

# 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

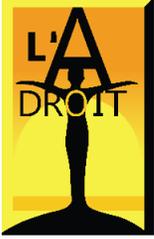
À:

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.

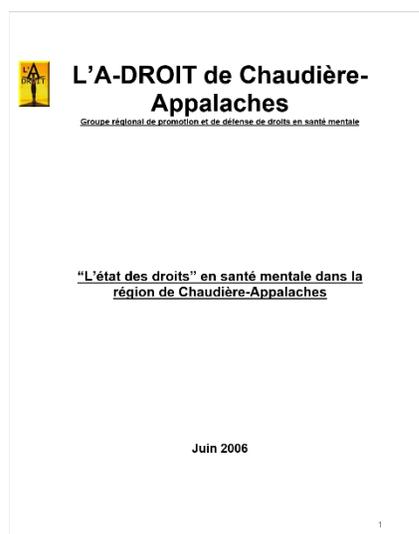
À la différence d'autres régions du Québec, il n'y avait pas en Chaudière-Appalaches de grand asile psychiatrique, si l'on fait exception du Sanatorium Bégin au Lac-Etchemin, premier établissement de la région à offrir des services hospitaliers de psychiatrie. Longtemps associée à la grande région de 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, où 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;

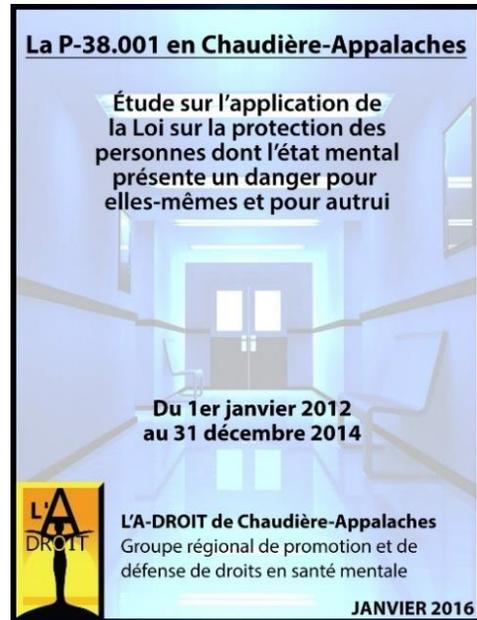
**Considérant** que l'application de la garde préventive n'était pas suffisamment encadrée par les 4 CISSS opérant un département de psychiatrie en Chaudière-Appalaches;

#### 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/recherchep-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 :

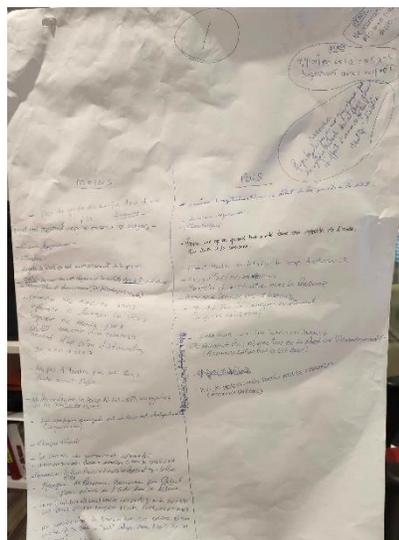
- Moins d'hospitalisation qu'aux débuts de la P-38.
- Aucune expérience.
- Bien soigné.
- Donne une option quand tout a été tenté pour apporter de l'aide, des soins à la personne.
- Comment montrer aux policiers le temps d'intervenir?
- Qu'on en apprenne plus.
- De parler et de discuter avec la personne. 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.

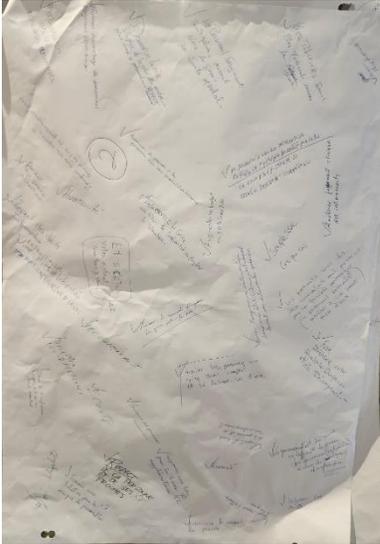
### Ce qui fonctionne moins bien :

- 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.

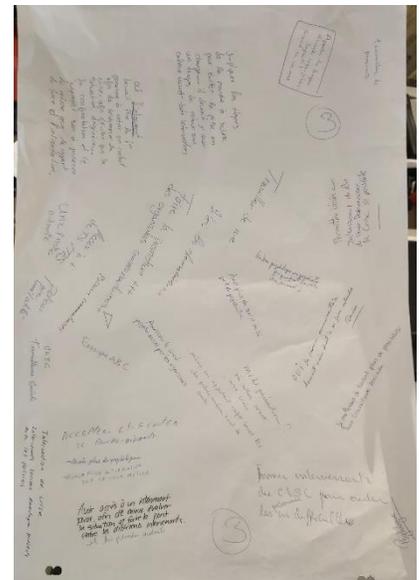
**Question : Dans tout le processus de la p-38 et selon votre expérience, y a-t-il un intervenant dont le rôle pourrait être davantage mis de l'avant, qui permettrait d'éviter des expériences d'hospitalisations forcées aux personnes?**

### 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.

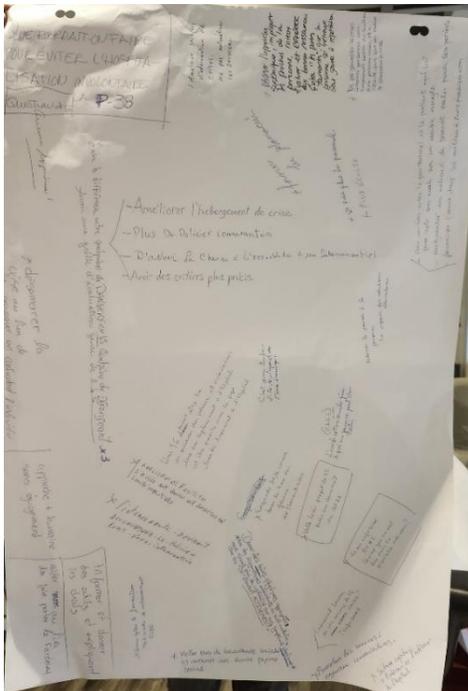
### **Organismes communautaires :**

- 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.

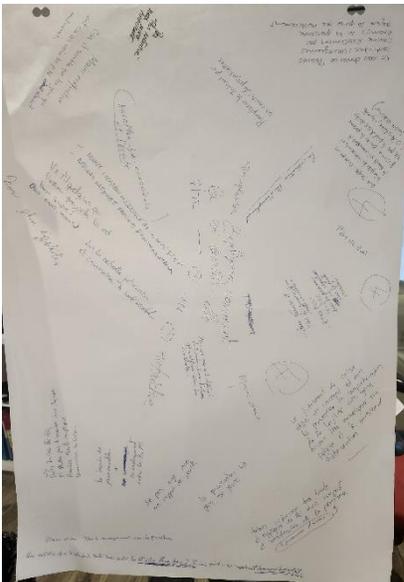
### **Question : Expliquez comment la loi devrait-elle plus ou moins restrictive?**



- 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.