

**Mémoire sur mes expériences vécues en psychiatrie en rapport avec la Loi P-38**

## Table des matières

Résumé .....	5
Introduction .....	5
Contexte de la Loi P-38 .....	5
Justification du mémoire.....	5
Objectifs .....	5
Méthodologie .....	6
Rétrospection qualitative des expériences vécues en milieu psychiatrique.....	6
Élaboration de recommandations grâce à la rétrospection .....	6
Anonymisation du témoignage pour des raisons de confidentialité .....	6
Chapitre 1 : Mes expériences d’hospitalisation vécues en psychiatrie.....	7
Été 2001 : Ma famille s’inquiète pour ma santé mentale .....	7
Avant .....	7
Pendant .....	7
Après .....	8
Début du suivi en consultation externe de psychiatrie.....	8
Été 2005 : Éviction complexe .....	8
Pendant .....	8
Après .....	9
Printemps 2012 : Je cherche de l’aide à l’extérieure de l’hôpital .....	9
Avant .....	9
Pendant .....	9
Après .....	10
Été 2012 : Détresse psychologique .....	10
Avant .....	10
Pendant.....	10
Après .....	10
Automne 2012 : Se présenter à l’urgence pour nausées.....	10
Avant .....	10

Pendant .....	10
Après .....	11
Définition de la télépathie synthétique selon mon expérience.....	12
Technologie V2K, définition et son impact sur la santé mentale .....	12
Manifestations de la V2K et perceptions médicales : entre détresse psychologique et interprétations diagnostiques .....	12
Expériences durant l'hospitalisation .....	12
Respect des droits.....	13
Impact sur la santé mentale .....	13
Tableau décrivant si certains droits en tant que patient ont été respectés pour chaque hospitalisation. ....	14
Chapitre 2 : Analyse de la Loi P-38.....	15
Évaluation de la dangerosité et interactions verbales .....	15
Chapitre 3 : Recommandations pour l'amélioration de la Loi P-38 .....	15
Formation des psychiatres et compréhension de la dangerosité .....	15
Resserrement du contrôle de l'application de la Loi P-38.....	16
Amélioration de la communication .....	16
Éviter l'utilisation du terme « peut » pour décrire la dangerosité .....	16
Risque de subjectivité excessive et d'imprécision .....	16
Stigmatisation et étiquetage social.....	17
Décisions influencées par la peur et la précaution excessive .....	17
Déresponsabilisation dans les processus décisionnels .....	17
Impact sur la confiance et la coopération avec les institutions .....	18
Nécessité d'une définition précise de la "dangerosité" pour une évaluation uniforme.....	18
Accès aux ressources juridiques .....	19
Conclusion.....	19
Synthèse des principales conclusions .....	19
Impact des recommandations .....	19
Références/liens internet vers de la documentation : .....	21

Études et rapports pertinents sur les droits des patients dans le contexte psychiatrique. ....	21
La Loi P-38 .....	21
Modèle de protocole G32.....	21
Brevets en rapport avec la technologie V2K : .....	21

## Résumé

Ce mémoire explore l'application de la Loi P-38 au Québec, qui permet la mise sous garde des personnes jugées dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui. L'auteur y partage ses expériences en psychiatrie, cherchant à promouvoir une application plus équilibrée de cette Loi. Il propose des recommandations pour clarifier la notion de « dangerosité », améliorer la communication entre patients et personnel médical, et garantir l'accès aux ressources juridiques.

## Introduction

### Contexte de la Loi P-38

La Loi P-38 au Québec vise à protéger les personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui en appliquant une mise sous garde en établissement pour une durée déterminée.

### Justification du mémoire

J'ai décidé de rédiger ce mémoire pour apporter mes expériences personnelles en psychiatrie, dans l'espoir de contribuer à une application plus équilibrée de la Loi P-38. Bien que cette Loi soit, selon moi, bien conçue, elle gagnerait à inclure une définition plus précise de ce qu'est une personne dangereuse.

## Objectifs

- Analyser l'impact de l'application de la Loi P-38 sur mes droits en tant que patient psychiatrique.
- Fournir des perspectives nouvelles aux professionnels de la santé mentale sur l'importance de mieux informer les patients concernant leurs droits, la nature des traitements, et leurs effets secondaires, pour garantir un traitement respectueux.
- Proposer des recommandations pour une application de la Loi P-38 plus équilibrée, intégrant la prise en compte des choix des patients.

# Méthodologie

## Rétrospection qualitative des expériences vécues en milieu psychiatrique

Ce mémoire repose sur une approche qualitative, centrée sur la rétrospection de l'auteur quant à ses expériences vécues en milieu psychiatrique. Cette approche méthodologique permet d'analyser les événements passés, les interactions avec le personnel médical, et les effets de la Loi P-38 de manière réfléchie et structurée. La rétrospection a permis à l'auteur de revisiter des épisodes clés de son parcours psychiatrique, de prendre du recul par rapport aux émotions initiales et de formuler des observations plus nuancées.

## Élaboration de recommandations grâce à la rétrospection

La rétrospection a facilité l'intégration de recommandations pratiques pour l'amélioration de l'application de la Loi P-38, en se basant sur une analyse critique des expériences vécues plutôt que sur des réactions immédiates.

Cette approche permet de confronter l'expérience personnelle à une analyse plus distanciée, rendant les observations et les conclusions à la fois plus robustes et ancrées dans une réalité vécue.

## Anonymisation du témoignage pour des raisons de confidentialité

Dans le cadre de ce mémoire, toutes les informations personnelles susceptibles d'identifier l'auteur ou d'autres individus ont été soigneusement anonymisées. Les noms, lieux précis, dates exactes et autres détails identifiants ont été omis pour protéger la confidentialité et la vie privée des personnes concernées.

L'anonymisation permet de partager des expériences personnelles pertinentes tout en évitant toute divulgation des noms du personnel médical concerné et celles des proches de l'auteur. Ainsi, le mémoire peut offrir une analyse authentique et approfondie des enjeux liés à l'application de la **Loi P-38**, sans compromettre la vie privée des parties impliquées.

# Chapitre 1 : Mes expériences d'hospitalisation vécues en psychiatrie

## Été 2001 : Ma famille s'inquiète pour ma santé mentale

### Avant

À cette période, je traversais des difficultés financières et une recherche d'emploi infructueuse. Les circonstances d'un héritage à recevoir entre les mains du liquidateur successoral qui refusait de me remettre les fonds qu'il avait placés ont grandement contribué au contexte. Les consultations avec des travailleuses sociales et des avocats n'ont mené à aucun débouché ou intervention apaisante. Cette situation a contribué à mon isolement social et a suscité l'inquiétude de mes proches, conduisant à ma première hospitalisation en autre pour un examen psychiatrique.

### Pendant

On ne m'a pas dit pourquoi j'étais à l'hôpital ni informé de mes droits en tant que patient. J'ai essayé d'appeler le service d'aide juridique et on m'a dit de rappeler parce qu'il recevait trop d'appels à ce moment-là. Le personnel que j'ai rencontré m'a demandé ce qui se passait. Je suis resté hospitalisé environ 2 mois.

## Après

Suivi à l'hôpital de jour où on me donne une définition de ce qu'est la maladie :

- Quelque chose de sournois, de négatif, d'inattendu, une perte de contrôle avec la réalité.
- Changement de perception
- Détérioration d'un organe

## Début du suivi en consultation externe de psychiatrie

Je rencontre un psychiatre avec un membre de ma famille. Le psychiatre me dit : « T'est backé Philippe. J'te back. La médication. »

S'en suivent des rencontres en psychiatrie où on entend mes doléances par rapport à mes projets de vie, mes difficultés et mes succès.

En 2004, une travailleuse sociale de la consultation externe de psychiatrie fait la démarche pour que j'obtienne l'aide sociale.

La médication est augmentée peu à peu par le psychiatre.

## Été 2005 : Éviction complexe

### Avant

Cette hospitalisation a eu lieu à la suite d'une arrestation pour accusations de résistance à l'éviction en cours et à l'arrestation. Le propriétaire désirait à cette époque reprendre son logement et a utilisé la Régie du logement pour arriver à ses fins. À cette époque, avant l'éviction, je vivais dans un logement et bénéficiais de l'aide sociale avec contrainte sévère à l'emploi. À la suite de mon arrestation, une fois au centre opérationnel du SPVM, j'ai pu m'entretenir avec un avocat au téléphone dans une conversation très courte. Je n'ai pas rencontré d'enquêteur et j'ai rencontré une travailleuse sociale qui m'a reconduit à l'hôpital avec une voiture de patrouille et un policier.

### Pendant

On m'a demandé les documents que j'avais en main concernant l'arrestation policière. Un membre du personnel médical m'a dit : « Vous êtes dans la rue, monsieur. On vous offre l'hospitalité. » Je n'ai pas reçu de document en rapport avec mon hospitalisation telle que les rapports médicaux et l'éventuelle ordonnance de mise sous garde en établissement. Quelques jours plus tard, un psychiatre du département de l'hôpital demande à me rencontrer et me demande ce qui se passe

et m'explique qu'ils trouvent que je ne vais pas bien. J'ai demandé à sortir dans un premier temps, puis demandé à parler à un avocat dans un deuxième temps et ça m'a été refusé. On ne m'a pas donné le choix de prendre la médication prescrite par le psychiatre sur l'instant par voie orale ou par injection. On m'a donc donné une injection et attaché après un lit pendant environ 20 minutes. Ensuite, je me suis trouvé un logement pendant que j'étais hospitalisé et l'hôpital m'a laissé partir. Avant de partir, un psychiatre chargé de mon dossier m'a dit : « Si vous avez l'intention de faire du mal à quelqu'un, vous n'êtes pas sorti d'ici. »

## Après

Cinq ans plus tard en fin décembre 2009, je me présente à un poste de police du SPVM pour discuter de voies de fait dont j'ai été victime la veille de la part du voisin de mon logement. On m'explique que je suis recherché pour les accusations criminelles en rapport avec l'arrestation de 2005. Toutes les accusations qui étaient portées contre moi ont mené à un verdict d'acquiescement. Je suis resté dans le même logement entre 2005 et 2012. J'ai continué d'être suivi en consultation externe de psychiatrie durant cette période. J'ai essayé de demander l'arrêt de la médication par les psychiatres et on ne me l'a pas accordé en me disant :

Psychiatre 1 : Si vous ne prenez pas la médication, vous retournez en psychiatrie.

Psychiatre 2 : Si vous ne prenez pas la médication, il risque d'avoir de nombreuses hospitalisations.

## Printemps 2012 : Je cherche de l'aide à l'extérieure de l'hôpital

### Avant

Je me présente au CLSC pour rencontrer une travailleuse sociale en raison des phénomènes que je vis par rapport à la télépathie synthétique (la V2K). Elle n'a pas d'autres réponses que de me présenter à l'urgence.

### Pendant

Je présente à l'hôpital le document papier expliquant que je me fais harceler par télépathie avec des détails sur ce que les phénomènes disaient directement dans ma tête. Ils m'ont gardé à l'urgence moins de trois jours sans vraiment intervenir et m'ont donné congé.

## Après

Je suis rentré chez moi et planifié mes projets pour l'avenir, retour à l'école et recherche d'un nouveau logement sans succès.

## Été 2012 : Détresse psychologique

### Avant

Au cours de l'été, j'ai vécu une détresse psychologique intense, en partie causée par des perceptions de harcèlement par télépathie synthétique (via la technologie V2K). En l'absence de soutien du CLSC, j'ai appelé les services d'urgence, ce qui a conduit à une hospitalisation et une mise sous garde.

### Pendant

Un psychiatre m'a menacé de me donner une injection si je ne prends pas la médication par voie orale. J'ai contesté la mise sous garde au tribunal administratif du Québec et obtenu gain de cause. On m'a laissé partir. Je n'ai pas reçu de copie du jugement.

J'ai été mis au courant que la Loi P-38 a été appliquée.

### Après

J'ai appris à vivre avec la v2k. J'ai poursuivi le propriétaire du logement que j'habitais pour négligence d'effectuer des réparations nécessaires au logement que j'habitais. Ça a tourné à l'éviction en début d'automne 2012.

## Automne 2012 : Se présenter à l'urgence pour nausées

### Avant

À cette époque, j'utilisais des services d'hébergement d'urgence, ce qui a contribué à la perception d'une instabilité accrue par le personnel médical. Je me suis présenté à l'hôpital pour des problèmes gastro-intestinaux.

### Pendant

Après m'être présenté à l'hôpital, j'ai été pris en charge pour une hospitalisation. Une membre du personnel médical m'a demandé si je voudrais rester avec eux un certain temps. Je lui ai dit oui. Les psychiatres ont décidé de me placer sous garde

en établissement, sans traiter le motif initial de ma visite. J'ai reçu les deux rapports médicaux et la requête pour la mise sous garde en établissement après le délai de 72 heures. On m'a offert de prendre une douche. Pendant que je la prenais, après 7 minutes, un infirmier a cogné à la porte de la salle de bain en disant fort que c'est assez, que ça avait pris assez de temps pour prendre ma douche. S'ensuit une démarche avec une travailleuse sociale à l'interne pour obtenir une place dans un centre d'hébergement d'urgence et ensuite une place dans une ressource d'appartements supervisés d'un organisme à but non lucratif. Une infirmière m'a confisqué mon téléphone cellulaire pendant une période de sieste alors que je communiquais avec un propriétaire de logement pour sous prétexte de confidentialité. J'ai passé trois mois hospitalisé. Durant cette période, les psychiatres se sont intéressés au contenu de ce que disait la V2K dans ma tête.

Vers la fin de l'hospitalisation, on m'a offert de recevoir la médication prescrite par voie intramusculaire (injectable). J'ai refusé, le psychiatre a respecté ma décision.

J'ai été mis au courant que la Loi P-38 a été appliquée.

## Après

- Consultations en clinique externe de psychiatrie.
- Le psychiatre de la clinique externe a procédé à une vérification de la dangerosité.
- Le psychiatre de la clinique externe me propose de recevoir la médication prescrite par voie intramusculaire (injectable). J'ai accepté.
- Un accompagnement vers le retour sur le marché du travail s'en suit à partir d'un programme de réinsertion et l'aide d'une éducatrice spécialisée.
- Réussite d'études académiques aux collégiales dans deux AEC et un DEC dans un collège public autre que ceux dans lesquels j'ai vécu des échecs scolaires.
- J'ai demandé de diminuer la médication prescrite jusqu'à éventuellement l'arrêter et ça m'a été refusé. On m'a même menacé d'ordonnance judiciaire de soins si je ne la prenais pas.
- Déménagement dans une autre région démographique.
- Changement de psychiatre qui accepte de diminuer la médication prescrite à ma demande.
- J'ai toujours des problèmes gastro-intestinaux et j'ai un diagnostic d'hémangioendothéliome épithélioïde datant d'été 2024. Pour faire simple, c'est un cancer du foie. Des douleurs au ventre ne seraient pas étrangères à

ce diagnostic selon l'oncologue. La suite dira si le personnel médical a manqué en faisant un masquage diagnostique. Ils n'ont pas fait d'investigation en automne 2012 lorsque je me suis présenté pour nausée aux urgences.

## Définition de la télépathie synthétique selon mon expérience

### Technologie V2K, définition et son impact sur la santé mentale

La technologie V2K, ou "Voice-to-Skull", est théorisée comme un moyen de transmettre des sons directement dans le crâne d'une personne, sans passer par les voies auditives traditionnelles. On peut aussi l'appeler communication transcrânienne, télépathie synthétique ou télépathie artificielle. Basée sur le principe des ondes microonde, elle pourrait générer des vibrations auditives perçues comme des voix ou des sons ciblés. En d'autres mots ce sont des communications transcrâniennes. Bien que non officiellement reconnue dans le champ médical, la V2K est fréquemment mentionnée dans le contexte de phénomènes de perception inhabituelle.

### Manifestations de la V2K et perceptions médicales : entre détresse psychologique et interprétations diagnostiques

Dans mon expérience, la V2K se manifeste par des transmissions perçues comme étant dirigées spécifiquement vers moi, interprétées comme du harcèlement ciblé. Les manifestations de la v2k ont fait apparaître une détresse psychologique chez moi, mais elles n'altèrent ni ma capacité de contrôle personnel ni mon comportement en société. En absence de reconnaissance officielle de la V2K, le personnel médical a souvent assimilé ces phénomènes à des hallucinations, influençant les diagnostics et renforçant mon observation d'un manque d'ouverture de la part du personnel médical dans l'évaluation des témoignages relatifs aux nouvelles technologies de communication transcrânienne.

### Expériences durant l'hospitalisation

- Ressenti initial : Impression d'avoir perdu mes droits, avec un sentiment de culpabilité.
- On m'a changé d'aile de bâtiment à l'étage de la psychiatrie plusieurs fois.
- Interactions avec le personnel médical : Absence d'information sur la raison des hospitalisations, des effets des traitements prescrits, et des possibles effets secondaires.

- Traitements prescrits : Médication visant à faire en sorte que le patient entend moins de voix et réduire la dangerosité perçue, entraînant une fatigue diurne.
- Rapports médicaux avec un contenu à faible valeur médicale. Des extraits des rapports médicaux que j'ai vus passer en automne 2012 mentionnent :
  - Deviens procédural.
  - N'a aucune réflexion critique.
  - Très grand risque de très grande violence.

## Respect des droits

- Discussions avec le personnel : Mes préoccupations sur mes droits n'ont reçu que peu de réponses.
- En été 2012 lors du début de mon hospitalisation, un infirmier m'a remis un document informatif sur l'existence de l'organisme Action Autonomie.
- Information légale : Absence d'information sur le droit de contester les hospitalisations ; recours à un avocat en 2012 pour contester les mises sous garde.
- Je n'ai pas reçu les jugements relatifs aux décisions du tribunal en rapport avec mises sous garde.

## Impact sur la santé mentale

- Effets à long terme : Méfiance accrue à l'égard de la psychiatrie, et volonté de maintenir un comportement irréprochable pour éviter les suivis et les prescriptions.
- Moments marquants : Contentions, pressions pour prendre les traitements médicamenteux. Il y a eu absence de transparence sur les effets secondaires. On m'a dit que c'était un stimulant alors qu'au contraire, c'est un tranquillisant (ça calme) selon une pharmacienne.
- En janvier 2018, le psychiatre qui me suivait en clinique externe après les hospitalisations a déclaré que le fait que j'avais dernièrement communiqué avec un avocat est un comportement de méfiance de la psychiatrie et les fréquences des injections pour aux trois semaines au lieu d'au 4 semaines.

Tableau décrivant si certains droits en tant que patient ont été respectés pour chaque hospitalisation.

<b>Hospitalisations</b>	Été 2001	Été 2005	Printemps 2012	Été 2012	Automne 2012
	<b>Droit respecté</b>				
<b>Droit du patient en rapport avec la Loi P-38</b>	Oui ou non				
J'ai été signifié d'une requête judiciaire d'une mise sous garde.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
Délai de signification de 72 heures respecté	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Réception du jugement de mise sous garde de la cour.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Le personnel médical m'a informé du lieu où je serai gardée, du motif de sa garde, et de mon droit de communiquer avec ses proches et un avocat.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Le personnel m'a informé du diagnostic médical.	Non	Oui	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
On m'a informé des motifs de ma garde.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
On m'a laissé parler à un avocat quand j'ai voulu le faire.	Oui	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
J'ai accepté d'être évalué par un psychiatre.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Deux rapports psychiatriques par deux psychiatres m'ont été produits et remis.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
J'ai été mis au courant d'une garde en établissement.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
Réception d'un rapport sur l'état mental nécessitant toujours la mise sous garde après 21 jours.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Fin de la garde avec une remise d'un certificat médical ou par la décision du tribunal ou du Tribunal administratif du Québec	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Non

## Chapitre 2 : Analyse de la Loi P-38

La notion de "dangerosité" comme mentionnée dans la Loi P-38 manque de clarté et n'est pas explicitement définie. Cette absence de précision rend difficile pour le personnel médical de l'appliquer de manière cohérente et uniforme. De plus, dans mon expérience, les phénomènes de perception associés à la technologie V2K, qui provoquent un sentiment de harcèlement psychologique, sont méconnus des professionnels, ce qui limite leur capacité à évaluer l'état mental et la dangerosité des patients concernés.

### Évaluation de la dangerosité et interactions verbales

À plusieurs reprises, j'ai expliqué au personnel médical que les expériences rapportées, attribuées à la technologie V2K, étaient des perceptions extérieures à moi, et non des pensées internes ou des intentions personnelles. Cependant, cette distinction n'a pas toujours été prise en compte dans l'évaluation de la dangerosité immédiate, qui reposait souvent plus sur les propos verbaux que sur mon comportement observé. Cela reflète un manque de prise en compte des nuances dans l'évaluation des risques, contribuant à des mesures restrictives excessives.

## Chapitre 3 : Recommandations pour l'amélioration de la Loi P-38

### Formation des psychiatres et compréhension de la dangerosité

Pour garantir une application juste, le respect et la transparence de la Loi P-38, il est crucial que les psychiatres aient une maîtrise approfondie de cette Loi. Surtout ceux qui rédigent les rapports médicaux impliquant l'éventuelle application de cette Loi. La "dangerosité immédiate" ne devrait pas être évaluée sur une base intuitive, mais définie dans des termes clairs et accessibles pour tous – patients, avocats, juges, psychiatres, et infirmiers. Cela permettrait d'uniformiser l'évaluation et d'éviter les malentendus. Les critères de dangerosité devraient être formulés avec précision, et partagés avec les patients pour encourager leur compréhension et leur collaboration.

## Resserrement du contrôle de l'application de la Loi P-38

La recommandation d'un resserrement du contrôle de l'application de la Loi P-38 vise à garantir une utilisation plus encadrée et rigoureuse de cette mesure exceptionnelle en psychiatrie, qui permet la détention d'une personne présentant un risque pour elle-même ou pour autrui en raison d'un trouble mental. Un contrôle renforcé pourrait inclure des procédures d'évaluation standardisées, des protocoles détaillés pour déterminer la nécessité de l'application de cette Loi, ainsi qu'une supervision accrue par des comités d'éthique ou des instances indépendantes. L'objectif principal de cette recommandation est de limiter les abus et de réduire le risque d'injustice envers les patients, tout en assurant la protection du public. Un contrôle plus strict garantirait que l'application de la Loi P-38 demeure une mesure de dernier recours, respectant le droit des individus tout en maintenant des standards élevés de sécurité et de bienveillance dans le traitement des troubles mentaux.

## Amélioration de la communication

Dans le cadre de mes hospitalisations, un accès immédiat à une travailleuse sociale ou un psychologue aurait aidé à apaiser la détresse psychologique vécue. Un soutien psychologique rapide aurait pu atténuer mes symptômes et améliorer mon expérience en milieu psychiatrique. Informer le patient de ses droits, du plan de traitement, des effets secondaires possibles et de son état de santé. Il est essentiel de toujours demander au patient s'il consent à être hospitalisé et de lui recommander cette hospitalisation lorsque cela est nécessaire. Avant de recourir à la Loi P-38 pour le maintenir en hospitalisation contre son gré, il faut s'assurer que le patient a refusé explicitement l'hospitalisation volontaire et qu'il présente un danger réel et immédiat pour lui-même ou pour autrui.

## Éviter l'utilisation du terme « peut » pour décrire la dangerosité

Le terme *peut*, en parlant de la dangerosité d'une personne, est répandu en criminologie et en sociologie parce qu'il permet de nuancer l'évaluation des risques. Cependant, cette habitude de pensée comporte plusieurs limitations et peut poser des problèmes importants dans ces domaines.

### Risque de subjectivité excessive et d'imprécision

- L'utilisation de *peut* induit une part d'incertitude et de spéculation qui peut rendre l'évaluation de la dangerosité trop vague et subjective. Les évaluations peuvent ainsi dépendre davantage de l'interprétation

personnelle des professionnels (criminologues, travailleurs sociaux, psychiatres) que de critères objectifs et standardisés.

- Cela peut mener à des décisions incohérentes, d'autant plus que deux experts peuvent interpréter différemment les mêmes signes de risque, surtout si l'on se base uniquement sur le *potentiel* de dangerosité sans des preuves ou des comportements observés concrets.

### Stigmatisation et étiquetage social

- En qualifiant quelqu'un de *potentiellement* dangereux, il existe un risque de stigmatisation qui peut suivre cette personne à long terme. Cela peut la faire percevoir comme une menace, même si elle n'a jamais adopté de comportements violents ou dangereux. Cette stigmatisation, fondée sur des spéculations, peut impacter son intégration sociale et ses relations, et même alimenter des biais dans le traitement qu'elle reçoit de la société ou des institutions.
- Cela pose aussi des enjeux éthiques, car étiqueter quelqu'un comme *potentiellement dangereux* peut restreindre ses libertés ou influencer ses opportunités de réinsertion, notamment en matière d'emploi, de logement, ou de relations sociales.

### Décisions influencées par la peur et la précaution excessive

- Dans certains cas, cette manière de penser peut pousser à des décisions basées sur la peur de ce qui *pourrait* arriver, plutôt que sur des faits concrets. En criminologie, cela peut conduire à des mesures de précaution excessives, comme la détention préventive ou des restrictions de liberté qui ne sont pas justifiées par des actions passées, mais uniquement par une perception subjective de dangerosité.
- Cette approche peut créer un effet de **biais de précaution**, où l'on préfère restreindre les droits d'une personne « au cas où » elle deviendrait dangereuse, même si le risque est minime ou peu probable. Cela peut mener à des violations des droits de l'individu sous couvert de protection de la société.

### Déresponsabilisation dans les processus décisionnels

- L'utilisation du terme *peut* laisse parfois une trop grande marge d'interprétation aux professionnels, ce qui peut se traduire par une certaine déresponsabilisation. Puisque le terme est flou, il peut permettre de justifier

des décisions sans prendre en compte le contexte complet, les facteurs de risque précis ou les solutions alternatives.

- En d'autres termes, on peut justifier une mesure préventive (comme une hospitalisation ou une détention) simplement en invoquant un potentiel de dangerosité, sans aller plus loin dans l'analyse. Cette déresponsabilisation peut empêcher une véritable compréhension et une prise en charge individualisée de la personne concernée.

### Impact sur la confiance et la coopération avec les institutions

Pour les personnes évaluées, être jugé sur un *potentiel* de dangerosité peut mener à une méfiance accrue envers les institutions. Savoir qu'un comportement ou une situation a été interprété de façon excessive ou sans preuve solides peut générer un sentiment d'injustice. Cela peut conduire à une perte de confiance dans les professionnels de la santé mentale, de la justice ou du social, et décourager les individus de chercher de l'aide par peur de se voir catalogués.

Ce sentiment d'injustice peut également limiter la coopération et le suivi volontaire des recommandations, car la personne pourrait percevoir les interventions comme une forme de surveillance ou de contrôle excessif plutôt qu'une aide véritable.

### Nécessité d'une définition précise de la "dangerosité" pour une évaluation uniforme

La notion de "dangerosité" dans le cadre de la Loi P-38 manque de clarté, ce qui rend son application variable et subjective. Une définition précise de ce terme est essentielle pour assurer une évaluation uniforme et équitable dans les situations psychiatriques où des décisions de mise sous garde sont prises. Actuellement, l'évaluation repose souvent sur l'intuition et la perception des professionnels de la santé, ce qui peut entraîner des erreurs d'interprétation et des abus. Une définition formalisée permettrait aux patients, aux médecins, aux juges et aux avocats de partager une compréhension commune de ce que représente une situation "dangereuse." En identifiant des critères mesurables et spécifiques, les psychiatres et autres intervenants pourraient évaluer la "dangerosité" de manière plus objective, en réduisant la subjectivité qui peut influencer les décisions. Cela renforcerait le respect des droits des patients, limiterait les hospitalisations non justifiées et éviterait les mesures restrictives excessives.

## Accès aux ressources juridiques

Pour renforcer le respect des droits des patients sous la Loi P-38, il est essentiel de faciliter l'accès à des ressources juridiques durant l'hospitalisation. Un soutien juridique accessible, que ce soit via téléphone ou directement dans l'établissement, permettrait aux patients d'être informés de leurs droits, de demander un suivi, et de contester au besoin les mesures de garde. Cette recommandation vise à garantir que les décisions médicales ne soient pas appliquées sans supervision légale, assurant une transparence et un respect des droits des patients hospitalisés.

## Conclusion

### Synthèse des principales conclusions

Ce mémoire met en lumière les défis rencontrés en psychiatrie dans le contexte de la Loi P-38 et les expériences vécues en lien avec la technologie V2K ou voice-to-skull. On peut également la nommer technologie de communication transcrânienne, télépathie synthétique ou télépathie artificielle. Ces expériences soulignent l'importance de revoir l'application de la Loi P-38 afin de garantir un respect plus rigoureux des droits des patients et la protection contre la dangerosité immédiate d'une personne. L'absence de clarté autour de la notion de "dangerosité," combinée à une communication limitée entre le personnel médical et les patients, a contribué à des interventions de contrôle, à une méfiance croissante envers les soins psychiatriques, et à des impacts négatifs sur la santé mentale et la vie professionnelle de l'auteur. Cela permettrait d'éviter l'utilisation abusive de la P-38, aveuglement de façon arbitraire, ce qui restreint les droits des patients par rapport à leurs libertés individuelles ainsi que de bénéficier du choix du patient d'accepter ou refuser les soins médicaux.

### Impact des recommandations

Les recommandations proposées dans ce mémoire visent à renforcer la justice, la transparence et le respect des droits dans l'application de la Loi P-38 en milieu psychiatrique. La formation des psychiatres et une meilleure définition de la "dangerosité immédiate" contribueraient à des évaluations plus précises, permettant de limiter les malentendus et d'encourager la collaboration des patients. Le resserrement du contrôle de cette Loi garantirait une utilisation en dernier recours, réduisant ainsi les risques d'abus et d'injustices, tout en renforçant la confiance envers le système de santé mentale. De plus, l'amélioration de la

communication et l'accès à un soutien psychologique rapide apaiseraient la détresse des patients, facilitant une prise en charge respectueuse de leurs besoins. La clarification des critères de dangerosité et l'accès aux ressources juridiques, enfin, offriraient une protection accrue des libertés individuelles et une transparence indispensable dans les décisions de garde. En somme, ces recommandations visent à établir un équilibre entre la sécurité publique et les droits des patients, en assurant un accompagnement plus éthique, objectif et humain. À propos de l'auteur

L'auteur est un citoyen québécois qui a vécu des expériences profondes et significatives avec le système de santé mentale de la province. Confronté à plusieurs reprises à des hospitalisations psychiatriques sous l'application de la **Loi P-38**, il a développé une perspective unique sur les défis et les implications de cette législation pour les patients.

Titulaire deux **Attestations d'études collégiales (AEC)** et d'un **Diplôme d'études collégiales (DEC)**, l'auteur a toujours valorisé l'éducation et le développement personnel. Malgré les obstacles rencontrés, il a poursuivi ses études avec détermination, démontrant une résilience remarquable face aux défis liés à sa santé mentale.

En reconnaissance de son **comportement exemplaire et de son engagement dans son processus de rétablissement**, l'auteur a reçu un prix honorifique remis à des patients distingués pour leur comportement exemplaire selon les observations d'un professionnel de la santé. Cette distinction est un symbole de courage et d'effort. Il souligne le cheminement exceptionnel d'un client de l'institut universitaire en santé mentale de Montréal vers sa pleine citoyenneté.

Intéressé par les avancées technologiques, l'auteur s'est également penché sur l'impact potentiel de technologies émergentes, comme que la **V2K (Voice-to-Skull)**, sur le bien-être psychologique. Ses expériences avec cette technologie l'ont amené à explorer les interactions complexes entre la santé mentale, les droits des patients et l'innovation technologique.

En rédigeant ce mémoire, l'auteur aspire à partager son vécu pour contribuer à une meilleure compréhension de l'application de la Loi P-38. Il souhaite offrir des perspectives nouvelles aux professionnels de la santé mentale, aux législateurs et au public, dans l'espoir de promouvoir une application plus équilibrée et respectueuse des droits des patients. Son objectif est de favoriser un dialogue

constructif qui mènera à des améliorations concrètes dans le système de santé québécois, surtout en ce qui a trait à la santé mentale.

## Références/liens internet vers de la documentation :

### Études et rapports pertinents sur les droits des patients dans le contexte psychiatrique.

[Les effets de l'aide et de l'accompagnement en promotion et en défense des droits en santé mentale](#)

[La garde en établissement](#)

[Rapport du Ministère de la Santé et des Services sociaux sur les difficultés d'application de la Loi P-38.001](#)

[Réactions de l'AGIDD-SMQ au Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#)

[Rapport du Protecteur du citoyen sur les difficultés d'application de la Loi P-38.001](#)

[De l'influence des mythes: Hospitalisation et médication forcée en santé mentale](#)

### La Loi P-38

[P-38.001 - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#)

### Modèle de protocole G32

[Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de leur état mental](#)

### Brevets en rapport avec la technologie V2K :

[Method and device for implementing the radio frequency hearing effect](#)

[Système de production de télépathie artificielle](#)