinthe et de Richelieu, nous avons constaté qu'une infime minorité d'avocats sont disponibles et intéressés afin de représenter les personnes en temps et lieu. Pour le district de Saint-Hyacinthe, nous nous sommes trouvés devant un avocat aux pratiques plus que discutables puisque ce dernier (ou sa secrétaire) interpelle toujours directement les personnes en se présentant comme leur représentant légal. Cette pratique est connue et nommée dans les milieux anglo-saxons comme étant du «ambulance-chasing». Cette dernière peut être largement comprise comme une forme de **sollicitation non désirée**.

Cette pratique particulière a engendré, de l'aveu même d'une avocate du contentieux du CISSSME, des impacts et du stress chez certaines personnes, malheureusement. Dans un cas précis, nous avons relevé une distorsion et une incompréhension complète du recours pour une usagère. Nous savons qu'à ce jour, ce dernier intervient toujours sur l'unité après avoir été (peut-être) avalisé au préalable. Nous relevons ici un **enjeu de nature déontologique** et soulevons le besoin pour les personnes de choisir d'une manière libre et éclairée leur recours aux services des avocats de leur choix.

À terme, cette situation nous engage à rencontrer des directions des services juridiques afin de bonifier notre liste d'avocats pratiquant dans le domaine et si la pratique persiste à plus long terme, elle risque d'attiser une **méfiance supplémentaire à l'égard de l'appareil judiciaire** pour les personnes ayant des difficultés plus persistantes ou récurrentes. Nous l'observons déjà sur le terrain. **Les droits à une représentation et celui au choix de son avocat.e sont donc entachés.**

Nous observons conséquemment certaines pratiques de monopole dans 2 districts judiciaires impliqués, des raccourcis procéduraux et du difficile choix à son représentant légal dans ces derniers (Saint-Hyacinthe et Richelieu). Les ressources étant plus importantes au bureau d'aide juridique de Longueuil (une approche rotative a été préconisée et peut nous servir prochainement). **En somme : 3 milieux, 3 réalités spécifiques et distinctes.**

---

<sup>8</sup> <https://www.barreau.qc.ca/fr/trouver-un-avocat/>

<sup>9</sup> Barreau-mètre, la profession en chiffre. Barreau du Québec, 2022.

## **RECOMMANDATIONS :**

**Tout comme l'avait fait le groupe de travail du Barreau en 2010, il serait pertinent d'envisager que l'article 394.1 C.p.c. soit modifié afin d'ajouter que, lorsque sont mises en cause l'inviolabilité, l'intégrité, la sécurité, l'autonomie ou la liberté de la personne en raison de son état mental, la personne doit être représentée d'office sauf si la personne refuse d'être représentée et que le juge estime que le refus est approprié;**

**Nous recommandons de voir à l'augmentation du financement des services juridiques du Québec afin que chacune des succursales soit en mesure de garantir un choix du ou de la représentant.e légal aux personnes visées par la LPP ou une autorisation judiciaire de soins;**

**Que ces mêmes bureaux de services juridiques se saisissent obligatoirement des dossiers en la matière et qu'ils ne recourent pas aux services d'avocats.es en pratique privée.**

**Que les membres du Barreau reçoivent des formations sur les enjeux de droits en santé mentale afin d'y relever les composantes éthiques et professionnelles associées;**

### Troisième partie : Les biais favorables du ministre Carmant

En fonction de l'état actuel à l'égard l'application de la LPP, nous devons nommer les choses par leur nom. Actuellement, en fonction des données et des recherches établies, les gardes sont largement autorisées d'une part (peu exceptionnelles et la preuve en défense est asymétrique en moyens). En second lieu, une fois les personnes internées, la seule issue possible afin de garantir sa sortie, c'est de consentir à la médication (la « *game dans la game* » comme dirait un entraîneur). Cette règle implicite est toujours source d'une grande confusion pour bien des intervenants et au possiblement aux yeux de la population.

Bien stricte sur ses pouvoirs et contraintes réels, la LPP induit encore dans l'imaginaire collectif, l'idéal de la médicalisation à titre de moyen-fin incontournable afin de suppléer à la dangerosité ponctuelle des individus. Troisièmement, les usages nombreux de requêtes et d'application de la LPP nous révèlent une tendance de plus en plus manifeste : le recours à l'autorisation judiciaire de soins.

S'il faut inférer deux possibilités des biais du ministre Carmant, elles pourraient être les suivantes :

- **Établir à même l'application des gardes forcées le recours implicite à une médicalisation (forcée) (qui aura le mérite d'être officielle cette fois-ci); à tout le moins facilitée.**
- **Une possible réforme des structures visant à établir une nouvelle forme de tribunal spécialisé en santé mentale (toujours sous le modèle ontarien).**

Une partie du scénario nous replonge dans le passé (Loi sur la protection du malade mental de 1972). L'autre viserait le déploiement d'un dispositif législatif et structurel qui pourrait avoir le potentiel de nous plonger dans un dédale réformiste sans pour autant nous garantir les fins politiques souhaitées.

## ***Une consultation des partenaires de la Montérégie (synthèse)***

Le CDDM a lancé une consultation aux partenaires du milieu le 26 mars 2024. Cette dernière aura contribué à la participation 33 personnes de divers organismes communautaires de la Montérégie qui occupent des mandats variés, complémentaires, voire antagonistes. Elle avait pour prémisses les biais affichés du ministre.

**Objectif :** Discuter de la Loi P-38.001 et recueillir des avis sur son application et ses impacts dans lequel 3 ateliers distincts furent déployés, chacun abordant différents aspects de la loi.

### **Atelier 1 : Attentes et compréhension de la LPP**

**Questions posées :** Les participants ont répondu à des questions sur leurs attentes pour la journée, leur niveau de compréhension de la loi et comment la loi s'applique dans leurs organisations respectives.

**Niveau de compréhension :** La moyenne de compréhension de la loi était entre 5,78 et 8,25 sur 10 avec des variations selon l'expérience et le contexte d'implication des participants. (Ces moyennes émanaient de chacune des tables lors de l'événement. Elles étaient délibérément composées d'acteurs aux missions variées).

**Application de la Loi :** La loi P-38 fait partie de la réalité quotidienne des organisations (leurs mandats, leurs valeurs et leurs réalités). Elle est souvent utilisée en gestion de crises et en partenariat avec les hôpitaux et les services policiers. On y reconnaît une complexité et une énorme variabilité d'un milieu à l'autre.

### **Atelier 2 : Comparaison avec la loi ontarienne**

**Pouvoir du médecin :** Discussion sur le pouvoir des psychiatres en Ontario par rapport au Québec.

**Tribunal ou commission :** Comparaison entre la gestion des gardes en établissement par la Cour du Québec et le Consent and Capacity Board en Ontario.

**Centralisation des pouvoirs :** Débat sur la centralisation des pouvoirs dans une seule instance en Ontario versus plusieurs instances au Québec (cour du Québec, cour Supérieure et TAQ).

**Audiences systématiques :** Fréquence et moment des audiences systématiques au Québec et en Ontario.

### **Atelier 3 : Suggestions pour améliorer la gestion des situations de dangerosité**

**Groupes de travail :** Les participants ont formulé des souhaits pour mieux gérer les situations de dangerosité liées à l'état mental, incluant des propositions pour dissocier la dangerosité de la santé mentale, améliorer la communication entre les acteurs, et augmenter les ressources disponibles.

#### **Conclusion**

Le document met en lumière les défis et les divergences d'opinions concernant l'application de la Loi P-38.001, ainsi que des suggestions pour des améliorations futures.

### **Recommandations générales pour les organisations impliquées**

#### **Modèles alternatifs d'organisation du travail :**

Les participants visaient surtout la mise en œuvre des modèles visant à limiter l'impact des facteurs de risque sur la santé mentale.

#### **Soutien et encadrement :**

Améliorer le soutien disponible à l'entrée dans la profession, notamment par des formations spécifiques.

#### **Formation continue :**

Besoin de formations continues et spécifiques pour les intervenants, y compris les juges, policiers, et professionnels de la santé.

#### **Dé-stigmatisation :**

Mettre en place des actions pour déstigmatiser les enjeux de santé mentale, comme des formations pour les gestionnaires et des méthodes innovantes en matière disciplinaire. Défi de déstigmatiser les enjeux de santé mentale au sein de la profession juridique et dans la société en général.

#### **Accès aux ressources :**

Améliorer l'accès aux ressources en matière de santé et de bien-être, et nommer des personnes-ressources en santé mentale dans les organisations.

## **Recommandations spécifiques par atelier**

### **Atelier 1 : Attentes et compréhension de la Loi**

#### **Formation adéquate :**

Adapter la grille d'évaluation du risque suicidaire à la loi.

Équité régionale : Assurer une équité entre les régions en termes d'accès et de qualité des services.

#### **Ressources :**

Augmenter les ressources disponibles pour faire que l'application de la loi ne se fasse qu'en dernier recours.

### **Atelier 2 : Comparaison avec la Loi ontarienne**

#### **Pouvoir du médecin :**

Simplifier le processus en s'inspirant de l'Ontario, tout en maintenant un équilibre des pouvoirs. De manière évidente, le modèle ontarien n'a pas rallié les participants présents dans la mesure où ce dernier permet beaucoup plus facilement des formes d'ordonnances de soins.

Équilibrer le pouvoir des psychiatres avec des mécanismes de contrôle pour éviter les abus.

Personne ne souhaite un retour au modèle asilaire.

#### **Tribunal ou commission :**

Créer une commission similaire à l'Ontario, composée d'experts en santé mentale et en droit. Les participants.es ont démontré une réceptivité évidente à ce que les personnes ne passent plus uniquement devant 1 seul juge.

Ils aiment bien la diversité des savoirs potentiels d'un juré composé de compétences diverses. Le modèle peu rallier les personnes présentes.

Créer une commission similaire à l'Ontario nécessite des changements législatifs et une réorganisation des structures existantes toutefois.

#### **Centralisation des pouvoirs :**

Centraliser les pouvoirs dans une instance unique pour simplifier le processus, tout en évitant les abus.

Centraliser les pouvoirs pourrait simplifier le processus, mais pose des risques d'abus et de manque de contrôle.

#### **Audiences systématiques :**

Réévaluer la fréquence des audiences pour éviter les prolongations inutiles de garde.

### **Atelier 3 : Suggestions pour améliorer la gestion des situations de dangerosité**

#### **Dissociation entre dangerosité et santé mentale :**

Mettre fin aux préjugés et à l'infantilisation des personnes.

Que les personnes puissent identifier eux-mêmes les déterminants de dangerosité qui leur sont propre (contrat d'Ulysse).

#### **Centres de répit et unités sans médication :**

Créer des centres de répit et des unités sans médication pour offrir des alternatives aux hospitalisations.

Établir des milieux et des types d'interventions basées sur le rétablissement et une approche plus humaine.

#### **Communication et coordination :**

Améliorer la communication entre les différents acteurs du système de santé.

Difficulté à assurer une communication efficace entre les différents acteurs du système de santé et de justice.

Problèmes de coordination entre les services de santé mentale, les hôpitaux, et les organismes communautaires.

#### **Formation et éducation :**

Former adéquatement les intervenants et sensibiliser aux problématiques de consommation.

De la formation continue.

#### **Accès aux ressources :**

Assurer un accès rapide et gratuit aux ressources de désintoxication et de thérapie.

#### **Adaptation des services :**

Adapter les services aux besoins des usagers, notamment en termes d'horaires et de conditions de garde.

Les participants présents auront placé la personne au cœur de la définition de ses enjeux tout en valorisant l'écoute.

## **Conclusion et recommandation non négligeables**

Comme plusieurs risquent de le noter, nous constatons depuis toujours l'absence d'encadrement ou de répondant, tant dans les principaux établissements de santé qu'au ministère de la Santé, que dans l'application de la P-38.001. Nous avons simplement envie de dire : il est plus que temps.

### **RECOMMANDATION :**

**Nous proposerons la nomination de ce type de répondant ou d'instance spécifique au sein des établissements ainsi qu'au ministère de la Santé en conséquence.**

Depuis plusieurs années, nous faisons des demandes d'accès à l'information afin d'accéder aux données relatives aux requêtes et jugements en matière de LPP, de mesures de contrôles et d'autorisations judiciaires de soins. Nous constatons l'usage d'aucun moyen ou outil standardisé de collecte de données d'un établissement à l'autre et cela pose un problème d'analyse, de vision et de contrôle évident pour quiconque témoignerait de l'intérêt, surtout Santé Québec.

### **RECOMMANDATION :**

**Que des outils standardisés soient établis sur l'ensemble du territoire québécois, et ce à l'égard de l'application de tous les mécanismes d'exception cités plus haut.**

### ***L'ensemble de l'état de la situation et de nos aspirations***

Tout au long de ce document, nous avons développé une vision qui explique en partie pourquoi l'application de la LPP s'est avérée laborieuse, voire inopérante et non harmonisée sur le territoire de la Montérégie. Que ce soit sous des considérations sociologiques et historiques, à travers des observations pratiques issues d'une collaboration effective ou bien d'une consultation des praticiens.nes du milieu communautaire, nous saisissons de nombreux obstacles à une application satisfaisante de la LPP pour presque tout le monde et chacun dans nos mandats et visions précises.

Dans un premier temps, pourrions-nous, collectivement, considérer d'autres voies et avenues que l'internement et la médicalisation de nos souffrances individuelles et collectives? La désinstitutionnalisation de jadis s'observait dans un contexte historique et culturel d'émancipation. Quelle est la culture de notre ère? Le consumérisme? La gestion courante? Le soi vécu et perçu comme le seul dépositaire de ses ressources et responsabilités?

Secondement, dans le cadre de mandat et mission, nous constatons de nombreuses ratées d'application ou tout simplement de froides inconsidérations des droits individuels (sociaux, économiques) qui ont des incidences marquées sur les personnes, leur qualité de vie et leur trajectoire existentielle. Pour notre part, nous constatons que la notion de dangerosité est régulièrement confondue avec les préjugés liés à la santé mentale, le diagnostic, le principe de l'intérêt premier de la personne ou le fait que la personne soit tout simplement « dérangeante ».

**– Les droits à la représentation, à l'information et au consentement aux soins sont brimés.**

**– Les alternatives à l'enfermement forcé sont quasiment inexistantes et les services de crise sont loin d'être implantés uniformément sur le territoire québécois.**

**– Une confusion persiste dans le milieu médical et judiciaire entre le fait de contraindre la personne à prendre un traitement et contraindre une personne à l'hospitalisation forcée.**

Donc, selon ce que nous constatons dans notre région, nous préconiserons encore un respect strict de la loi actuelle et visons la confirmation de son respect tant sur la forme que sur le fond. Le lecteur n'aura pas de surprises à concevoir que nous aspirons d'en voir diminuer son usage aussi. Bien entendu!

De plus, les études et les apports des groupes de défense de droits en santé mentale, dont la dernière en lice est celle d'Action-Autonomie en octobre 2024, font l'illustration d'une application aléatoire de cette loi d'exception. Nous demandons au gouvernement de ne pas modifier la Loi avant de s'assurer que son application est faite de façon rigoureuse. Nous demandons plutôt au gouvernement d'assurer une cohérence, une harmonisation et une bonification des pratiques allant dans le sens actuel de la LPP.

Troisièmement, notre appel à la discussion et la contribution des acteurs organisés du milieu communautaire en santé mentale se voulait à mettre de l'avant les divers enjeux entourant l'application de la LPP, mais aussi de démontrer leurs réalités et perceptions respectives. Il paraît essentiel de souligner notre grande préoccupation vis-à-vis des modifications potentielles de la Loi, mais aussi celle des partenaires. En effet, ces derniers manifestent un intérêt pour des changements et des modifications, mais manifestement des valeurs humaines et alternatives sont préconisées et le retour en arrière ne semble tout simplement pas acceptable en fonction de l'ensemble des propos recueillis.

## **Le mot de la fin**

Puisque M. Carmant n'a pu assister à notre présentation du 2 février 2023, nous proposerons notre conclusion de ladite conférence. Bien qu'elle concernait les nouveaux enjeux relatifs aux autorisations judiciaires de soins en Montérégie, les enjeux et les principes évoqués demeurent entièrement les mêmes.

« La présentation des résultats de cette recherche à la lumière des expériences et constats du CDDM est une invitation à nous questionner sur les moyens et les pratiques à mettre en œuvre pour favoriser l'accès à la justice des personnes visées par des demandes d'autorisation de soins (et de gardes en établissement). À cet égard, la reconnaissance et la considération des savoirs expérientiels sont essentielles pour cesser de produire et de reproduire, dans le cadre judiciaire, les injustices épistémiques que subissent les personnes économiquement, socialement et culturellement défavorisées et ayant des diagnostics psychiatriques.

*Ce que l'on appelle l'« accès à la justice » peut signifier beaucoup de choses. C'est, par exemple, le fait pour une personne de disposer des ressources financières nécessaires pour obtenir des conseils juridiques quand elle en a besoin; le fait d'être informée de son droit à l'assistance d'un avocat lorsque sa liberté est en jeu; le fait de pouvoir compter sur des tribunaux capables de résoudre son problème en temps utile. C'est aussi le fait de connaître les outils et les services qui sont à sa disposition et de savoir comment s'en prévaloir. C'est le fait de connaître ses droits et de comprendre le fonctionnement de notre système de justice. C'est même le fait pour une personne, de constater que des gens comme elle sont présents dans toutes les sphères du système de justice. Et c'est le fait d'avoir confiance dans la capacité de ce système d'aboutir à une solution juste – sachant que l'on peut respecter cette solution et l'accepter, même si ce n'est pas celle que l'on souhaitait. En fin de compte, il s'agit d'assurer une justice adéquate à tous les justiciables, et non une justice parfaite à quelques privilégiés. L'accès à la justice est un enjeu qui concerne la démocratie, les droits de la personne et même l'économie.*

*(Allocution prononcée par le très honorable Richard Wagner, C.P., Juge en chef du Canada à l'occasion de la 7e Conférence annuelle sur le travail pro bono Vancouver (Colombie-Britannique), le 4 octobre 2018).*

Ainsi, croiser les savoirs pratiques, savants et expérientiels pourrait contribuer à instiguer un souffle nouveau aux pratiques en santé mentale et en justice. L'augmentation de l'usage des autorisations judiciaires de soin (et des gardes en établissement) est le symptôme d'un marasme collectif qui, espérons-le, ne sera que temporaire. Pour y mettre fin, nous devons travailler en complémentarité pour préserver le caractère exceptionnel de cette pratique, et chercher des solutions à l'extérieur de la coercition et de la contrainte<sup>10</sup> ».

---

<sup>10</sup> Les pratiques des contentieux des Centres intégrés de santé et de services sociaux en matière d'autorisation de soins et les droits des parties défenderesses : une étude des dossiers judiciaires de Longueuil  
Emmanuelle Bernheim, David-Alexandre Grisé et Édith Perrault, Colloque de formation du Barreau, février 2023.



## **ACCOMPAGNER LA CRISE AILLEURS ET AUTREMENT**

**Mémoire déposé par le Regroupement des ressources alternatives en  
santé mentale du Québec (RRASMQ)**

**Dans le cadre de la démarche d'étude sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état  
mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38) menée par l'Institut  
québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ)**

29 novembre 2024



# Table des matières

<b>ACCOMPAGNER LA CRISE AILLEURS ET AUTREMENT.....</b>	<b>1</b>
1- Présentation du RRASMQ.....	3
2- Introduction.....	4
3- Des constats sur le terrain.....	6
3.1 Des enjeux en amont de l'hospitalisation.....	6
3.2 Des limites dans l'application de la loi.....	8
4- Des recommandations pour s'assurer d'une application de la P-38 respectueuse des droits et de la primauté de la personne.....	13
4.1. RECOMMANDATION 1: Un statu quo juridique, des améliorations dans l'application concrète.....	14
4.2. RECOMMANDATION 2: Lutter contre la stigmatisation grâce à des stratégies portées par les personnes premières concernées.....	15
4.3. RECOMMANDATION 3: Favoriser l'accompagnement dans la communauté et garantir l'accès à des alternatives avant, pendant et après la crise.....	16
4.4. RECOMMANDATION 4: Faire respecter le cadre de référence prévu par la loi. 21	
4.5. RECOMMANDATION 5: Agir sur les conditions de vie des personnes: éviter une réponse médicale et individuelle à des problèmes sociaux et collectifs.....	23
5- Conclusion.....	24
6- Sources et références.....	26

**Rédaction:** Anne-Marie Boucher et Marie-Pier Béland, co-responsables de l'action sociopolitique au RRASMQ

**Illustration de couverture:** «Acrobates», par Matteo Esteves, membre de Prise II

**Illustrations dans le mémoire:** Clément de Gaulejac, illustrations issues de différentes campagnes produites pour le RRASMQ de 2018 à 2022

**Relecture :** comité le politique : Yves Brosseau (L'Avant-garde en santé mentale), Peter Belland (Le Phare source d'entraide), Paulette Lacoste (Psychohésion), Lisette Dormoy (Le Vaisseau d'or des Moulins), Jean-François Plouffe (Action Autonomie), Karlyn Perron (La Barre du jour).

**Remerciements particuliers:** aux participant-es de l'atelier Mesures d'exception lors de l'AGA de juin 2024 du RRASMQ, les ressources ayant participé à la rencontre thématique sur les alternatives aux mesures d'exception en novembre 2024. Aux participant-es de la démarche *Se donner du souffle* (2017-2020). À l'équipe de l'AGIDD-SMQ et de ReprésentAction pour leur précieuse collaboration.



## 1- Présentation du RRASMQ

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) est un organisme à but non lucratif (OBNL) qui rassemble, représente et soutient depuis 1983 plus de 90 organismes à travers le Québec.

Les organismes membres du Regroupement (ressources alternatives) travaillent au quotidien pour et avec des personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale ayant eu une influence importante sur leur vie.

Ces ressources, à taille humaine, sont des groupes d'entraide, des centres de crise, des ressources de traitement, des lieux d'hébergement, des ressources d'aide et d'entraide, des maisons de transition, des centres de jour ou de soir, des ressources de réintégration au travail, des services d'écoute téléphonique, des services de répit, des services de soutien dans la communauté, etc.

Ces organismes s'identifient et adhèrent à une philosophie alternative en santé mentale qui se caractérise par une façon «autre» d'accueillir la souffrance et de considérer les problèmes de santé mentale, une approche globale et respectueuse de la personne, des pratiques favorisant l'appropriation du pouvoir, la participation et l'entraide. Ensemble, ils forment le RRASMQ et font partie du Mouvement social alternatif en santé mentale.

## 2- Introduction

**«Jusqu'ou irai-je hors de moi-même  
pour correspondre à vos attentes  
à l'espoir qu'il vous reste  
d'anesthésier la blessure  
de ravalier le cri  
qui s'étrangle en ma voix»**

«Hors-la-loi», Anna Louise Fontaine

Au Québec, depuis les années 90, une loi vise à limiter les hospitalisations forcées et est censée s'assurer que personne ne soit mis à l'écart de la société sans une raison sérieuse. Aujourd'hui, cette loi est en révision, ce qui angoisse bon nombre de personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. Plus de soixante ans après la publication du livre *Les Fous crient au secours*, on constate toujours des dérives et abus de certaines institutions, de même que le recours croissant aux mesures d'exception en santé mentale. Toutefois, il faut saluer les améliorations concrètes au niveau des pratiques en santé mentale alors que les soignant-es se montrent plus sensibles à la primauté de la personne, à la décision partagée, à la Gestion autonome de la médication (GAM) ou, plus largement, à la réalisation du droit à la santé.

Or, malgré certains changements du côté des mentalités et des pratiques d'accompagnement en santé mentale, de réels enjeux subsistent sur le terrain afin d'avoir accès aux soins, et il n'est pas rare qu'une personne doive se rendre à la crise afin d'être entendue dans sa souffrance ou sa détresse. Les personnes qui se présentent de façon volontaire aux services d'urgence ou de psychiatrie ne rencontrent pas toujours une réponse adéquate ou positive à leur quête: elles sont parfois renvoyées chez elles sans avoir pu déposer ce qui les troublait. C'est bien là le paradoxe de la psychiatrie (tel que nommé lors de nos consultations) : *quand on veut des services et des soins, on n'en reçoit pas. Quand on n'en veut pas, on en reçoit de force.*

Ces défis concrets se vivent sur fond d'une crise sociale fort préoccupante: la crise du logement met des dizaines de milliers de personnes à la rue (ou à risque de l'être), et la conjugaison de cette crise avec d'autres enjeux (hausse de la consommation, crise des opioïdes...) révèlent aujourd'hui une très grande détresse sociale, bien visible dans les rues de nos villes et villages. Les personnes qui se retrouvent en situation d'itinérance visible ont souvent, en commun, un historique de violences subies ou d'abus dans l'enfance; on parle de personnes à qui nous n'avons pas donné de soutien suffisant, et qui se retrouvent en grande vulnérabilité. On parle également de personne à qui on semble vouloir imposer une obligation ou un «devoir à la santé» plutôt que d'investir les fonds nécessaires afin de réaliser leur droit à la santé.

Mais plutôt que de développer davantage d'approches sensibles aux traumatismes ou de ressources pour accompagner avec dignité les personnes, c'est plutôt une criminalisation et une mise à l'écart de ces personnes qui est proposée. Ainsi, les discours du *pas dans ma cour* glissent vite vers *pas dans ma cour, mais à l'hôpital*. Ainsi, de plus en plus de personnes plaident

pour un changement dans les lois d'exception afin de forcer le soin chez des personnes qui ne représenteraient pas un danger pour elles-mêmes ou autrui.

Loin de nous l'idée de défendre le fait de laisser les personnes sans accompagnement. Toutefois, nous tenons ici à réitérer l'importance d'offrir des accompagnements ancrés dans les principes de l'Alternative, soit au rythme des personnes, de façon volontaire, et prenant compte de leur histoire et de leur singularité. Nous défendons également l'importance de protéger les droits fondamentaux, de respecter les droits des patients (LSSSS) et de réaliser le droit à la santé de la population dans son ensemble, dans tous les territoires du Québec. Ni notre capacité financière, ni notre code postal, ni la nature de notre diagnostic, ne devraient déterminer la qualité de l'accompagnement que l'on reçoit lorsque nous sommes au plus mal.

Il faut noter que, pour certaines personnes, la garde en établissement a été bénéfique. Il y a néanmoins une proportion significative de personnes pour lesquelles il s'agit d'une expérience douloureuse qui laisse des marques; l'objectif ici aura donc été de faire ressortir les enjeux et les problématiques, ainsi que d'offrir des pistes de solutions. Ce mémoire, en s'intéressant au parcours dans la garde en établissement, mais également en se penchant sur les alternatives à déployer dans la communauté, se veut un plaidoyer pour faire ailleurs et autrement, même face à la crise qui peut nous sembler aiguë ou dépourvue de sens.

## 3- Des constats sur le terrain

Dans le cadre de ses activités (rencontres de comités, atelier lors d'une assemblée, rencontre thématique, activités dans le cadre de la démarche *Se donner du souffle*), le RRASMQ a consulté ses ressources membres (équipes et membres), qui ont fait ressortir plusieurs constats. Ces constats sont souvent intriqués les uns aux autres, parfois vécus par les mêmes personnes qui accumulent plusieurs dénis de droits dans leur parcours. Nous les séparerons ici par souci de clarté.

### 3.1 Des enjeux en amont de l'hospitalisation

#### 3.1.1 De véritables problèmes d'accessibilité aux services publics et aux conditions d'une pleine citoyenneté

Des personnes le nomment depuis des années, sinon des décennies : il y a une réelle difficulté d'accès aux services en santé mentale. Quand les personnes ne vont *pas* assez mal, elles sont renvoyées chez elles, invitées aux auto-soins ou laissées sur des listes d'attente. La crise semble demeurer la porte d'accès aux suivis plus serrés. Comment se fait-il que les interventions psychothérapeutiques, et les services d'écoute demeurent si difficiles d'accès? Les proches subissent également les impacts de ce manque d'accès à l'accompagnement. On constate que le trois-quart des demandes de P-38 proviendraient des proches qui, par inquiétude, incompréhension ou épuisement, font appel aux services d'urgence. Les familles sont souvent isolées et manquent d'informations sur les ressources disponibles dans leurs communautés (quand il y en a). Or, s'assurer que la garde en établissement soit un dernier recours implique de s'assurer que des services publics de qualité, ainsi que des mesures alternatives, soient présentes et connues des personnes premières concernées et de leurs proches. La difficulté d'accès à un médecin de famille est également désignée comme une cause d'un manque de suivi et d'accompagnement en amont de la crise. Enfin, les proches attendent souvent au dernier moment pour faire appel aux services, craignant parfois les interventions musclées et forcées.

#### 3.1.2. Des interventions mal-adaptées à l'accompagnement d'une personne en crise

*«Le 1er octobre, on m'a envoyé un policier. Il arrive à 10h46, met son pied dans la porte. J'me sens un peu agressée, je lui demande à plusieurs reprises d'enlever son pied. En moins d'une minute, il me saute dessus. Moi j'ai été opérée aux pieds, j'ai peur. Il me fait mal. Il entre, poivre mes chiens qui ne faisaient que japper. Il a poivré mes chiens, je leur ai dit: mordez, j'étais en mode survie. Il m'a sortie, a claqué la porte, m'a embarquée sur le gros nerf. Il quitte, rendu au coin j'ai donné deux petit coups de tête sur la vitre vu que je suis menottée pour lui dire guette mes chiens sont peut-être mal, ma porte est pas barrée. Il arrête, revient à l'arrière et me frappe sur le bord du banc. J'ai eu la peur de ma vie... Rendue à l'hôpital je suis sortie la même journée vue que j'étais pas un danger pour moi ni personne mais je suis sortie avec*

*plusieurs blessures partout sur le corps ....Croyez-vous que cette intervention va faire que nous demanderons de l'aide? Seigneur, je ne crierai plus jamais à l'aide.»*

### Une citoyenne des Haute-Laurentides, site J'ai une histoire

Dans le cadre de nos consultations et rencontres sur le sujet avec nos membres, nous avons pu le constater: plusieurs intervenant·es dans le milieu communautaire éprouvent un malaise à faire appel à la garde en établissement, par crainte de faire subir de la violence à une personne traversant une crise. Des ressources alternatives ont également fait l'expérience d'interventions policières qui aggravent la crise : dans certains cas, la personne est en train de s'apaiser et les policiers interviennent sans tenir compte de l'évaluation faite par les intervenant·es sur place et du changement dans le comportement de la personne (entre l'appel aux corps policiers et le moment de l'intervention). Ce type d'intervention nuit à la personne, mais crée aussi un bris de confiance entre les intervenants et la police, en plus d'avoir un impact négatif sur l'ensemble des personnes témoins. Dans le même sens, et c'est un constat général, une intervention qui utilise la force, la contrainte et/ou la violence, qui est faite dans une certaine urgence qui ne laisse pas le temps à la personne de s'exprimer ou de se poser, et qui inclut peu de dialogue et d'ouverture, peut aggraver l'état de crise, créant ainsi un cercle vicieux où l'usage de la force devient "justifiée" par la réaction à l'intervention alors que cette réaction aurait pu être évitée par une approche plus attentive aux besoins et au rythme de la personne.

#### 3.1.3.Des personnes marginalisé-es et stigmatisé-es

Les personnes marginalisées ou en situation de pauvreté sont sur-représentées dans les statistiques sur l'application de la garde en établissement ou les autorisations judiciaires de soins : une personne qui vit en zone défavorisée a deux fois plus de chance de recevoir une AJS, et une personne en situation d'itinérance a 65 fois plus de chances de recevoir une AJS<sup>1</sup>. Ces statistiques, combinées aux statistiques de fréquence de recours à la P-38, soulèvent des enjeux quant à l'évaluation de la dangerosité faite par les personnes qui signalent, comme par les personnes qui interviennent en première ligne : sommes-nous en train de traiter un comportement dangereux, ou simplement un comportement dérangeant ou différent/surprenant ? Le rapport 1 de l'IQRDJ en fait suffisamment mention (notamment aux pages 58-59) pour qu'on ne développe pas davantage ici. Ces statistiques font également émerger des questions quant à la formation initiale et continue des intervenant·es (services d'urgence, policiers, psychiatres) sur la marginalité et le profilage social.

Des personnes rapportent également qu'elles ont eu le sentiment d'être traitées ou évaluées différemment en raison de leur diagnostic psychiatrique lorsqu'elles se sont présentées ou ont été apportées à l'urgence. Par exemple, dans certains hôpitaux, des personnes étaient envoyées systématiquement en psychiatrie en raison de leur diagnostic, même si elles

---

<sup>1</sup> D'après les chiffres compilés par Action Autonomie dans leur rapport *J'méritais pas ça, Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal*, octobre 2024.

consultaient pour d'autres motifs, situation qu'on appelle le masquage diagnostique. Il y a ainsi un risque que des personnes qui consultent pour d'autres motifs soient mal évaluées et ne soient pas adéquatement soignées. Le poids de ces préjugés a comme conséquence une rupture de confiance et un risque que les personnes évitent de consulter par crainte d'un mauvais accueil atteignant leur dignité ou encore, par peur de faire l'objet de soins sous contrainte.

## 3.2 Des limites dans l'application de la loi

### 3.2.1 Évaluation de la dangerosité et sous-évaluation des impacts pour la personne

Les consultations ont permis de soulever plusieurs enjeux en lien avec l'évaluation formelle des personnes qui conduit à une garde en établissement ou à une autorisation judiciaire de soin. Par rapport à la P-38, dans un premier temps, on questionne le poids excessif donné au diagnostic dans l'évaluation de la dangerosité par rapport à une réelle évaluation médico-légale du risque posé par la personne. Ces évaluations sont également parfois "contaminées" par le récit de la situation qui est donné par les premiers répondants ou les policiers au personnel de l'hôpital, qui tendent à donner plus de crédibilité au point de vue de ces personnes qu'à la personne première concernée.

D'autre part, il y a, dans l'analyse de la balance des avantages et des risques à recourir à une hospitalisation forcée pour une personne, une sous-estimation (ou une non prise en compte) du risque de re-victimisation ou de trauma. En effet, peu de données semblent exister quant à l'impact que peut avoir la violence qu'implique le retrait de sa liberté à une personne déjà dans un contexte de vulnérabilité. Pourtant, les effets majeurs de cette violence sont un des éléments phares de ce qui ressort de toutes les consultations: cela devrait donc être un risque et une réserve systématiquement pris en compte, mais également analysé plus spécifiquement en fonction de l'historique de chaque personne. À ce sujet, les statistiques cités par le psychiatre américain Awais Aftab, à l'effet qu'une personne hospitalisée contre son gré a deux fois plus de risque, dans les trois mois qui suivent la sortie, de mourir d'une surdose, d'un suicide ou de poser un acte violent, devraient induire un principe de précaution beaucoup plus grand dans l'application de ce genre de mesure<sup>2</sup>.

*«L'année dernière, j'ai été hospitalisée pour un stress post-traumatique avec dépression majeure. Je n'avais pas tenté à ma vie mais je me préparais à passer à l'acte. Par conséquent, j'ai pris mon courage à deux mains en demandant de l'aide à l'hôpital. Non seulement ils ne m'ont pas donné les soins requis, et ce que j'ai reçu comme « soins » étaient plus qu'inadéquat puisqu'ils ont contribué à augmenter ma souffrance en me faisant revivre ce que j'avais vécu lors de mon viol collectif (la*

---

<sup>2</sup> Voir *Involuntary psychiatric hospitalization: a substack collection*, «For individuals whom some physicians would hospitalize but others would not, the team has found that hospitalization nearly doubles the probability of being charged with a violent crime or dying by suicide or overdose in the three months after evaluation.» [Involuntary Psychiatric Hospitalization: A Substack Collection](#)

*littérature définit ce concept comme étant de la victimisation secondaire par les pratiques psychiatriques).*

*D'abord, lorsque je suis arrivée à l'urgence pour demander de l'aide, ils m'ont fait rencontrer une psychiatre de garde dont l'entretien a duré 5 minutes seulement et qui m'a diagnostiqué une dépression majeure. Comment elle a pu évaluer la situation en 5 minutes et voir toute la problématique ? Par la suite, elle a fait l'admission à l'unité de soins psychiatriques avec des personnes qui sont atteintes de toutes sortes de problématiques. Une fois arrivée sur l'unité, on m'a expliqué les règlements et l'on m'a annoncé qui serait ma psychiatre attitrée, celle-ci, je la verrai seulement dans quatre jours. Quant aux infirmières, elles font leurs tournées à chaque 10 minutes pour voir si tu ne t'es pas pendue avec le rideau et elles te donnent ta médication. Aucune infirmière ne m'a parlé pour savoir comment ça allait, d'ailleurs, pourquoi elles le feraient, elles ont ton dossier et tout y est inscrit dans ce dossier. Dans la nuit, c'est encore pire, le personnel homme ou femme vient dans ta chambre aux 10 minutes, ils refusent que tu fermes ta porte, je leur ai expliqué que j'avais peur, ils me répondaient que c'est le règlement et si je ne respectais pas le règlement on me donnerait une médication pour me calmer. Jamais ils ne se sont intéressés à ce que je vivais et pourquoi j'avais peur. Pire, ils me faisaient revivre mon viol puisque, lors de mon viol j'ai été enfermée dans une chambre durant plusieurs jours et lorsqu'une personne venait dans ma chambre c'était pour me violer. Non seulement je n'ai pas eu de soin mais ils ont augmenté mes souffrances. Imaginez, je m'étais présentée à l'hôpital pour éviter un passage à l'acte. J'ai voulu demander de l'aide et comme toute réponse on m'a hospitalisée, donné de la médication, mais on a oublié l'essentiel : m'accueillir et m'écouter. La souffrance ne peut pas se régler qu'avec un comprimé avalé dans le cadre d'une hospitalisation...»*

Une citoyenne de Montréal, témoignage anonyme, site J'ai une histoire.com

Ainsi, plusieurs s'interrogent quant à la nécessité de mettre en place des mécanismes d'évaluation des effets de l'application des mesures d'exception sur les personnes. Compte tenu des effets délétères (nommés notamment dans le rapport 1 de l'IQRDJ en pages 99-101), il semble pertinent de renforcer ou de créer des mécanismes de collecte d'informations et de vigilance (que ce soit en soutenant financièrement les groupes de défense des droits qui en auraient la charge ou en confiant ce mandat à un institut de recherche indépendant). Des données doivent être récoltées de manière exhaustive et rendues disponibles, et des personnes premières concernées doivent participer à déterminer ces processus d'évaluation.

### 3.2.2. Une loi d'exception et de dernier recours?

Les consultations ont fait ressortir qu'il y a une contradiction entre l'idée que l'application d'une garde en établissement est prévue comme un dernier recours par la loi, mais que le processus n'implique aucune démonstration que d'autres options ont bien été tentées. Autrement dit, le fardeau de la preuve exigé concerne l'évaluation de la dangerosité en lien avec le diagnostic

posé, mais à aucun moment, on n'exige du personnel médical de faire la preuve que la demande est bien un ultime recours, envisagé après d'autres tentatives d'accompagnement (nous y reviendrons dans les recommandations sur les alternatives) ou parce que la situation est telle qu'aucun autre accompagnement ne répondrait adéquatement. Plusieurs intervenant-es soulignent par exemple qu'il existe assurément des manières moins traumatisantes et plus efficaces de soutenir une personne qui a des idées suicidaires ou qui est en état d'alerte et de terreur que de l'enfermer en psychiatrie.

*«Tout ce que je dis à propos des effets secondaires ou de ma révolte est interprété comme un signe de la schizophrénie qu'il faut médicamenter en augmentant encore les doses «jusqu'à ce que je change et que je voie clair» me dit-il. C'est un piège, car même si je joue le jeu, ce psychiatre ne baisse jamais les doses. Je me sens léthargique. Je me sens tomber.»*

«Alys Robi et moi» texte anonyme, *Journal Ailleurs et autrement* 2021, page 8

### 3.2.3. L'inaptitude des désobéissant-es et la question du consentement aux soins

Par rapport à l'autorisation judiciaire de soin, plusieurs personnes ont fait ressortir que le seul fait de refuser un traitement pouvait être interprété comme de l'inaptitude à bien comprendre les enjeux, et mener à une autorisation judiciaire de soin (comme l'a dit une personne lors d'un atelier: "Moi, je suis ostineux, je suis pas inapte!"), alors que le droit de choisir les soins de santé et traitements auxquels on s'expose demeure un droit. Comme le souligne judicieusement Linhares dans un article de 2019 : «En effet, la tendance est à juger « aptes à consentir » les personnes utilisatrices qui acceptent leur traitement, sans jamais le remettre en cause. En contrepartie, les personnes qui refusent leur traitement, le questionnent, le contestent, ou qui cherchent à faire valoir leurs droits, sont davantage susceptibles d'être jugées « inaptes » donc de subir une autorisation judiciaire de soins.<sup>3</sup>» Pour les membres du RRASMQ, ces constats sur les mécanismes d'évaluation impliquent d'entretenir une grande prudence quant à toute modification du cadre législatif qui viserait à simplifier la procédure, et en particulier la proposition de fusionner la P-38 et l'autorisation judiciaire de soin. À l'heure actuelle, il semble qu'à défaut d'autres mécanismes de protection contre certaines limites de la loi ou une utilisation abusive de ces recours, la séparation de ces deux procédures contribue à mieux protéger les droits des personnes.



*«On se réveille et on réalise qu'on est sous garde en établissement. La seule personne à n'être pas mise au courant des dispositions et du processus de la garde en établissement est la personne concernée. Notre ignorance quant aux conséquences viendra s'ajouter. Elle va, cette garde en établissement, engendrer un processus*

---

<sup>3</sup> Linhares, Gorette, «De l'influence des mythes. Hospitalisation et médication forcée en santé mentale», *Journal Ailleurs et autrement* 2019, p.

*d'autodestruction; peu d'informations seront échangées ce qui ne m'a laissé aucun choix que de traverser cette période en garde d'établissement et de vivre toutes les conséquences qui ont eu pour effet de briser mon plan de vie qui alors était familial. Je remarque en la garde en établissement que l'on ne tient pas compte réellement de chaque personne dans sa globalité. On nous soumet à un diagnostic général qui semble nous convenir et tout s'enclenche.*

*Nous ne pouvons faire marche arrière, nous avons crié au secours trop fort. Selon ce que je vivais, crier à l'aide m'a amenée à me faire tabasser de médicaments et vivre des souffrances psychologiques atroces (être séparée de mes enfants). J'ai été contentionnée physiquement et psychiquement, on m'a blessée par des interventions non prescrites, on m'a rendu inutile à la société par grand moment, j'ai perdu l'estime de soi, mon moi en a pris durement un coup, mes droits n'ont pas été respectés et j'en passe...Je ne méritais vraiment pas ça, j'avais seulement un chagrin qui ne pouvait être consolé à ce moment à l'âge de 27 ans. Aujourd'hui, j'ai traversé avec obstination et courage bien des défis et je n'ai en aucun moment cessé d'espérer retrouver celle que j'étais, je crois y être arrivée.*

*La garde en établissement peut contribuer dans un court moment à identifier les besoins de la personne complètement égarée et sans aucune autre alternative. Mais en général, je crois que l'on ne tient pas compte de l'essentiel, c'est-à-dire: aider la personne à reprendre ses sens puisque premièrement on la contentionne avec de fortes doses de médicaments. Puis on la retire de son monde en l'isolant. Nous nous sentons coupables d'un crime que nous ignorons. Nous ne comprenons plus ce qui s'est passé et débutera un calvaire dont seule la volonté de vivre peut nous aider à s'en sortir.*

*La garde en établissement fait silence sur notre vie et nous impose de devenir un cas, un cas bien diagnostiqué, un cas qui doit répondre aux interventions posées, un cas pris en charge et dirigé sans son consentement ni informé, un cas qui portera une empreinte toute sa vie...»*

*Une citoyenne de Montréal, témoignage anonyme, site J'ai une histoire*

#### 3.2.4. Accès à l'information et à la justice

De manière générale, les personnes visées par une procédure de mise sous garde en établissement manquent d'informations. L'information sur la procédure et les droits des personnes est souvent peu ou mal expliquée. La pochette d'information n'est pas toujours remise (pendant la pandémie en particulier, la documentation n'était pas accessible sous prétexte de contrôle de la contagion). Dans certains cas, il a été difficile d'obtenir que les dépliants disponibles incluent l'information sur les droits. D'autre part, lorsque la personne est hospitalisée, elle perd parfois la notion du temps écoulé: dans plusieurs cas, le délai de garde est terminé, mais la personne est tout de même gardée plusieurs journées additionnelles. Dans le contexte de grande vulnérabilité que crée la crise, il apparaît donc essentiel que les personnes aient accès à de l'information claire, vulgarisée et complète sur la procédure et sur leurs droits, que ces informations leur soient expliquées tout au long des étapes pour qu'elles

saisissent ce qui se passe, et qu'elles puissent être accompagnées et soutenues, notamment pour être en mesure de connaître et défendre leurs droits.

Plusieurs personnes nomment également le défi de défendre leurs droits dans un contexte de surmédication administrée contre leur gré ou sans information sur le traitement.

*« Je n'ai jamais rien dit d'autre que de répondre aux questions. Je n'ai jamais demandé de sortir. J'avais peur des conséquences, que ce soit pire encore, qu'on me donne d'autres injections.<sup>4</sup> »*

*« J'ai été hospitalisée dernièrement, et tu n'es pas considérée. J'étais consciente de ce qui se passait, on me répondait où on ignorait la question que j'ai posée, ou on me répondait des niaiseries.<sup>5</sup> »*



### 3.2.5. Accès variable au soutien des collectifs de défense des droits en santé mentale

Plusieurs organismes de défense de droit constatent également que le personnel médical est parfois réticent à laisser les personnes faire un appel et que les témoignages sont nombreux de personnes qui n'ont pas pu appeler un organisme avant plusieurs jours d'hospitalisation. L'existence de ces organismes n'est d'ailleurs pas toujours connue de la population, ce qui fait que plusieurs personnes ne les contactent qu'après le jugement, alors qu'elles auraient eu besoin d'informations et de soutien dès le début de la garde préventive. Pourtant, sauf dans des cas exceptionnels, les personnes devraient avoir le droit de passer un appel, d'autant plus pour obtenir des conseils légaux auprès d'un avocat ou de groupes de défense de droits.

Il y aurait plusieurs autres constats à faire ressortir sur ce sujet, mais, dans la mesure où plusieurs autres sources, notamment la consultation menée par l'AGIDD et le rapport de recherche réalisé par Action Autonomie, font une analyse beaucoup plus détaillée de ces questions, nous nous limitons ici aux constats qui sont liés à des recommandations dans la section suivante.

---

<sup>4</sup> Action Autonomie, témoignages de personnes sous garde, Étude de l'application de la loi P-38. Cité dans [P3-mosaïque\\_tort6.pdf](#)

<sup>5</sup> Idem.

#### 4- Des recommandations pour s'assurer d'une application de la P-38 respectueuse des droits et de la primauté de la personne

*« C'est tellement important de lutter contre la force et la coercition qui transforment les traitements en traumatismes. Cependant, il est aussi essentiel de se rappeler que beaucoup d'entre nous ne veulent pas faire appel à de tels services, car les options sont trop limitées ou inefficaces. Je pense également qu'il est très utile de demander aux gens ce dont ils ont besoin. »*

Caroline Mazel-Carlton<sup>6</sup>

Plusieurs recherches s'intéressant à l'application concrète de la P-38 indiquent que cette loi d'exception est invoquée pour des motifs qui ne mettent pas toujours en évidence la dangerosité réelle de l'état mental d'une personne. C'est pourtant le seul motif pour lequel on peut forcer une garde. Du point de vue des membres du RRASMQ - mais ça nous semble également présent parmi des constats qui ressortent de la consultation réalisée par l'AGIDD et des éléments soulevés dans le rapport de l'IQRDJ - il est clair que la P-38, dans l'application qui en est faite actuellement:

- génère beaucoup de souffrance pour les personnes premières concernées, mais également un malaise, voire de la détresse chez une partie des intervenant-es qui sont impliqués;
- a des effets négatifs souvent durables sur les personnes premières concernées qui devraient nous questionner sur l'efficacité de ce moyen dans le traitement de la crise;
- est utilisée trop souvent, et sans obligation de recherche d'alternatives, pour être considérée comme un réel "dernier recours" en cas de danger grave;
- est utilisée d'une façon qui ne respecte souvent pas le cadre légal prévu (évaluation, déficit d'informations, délais non respectés, peu d'attention portée au bien-être et à la dignité de la personne, etc.) par les personnes chargées d'intervenir;
- s'appuie sur des rapports de pouvoir complètement disproportionnés entre les établissements qui font la demande et la personne première concernée qui la subit.



En ce sens, le RRASMQ propose cinq recommandations principales, détaillées ci-bas.

<sup>6</sup> Citée dans [La communauté et la législation en faveur d'une meilleure santé mentale | OHCHR](#)

## **4.1. RECOMMANDATION 1: Un statu quo juridique, des améliorations dans l'application concrète**

En raison de ces constats, le RRASMQ s'oppose à toutes les initiatives actuelles qui visent à réformer le droit civil en santé mentale, à simplifier la loi au bénéfice du personnel traitant et des établissements, et/ou à faciliter le recours à la P-38, qu'on pense à la proposition de certains psychiatres de fusionner la procédure d'hospitalisation contrainte et l'autorisation judiciaire de soins, ou des propositions plus pointues comme celle du CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal de retirer l'obligation de délai de notification chiffré pour la demande de garde provisoire (IQRDJ, p.98). On constate également, sur le terrain, une tendance croissante à imposer des autorisations judiciaires de soins à des personnes n'ayant pas «bien collaboré» au traitement durant leur garde. Il est essentiel de revenir à l'esprit de la loi en tant que mécanisme d'exception qui ne devrait être utilisé qu'en dernier recours, et de mieux protéger les personnes contre une hospitalisation abusive.

### *4.1.1. Conserver la distinction entre la garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins*

On a constaté plus haut que les critères d'évaluation de la dangerosité (dangerosité ou dérangérisité/différence), comme les critères de l'évaluation de l'inaptitude (l'opposition, le refus, la désobéissance peuvent être interprétés comme de l'inaptitude) demeurent un peu flous et soumis à une subjectivité certaine. De plus, ces deux mécanismes ne poursuivent pas les mêmes objectifs (gestion du risque posé par une personne vs traitement de la personne) et contraignent la personne sur des aspects importants de son intégrité. Or, comme l'ont démontré les groupes en défense de droits (le rapport 1 de l'IQRDJ le résume bien aux p.67-69 notamment), il y a déjà une certaine confusion dans la pratique entre les deux, qui entraîne des abus importants pour les personnes premières concernées. On devrait donc user de beaucoup de prudence avant d'envisager quelque simplification que ce soit.

### *4.1.2. Imposer, aux professionnels faisant la demande d'une garde en établissement, la démonstration qu'il s'agit d'un dernier recours*

La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est prévue comme un mécanisme d'exception, un dernier recours lorsque les autres moyens de "gestion" de la crise ont échoué à enrayer le danger que représente la personne pour elle-même ou pour les autres. À l'heure actuelle pourtant, il n'y a aucune obligation de démontrer que des tentatives d'intervention ou de soutien alternatives à une hospitalisation forcée ont été tentées ou offertes. Il existe une variété d'approches alternatives dans le traitement de la crise, que nous développerons davantage un peu plus bas; les psychiatres qui procèdent à l'évaluation devraient avoir à justifier, dans la demande de garde en établissement soumise au juge, pour quelle raison aucun autre moyen qu'une hospitalisation forcée ne peut répondre adéquatement à la situation pour laquelle une garde en établissement est demandée (critère additionnel), ce qui viendrait contribuer à préciser l'évaluation de la dangerosité.

#### 4.1.3. Intégrer des mécanismes d'évaluation en continu de l'application et des effets de la loi

Dans le même sens, bien que nous reconnaissons que les gardes en établissement peuvent avoir eu un effet bénéfique pour certaines personnes qui en ressortent reconnaissantes, il y a néanmoins un bris de confiance important par rapport aux personnes et instances chargées d'intervenir auprès de personnes qui sont dans un moment d'extrême vulnérabilité et d'appliquer la loi. Or, comme le soulignent les organismes en défense de droits depuis des années, l'accès aux données concernant son application est un véritable parcours du combattant et rend laborieuse toute tentative de dégager un portrait global de son application. Cette compilation statistique est d'ailleurs actuellement uniquement assurée par des groupes en défense de droits alors que ce rôle dépasse leur mandat<sup>7</sup>. Aussi, la procédure qui encadre l'application de la P-38 devrait donc inclure une obligation pour chaque établissement de colliger les données annuelles de recours à la garde en établissement, ainsi qu'une instance chargée d'assurer une veille et une analyse continues de l'utilisation et des effets de cette loi d'exception. En plus des données formelles des établissements et du système judiciaire, des mécanismes de suivi des effets sur les personnes premières concernées, qui évaluent et tiennent compte de leur perspective personnelle sur leur parcours, devraient être mis en place au niveau régional et national. Il nous semble important que des représentant-es de la parole collective en santé mentale participent à l'élaboration et la mise en place de ce mécanisme.

## 4.2. RECOMMANDATION 2: Lutter contre la stigmatisation grâce à des stratégies portées par les personnes premières concernées

Il semble évident qu'on ne peut s'assurer du déploiement exceptionnel d'une loi comme la P-38 sans mener dans la société plus largement une campagne ambitieuse de lutte à la stigmatisation et aux préjugés entourant la santé mentale mais également auprès des personnes qui sont appelées à accompagner directement les personnes vivant des difficultés en santé mentale. Une initiative inspirante, en la matière, est portée par le Collectif *La santé sans préjugés* qui porte, depuis 2020, la revendication d'assurer une lutte à la stigmatisation menée par les personnes premières concernées au sein-même du réseau de la Santé. Les militant-es de ce collectif proposent des rencontres de sensibilisation aux professionnel·les du réseau.

Des initiatives mettant de l'avant des stratégies de contact ou des récits de vie permettant d'humaniser les personnes (derrière la personne en crise il y a une PERSONNE) semblent également porter fruit, notamment auprès du corps policier. Nommons l'initiative de la ressource La Cordée de Sherbrooke qui a présenté une pièce de théâtre à l'Hôtel-Dieu ou reçu des policiers en stage au sein de leur ressource. Les intervenant-es appelés à intervenir auprès des personnes en crise doivent également être bien informé-es à propos des droits en santé mentale, de même à propos des ressources communautaires présentes dans la communauté.

---

<sup>7</sup> <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>

D'autres initiatives devraient également être déployées afin de sensibiliser les journalistes aux impacts du traitement médiatique de la santé mentale. À cet égard, l'Institut national de la santé publique du Québec propose des balises pour aborder la question de la santé mentale afin d'éviter d'accroître le déséquilibre de pouvoir que subissent les personnes vivant avec de grands défis de santé mentale<sup>8</sup>.

Finalement, la *dérangerosité* ne doit pas être prise pour de la dangerosité : un comportement inattendu, atypique ou anormal n'est pas nécessairement synonyme de danger pour soi-même ou pour autrui. De même, le diagnostic reçu par le passé ou l'historique de prescription ne devraient pas non plus justifier une méfiance envers la personne. Un resserrement clair des arguments admissibles dans le cadre d'une demande de P-38 réalisée par un professionnel de la santé est essentiel pour réduire le poids du diagnostic, de l'historique d'hospitalisation, du refus d'un traitement ou de la situation socio-économique de la personne sur son risque d'être hospitalisée de force.



### **4.3. RECOMMANDATION 3: Favoriser l'accompagnement dans la communauté et garantir l'accès à des alternatives avant, pendant et après la crise**

La P-38 est une loi d'exception dans la mesure où elle suspend des droits fondamentaux: en ce sens, le cadre de référence de 2018 développe implicitement l'idée de déployer des centres de crises accessibles partout au Québec, en insistant sur le caractère exceptionnel de la garde. Dans les faits cependant, des centres de crises et autres ressources alternatives aptes à accueillir et accompagner la crise ne sont pas forcément disponibles dans l'ensemble des régions, et il y a un équilibre à rétablir entre les services offerts par le réseau et l'apport du milieu communautaire (les interventions de proximité, les interventions de milieu, les groupes en promotion-vigilance, les groupes d'entraide, etc). Le cadre de référence de 2018 mentionnait d'ailleurs déjà les manquements et les enjeux posés par la loi, mais avec peu d'effet. Du point de vue du RRASMQ, il est donc urgent d'agir sur la vision de la santé mentale et l'idée - bien

---

<sup>8</sup> INSPQ, *La santé mentale dans les médias et l'espace public: comment l'aborder?*, dans [La santé mentale dans les médias et l'espace public : comment l'aborder? | Institut national de santé publique du Québec](#) voir aussi le guide [En-tête, reportage et santé mentale](#), par le Forum canadien des journalistes sur la violence et le traumatisme, 3e édition, 2020.

observable dans la pratique – qu’il est justifié d’y appliquer une certaine violence: il existe pourtant des tonnes d’alternatives, mettons-les de l’avant!

#### 4.3.1. En amont de la crise, favoriser l’accompagnement dans la communauté et l’entraide

- **D’abord, réaliser le droit à la santé** : il nous semblerait incohérent de parler d’intervenir en amont de la crise sans nommer l’importance de s’assurer que les personnes aient des conditions de vie dignes et permettant de maintenir une bonne santé mentale (nous y revenons à la revendication 5).
- **Valoriser les groupes d’entraide**: les études et l’expérience de nos groupes le démontrent: les groupes d’entraide, c’est protecteur, c’est une forme de prévention qui touche aux facteurs de protection (lien avec les autres, appartenance, etc.) et qui permet d’éviter le recours à l’hospitalisation quand l’état de santé mentale d’une personne se dégrade. Il nous semble incontournable de rehausser le soutien à la mission pour consolider l’action de ces espaces essentiels.
- **Accès aux services publics en santé mentale**: Plusieurs personnes nous ont dit qu’il est difficile de recevoir du soutien quand on en cherche, mais qu’il y a également une crainte de se faire imposer des services lorsqu’on n’en souhaite pas. D’où l’importance de prévoir une réponse rapide aux demandes d’aide volontaires (on peut donner l’exemple du Tournant, de Valleyfield, qui assure une prise en charge des demandes dans les 24-48h), tout en s’assurant que les personnes aient accès à différentes alternatives. L’approche de soins par étape gagnerait à être bonifiée par un réinvestissement majeur dans les services sociaux généraux et les services spécialisés en santé mentale, de manière à assurer que des services d’écoute et d’accompagnement soient rapidement accessibles, de même que des thérapeutes formés en **approches sensibles aux traumatismes**, de manière à éviter la revictimisation ou le déclenchement de la crise.
- **Travailler en alliance et en partenariat**: Plusieurs ressources membres ont souligné l’importance de ne pas travailler en silo, d’entretenir des partenariats avec d’autres ressources de leurs communautés, notamment avec des groupes d’intervention en dépendance, afin d’accompagner la personne, selon le principe de la primauté de la personne qui se trouve au coeur des préoccupations et de l’accompagnement, tout en prenant garde de bien respecter la confidentialité. Des intervenantes indiquent que cette collaboration, et le fait de sentir qu’il y a une équipe bienveillante autour de soi, a un effet rassurant pour les personnes concernées.
- **Déployer un filet dans la durée**: l’accompagnement doit demeurer accessible au besoin, pour suivre le rythme de la personne. Des organismes, dont des centres de crise, proposent des relances téléphoniques à d’anciens résident-es ou personnes suivies dans leurs services et permettent de maintenir un filet de sécurité dans la durée, pour faire face aux situations rapidement lorsqu’elles dégringolent.

#### 4.3.2. Face à la crise, privilégier la désescalade et les pratiques alternatives

- **Des intervenant-es qui ont le temps :** ce point est CENTRAL. Pour accompagner une personne en crise, dont le système nerveux est en état d'alerte, qui rejoue peut-être des traumas, qui a peur : il faut prendre le temps. Comprendre d'où la personne arrive, quelle est son histoire, son besoin, son réseau. Dans toutes les régions du Québec, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il doit y avoir des intervenant-e, ainsi que des membres d'organismes communautaires, formées à l'approche alternative et à la désescalade de la crise. Un accueil humain, qui s'adapte à la personne et à son rythme, peut faire la différence entre une crise qui se résorbe dans la communauté, ou une situation qui se termine à l'hôpital. On pense notamment à des pratiques bénéfiques comme le travail de milieu, le travail de rue, l'entraide entre pairs, la pair-aidance.



- **Des centres d'apaisement et des centres de crise qui accueillent la crise plus aiguë:** Plusieurs personnes nous ont rapporté que les entrevues d'accueil dans les centres de crise peuvent les envoyer dans d'autres services, puisqu'elles sont trop (ou pas assez) en crise pour ces espaces. Parfois, elles ne sont pas accompagnées parce qu'elles ont des animaux dont elles ne veulent pas se séparer, ou parce qu'elles vivent également avec des enjeux de consommation. Mais quels espaces, dans la communauté, peuvent accueillir ces personnes? Des groupes, dont le Collectif des Laurentides en santé mentale, militent depuis des années pour la mise en place d'un centre d'apaisement. D'autres souhaitent que l'accueil de la psychose puisse se vivre ailleurs et autrement, dans la communauté, où il y aurait une prise en charge différente, dans des services non-médicalisés, par exemple comme dans les modèles Open Dialogue en Finlande. Finalement, il est important de mettre en place des lieux d'accueil à bas seuil, pour que les plus désaffiliés, les plus *poqués*, aient accès à de l'accueil et de l'accompagnement. Cette expertise existe déjà dans le milieu communautaire, il faut la reconnaître, la soutenir et la mettre en valeur.
- **Des séjours volontaires, à durée variable:** s'assurer de prendre le temps que la personne comprenne ce qui se passe, et privilégier les séjours volontaires, avec une flexibilité dans la durée. Dans certains centres de crise, bien que les intervenant-es essaient d'éviter au maximum le recours à une hospitalisation, il arrive qu'elle soit conseillée à certain-es résident-es, et l'équipe s'assure que la personne comprenne bien en quoi cette option est celle qui lui convient, et adhère à la solution. Une

hospitalisation vécue de façon volontaire et consentie ne laisse pas les mêmes traces qu'une garde forcée. Valider, en tout temps, la compréhension et le consentement de la personne, de manière à ce qu'elle puisse participer et choisir, sans menace ni contrainte, redonne de la dignité et un sentiment d'emprise sur son existence.

- **Des personnes qui ont le temps d'écouter et d'expliquer** : plusieurs personnes qui ont vécu une garde en établissement ont nommé qu'elles avaient besoin d'être écoutées, et qu'elles se sont plutôt retrouvées isolées. Quelques-unes ont également nommé que le soutien leur était venu des personnes hospitalisées, et non du personnel. Finalement, plusieurs personnes ont nommé que personne n'a pu leur expliquer qu'ils étaient en garde, quelle en était la durée ou quels étaient leurs droits. Il faut que la personne faisant l'objet d'une mesure d'exception ait accès à une information claire, détaillée et vulgarisée. Rappelons qu'une personne en crise peut avoir besoin de temps, de douceur et d'espace, pour bien comprendre ce qui se joue pour elle.
  
- **Éviter l'escalade en privilégiant l'intervention psychosociale**: plusieurs types d'initiatives existent:
  - **L'escouade 24-7 du Bas St-Laurent**, structurée sur le modèle des pompiers volontaires, fait appel à une communauté d'intervenant-es sociaux formé-es à l'approche alternative en santé mentale. L'escouade se déploie sur l'ensemble du territoire du Bas St-Laurent et a réussi à faire en sorte que la plupart des crises se résolvent dans la communauté. Cette initiative nous semble la plus porteuse.
  
  - **Intervention des travailleurs de rue**: les interventions portées par des travailleurs sociaux ou de rue semblent être mieux perçues par les personnes qui en font l'objet. Le temps disponible pour l'intervention est plus favorable à une désescalade. De plus, pour plusieurs personnes, la vue d'un uniforme, les sirènes, ou le port d'arme par des policiers peut accroître le sentiment d'urgence ou de menace. Des ressources communautaires privilégient d'ailleurs les taxis aux ambulances lors de transport à l'hôpital.
  
  - **Les escouades mixtes**: Le modèle des escouades mixtes a été également salué par certaines ressources membres, modèle jugé préférable à une simple présence policière. Des ressources dans la région de Brome-Missisquoi ont indiqué que la mise en place d'une brigade composée d'un policier et d'une travailleuse sociale a fait en sorte de mieux former ces personnes, et de faire en sorte que les personnes premières concernées développent des liens de confiance avec ces acteurs. La stabilité des équipes favorise également le développement de liens plus fréquents avec les personnes premières concernées, notamment quand celles-ci vont bien. En entretenant des liens positifs avec les organismes communautaires et les personnes qui les fréquentent, ces policier-es sont à même de développer un regard moins stigmatisant sur les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale.

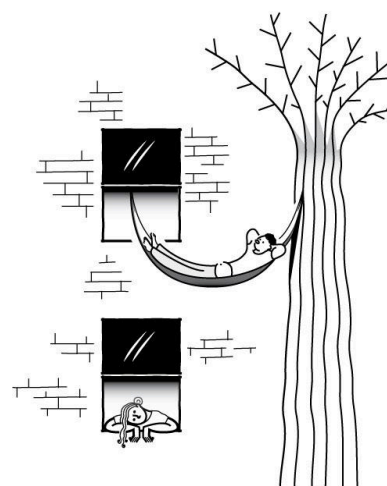
- **Offrir de la formation aux équipes et membres des ressources communautaires à l'accompagnement de la crise:** pour des personnes désaffiliées, les organismes communautaires et les membres qui les fréquentent font office de réseau social. Ces personnes peuvent être bien placées pour reconnaître l'apparition des conditions défavorables pouvant provoquer la crise ou pour accueillir la personne lorsqu'elle est au plus mal.
- **Déploiement de l'approche Dialogue ouvert (Open Dialogue) :** l'Alliance de recherche et d'action sur les alternatives inclusives en santé mentale contribue, depuis 2023, au déploiement, dans le réseau communautaire, de l'approche *Dialogue ouvert*. Cette approche, développée en Finlande dans les années 1980, semble offrir des résultats très encourageants en matière d'accompagnement de ce qu'on appelle la psychose. La plupart des personnes suivies retourneraient à une vie active, il y aurait une diminution importante de la fréquence et de l'intensité de la crise, ainsi qu'une réduction des symptômes psychotiques. C'est une approche dont l'un des principes de base est de répondre à la demande (de la personne ou des proches) dans les 24h et de briser les silos, en engageant une équipe interdisciplinaire autour de la personne. Cette approche, fondée dans les travaux de Bateson et de l'école de Palo Alto, implique une forte tolérance à l'incertitude (pas de plan clair, pas d'«expert unique de la situation», mais une co-construction d'un espace sécuritaire pour faire entendre la polyphonie intérieure de chacun). Une première cohorte est actuellement en formation au Québec, et un organisme de parents et proches témoigne que, grâce à cette approche, on diminuait le recours à la garde en établissement.
- **Valoriser l'accompagnement volontaire des personnes :** Une intervenante d'une ressource alternative du Lac-Mégantic raconte: «J'ai déjà eu à accompagner quelqu'un qui souhaitait être admis en psychiatrie en lien avec une grosse dépression, l'entente de voix, idées noires; la personne avait peur d'elle même et la personne a bien été accueillie, avec empathie, sauf que j'ai dû insister pour qu'elle soit admise. J'avais l'impression que, comme la personne n'était pas en crise visible, pas agitée, elle n'était pas vraiment prise au sérieux»<sup>9</sup>. Le centre de crise L'Autre maison propose également des accompagnements aux personnes et sent que cet accompagnement favorise un meilleur accueil au moment du triage ou de l'évaluation. La plupart des personnes ont eu des mauvaises expériences avec l'hôpital, c'est donc un dernier recours sur lequel le centre de crise n'insiste pas. Enfin, le centre de crise La Bouffée d'air expliquait que le fait de faire le pont entre l'infirmière au triage et le médecin permet de faire en sorte que la personne ne soit pas oubliée et soit accueillie diligemment.



<sup>9</sup> Témoignage recueilli lors de la rencontre thématique du RRASMQ du 6 novembre 2024.

#### 4.3.3. Prendre soin du "autour" et du "après" la crise

- **L'hospitalisation ne devrait pas nuire à la personne:** ce qui se passe "à l'extérieur" de l'hôpital, pendant que la personne est hospitalisée et suite à sa sortie sont des aspects un peu moins couverts lorsqu'on aborde les effets de la P-38, mais pour lesquels il faut pourtant prévoir du soutien pour réduire les effets négatifs de l'hospitalisation et assurer un suivi par la suite.
- **Offrir un suivi à moyen terme après un séjour en centre de crise ou une hospitalisation:** Les centres de crise offrent différents services pour assurer une continuité et maintenir un suivi à moyen terme avec la personne lorsqu'elle quitte leurs services. Plusieurs centres font également une relance téléphonique auprès des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont utilisé leurs services pour s'assurer de garder un filet de sécurité actif auprès de ces personnes. Pour limiter le phénomène des "portes tournantes", le soin (compris comme un accompagnement thérapeutique et non pas seulement comme un suivi sur la prise de médication) et l'accompagnement prévu pour l'après-crise est essentiel.
- **Soutien à l'après-garde, pour n'échapper personne :** Il peut être angoissant de revenir dans son milieu de vie après une garde. En guise d'exemple de ce que permet l'autonomie des groupes lorsque vient le temps de développer des innovations répondant aux besoins de la communauté, citons ce groupe d'entraide qui a développé un projet pour s'assurer que la sortie de garde se passe au mieux pour les personnes. Il y a quelques années, les membres de la Barre du Jour ont vécu la perte d'un des leurs, s'étant enlevé la vie le jour de son retour à la maison, suite à une hospitalisation pour un passage à l'acte. Les membres du groupe d'entraide se sont réunis pour voir comment ils pourraient faire en sorte d'adoucir ce moment de transition charnière et éviter de perdre des leurs. Ils ont alors conçu l'idée de développer l'Escouade SOS, pour intervenir, avec le consentement de la personne hospitalisée, dans son environnement de vie. Durant une hospitalisation, les membres du groupe d'entraide iront s'assurer de la sécurité et des soins d'un animal domestique, faire un peu de ménage, refaire le lit à propre et, le jour de la sortie, déposer des plats cuisinés par le groupe, et cuire des biscuits sur place pour que ça sente bon. Les demandes spécifiques sont faites par la personne auprès de l'équipe qui s'assure de la liaison et sont répondues en respectant la confidentialité des personnes.



## 4.4. RECOMMANDATION 4: Faire respecter le cadre de référence prévu par la loi

### 4.4.1 Garantir la protection des personnes et leur accès à l'information

En 2018, le RRASMQ mettait de l'avant une plateforme de revendications en prévision de la campagne électorale, dont nous reprenons plusieurs éléments ici qui nous semblent toujours d'actualité: «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) est une loi d'exception qui prive des personnes de leur droit fondamental à la liberté alors qu'elles n'ont commis aucun délit. [C'est donc une nécessité qu'à l'avenir] la loi P-38 soit appliquée plus rigoureusement, notamment quant aux aspects suivants:

- Le respect des périodes de temps prévus par la loi durant lesquelles un établissement de santé est autorisé à garder une personne sans son consentement et sans autorisation du tribunal.
- L'obtention d'un consentement libre et éclairé avant de procéder à des examens psychiatriques dont les résultats serviront, non pas à soigner la personne, mais éventuellement à servir de preuve devant le tribunal pour la priver de sa liberté
- La transmission d'informations claires aux personnes quant au processus qui pourrait mener à leur garde en établissement et la référence systématique vers des ressources (avocats, groupes de défense de droit, groupes de promotion vigilance) exclusivement dédiées à la défense de leur volonté.<sup>10</sup>»

Sur ce dernier point, soulignons certains exemples de collaboration avec le milieu qui semblent mieux favoriser l'accès à de l'information et du soutien pour les personnes premières concernées:

- *Droit et recours* (groupe de défense des droits en Outaouais) distribue directement dans les établissements des dépliants et fascicules d'information, et a constaté que le CISSS les contactait maintenant lorsqu'il n'y en a plus, ce qui semble démontrer que ces sources d'informations sont bien distribuées et considérées importantes.
- L'existence d'un local communautaire dans l'aile psychiatrique dans les Laurentides avec un·e intervenant·e présent·e en permanence pour répondre aux questions des personnes et leur offrir de l'accompagnement, ou encore les locaux accueillant l'organisme *Pleins droits de Lanaudière* dans les unités psychiatriques des hôpitaux de Repentigny et Joliette.
- Le déploiement d'une personne-ressource indépendante de l'hôpital pour informer et accompagner la personne, tel que défendu par *Action Autonomie* en 2016, pourrait être une voie intéressante également.

### 4.4.2. Protéger le droit à la justice des personnes

Dans le même sens, "le code de procédure civile du Québec (article 17) prévoit que les tribunaux doivent respecter le principe de la contradiction, c'est-à-dire entendre les deux parties d'un litige avant de rendre jugement. Or, un grand nombre de personnes ne sont pas présentes ou

---

<sup>10</sup> RRASMQ, Plateforme de revendication électorale de 2018, 2018.

représentées par un avocat lors d'audiences où sont entendues des requêtes visant à les priver de leur liberté pour des raisons en lien avec leur santé mentale, notamment pour des ordonnances de traitement, des ordonnances d'hébergement ou des gardes en établissement. [...]

[Il est donc essentiel] que :

- Toute personne qui fait l'objet d'une telle requête puisse recevoir l'information et l'assistance nécessaire à sa défense pleine et entière.
- L'article 17 du Code de procédure civile soit rigoureusement appliqué lors des audiences portant sur des mesures légales en santé mentale de façon à ce qu'aucun jugement ne soit rendu si le principe de contradiction n'est pas respecté."

#### 4.4.3 Valoriser et soutenir les groupes d'entraide sur la médication

Ce dernier élément concerne davantage les autorisations judiciaires de soins, mais nous tenons tout de même à l'inclure ici puisque c'est un constat que le recours à la P-38 implique souvent une contrainte visant le traitement également (que ce soit mentionné dans le jugement, ou imposé avec des menaces ou des privilèges par le personnel soignant par exemple). Les consultations menées par ReprésentACTION auprès des personnes premières concernées ont fait état de situations lors desquelles des personnes peuvent se retrouver avec une nouvelle médication qui déstabilise leur humeur, ou encore, qu'un sevrage mal informé ou accompagné précipite une situation d'intensité. La médication est généralement vue comme la solution à la crise, mais elle est parfois cause ou adjuvant. En cela, il est important d'écouter ce que disent les personnes à son propos!

Quelques personnes ont souligné le soutien important que les groupes d'entraide, notamment ceux qui proposent des ateliers de Gestion autonome de la médication (GAM)<sup>11</sup>, peuvent offrir pour que les personnes soient en mesure de mieux évaluer et communiquer les effets de la médication sur elles, de se soutenir entre elles, et de négocier de manière informée avec leur psychiatre par la suite. Cette démarche redonne du pouvoir aux personnes alors que le constat était qu'une fois l'AJS en place, le vécu et les réactions de la personne ne sont plus forcément prises en compte par rapport au traitement et il n'y a pas d'espace pour de la négociation. **Nous recommandons qu'un soutien gouvernemental spécifique soit apporté aux groupes communautaires alternatifs qui déploient des groupes ou de l'accompagnement GAM, afin de s'assurer que cette pratique soit accessible partout au Québec.**



---

<sup>11</sup> À propos de la pratique de la Gestion autonome de la médication, découvrir les outils ici : [La Gestion autonome de la médication – RRASMQ](http://www.rrasmq.com/GAM) (www.rrasmq.com/GAM)

#### 4.5. RECOMMANDATION 5: Agir sur les conditions de vie des personnes: éviter une réponse médicale et individuelle à des problèmes sociaux et collectifs



Un dernier élément ne peut être passé sous silence, même s'il sort un peu du cadre de cette consultation: l'importance de l'action sur les conditions de vie des personnes. Au vu notamment des statistiques selon lesquelles une personne a beaucoup plus de chance de faire l'objet d'une P-38 si elle est en situation de pauvreté ou d'itinérance, il y a un risque important que des mécanismes comme celui-ci participent à une médicalisation de problèmes sociaux qui découlent des inégalités sociales et de l'accès défaillant à un logement décent, de la nourriture, des soins de santé adaptés, des recours adéquats et fonctionnels pour des situations de harcèlement, violence conjugale, précarité économique, infestation de son logement, etc.

Plusieurs instances font d'ailleurs ces mêmes constats et recommandations. On peut penser aux récents rapports du rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible, notamment le rapport du 12 avril 2019<sup>12</sup>.

Dans le même sens, l'Organisation mondiale de la santé rappelle qu'un simple focus sur les diagnostics et la réduction des symptômes ne peut améliorer les choses si on néglige les déterminants sociaux qui affectent la santé mentale des gens:

«Mental health and well-being are strongly associated with social, economic, and physical environments, as well as poverty, violence, and discrimination. However, most mental health systems focus on diagnosis, medication, and symptom reduction, neglecting the social determinants that affect people's mental health.<sup>13</sup>»

Ces instances viennent confirmer ce qu'on entend bien sur le terrain. Les consultations menées par ReprésentACTION en santé mentale faisaient par exemple état de gardes en établissement appliquées dans un contexte de difficultés face au logement (punaises de lit, situation d'itinérance, éviction, harcèlement, etc.). En ce sens, le RRASMQ tient donc à rappeler que prévenir la crise passe par une action sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

<sup>12</sup> À ce propos, voir le mémoire déposé par le RRASMQ lors du passage du rapporteur spécial à Montréal en novembre 2018.

<sup>13</sup> Organisation mondiale de la santé, *Mental health, human rights and legislation*, 2023, p.xvii.

## 5- Conclusion

En conclusion, nous tenons d'abord à saluer la revue de littérature réalisée par l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), qui a su faire ressortir de nombreux constats mis de l'avant par les groupes de défense de droit et les ressources alternatives en santé mentale depuis plusieurs années, notamment quant à la distance qui sépare la procédure prévue de la pratique, et les atteintes aux droits et à la dignité des personnes. Dans le cadre de la préparation de ce mémoire, nous avons également eu accès à une synthèse des résultats de la consultation large menée par ReprésentACTION auprès d'environ 300 personnes, qui a fait ressortir les impacts du manque d'écoute et des différentes formes de violence vécues par les personnes qui ont fait l'expérience d'une garde en établissement.

Or, il y a quelque chose de frustrant, lorsqu'on écoute et lit la somme de ces témoignages, dans le fait de constater que les propositions qui émanent du réseau de la santé tiennent généralement peu compte des effets délétères des hospitalisations forcées sur les personnes, et mettent plutôt de l'avant la nécessité de combiner et simplifier les procédures, réduire les démarches administratives et judiciaires, réduire les critères d'évaluation de la dangerosité pour appliquer la procédure auprès de davantage de personnes...! C'est à se demander si ces professionnel·les prennent parfois le temps de s'arrêter pour prendre du recul sur les impacts de ces interventions?

En ce sens, nous avons parsemé ce mémoire de témoignages de personnes qui ont subi une garde en établissement parce que si on ne devait retenir qu'une chose de notre contribution, c'est qu'il est temps qu'on écoute les personnes premières concernées et que toute réforme à venir devrait tenir compte d'elles pour ne pas répéter les abus déjà maintes fois dénoncés. Les mesures d'exception en santé mentale doivent demeurer des mesures de dernier recours. Elles ne doivent pas devenir une façon de gérer la crise du logement ou le manque de soutien psychosocial disponible pour des personnes désaffiliées, en grande souffrance, âgées et sans ressources, etc. Elle ne doit pas être une voie de contournement des droits d'une personne qui crée un malaise et dérange le bon roulement de la machine. Au fond, chaque fois qu'on fait recours à une hospitalisation forcée, on peut considérer qu'il s'agit d'un échec du système à fournir aux personnes les conditions de vie et/ou le soutien nécessaire en amont de l'atteinte d'une telle détresse. Or, l'État y répond avec une violence qui semble excessive et franchement inadéquate: on menotte, on menace, on enferme, on attache, on injecte de force, on isole, on contraint, on contourne le consentement, contribuant ainsi à un cycle qui semble générer finalement plus de souffrance et de violence, alimentant et accélérant parfois, souvent, la crise qu'on prétendait traiter.

En ce sens, il nous semble qu'il faut un changement de paradigme. À ceux, qui réclament un allègement et une simplification de la procédure, qui soulèvent que le temps et les ressources

sont actuellement insuffisants pour respecter les balises prévues, et qu'à défaut d'une réforme dans leur sens, on court le risque "d'échapper" des personnes; nous répondons que la solution n'est pas d'augmenter le nombre de gardes en établissement! La réponse est dans les multiples alternatives qui préviennent la crise en offrant du soutien, de l'entraide et de l'accompagnement lorsque la personne le demande; qui accompagnent la crise lorsqu'elle se présente dans le respect de la personne; et qui soutiennent les personnes après la crise. Nous avons tenté d'offrir ici quelques modèles; il en reste encore beaucoup à développer à partir de la parole et de l'expérience des personnes premières concernées. Donnons-nous la peine de mieux soutenir et mettre de l'avant ces initiatives pour qu'elles deviennent un réel filet d'humanité et de sécurité à travers le Québec!

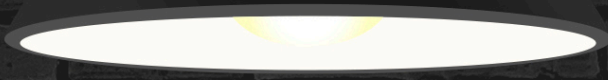
## 6- Sources et références

### Rapports, articles et mémoires

- Action Autonomie, *J'méritais pas ça, Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal*, octobre 2024.
- AFTAB, Awais, [Psychiatry in the margins, Awais Aftab](#).
- Forum canadien des journalistes sur la violence et le traumatisme, guide [En-tête, reportage et santé mentale](#), 3e édition, 2020
- Linhares, Gorette, «De l'influence des mythes. Hospitalisation et médication forcée en santé mentale», *Journal Ailleurs et autrement* 2019.
- INSPQ, *La santé mentale dans les médias et l'espace public: comment l'aborder?*, dans [La santé mentale dans les médias et l'espace public : comment l'aborder? | Institut national de santé publique du Québec](#)
- RRASMQ, Plateforme électorale de 2018.
- RRASMQ, *Trois chantiers pour une approche globale en santé mentale*, 2020.
- RRASMQ, *Le luxe de faire partie du monde*, mémoire déposé dans le cadre des consultations sur le PAGIEPS, juin 2023.
- RRASMQ, *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale*, mémoire déposé au Rapporteur spécial de L'ONU pour le droit à la santé, novembre 2019.
- [P-38.001 - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#)
- [Dialogue ouvert – Wikipédia](#)
- Organisation mondiale de la santé, *Mental health, human rights and legislation*, 2023, [WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation\\_web.pdf](#)

### Témoignages et poèmes

- Fontaine, Anna Louise, *Folle à délier*, Les Très Mal entendus, 2017.
- Anonyme, «Se faire tabasser au lieu d'être aidée», Site J'ai une histoire
- Anonyme, «Alys Robi et moi», *Journal Ailleurs et autrement* 2019.
- RRASMQ, «On nous impose des traitements», [Phrases à compléter](#), démarche Se donner du souffle, 2018.
- RRASMQ, «On vit la peur», [Mosaïque des dénis de droits](#), Démarche Se donner du souffle, 2018.
- RRASMQ, «On passe outre notre consentement», [Mosaïque de dénis de droits](#), Démarche Se donner du souffle, 2018.



*Pour la sauvegarde de nos droits*