



## MÉMOIRE SUR LA P38, 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

Janvier 2025

### Présentation de l'organisme

L'Observatoire en justice et santé mentale est une équipe de recherche financée par le Fonds de recherche du Québec Société et culture. La programmation 2023-2026 s'articule dans un contexte bien précis : **l'accélération de la fragilisation des contextes de vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale ainsi que des systèmes de santé mentale et de services sociaux**. Nous proposons des perspectives interdisciplinaires et intersectorielles, tout en priorisant les activités d'échange des connaissances avec les milieux de pratique des services de santé, des services sociaux, de la justice et de la sécurité publique. La programmation correspond d'ailleurs à des préoccupations et des intérêts communs entre différentes personnes chercheuses, utilisatrices de services et membres de l'entourage, gestionnaires et intervenantes. Voici les noms de l'équipe de recherche ayant travaillé sur ce mémoire : Audrey-Anne Dumais Michaud, Anne G. Crocker, Pierre Pariseau-Legault, Marie-Hélène Goulet, Laurence Roy, Yanick Charrette, Michelle Côté, Jean-Pierre Guay, Joao Da Silva Guerreiro, Alana Klein, Katharine Larose-Hébert, Marichelle Leclair, Étienne Paradis-Gagné, Patrice Renaud, Geneviève Nault et Daniela Perrottet. Ce mémoire est appuyé par la société québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentées dirigée par Denis Tremblay, et son conseil d'administration présidé par Caroline Larue.

## Introduction

Au Québec, l'histoire de l'internement civil en raison de l'état mental d'une personne a connu de nombreux changements, dont les plus récents ont participé à un renouvellement juridique orienté vers la reconnaissance formelle des droits des personnes utilisatrices des services (Lauzon, 2002 ; Bernheim, 2009). Pour ces personnes, la réponse des institutions sociosanitaires s'est surtout traduite par le maintien d'une variété de mesures coercitives: gardes en établissement, autorisations de soins, etc. (Clément, 2007). En remplacement de la Loi sur la protection du malade mental, la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, c. P- 38 001, ci-après loi P38) est entrée en vigueur le 1er juin 1998 (Lauzon, 2002). Trois régimes de garde découlent de cette loi : la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée. Ces trois types de gardes encadrent un nombre maximal d'heures où la personne doit demeurer dans l'établissement de santé. À l'exception de la garde préventive, ces mesures exigent l'aval du tribunal, notamment afin que les examens psychiatriques relatifs à la dangerosité en raison de l'état mental soient réalisés (Bernheim, 2009). La loi P-38 a la particularité d'être une loi d'exception s'il n'existe aucune autre solution disponible pour assurer la protection de la personne ou d'autrui. Son caractère exceptionnel fait toutefois l'objet de plusieurs critiques depuis les dernières années (Otero, 2007 ; Kirouac et Dorvil, 2007). D'ailleurs, on observe une augmentation de 78 % des requêtes de gardes en établissement déposées dans les différents districts québécois entre 2012 et 2022 (Garde en établissement et autorisation de soins – Statistiques Québec, 2023).

Les données des recherches indiquent que les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent difficilement faire valoir leur position ou dénoncer les conditions judiciaires auxquelles elles doivent répondre quotidiennement (par exemple : représentation par un-e avocat-e, présence aux audiences, etc.) (Bernheim, 2015). Une étude québécoise portant sur les gardes en établissement souligne que les juges tendent à produire des jugements sur des considérations morales ou sociales dans l'évaluation de la dangerosité (Bernheim, 2012). Les résultats d'une autre recherche québécoise rassemblant divers intervenants ont démontré le caractère flou, pluriel et controversé de la notion de dangerosité (Kirouac et Dorvil, 2007). D'autres études concluaient sur le peu d'interventions alternatives visant à favoriser l'autonomie et le choix des personnes (Kelly, 2014). La convention onusienne relative aux droits des personnes handicapées a également dénoncé l'augmentation des hospitalisations sans consentement (Kaltiala-Heino, Laippala, Salokangas, 1997). Si ces hospitalisations involontaires ont été justifiées et ordonnées dans le meilleur intérêt de la personne (Giacco, Conneely, Masoud, Burn et Priebe, 2018), des études démontrent que les bénéfices cliniques semblent plutôt faibles lorsqu'il est question d'hospitalisation involontaire (Kallert, Glöckner et Schützwohl, 2008 ; Priebe, Badesconyi, Fioritto, Kilian et al., 2005). En effet, des recherches ont démontré une détérioration du fonctionnement social, un haut taux de réadmission l'année suivante, des conditions sociales et matérielles précaires, une surjudiciarisation et des retours fréquents vers l'urgence psychiatrique (v, Ehrlich, Chester, Crompton et Kendall, 2017 ; Kelly, 2014).

Dans une récente revue de la portée, Corderoy et al (2024) identifient des résultats mitigés rapportés par les personnes interrogées (personnes premières concernées, soignants et/ou

membres de l'entourage). Les résultats ont illustré que l'hospitalisation involontaire pouvait améliorer significativement les symptômes des personnes, mais serait aussi associée à divers enjeux : la compréhension mitigée des personnes premières concernées de leur statut juridique et le déclenchement d'un cycle de coercition. De plus, leurs résultats ne permettent pas de conclure que l'hospitalisation involontaire est une mesure efficace en prévention du suicide. Au contraire, elle pourrait être un facteur de risque.

L'hospitalisation psychiatrique involontaire peut ainsi avoir des répercussions importantes sur les personnes. Elle entraîne souvent une diminution de la confiance dans les services de santé mentale et une réduction des comportements de recherche d'aide (Jones et al., 2021; Wyder, Bland et Crompton, 2016, Mattner et al., 2017). L'admission involontaire est associée à un recours accru aux interventions de contrôle et à des séjours hospitaliers plus courts (Rodrigues et al., 2019). Alors que certaines études ne montrent pas d'association claire, d'autres indiquent une moins bonne observance à long terme après une hospitalisation involontaire (Cossu et al., 2022). Le stress lié à la stigmatisation résultant d'une admission involontaire peut avoir un effet négatif sur le rétablissement (Xu et al., 2018). Les patients signalent souvent qu'ils se sentent contraints, privés de pouvoir et non soutenus pendant les admissions involontaires, ce qui peut avoir des effets psychologiques durables (Murphy et al., 2017). Les personnes admises de façon involontaire présentent généralement des taux de réadmission égaux ou supérieurs, un fonctionnement social plus faible et une plus grande insatisfaction à l'égard du traitement par rapport aux patients admis sur une base volontaire (Kallert et al., 2008). Dans le cas des traitements involontaires, le même constat peut être émis. Les bénéfices ne sont pas que faibles : l'état actuel des connaissances démontre que ces mesures ne sont pas plus efficaces que l'hospitalisation volontaire et que leurs effets négatifs sont sous-étudiés (Kisely, Zirnsak, Corderoy, Ryan, et Brophy, 2024).

L'intervention de la justice engendre ainsi des conséquences significatives pour ces personnes déjà fragilisées par les symptômes psychiatriques, mais aussi par le manque de services adaptés à leurs besoins découlant d'un sous-financement des services psychosociaux ainsi que par la stigmatisation sociale (Livingston, 2013 ; Morin, Landreville et Laberge, 2000). De plus, Ma et coll. (2020) ont conclu que le critère de risque souvent utilisé pour la détermination d'une hospitalisation involontaire, était interprété différemment par les divers professionnels. Tout comme dans l'étude d'Allen et McCusker (2020), Ma et ses collaborateurs (2020) ont suggéré que la crainte de commettre une faute professionnelle (par exemple, ne pas prévenir un évènement) peut influencer la décision de certain-es professionnel-les quant à l'hospitalisation ou non d'une personne.

En outre, la famille devient souvent un acteur clé dans les processus de soins : en plus de diminuer la fréquence d'hospitalisation et le taux de rechute, l'implication des proches favorise une meilleure observance aux traitements pharmacologiques (Harisson, 2016, Beaucage et al., 2014). Or, il existe peu de données sur les interactions entre les familles de personnes vivant un problème de santé mentale et le système judiciaire (Otero, 2010 ; Daneau et al., 2014). Ce constat transcende les frontières canadiennes puisque Hustoft et coll. (2022) en sont venus au même constat dans leur étude norvégienne et Sugiura et coll. (2020) dans leur méta-analyse comportant

des écrits de sept pays. Tous relatent que les proches éprouvent un sentiment de tristesse et de culpabilité face à leur décision d'aller de l'avant avec une demande de prise en charge judiciaire (Larose-Hébert, 2020; Hustoft et coll., 2022; Sugiuria et coll., 2020; Stuart et coll., 2020).

Afin de bonifier les données de la littérature, des membres de l'Observatoire en justice et en santé mentale ont co-organisé un forum intersectoriel rassemblant différents groupes concernés. L'objectif du forum visait à obtenir des données québécoises contemporaines sur la question des hospitalisations involontaires afin de bonifier ce mémoire.

**Forum : *Justice, santé mentale et réformes du droit psychiatrique : journée de réflexion autour de la Loi P-38***

Le forum « *Justice, santé mentale et réformes du droit psychiatrique : journée de réflexion autour de la Loi P-38* » a été un événement de mobilisation de connaissances intersectoriel qui a rassemblé des personnes chercheuses ainsi que des personnes expertes concernées par le développement des savoirs et des pratiques émergentes et prometteuses situées à l'intersection de la santé mentale et de la justice. Cet événement, qui a eu lieu le 18 avril 2024, a été organisé dans la foulée de l'annonce par le Ministre responsable des Services sociaux du Québec d'une révision en profondeur de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (ci-après, la Loi P38). Ce forum est le fruit d'un partenariat entre une équipe de chercheur·es de l'Observatoire en santé mentale et justice (Dumais Michaud, Hébert-Larose, Goulet et Pariseau-Legault) et deux organismes : CAP santé mentale et l'AGIDD-SMQ. Ce partenariat s'est traduit par une organisation conjointe de la journée (thèmes abordés, activités de concertation, participant·es et conférencier·ières invité·es, etc.) et a été financé par une subvention CRSH Connexion. Cette journée a été l'occasion d'amorcer une réflexion importante sur les pratiques actuelles dans le domaine de la santé mentale et de la justice, ainsi que sur les pratiques visant à offrir des soins et services respectant les droits des personnes. Ce forum s'inscrivait dans certains des axes du Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM, 2022-2026): favoriser la prise de parole collective et du savoir expérientiel (3.2) ; mieux outiller les familles et l'entourage des personnes présentant un problème de santé mentale pour éviter le recours mesures exceptionnelles (3.4) et former les intervenants sur l'application de la Loi P38 (7.4).

Le forum a permis la diffusion et la mobilisation interdisciplinaire et intersectorielle des connaissances entre les milieux de la recherche et l'ensemble des communautés concernées par le phénomène de la santé mentale et de la justice. Au total, ce sont six conférences qui ont été prononcées et deux activités de mobilisation des connaissances qui ont eu lieu, regroupant 117 personnes qui se sont réunies pour discuter des hospitalisations involontaires incluant des chercheur·es de la communauté scientifique, des professionnel·les et gestionnaires du réseau institutionnel, des intervenant·es du milieu communautaire, des personnes premières concernées et des proches de personnes ayant un problème de santé mentale provenant du réseau de la santé et des services sociaux, des milieux communautaires, de la sécurité publique et de la justice.

À la suite des conférences, deux thèmes ont été abordés lors des activités de mobilisation des connaissances : 1) l'application de la loi P38, ses enjeux et défis et 2) les pratiques silencieuses et prometteuses dans les milieux de pratique. Les personnes participantes étaient regroupées par

groupe de travail (10 personnes/groupe) selon leur statut en s'assurant d'obtenir des groupes interdisciplinaires et intersectoriels : le but visé étant de rassembler divers groupes (professionnel-le, personnes expertes-par-expérience, avocat-es, etc.) afin de nourrir les discussions. Pour chacun des groupes de travail, une personne a agi comme modératrice et une autre comme rapporteuse. La personne rapporteuse détenait comme consigne de noter l'ensemble des récits et discours des personnes participantes, sans noter le prénom, le nom et le statut du ou de la participante, pour permettre une liberté dans la prise de parole. À la suite du forum, les personnes rapporteuses ont complété un compte-rendu individuel.

Il faut souligner que les résultats présentés ci-dessous visent à illustrer les discours et récits des personnes participantes à la journée et ne reflètent donc pas les opinions ou positions des organismes organisateurs, dont le mandat était de créer un espace d'échange et de mobilisation des connaissances.

Les analyses ont fait ressortir cinq grands thèmes que sont : 1. Le cadre législatif ; 2. La confidentialité ; 3. La collaboration ; 4. Le système judiciaire et 5. Le cadre d'intervention et mesures alternatives

## Un cadre législatif et sécuritaire

Le **cadre législatif et sécuritaire** entourant la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (P38) a été largement discuté par l'ensemble des parties prenantes. La **notion de dangerosité** figure parmi les sujets centraux ayant été abordés par huit des dix groupes présents. Les discussions ont porté d'emblée sur la notion de dangerosité, sa compréhension inégale entre les différentes personnes impliquées (policiers-ères, proches, soignant-es) et la variabilité du critère de dangerosité de la P38 : « *Ce qui peut être dangereux pour un policier, ne sera pas dérangeant pour un proche, ou l'inverse* ». Dans le même ordre d'idées, une personne participante mentionne qu'il peut lui arriver de conduire une personne qu'il ou elle considère dangereuse à l'hôpital et de constater que cette personne a obtenu son congé de l'hôpital plus tard dans la journée. Par ailleurs, plusieurs participant-es utilisent l'expression « *dérangerosité* » afin de parler des conséquences arbitraires qui peuvent découler d'une notion de dangerosité, jugée trop floue par certains participants. La P38 semble être souvent utilisée afin de réprimer des comportements jugés nuisibles ou indésirables, ciblant alors de manière prépondérante les gens vulnérables et excentriques. Un autre constat porte sur le rôle des personnes proches dans l'évaluation de la dangerosité. Alors qu'elles détiennent une connaissance particulière de la personne et sont susceptibles d'influencer son évaluation, elles seraient peu interpellées par les intervenant-es chargé-es de l'application de la P38.

L'imprécision de l'opérationnalisation de la dangerosité en vertu de la P38 mène plusieurs participant-es à se questionner sur le **cadre d'application** de la P38, celle-ci étant alors considérée comme la porte d'entrée des individus vulnérables dans le système de santé : « *la première ligne pour les personnes dérangeantes* » plutôt qu'une mesure d'exception. D'après plusieurs personnes participantes, la P38 perdrait alors son caractère de mesure de dernier recours, étant plutôt utilisée de manière routinière par les corps policiers et les médecins. L'imposition courante de cette mesure viendrait ainsi à normaliser et à invisibiliser des problèmes sociaux importants en ce qui concerne l'accès, la continuité, la qualité et la diversité des services de santé mentale disponibles à la personne. En ce sens, une incompréhension de l'importance des droits fondamentaux des personnes premières concernées est soulignée par des personnes participantes, pour lesquels la restriction de liberté doit demeurer exceptionnelle.

Le **rôle premier des policiers-ères** comme intervenants dans l'application de la P38 est remis en question par un grand nombre de personnes participantes, ce sujet étant abordé par sept des dix groupes présents. Les membres de ces groupes sont d'avis que les policiers-ères ne sont pas les acteurs appropriés pour l'intervention de crise. Parmi l'ensemble des motifs invoqués, deux semblent être à l'avant-plan. En ce qui concerne le premier motif, plusieurs personnes participantes estiment que la formation des policiers-ères concernant la santé mentale ne leur permet pas d'intervenir de manière adéquate auprès de personnes pouvant présenter des situations complexes. Certaines personnes participantes nomment que les formations en santé mentale ne représentent qu'une petite fraction de l'ensemble du budget de formation des policiers-ères et que, dans les cas où des formations sont offertes, le plus souvent à l'initiative d'organismes communautaires, elles ne sont pas obligatoires. À cet effet, une personne participante explique : « *lorsqu'on veut offrir de la formation aux policiers, elle se fait sur une base*

*volontaire et non obligatoire* ». Le caractère jugé inadéquat de la formation policière par des personnes participantes ne serait pas sans conséquence. En effet, les interventions policières seraient inégales et inconstantes, en ce qu'elles sont : « *policier-dépendant* ». Il a été mentionné à titre d'exemple que les menottes deviennent une mesure systématique de protection contre le risque hétéroagressif lorsque les personnes en crise sont conduites à l'hôpital en vertu de la P38. Une personne participante d'un autre groupe tient des propos similaires; selon elle, l'intervention policière est souvent frontale et musclée, ce qui est rarement adapté aux situations de crise. Il ressort d'ailleurs que la qualité de l'intervention policière en situation de crise sera scrutée par le public, alors que les policiers·ères sont trop peu outillé·es dans ces situations et qu'ils ou elles ne disposent également que de très peu de directives quant aux stratégies d'intervention optimales. C'est donc afin de répondre à cette problématique que les personnes participantes de plusieurs groupes proposent que l'intervention initiale, lors d'une situation de crise, soit effectuée par des équipes psychosociales, plutôt que des policiers·ères. Cela étant dit, des pratiques silencieuses relevées par les participants tendent à démontrer que le **milieu policier** tente de s'adapter à un rôle à l'interface entre les domaines sécuritaires et communautaires. Plusieurs services de police cherchent à minimiser la coercition qui peut être vécue par les personnes en crise en intervenant de manière conjointe avec des intervenants psychosociaux.

Le second motif invoqué dans plusieurs groupes concerne le stigma inhérent aux interventions policières; une personne participante explique avoir vécu l'implication des policiers·ères comme un événement traumatique, alors qu'une autre nomme avoir craint la réaction de sa communauté, qui était témoin de la présence de l'équipe policière. Les personnes participantes tiennent un discours équivoque quant à la notion de confidentialité au moment des interactions policières.

Les personnes ont mentionné l'importance de mettre en place des mesures systématiques pour sensibiliser les policiers·ères aux réalités vécues par les personnes vivant avec un trouble de santé mentale, notamment de la formation continue, de même que des groupes d'immersion. De plus, des personnes ont proposé d'implanter des équipes mixtes policiers-intervenants dans toute la province en s'inspirant de celles déjà créées dans plusieurs régions du Québec. Ces équipes seraient habilitées à intervenir rapidement dans le milieu de la personne et sensibles à l'implication des proches dans la recherche d'une solution mutuellement consentie. Le modèle de l'Escouade 24-7 associée au centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent a été très inspirant pour les personnes présentes. Il a été aussi proposé de s'inspirer des pratiques d'intervention basées sur l'approche alternative de Dialogue Ouvert<sup>1</sup>.

## La confidentialité

La **confidentialité** constitue un enjeu fréquemment identifié par les personnes participantes, bien qu'il semble y avoir un discours ambivalent, parfois même contradictoire. D'emblée, la majorité des personnes participantes reconnaissent qu'il s'agit d'un droit des usagers et qu'elle sert à protéger leur vie privée. Ils et elles indiqueront qu'il peut être important de limiter l'accès au dossier

---

<sup>1</sup> L'approche fondée sur le Dialogue ouvert est une pratique psychothérapeutique collaborative encourageant l'implication active des familles et du réseau social de l'individu. Elle considère l'écosystème des soins et de services entourant la crise et privilégie l'utilisation des services communautaires plutôt qu'institutionnels.

et aux informations personnelles, notamment afin de réduire les risques de biais dans les interventions, alors que d'autres seront d'avis que la confidentialité est un droit qui protège les personnes principales concernées et qu'une renonciation nécessite un consentement libre et éclairé.

Des personnes participantes interprètent aussi la confidentialité comme étant essentiellement un obstacle à la collaboration et à l'implication des proches. Par exemple, une personne participante dénonce le fait que le partage d'information soit « bloqué » entre les différents réseaux et organismes : les lois sur la confidentialité rendant le partage difficile. Une autre personne participant du même groupe, dénonce le fait que le partage d'information est souvent unilatéral, ce qui nuit à la crédibilité des organismes communautaires. En effet, plusieurs personnes participantes dénoncent une confidentialité à géométrie variable entre les systèmes de santé, de justice et communautaire, alors que les proches ne sont souvent pas tenus informés de l'évolution de la situation : « *Tout le monde est dans le noir, ou bien personne ne l'est* ». Dans le même ordre d'idées, une personne participante affirme que, contrairement à la santé physique, la confidentialité est appliquée de manière très stricte en santé mentale, ce qui peut faire obstacle à l'implication des proches dans la résolution de la crise. Elle ajoute d'ailleurs que le savoir des proches est utilisé par les équipes soignantes, sans que ces dernières ne se soucient du besoin de connaissances des proches, même lorsqu'il y a une dangerosité reconnue et que la personne doit éventuellement retourner vivre chez ses proches.

Il a été nommé dans le respect de la primauté de la personne et de la confidentialité, d'impliquer de façon plus importante les proches dans la gestion de la crise et lors d'intervention en vertu de la P38, tant au moment de l'évaluation que du suivi ultérieur. À cet effet, certaines personnes participantes ont proposé d'élaborer systématiquement et le plus tôt possible dans la trajectoire de soins un plan de partage d'information permettant l'implication des proches. Ce plan comprendrait entre autres le type d'information à transmettre selon l'état clinique de la personne et des temps de revalidation de la confidentialité. En somme, les discussions entourant la confidentialité ciblaient certes la place des proches, mais aussi de préserver la confidentialité pour assurer un lien thérapeutique et les droits des personnes.

### Collaboration intersectorielle

Une majorité significative de personnes participantes identifie la **collaboration intersectorielle** comme étant un enjeu prioritaire dans l'intervention de crise et mentionne avoir l'impression de travailler en silo. Or, ce sont les enjeux liés à la confidentialité qui expliqueraient, selon plusieurs d'entre elles, cette **collaboration** laborieuse. De plus, si la collaboration semble difficile, c'est en partie en raison du manque d'implication des proches dans le processus de la P38, qui est fréquemment dénoncé, qu'il s'agisse de l'intervention policière ou de la prise en charge de la crise par le milieu institutionnel et communautaire. En ce sens, plusieurs personnes participantes reprochent aux forces de l'ordre de ne pas considérer le savoir expérientiel des proches des personnes premières concernées dans l'intervention de crise, de même que dans l'évaluation de la dangerosité, ce qu'une personne participante associe à une issue défavorable de l'intervention. De plus, les personnes proches sont souvent peu interpellées par les intervenant-es dans la

résolution de la crise, alors qu'elles sont pourtant souvent bien placées pour comprendre les besoins de la personne en crise et ainsi offrir une information précieuse.

Concernant les proches, il a été mentionné que les professionnel·les de la santé devraient travailler de concert avec les proches, avec le consentement de la personne première concernée, sur la confection d'un plan d'intervention en amont, qui pourrait outiller les familles sur les manières de prévenir les crises, de même que sur les stratégies à adopter lorsqu'elles surviennent.

### L'information juridique et système judiciaire

Dans la moitié des groupes de discussion, **l'accès à l'information juridique** par les personnes premières concernées est identifié comme étant un enjeu majeur. Plusieurs personnes participantes sont d'avis que les personnes faisant l'objet d'une garde ne sont pas suffisamment informées des étapes de présentation de la garde, de leurs droits ainsi que de la manière de la contester. Une personne participante s'exprime ainsi : « *si vous ne connaissez pas vos droits, vous êtes faits* ». La principale cause perçue par de nombreuses personnes participantes relève de la méconnaissance qu'auraient les membres du personnel hospitalier à l'égard du système judiciaire, ce qui a conduit certaines personnes participantes à se questionner sur le rôle des équipes soignantes par rapport aux droits des personnes. Devraient-elles être en mesure d'expliquer elles-mêmes les notions juridiques applicables aux personnes? Devraient-elles référer systématiquement à un avocat·e ou devrait-il y avoir un service juridique sur place? Des personnes participantes répondent à la première question par l'affirmative.

Il a été nommé qu'une formation devrait être offerte systématiquement aux membres des équipes de santé afin qu'elles puissent préparer adéquatement les personnes visées par des requêtes de garde en établissement en vue d'un passage à la Cour. Des personnes participantes ont aussi proposé d'implanter une structure de défense des droits au sein même des hôpitaux en s'inspirant des *Independent mental health advocates* au Royaume-Uni. Les différents documents transmis aux personnes concernées doivent aussi être adaptés aux difficultés cognitives que peuvent vivre certaines personnes.

### Le cadre d'intervention et les ressources alternatives

Les discours des personnes participantes mettaient l'accent sur l'idée que la privation de liberté et la coercition qui découlent de l'application de la P38, même lorsqu'elles sont nécessaires, peuvent **nuire à la relation** entre la personne concernée ainsi que sa famille et son équipe soignante. Une personne participante le nomme ainsi : « *Après une P38, les liens de confiance sont brisés et scrappés avec la famille/proches/intervenants, il faut les rebâtir* ». Selon elle, les proches peuvent alors hésiter à demander l'application de la P38, même si les circonstances le justifient, afin d'éviter de briser les liens familiaux. Au moment des audiences, des personnes ont souligné l'importance de déployer des intervenant·es au sein même du palais de justice permettant de répondre aux questions et besoins des proches d'une personne visée par une demande d'évaluation psychiatrique.

Une autre personne participante souligne le paradoxe dans lequel peuvent se trouver les proches qui doivent considérer la P38 dans un contexte où les ressources alternatives étant non disponibles ou trop difficiles d'accès : « *À défaut d'avoir d'autres moyens, la justice et la coercition deviennent les deux seules options viables.* » En plus du bris de confiance qu'elle peut causer, la P38 impose à la personne concernée une hospitalisation qui n'a pas de sens immédiat pour elle, notamment puisque la personne éprouve une difficulté à s'approprier un processus auquel elle n'a pas consenti. Une personne participante explique ce phénomène ainsi : « *je vois que tout le monde est bien intentionné, mais les préjugés sont tellement importants; on voit que le meilleur intérêt de la personne, c'est l'intervenant qui le détermine, pas la personne.* » Ce propos illustre bien ce qui ressort de plusieurs discussions : la personne n'est pas impliquée dans la détermination de son meilleur intérêt, ce rôle étant plutôt monopolisé par les équipes soignantes. Des pratiques silencieuses visant à rendre le **cadre d'intervention** plus stable et plus respectueux de l'autonomie ont également été répertoriées par les personnes participantes, qu'il s'agisse de pratiques communautaires ou hospitalières. Une fois que la P38 est appliquée et que la personne est hospitalisée, la majorité des personnes participantes semble s'entendre sur le fait que le **manque de ressources** contribue à perpétuer les situations de crise. Une personne participante explique qu'il est très difficile d'avoir un suivi une fois la crise résolue et l'hospitalisation terminée : les personnes se retrouvent sans services, parfois pendant plusieurs années, en raison du manque de professionnel·les pratiquant dans sa région. De nombreux autres enjeux ont été mentionnés, notamment le manque de lits de crise en région, les délais importants en première ligne, les conditions d'accès trop strictes à certains services, de même que le sous-financement chronique du milieu communautaire. Lorsque des services alternatifs existent, leur financement n'est souvent ni suffisant ni récurrent.

Des personnes participantes ont proposé de bonifier l'offre d'hébergement à bas seuil et donc réduire les critères d'accès aux programmes communautaires afin d'éviter que des personnes soient systématiquement exclues de certains services (par exemple, les centres de crise). Enfin, il a été perçu comme favorable de mettre en place une plate-forme provinciale répertoriant les pratiques existantes au sein des organismes communautaires ce qui permettrait d'améliorer l'accès à ces ressources, leur utilisation et la connaissance des pratiques alternatives (intégration de l'art, de la zoothérapie ou d'activités en nature dans l'approche d'intervention). L'intégration systématique des personnes pairs-aidantes a aussi été ciblée comme une pratique prometteuse tout comme l'utilisation du plan de crise conjoint<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Des membres de notre équipe ont travaillé sur l'adaptation et le déploiement du plan de crise conjoint, voir Ambrosini et al., (2012) Goulet, M.-H et al. (2024)

### **Constats généraux du forum**

Un consensus semblait émaner dans les discussions et les prises de paroles entourant la recommandation de **ne pas modifier la Loi P38**, mais plutôt réfléchir à :

1. Implanter une structure dans les établissements de santé favorisant le soutien, l'accompagnement et la défense des droits des personnes premières concernées ;
2. Travailler en plus grande collaboration, toujours dans le respect de la notion de la confidentialité, avec les membres de l'entourage et outiller les familles sur les manières de prévenir les crises;
3. Renforcer les alternatives à l'hospitalisation involontaire par une accessibilité durable aux soins et services psychosociaux institutionnels et communautaires et des ressources à bas seuil.

## RECOMMANDATIONS DE L'OBSERVATOIRE EN JUSTICE ET EN SANTÉ MENTALE

Les recommandations proposées par l'Observatoire découlent des données de la littérature scientifique, des constats du Forum P38, et des projets de recherche menés par notre équipe. Les recommandations ciblent l'organisation des services en santé mentale, les pratiques ancrées dans le respect des droits des personnes et leur dignité et sur les services d'urgence en contexte de crise psychosocial.

### I. RECOMMANDATION 1 : ORGANISATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

La première recommandation vise à **réduire les enjeux et les inégalités d'accès** aux services de santé mentale en temps opportun, afin que les mesures coercitives comme l'hospitalisation involontaire soient réellement utilisées en dernier recours.

1. **Sortir d'une perspective hospitalocentriste** de la garde en établissement. Favoriser plutôt des centres de crise, à bas seuil, qui pourraient recevoir des personnes pour de courtes périodes afin de stabiliser la crise sans avoir recours à l'hospitalisation.
2. **Miser sur la collaboration** : Assurer une mise à l'échelle provinciale de protocoles de collaboration intersectorielle entre les services de santé et sociaux, et la sécurité publique pour diminuer les enjeux liés à la confidentialité et uniformiser les pratiques, tout en s'assurant de préserver les droits de la personne première concernée.
3. **Diminuer la stigmatisation structurelle** en octroyant des fonds durables pour déployer des services de soins primaires et spécialisés sur l'ensemble du territoire assurant l'accès, la continuité, la qualité et la diversité des services.
4. **Développer** des stratégies organisationnelles favorisant l'implication des **proches**, ainsi qu'une évaluation et une réponse à leurs besoins

### I. RECOMMANDATION 2 : DES PRATIQUES RESPECTANT LES DROITS DES PERSONNES ET LEUR DIGNITÉ

La deuxième recommandation vise à toujours miser sur une **démarche de non judiciarisation** où les différents acteurs impliqués doivent chercher le **consentement** des personnes plutôt que d'avoir recours à la judiciarisation.

1. **Directives anticipées en psychiatrie** : Développer une politique de directives anticipées en psychiatrie afin que la personne première concernée puisse exprimer à l'avance ses préférences de traitement concernant les soins qu'elle souhaite ou ne souhaite pas recevoir. Ce document légal permet de favoriser l'autodétermination pour une éventuelle situation de crise où elle serait considérée inapte en identifiant ses préférences en termes de traitements, de choix de professionnel·les ou d'établissement et en identifiant une personne de confiance ou un proche à intégrer dans le processus. Aussi, le plan de crise

conjoint serait une alternative sans portée légale pouvant aussi être mis en œuvre pour favoriser la prise en compte des préférences de la personne, tout en intégrant un proche dans la démarche lorsque possible. Il est souhaité que les directives anticipées en psychiatrie ou le plan de crise conjoint suivent la trajectoire de la personne et ne soit pas spécifique à chaque milieu.

2. **Formation des intervenants** : Les professionnel·les de la santé, les policiers et les intervenants sociaux doivent recevoir une formation adéquate sur les aspects légaux, éthiques et cliniques de la P38. Cette formation devrait inclure des compétences en communication et en gestion de crise pour minimiser les mesures coercitives.
3. Déployer des **interventions sensibles aux traumatismes** chez les intervenant·es de première ligne qui doivent appliquer la P38, et au moment de l'hospitalisation psychiatrique.
4. Doter les services de santé mentale de **cadres d'intervention centrés sur la reconnaissance, le respect et le soutien à l'exercice des droits** des personnes premières concernées, dont le droit au consentement à la confidentialité ;
5. Soutenir les équipes cliniques sur l'application de la **confidentialité** (connaître, comprendre, appliquer, réviser).

### III. RECOMMANDATION 3 : DES ÉQUIPES MOBILES DE CRISE DISPONIBLES, ACCESSIBLES ET CENTRÉES SUR LES DROITS

Cette troisième recommandation vise à proposer de **multiplier les intervenants mobiles de crise**, au-delà des équipes policières, puisqu'ils détiennent l'expertise nécessaire afin de déployer des stratégies d'intervention misant sur les pratiques respectueuses des **droits et de la dignité**.

1. Déployer partout sur le territoire du Québec des **équipes d'intervention d'urgence psychosociales, indépendantes des services de police**, qui peuvent intervenir directement sur les lieux à la suite d'un appel psychosocial.

Pour conclure, devant les différents constats établis, **nous ne pouvons pas proposer une modification de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui**, mais plutôt des changements organisationnels durables et des pratiques professionnelles et intersectorielles qui respectent les droits des personnes et leur dignité. L'accès aux soins dans le respect des droits des personnes doit demeurer ce qui guide les pratiques professionnelles. Faciliter certains processus juridiques afin d'offrir des traitements ou une hospitalisation sans le consentement des personnes viendrait **ébranler de manière forte** les droits des personnes et leur dignité. De plus, une modification de la Loi ne réglerait pas la question de l'utilisation de mesures coercitives comme mesure d'exception et ne favoriserait pas l'identification de mesures alternatives à la judiciarisation. Nos recommandations proposent différents moyens afin d'accompagner des personnes dans la réponse à leurs besoins singuliers, tout en s'éloignant des mécanismes de contraintes.

## Références

Ambrosini, D., Crocker, A. G. et Latimer, E. A. (2012). Preferences for instructional or proxy advance directives in mental health: An exploratory mixed methods study. *Journal of Ethics in Mental Health*, 6(Suppl.), 1-19.

Allen, S., & McCusker, P. (2020). A Hidden Dynamic: Examining the Impact of Fear on Mental Health Officers' Decisions to Use Powers of Compulsory Detention. *Practice*, 32(4), 301-315. <https://doi.org/10.1080/09503153.2020.1782873>

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.

Bernheim, E. (2012). Des « étiquettes juridiques ». La catégorisation par le droit en santé mentale. *Lien social et Politiques*, (67), 107-121.

Berhneim, E. (2015). *Quinze ans de garde en établissement. De l'état des lieux à la remise en question, dans Développements récents – Volume 393 La protection des personnes vulnérables*, sous la dir. De Service de la formation permanente, Barreau du Québec. Cowansville : Yvon Blais.

Corderoy, A., Kisely, S., Zirnsak, T., & Ryan, C. J. (2024). The benefits and harms of inpatient involuntary psychiatric treatment: a scoping review. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1-48.

Cossu, G., Gyppez, D., Kalcev, G., Manca, A.R., Angermeyer, M.C., Zreik, T., & Carta, M.G. (2022). Systematic review of involuntary hospitalisation and long-term compliance. *International Review of Psychiatry*, 35, 209 - 220.

Daneau, S. et al. (2014). Analyse des obstacles à l'intervention infirmière auprès des famille dans les unités de soins de santé mentale à la lumière du modèle de changement de collerette. *Association de recherche en soins infirmiers*, 17, 21-32.

Giacco, D., Conneely, M., Masoud, T., Burn, E. et Priebe, S. (2018). Interventions for involuntary psychiatric inpatients: A systematic review. *European Psychiatry*, 54, 41-50.

Goulet, M.-H.; Sergerie-Richard, S.; Dostie, M.; Drouin, J.-S.; Vigneault, L.; Genest, C. Joint Crisis Plan in Mental Health Settings: A Reflective Process More than an Intervention Tool? *Healthcare* 2024, 12, 2532. [https://doi.org/ 10.3390/healthcare12242532](https://doi.org/10.3390/healthcare12242532)

Harisson, S. (2016). « L'effet de la chronicisation de la maladie mentale sur le milieu familial et le réseau hospitalier Est-ontarien : une étude socio-historique », *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2, 41-48.

Hustoft, K., Larsen, T. K., Brønnick, K., Joa, I., Johannessen, J. O., & Ruud, T. (2022). Psychiatric patients' attitudes towards being hospitalized: a national multicentre study in Norway. *BMC Psychiatry*, 22(1), 726. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04362-8>

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

Kallert, T.W., Glöckner, M., & Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258 4, 195-209.

Kallert, TW., Glöckner, M. et Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. A systematic literature review on outcome diversity. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 258, 195-209.

Kaltiala-Heino R, Laippala P, Salokangas, RKR. (1997). Impact of coercion on treatment outcome. *International Journal of Law Psychiatry*, 20, 311-320.

Kisely, S., Zirnsak, T., Corderoy, A., Ryan, C. J., & Brophy, L. (2024). The benefits and harms of community treatment orders for people diagnosed with psychiatric illnesses: A rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 00048674241246436.

Kelly B.D. (2014). An end to psychiatric detention? Implications of the United Nations convention on the Rights of persons with disabilities. *The British Journal of Psychiatry*, 204(3), 174-17.

Kirouac, L. et Dorvil, H. (2007). *La loi P-38.001 : Protection ou certition. Action autonomie*. 153 pages.

Larose-Hébert, K. (2020). Judiciarisation de l'accès aux services de santé mentale : le rôle complexe des proches-aidants. *Intervention*, 151, 47-62.

Lauzon, J. (2002). L'application judiciaire de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux. *Revue de droit de l'Université Sherbrooke*, 219-315.

Livingston, J.D. (2013) Mental Illness-Related Structural Stigma. Mental Health Commission of Canada, Calgary.

Ma, H. J., Zheng, Y. C., Xie, B., & Shao, Y. (2022). Risk assessment and its influencing factors of involuntary admission in patients with mental disorders in Shanghai, China. *Int J Soc Psychiatry*, 68(4), 745-753. <https://doi.org/10.1177/00207640211007154>

Mattner, S., Ehrlich, C., Chester, P., Crompton, D. et Kendall, E. (2017). Self-determination: what do people who experience severe mental illness want from public mental health services?. *International Journal of Integrated Care*, 17(3), 1-8.

Morin, D., Landreville P. et D. Laberge (2000). « Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice », *Criminologie*, vol. 33, no 2, 81-107

Murphy, R., McGuinness, D., Bainbridge, E., Brosnan, L., Felzmann, H., Keys, M., Murphy, K., Hallahan, B.P., McDonald, C., & Higgins, A. (2017). Service Users' Experiences of Involuntary Hospital Admission Under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatric services*, 68 11, 1127-1135.

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.

Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *SociologieS*. URL: <http://sociologies.revues.org/3268>.

Priebe S., Badesconyi A., Fioritto A., Kilian R., Torres-González F., Turner T. et Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalization in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*, 330, 123–126.

Rodrigues, R., MacDougall, A.G., Zou, G., Lebenbaum, M., Kurdyak, P., Li, L., Shariff, S.Z., & Anderson, K.K. (2019). Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: A population-based study using health administrative data. *Schizophrenia Research*, 208, 276-284.

Stuart, R., Akther, S. F., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., & Oram, S. (2020). Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 6(2), e19. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101>

Sugiura, K., Pertega, E., & Holmberg, C. (2020). Experiences of involuntary psychiatric admission decision-making: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 73, 101645. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101645>

Xu, Z., Lay, B., Oexle, N., Drack, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C., Müller, M., Mayer, B., Rössler, W., & Rüschi, N. (2018). Involuntary psychiatric hospitalisation, stigma stress and recovery: a 2-year study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 458 - 465.