



ACCOMPAGNER LA CRISE AILLEURS ET AUTREMENT

**Mémoire déposé par le Regroupement des ressources alternatives en
santé mentale du Québec (RRASMQ)**

**Dans le cadre de la démarche d'étude sur la Loi sur la protection des personnes dont l'état
mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38) menée par l'Institut
québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ)**

29 novembre 2024



Table des matières

ACCOMPAGNER LA CRISE AILLEURS ET AUTREMENT.....	1
1- Présentation du RRASMQ.....	3
2- Introduction.....	4
3- Des constats sur le terrain.....	6
3.1 Des enjeux en amont de l'hospitalisation.....	6
3.2 Des limites dans l'application de la loi.....	8
4- Des recommandations pour s'assurer d'une application de la P-38 respectueuse des droits et de la primauté de la personne.....	13
4.1. RECOMMANDATION 1: Un statu quo juridique, des améliorations dans l'application concrète.....	14
4.2. RECOMMANDATION 2: Lutter contre la stigmatisation grâce à des stratégies portées par les personnes premières concernées.....	15
4.3. RECOMMANDATION 3: Favoriser l'accompagnement dans la communauté et garantir l'accès à des alternatives avant, pendant et après la crise.....	16
4.4. RECOMMANDATION 4: Faire respecter le cadre de référence prévu par la loi. 21	
4.5. RECOMMANDATION 5: Agir sur les conditions de vie des personnes: éviter une réponse médicale et individuelle à des problèmes sociaux et collectifs.....	23
5- Conclusion.....	24
6- Sources et références.....	26

Rédaction: Anne-Marie Boucher et Marie-Pier Béland, co-responsables de l'action sociopolitique au RRASMQ

Illustration de couverture: «Acrobates», par Matteo Esteves, membre de Prise II

Illustrations dans le mémoire: Clément de Gaulejac, illustrations issues de différentes campagnes produites pour le RRASMQ de 2018 à 2022

Relecture : comité le politique : Yves Brosseau (L'Avant-garde en santé mentale), Peter Belland (Le Phare source d'entraide), Paulette Lacoste (Psychhésion), Lisette Dormoy (Le Vaisseau d'or des Moulins), Jean-François Plouffe (Action Autonomie), Karlyn Perron (La Barre du jour).

Remerciements particuliers: aux participant-es de l'atelier Mesures d'exception lors de l'AGA de juin 2024 du RRASMQ, les ressources ayant participé à la rencontre thématique sur les alternatives aux mesures d'exception en novembre 2024. Aux participant-es de la démarche *Se donner du souffle* (2017-2020). À l'équipe de l'AGIDD-SMQ et de ReprésentAction pour leur précieuse collaboration.



1- Présentation du RRASMQ

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) est un organisme à but non lucratif (OBNL) qui rassemble, représente et soutient depuis 1983 plus de 90 organismes à travers le Québec.

Les organismes membres du Regroupement (ressources alternatives) travaillent au quotidien pour et avec des personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale ayant eu une influence importante sur leur vie.

Ces ressources, à taille humaine, sont des groupes d'entraide, des centres de crise, des ressources de traitement, des lieux d'hébergement, des ressources d'aide et d'entraide, des maisons de transition, des centres de jour ou de soir, des ressources de réintégration au travail, des services d'écoute téléphonique, des services de répit, des services de soutien dans la communauté, etc.

Ces organismes s'identifient et adhèrent à une philosophie alternative en santé mentale qui se caractérise par une façon «autre» d'accueillir la souffrance et de considérer les problèmes de santé mentale, une approche globale et respectueuse de la personne, des pratiques favorisant l'appropriation du pouvoir, la participation et l'entraide. Ensemble, ils forment le RRASMQ et font partie du Mouvement social alternatif en santé mentale.

2- Introduction

**«Jusqu'ou irai-je hors de moi-même
pour correspondre à vos attentes
à l'espoir qu'il vous reste
d'anesthésier la blessure
de ravalier le cri
qui s'étrangle en ma voix»**

«Hors-la-loi», Anna Louise Fontaine

Au Québec, depuis les années 90, une loi vise à limiter les hospitalisations forcées et est censée s'assurer que personne ne soit mis à l'écart de la société sans une raison sérieuse. Aujourd'hui, cette loi est en révision, ce qui angoisse bon nombre de personnes vivant avec des enjeux de santé mentale. Plus de soixante ans après la publication du livre *Les Fous crient au secours*, on constate toujours des dérives et abus de certaines institutions, de même que le recours croissant aux mesures d'exception en santé mentale. Toutefois, il faut saluer les améliorations concrètes au niveau des pratiques en santé mentale alors que les soignant-es se montrent plus sensibles à la primauté de la personne, à la décision partagée, à la Gestion autonome de la médication (GAM) ou, plus largement, à la réalisation du droit à la santé.

Or, malgré certains changements du côté des mentalités et des pratiques d'accompagnement en santé mentale, de réels enjeux subsistent sur le terrain afin d'avoir accès aux soins, et il n'est pas rare qu'une personne doive se rendre à la crise afin d'être entendue dans sa souffrance ou sa détresse. Les personnes qui se présentent de façon volontaire aux services d'urgence ou de psychiatrie ne rencontrent pas toujours une réponse adéquate ou positive à leur quête: elles sont parfois renvoyées chez elles sans avoir pu déposer ce qui les troublait. C'est bien là le paradoxe de la psychiatrie (tel que nommé lors de nos consultations) : *quand on veut des services et des soins, on n'en reçoit pas. Quand on n'en veut pas, on en reçoit de force.*

Ces défis concrets se vivent sur fond d'une crise sociale fort préoccupante: la crise du logement met des dizaines de milliers de personnes à la rue (ou à risque de l'être), et la conjugaison de cette crise avec d'autres enjeux (hausse de la consommation, crise des opioïdes...) révèlent aujourd'hui une très grande détresse sociale, bien visible dans les rues de nos villes et villages. Les personnes qui se retrouvent en situation d'itinérance visible ont souvent, en commun, un historique de violences subies ou d'abus dans l'enfance; on parle de personnes à qui nous n'avons pas donné de soutien suffisant, et qui se retrouvent en grande vulnérabilité. On parle également de personne à qui on semble vouloir imposer une obligation ou un «devoir à la santé» plutôt que d'investir les fonds nécessaires afin de réaliser leur droit à la santé.

Mais plutôt que de développer davantage d'approches sensibles aux traumatismes ou de ressources pour accompagner avec dignité les personnes, c'est plutôt une criminalisation et une mise à l'écart de ces personnes qui est proposée. Ainsi, les discours du *pas dans ma cour* glissent vite vers *pas dans ma cour, mais à l'hôpital*. Ainsi, de plus en plus de personnes plaident

pour un changement dans les lois d'exception afin de forcer le soin chez des personnes qui ne représenteraient pas un danger pour elles-mêmes ou autrui.

Loin de nous l'idée de défendre le fait de laisser les personnes sans accompagnement. Toutefois, nous tenons ici à réitérer l'importance d'offrir des accompagnements ancrés dans les principes de l'Alternative, soit au rythme des personnes, de façon volontaire, et prenant compte de leur histoire et de leur singularité. Nous défendons également l'importance de protéger les droits fondamentaux, de respecter les droits des patients (LSSSS) et de réaliser le droit à la santé de la population dans son ensemble, dans tous les territoires du Québec. Ni notre capacité financière, ni notre code postal, ni la nature de notre diagnostic, ne devraient déterminer la qualité de l'accompagnement que l'on reçoit lorsque nous sommes au plus mal.

Il faut noter que, pour certaines personnes, la garde en établissement a été bénéfique. Il y a néanmoins une proportion significative de personnes pour lesquelles il s'agit d'une expérience douloureuse qui laisse des marques; l'objectif ici aura donc été de faire ressortir les enjeux et les problématiques, ainsi que d'offrir des pistes de solutions. Ce mémoire, en s'intéressant au parcours dans la garde en établissement, mais également en se penchant sur les alternatives à déployer dans la communauté, se veut un plaidoyer pour faire ailleurs et autrement, même face à la crise qui peut nous sembler aiguë ou dépourvue de sens.

3- Des constats sur le terrain

Dans le cadre de ses activités (rencontres de comités, atelier lors d'une assemblée, rencontre thématique, activités dans le cadre de la démarche *Se donner du souffle*), le RRASMQ a consulté ses ressources membres (équipes et membres), qui ont fait ressortir plusieurs constats. Ces constats sont souvent intriqués les uns aux autres, parfois vécus par les mêmes personnes qui accumulent plusieurs dénis de droits dans leur parcours. Nous les séparerons ici par souci de clarté.

3.1 Des enjeux en amont de l'hospitalisation

3.1.1 De véritables problèmes d'accessibilité aux services publics et aux conditions d'une pleine citoyenneté

Des personnes le nomment depuis des années, sinon des décennies : il y a une réelle difficulté d'accès aux services en santé mentale. Quand les personnes ne vont *pas* assez mal, elles sont renvoyées chez elles, invitées aux auto-soins ou laissées sur des listes d'attente. La crise semble demeurer la porte d'accès aux suivis plus serrés. Comment se fait-il que les interventions psychothérapeutiques, et les services d'écoute demeurent si difficiles d'accès? Les proches subissent également les impacts de ce manque d'accès à l'accompagnement. On constate que le trois-quart des demandes de P-38 proviendraient des proches qui, par inquiétude, incompréhension ou épuisement, font appel aux services d'urgence. Les familles sont souvent isolées et manquent d'informations sur les ressources disponibles dans leurs communautés (quand il y en a). Or, s'assurer que la garde en établissement soit un dernier recours implique de s'assurer que des services publics de qualité, ainsi que des mesures alternatives, soient présentes et connues des personnes premières concernées et de leurs proches. La difficulté d'accès à un médecin de famille est également désignée comme une cause d'un manque de suivi et d'accompagnement en amont de la crise. Enfin, les proches attendent souvent au dernier moment pour faire appel aux services, craignant parfois les interventions musclées et forcées.

3.1.2. Des interventions mal-adaptées à l'accompagnement d'une personne en crise

«Le 1er octobre, on m'a envoyé un policier. Il arrive à 10h46, met son pied dans la porte. J'me sens un peu agressée, je lui demande à plusieurs reprises d'enlever son pied. En moins d'une minute, il me saute dessus. Moi j'ai été opérée aux pieds, j'ai peur. Il me fait mal. Il entre, poivre mes chiens qui ne faisaient que japper. Il a poivré mes chiens, je leur ai dit: mordez, j'étais en mode survie. Il m'a sortie, a claqué la porte, m'a embarquée sur le gros nerf. Il quitte, rendu au coin j'ai donné deux petit coups de tête sur la vitre vu que je suis menottée pour lui dire guette mes chiens sont peut-être mal, ma porte est pas barrée. Il arrête, revient à l'arrière et me frappe sur le bord du banc. J'ai eu la peur de ma vie... Rendue à l'hôpital je suis sortie la même journée vue que j'étais pas un danger pour moi ni personne mais je suis sortie avec

plusieurs blessures partout sur le corpsCroyez-vous que cette intervention va faire que nous demanderons de l'aide? Seigneur, je ne crierai plus jamais à l'aide.»

Une citoyenne des Haute-Laurentides, site J'ai une histoire

Dans le cadre de nos consultations et rencontres sur le sujet avec nos membres, nous avons pu le constater: plusieurs intervenant·es dans le milieu communautaire éprouvent un malaise à faire appel à la garde en établissement, par crainte de faire subir de la violence à une personne traversant une crise. Des ressources alternatives ont également fait l'expérience d'interventions policières qui aggravent la crise : dans certains cas, la personne est en train de s'apaiser et les policiers interviennent sans tenir compte de l'évaluation faite par les intervenant·es sur place et du changement dans le comportement de la personne (entre l'appel aux corps policiers et le moment de l'intervention). Ce type d'intervention nuit à la personne, mais crée aussi un bris de confiance entre les intervenants et la police, en plus d'avoir un impact négatif sur l'ensemble des personnes témoins. Dans le même sens, et c'est un constat général, une intervention qui utilise la force, la contrainte et/ou la violence, qui est faite dans une certaine urgence qui ne laisse pas le temps à la personne de s'exprimer ou de se poser, et qui inclut peu de dialogue et d'ouverture, peut aggraver l'état de crise, créant ainsi un cercle vicieux où l'usage de la force devient "justifiée" par la réaction à l'intervention alors que cette réaction aurait pu être évitée par une approche plus attentive aux besoins et au rythme de la personne.

3.1.3.Des personnes marginalisé-es et stigmatisé-es

Les personnes marginalisées ou en situation de pauvreté sont sur-représentées dans les statistiques sur l'application de la garde en établissement ou les autorisations judiciaires de soins : une personne qui vit en zone défavorisée a deux fois plus de chance de recevoir une AJS, et une personne en situation d'itinérance a 65 fois plus de chances de recevoir une AJS¹. Ces statistiques, combinées aux statistiques de fréquence de recours à la P-38, soulèvent des enjeux quant à l'évaluation de la dangerosité faite par les personnes qui signalent, comme par les personnes qui interviennent en première ligne : sommes-nous en train de traiter un comportement dangereux, ou simplement un comportement dérangeant ou différent/surprenant ? Le rapport 1 de l'IQRDJ en fait suffisamment mention (notamment aux pages 58-59) pour qu'on ne développe pas davantage ici. Ces statistiques font également émerger des questions quant à la formation initiale et continue des intervenant·es (services d'urgence, policiers, psychiatres) sur la marginalité et le profilage social.

Des personnes rapportent également qu'elles ont eu le sentiment d'être traitées ou évaluées différemment en raison de leur diagnostic psychiatrique lorsqu'elles se sont présentées ou ont été apportées à l'urgence. Par exemple, dans certains hôpitaux, des personnes étaient envoyées systématiquement en psychiatrie en raison de leur diagnostic, même si elles

¹ D'après les chiffres compilés par Action Autonomie dans leur rapport *J'méritais pas ça, Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal*, octobre 2024.

consultaient pour d'autres motifs, situation qu'on appelle le masquage diagnostique. Il y a ainsi un risque que des personnes qui consultent pour d'autres motifs soient mal évaluées et ne soient pas adéquatement soignées. Le poids de ces préjugés a comme conséquence une rupture de confiance et un risque que les personnes évitent de consulter par crainte d'un mauvais accueil atteignant leur dignité ou encore, par peur de faire l'objet de soins sous contrainte.

3.2 Des limites dans l'application de la loi

3.2.1 Évaluation de la dangerosité et sous-évaluation des impacts pour la personne

Les consultations ont permis de soulever plusieurs enjeux en lien avec l'évaluation formelle des personnes qui conduit à une garde en établissement ou à une autorisation judiciaire de soin. Par rapport à la P-38, dans un premier temps, on questionne le poids excessif donné au diagnostic dans l'évaluation de la dangerosité par rapport à une réelle évaluation médico-légale du risque posé par la personne. Ces évaluations sont également parfois "contaminées" par le récit de la situation qui est donné par les premiers répondants ou les policiers au personnel de l'hôpital, qui tendent à donner plus de crédibilité au point de vue de ces personnes qu'à la personne première concernée.

D'autre part, il y a, dans l'analyse de la balance des avantages et des risques à recourir à une hospitalisation forcée pour une personne, une sous-estimation (ou une non prise en compte) du risque de re-victimisation ou de trauma. En effet, peu de données semblent exister quant à l'impact que peut avoir la violence qu'implique le retrait de sa liberté à une personne déjà dans un contexte de vulnérabilité. Pourtant, les effets majeurs de cette violence sont un des éléments phares de ce qui ressort de toutes les consultations: cela devrait donc être un risque et une réserve systématiquement pris en compte, mais également analysé plus spécifiquement en fonction de l'historique de chaque personne. À ce sujet, les statistiques cités par le psychiatre américain Awas Aftab, à l'effet qu'une personne hospitalisée contre son gré a deux fois plus de risque, dans les trois mois qui suivent la sortie, de mourir d'une surdose, d'un suicide ou de poser un acte violent, devraient induire un principe de précaution beaucoup plus grand dans l'application de ce genre de mesure².

«L'année dernière, j'ai été hospitalisée pour un stress post-traumatique avec dépression majeure. Je n'avais pas tenté à ma vie mais je me préparais à passer à l'acte. Par conséquent, j'ai pris mon courage à deux mains en demandant de l'aide à l'hôpital. Non seulement ils ne m'ont pas donné les soins requis, et ce que j'ai reçu comme « soins » étaient plus qu'inadéquat puisqu'ils ont contribué à augmenter ma souffrance en me faisant revivre ce que j'avais vécu lors de mon viol collectif (la

² Voir *Involuntary psychiatric hospitalization: a substack collection*, «For individuals whom some physicians would hospitalize but others would not, the team has found that hospitalization nearly doubles the probability of being charged with a violent crime or dying by suicide or overdose in the three months after evaluation.» [Involuntary Psychiatric Hospitalization: A Substack Collection](#)

littérature définit ce concept comme étant de la victimisation secondaire par les pratiques psychiatriques).

D'abord, lorsque je suis arrivée à l'urgence pour demander de l'aide, ils m'ont fait rencontrer une psychiatre de garde dont l'entretien a duré 5 minutes seulement et qui m'a diagnostiqué une dépression majeure. Comment elle a pu évaluer la situation en 5 minutes et voir toute la problématique ? Par la suite, elle a fait l'admission à l'unité de soins psychiatriques avec des personnes qui sont atteintes de toutes sortes de problématiques. Une fois arrivée sur l'unité, on m'a expliqué les règlements et l'on m'a annoncé qui serait ma psychiatre attitrée, celle-ci, je la verrai seulement dans quatre jours. Quant aux infirmières, elles font leurs tournées à chaque 10 minutes pour voir si tu ne t'es pas pendue avec le rideau et elles te donnent ta médication. Aucune infirmière ne m'a parlé pour savoir comment ça allait, d'ailleurs, pourquoi elles le feraient, elles ont ton dossier et tout y est inscrit dans ce dossier. Dans la nuit, c'est encore pire, le personnel homme ou femme vient dans ta chambre aux 10 minutes, ils refusent que tu fermes ta porte, je leur ai expliqué que j'avais peur, ils me répondaient que c'est le règlement et si je ne respectais pas le règlement on me donnerait une médication pour me calmer. Jamais ils ne se sont intéressés à ce que je vivais et pourquoi j'avais peur. Pire, ils me faisaient revivre mon viol puisque, lors de mon viol j'ai été enfermée dans une chambre durant plusieurs jours et lorsqu'une personne venait dans ma chambre c'était pour me violer. Non seulement je n'ai pas eu de soin mais ils ont augmenté mes souffrances. Imaginez, je m'étais présentée à l'hôpital pour éviter un passage à l'acte. J'ai voulu demander de l'aide et comme toute réponse on m'a hospitalisée, donné de la médication, mais on a oublié l'essentiel : m'accueillir et m'écouter. La souffrance ne peut pas se régler qu'avec un comprimé avalé dans le cadre d'une hospitalisation...»

Une citoyenne de Montréal, témoignage anonyme, site J'ai une histoire.com

Ainsi, plusieurs s'interrogent quant à la nécessité de mettre en place des mécanismes d'évaluation des effets de l'application des mesures d'exception sur les personnes. Compte tenu des effets délétères (nommés notamment dans le rapport 1 de l'IQRDJ en pages 99-101), il semble pertinent de renforcer ou de créer des mécanismes de collecte d'informations et de vigilance (que ce soit en soutenant financièrement les groupes de défense des droits qui en auraient la charge ou en confiant ce mandat à un institut de recherche indépendant). Des données doivent être récoltées de manière exhaustive et rendues disponibles, et des personnes premières concernées doivent participer à déterminer ces processus d'évaluation.

3.2.2. Une loi d'exception et de dernier recours?

Les consultations ont fait ressortir qu'il y a une contradiction entre l'idée que l'application d'une garde en établissement est prévue comme un dernier recours par la loi, mais que le processus n'implique aucune démonstration que d'autres options ont bien été tentées. Autrement dit, le fardeau de la preuve exigé concerne l'évaluation de la dangerosité en lien avec le diagnostic

posé, mais à aucun moment, on n'exige du personnel médical de faire la preuve que la demande est bien un ultime recours, envisagé après d'autres tentatives d'accompagnement (nous y reviendrons dans les recommandations sur les alternatives) ou parce que la situation est telle qu'aucun autre accompagnement ne répondrait adéquatement. Plusieurs intervenant-es soulignent par exemple qu'il existe assurément des manières moins traumatisantes et plus efficaces de soutenir une personne qui a des idées suicidaires ou qui est en état d'alerte et de terreur que de l'enfermer en psychiatrie.

«Tout ce que je dis à propos des effets secondaires ou de ma révolte est interprété comme un signe de la schizophrénie qu'il faut médicamenter en augmentant encore les doses «jusqu'à ce que je change et que je voie clair» me dit-il. C'est un piège, car même si je joue le jeu, ce psychiatre ne baisse jamais les doses. Je me sens léthargique. Je me sens tomber.»

«Alys Robi et moi» texte anonyme, *Journal Ailleurs et autrement* 2021, page 8

3.2.3. L'inaptitude des désobéissant-es et la question du consentement aux soins

Par rapport à l'autorisation judiciaire de soin, plusieurs personnes ont fait ressortir que le seul fait de refuser un traitement pouvait être interprété comme de l'inaptitude à bien comprendre les enjeux, et mener à une autorisation judiciaire de soin (comme l'a dit une personne lors d'un atelier: "Moi, je suis ostineux, je suis pas inapte!"), alors que le droit de choisir les soins de santé et traitements auxquels on s'expose demeure un droit. Comme le souligne judicieusement Linhares dans un article de 2019 : «En effet, la tendance est à juger « aptes à consentir » les personnes utilisatrices qui acceptent leur traitement, sans jamais le remettre en cause. En contrepartie, les personnes qui refusent leur traitement, le questionnent, le contestent, ou qui cherchent à faire valoir leurs droits, sont davantage susceptibles d'être jugées « inaptes » donc de subir une autorisation judiciaire de soins.³» Pour les membres du RRASMQ, ces constats sur les mécanismes d'évaluation impliquent d'entretenir une grande prudence quant à toute modification du cadre législatif qui viserait à simplifier la procédure, et en particulier la proposition de fusionner la P-38 et l'autorisation judiciaire de soin. À l'heure actuelle, il semble qu'à défaut d'autres mécanismes de protection contre certaines limites de la loi ou une utilisation abusive de ces recours, la séparation de ces deux procédures contribue à mieux protéger les droits des personnes.



«On se réveille et on réalise qu'on est sous garde en établissement. La seule personne à n'être pas mise au courant des dispositions et du processus de la garde en établissement est la personne concernée. Notre ignorance quant aux conséquences viendra s'ajouter. Elle va, cette garde en établissement, engendrer un processus

³ Linhares, Gorette, «De l'influence des mythes. Hospitalisation et médication forcée en santé mentale», *Journal Ailleurs et autrement* 2019, p.

d'autodestruction; peu d'informations seront échangées ce qui ne m'a laissé aucun choix que de traverser cette période en garde d'établissement et de vivre toutes les conséquences qui ont eu pour effet de briser mon plan de vie qui alors était familial. Je remarque en la garde en établissement que l'on ne tient pas compte réellement de chaque personne dans sa globalité. On nous soumet à un diagnostic général qui semble nous convenir et tout s'enclenche.

Nous ne pouvons faire marche arrière, nous avons crié au secours trop fort. Selon ce que je vivais, crier à l'aide m'a amenée à me faire tabasser de médicaments et vivre des souffrances psychologiques atroces (être séparée de mes enfants). J'ai été contentonnée physiquement et psychiquement, on m'a blessée par des interventions non prescrites, on m'a rendu inutile à la société par grand moment, j'ai perdu l'estime de soi, mon moi en a pris durement un coup, mes droits n'ont pas été respectés et j'en passe...Je ne méritais vraiment pas ça, j'avais seulement un chagrin qui ne pouvait être consolé à ce moment à l'âge de 27 ans. Aujourd'hui, j'ai traversé avec obstination et courage bien des défis et je n'ai en aucun moment cessé d'espérer retrouver celle que j'étais, je crois y être arrivée.

La garde en établissement peut contribuer dans un court moment à identifier les besoins de la personne complètement égarée et sans aucune autre alternative. Mais en général, je crois que l'on ne tient pas compte de l'essentiel, c'est-à-dire: aider la personne à reprendre ses sens puisque premièrement on la contentonne avec de fortes doses de médicaments. Puis on la retire de son monde en l'isolant. Nous nous sentons coupables d'un crime que nous ignorons. Nous ne comprenons plus ce qui s'est passé et débutera un calvaire dont seule la volonté de vivre peut nous aider à s'en sortir.

La garde en établissement fait silence sur notre vie et nous impose de devenir un cas, un cas bien diagnostiqué, un cas qui doit répondre aux interventions posées, un cas pris en charge et dirigé sans son consentement ni informé, un cas qui portera une empreinte toute sa vie...»

Une citoyenne de Montréal, témoignage anonyme, site J'ai une histoire

3.2.4. Accès à l'information et à la justice

De manière générale, les personnes visées par une procédure de mise sous garde en établissement manquent d'informations. L'information sur la procédure et les droits des personnes est souvent peu ou mal expliquée. La pochette d'information n'est pas toujours remise (pendant la pandémie en particulier, la documentation n'était pas accessible sous prétexte de contrôle de la contagion). Dans certains cas, il a été difficile d'obtenir que les dépliants disponibles incluent l'information sur les droits. D'autre part, lorsque la personne est hospitalisée, elle perd parfois la notion du temps écoulé: dans plusieurs cas, le délai de garde est terminé, mais la personne est tout de même gardée plusieurs journées additionnelles. Dans le contexte de grande vulnérabilité que crée la crise, il apparaît donc essentiel que les personnes aient accès à de l'information claire, vulgarisée et complète sur la procédure et sur leurs droits, que ces informations leur soient expliquées tout au long des étapes pour qu'elles

saisissent ce qui se passe, et qu'elles puissent être accompagnées et soutenues, notamment pour être en mesure de connaître et défendre leurs droits.

Plusieurs personnes nomment également le défi de défendre leurs droits dans un contexte de surmédication administrée contre leur gré ou sans information sur le traitement.

« Je n'ai jamais rien dit d'autre que de répondre aux questions. Je n'ai jamais demandé de sortir. J'avais peur des conséquences, que ce soit pire encore, qu'on me donne d'autres injections.⁴ »

« J'ai été hospitalisée dernièrement, et tu n'es pas considérée. J'étais consciente de ce qui se passait, on me répondait où on ignorait la question que j'ai posée, ou on me répondait des niaiseries.⁵ »



3.2.5. Accès variable au soutien des collectifs de défense des droits en santé mentale

Plusieurs organismes de défense de droit constatent également que le personnel médical est parfois réticent à laisser les personnes faire un appel et que les témoignages sont nombreux de personnes qui n'ont pas pu appeler un organisme avant plusieurs jours d'hospitalisation. L'existence de ces organismes n'est d'ailleurs pas toujours connue de la population, ce qui fait que plusieurs personnes ne les contactent qu'après le jugement, alors qu'elles auraient eu besoin d'informations et de soutien dès le début de la garde préventive. Pourtant, sauf dans des cas exceptionnels, les personnes devraient avoir le droit de passer un appel, d'autant plus pour obtenir des conseils légaux auprès d'un avocat ou de groupes de défense de droits.

Il y aurait plusieurs autres constats à faire ressortir sur ce sujet, mais, dans la mesure où plusieurs autres sources, notamment la consultation menée par l'AGIDD et le rapport de recherche réalisé par Action Autonomie, font une analyse beaucoup plus détaillée de ces questions, nous nous limitons ici aux constats qui sont liés à des recommandations dans la section suivante.

⁴ Action Autonomie, témoignages de personnes sous garde, Étude de l'application de la loi P-38. Cité dans [P3-mosaïque_tort6.pdf](#)

⁵ Idem.

4- Des recommandations pour s'assurer d'une application de la P-38 respectueuse des droits et de la primauté de la personne

« C'est tellement important de lutter contre la force et la coercition qui transforment les traitements en traumatismes. Cependant, il est aussi essentiel de se rappeler que beaucoup d'entre nous ne veulent pas faire appel à de tels services, car les options sont trop limitées ou inefficaces. Je pense également qu'il est très utile de demander aux gens ce dont ils ont besoin. »

Caroline Mazel-Carlton⁶

Plusieurs recherches s'intéressant à l'application concrète de la P-38 indiquent que cette loi d'exception est invoquée pour des motifs qui ne mettent pas toujours en évidence la dangerosité réelle de l'état mental d'une personne. C'est pourtant le seul motif pour lequel on peut forcer une garde. Du point de vue des membres du RRASMQ - mais ça nous semble également présent parmi des constats qui ressortent de la consultation réalisée par l'AGIDD et des éléments soulevés dans le rapport de l'IQRDJ - il est clair que la P-38, dans l'application qui en est faite actuellement:

- génère beaucoup de souffrance pour les personnes premières concernées, mais également un malaise, voire de la détresse chez une partie des intervenant-es qui sont impliqués;
- a des effets négatifs souvent durables sur les personnes premières concernées qui devraient nous questionner sur l'efficacité de ce moyen dans le traitement de la crise;
- est utilisée trop souvent, et sans obligation de recherche d'alternatives, pour être considérée comme un réel "dernier recours" en cas de danger grave;
- est utilisée d'une façon qui ne respecte souvent pas le cadre légal prévu (évaluation, déficit d'informations, délais non respectés, peu d'attention portée au bien-être et à la dignité de la personne, etc.) par les personnes chargées d'intervenir;
- s'appuie sur des rapports de pouvoir complètement disproportionnés entre les établissements qui font la demande et la personne première concernée qui la subit.



En ce sens, le RRASMQ propose cinq recommandations principales, détaillées ci-bas.

⁶ Citée dans [La communauté et la législation en faveur d'une meilleure santé mentale | OHCHR](#)

4.1. RECOMMANDATION 1: Un statu quo juridique, des améliorations dans l'application concrète

En raison de ces constats, le RRASMQ s'oppose à toutes les initiatives actuelles qui visent à réformer le droit civil en santé mentale, à simplifier la loi au bénéfice du personnel traitant et des établissements, et/ou à faciliter le recours à la P-38, qu'on pense à la proposition de certains psychiatres de fusionner la procédure d'hospitalisation contrainte et l'autorisation judiciaire de soins, ou des propositions plus pointues comme celle du CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal de retirer l'obligation de délai de notification chiffré pour la demande de garde provisoire (IQRDJ, p.98). On constate également, sur le terrain, une tendance croissante à imposer des autorisations judiciaires de soins à des personnes n'ayant pas «bien collaboré» au traitement durant leur garde. Il est essentiel de revenir à l'esprit de la loi en tant que mécanisme d'exception qui ne devrait être utilisé qu'en dernier recours, et de mieux protéger les personnes contre une hospitalisation abusive.

4.1.1. Conserver la distinction entre la garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins

On a constaté plus haut que les critères d'évaluation de la dangerosité (dangerosité ou dérangérisé/différence), comme les critères de l'évaluation de l'inaptitude (l'opposition, le refus, la désobéissance peuvent être interprétés comme de l'inaptitude) demeurent un peu flous et soumis à une subjectivité certaine. De plus, ces deux mécanismes ne poursuivent pas les mêmes objectifs (gestion du risque posé par une personne vs traitement de la personne) et contraignent la personne sur des aspects importants de son intégrité. Or, comme l'ont démontré les groupes en défense de droits (le rapport 1 de l'IQRDJ le résume bien aux p.67-69 notamment), il y a déjà une certaine confusion dans la pratique entre les deux, qui entraîne des abus importants pour les personnes premières concernées. On devrait donc user de beaucoup de prudence avant d'envisager quelque simplification que ce soit.

4.1.2. Imposer, aux professionnels faisant la demande d'une garde en établissement, la démonstration qu'il s'agit d'un dernier recours

La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est prévue comme un mécanisme d'exception, un dernier recours lorsque les autres moyens de "gestion" de la crise ont échoué à enrayer le danger que représente la personne pour elle-même ou pour les autres. À l'heure actuelle pourtant, il n'y a aucune obligation de démontrer que des tentatives d'intervention ou de soutien alternatives à une hospitalisation forcée ont été tentées ou offertes. Il existe une variété d'approches alternatives dans le traitement de la crise, que nous développerons davantage un peu plus bas; les psychiatres qui procèdent à l'évaluation devraient avoir à justifier, dans la demande de garde en établissement soumise au juge, pour quelle raison aucun autre moyen qu'une hospitalisation forcée ne peut répondre adéquatement à la situation pour laquelle une garde en établissement est demandée (critère additionnel), ce qui viendrait contribuer à préciser l'évaluation de la dangerosité.

4.1.3. Intégrer des mécanismes d'évaluation en continu de l'application et des effets de la loi

Dans le même sens, bien que nous reconnaissons que les gardes en établissement peuvent avoir eu un effet bénéfique pour certaines personnes qui en ressortent reconnaissantes, il y a néanmoins un bris de confiance important par rapport aux personnes et instances chargées d'intervenir auprès de personnes qui sont dans un moment d'extrême vulnérabilité et d'appliquer la loi. Or, comme le soulignent les organismes en défense de droits depuis des années, l'accès aux données concernant son application est un véritable parcours du combattant et rend laborieuse toute tentative de dégager un portrait global de son application. Cette compilation statistique est d'ailleurs actuellement uniquement assurée par des groupes en défense de droits alors que ce rôle dépasse leur mandat⁷. Aussi, la procédure qui encadre l'application de la P-38 devrait donc inclure une obligation pour chaque établissement de colliger les données annuelles de recours à la garde en établissement, ainsi qu'une instance chargée d'assurer une veille et une analyse continues de l'utilisation et des effets de cette loi d'exception. En plus des données formelles des établissements et du système judiciaire, des mécanismes de suivi des effets sur les personnes premières concernées, qui évaluent et tiennent compte de leur perspective personnelle sur leur parcours, devraient être mis en place au niveau régional et national. Il nous semble important que des représentant-es de la parole collective en santé mentale participent à l'élaboration et la mise en place de ce mécanisme.

4.2. RECOMMANDATION 2: Lutter contre la stigmatisation grâce à des stratégies portées par les personnes premières concernées

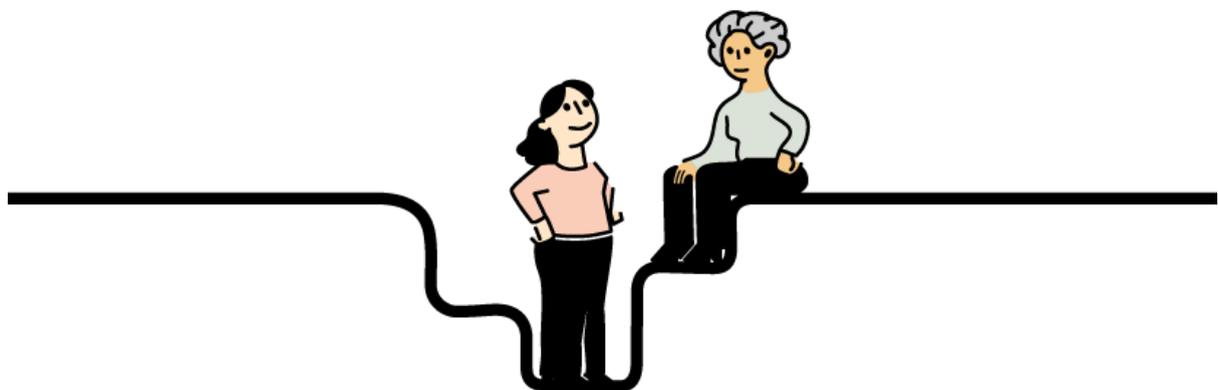
Il semble évident qu'on ne peut s'assurer du déploiement exceptionnel d'une loi comme la P-38 sans mener dans la société plus largement une campagne ambitieuse de lutte à la stigmatisation et aux préjugés entourant la santé mentale mais également auprès des personnes qui sont appelées à accompagner directement les personnes vivant des difficultés en santé mentale. Une initiative inspirante, en la matière, est portée par le Collectif *La santé sans préjugés* qui porte, depuis 2020, la revendication d'assurer une lutte à la stigmatisation menée par les personnes premières concernées au sein-même du réseau de la Santé. Les militant-es de ce collectif proposent des rencontres de sensibilisation aux professionnel·les du réseau.

Des initiatives mettant de l'avant des stratégies de contact ou des récits de vie permettant d'humaniser les personnes (derrière la personne en crise il y a une PERSONNE) semblent également porter fruit, notamment auprès du corps policier. Nommons l'initiative de la ressource La Cordée de Sherbrooke qui a présenté une pièce de théâtre à l'Hôtel-Dieu ou reçu des policiers en stage au sein de leur ressource. Les intervenant-es appelés à intervenir auprès des personnes en crise doivent également être bien informé-es à propos des droits en santé mentale, de même à propos des ressources communautaires présentes dans la communauté.

⁷ <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>

D'autres initiatives devraient également être déployées afin de sensibiliser les journalistes aux impacts du traitement médiatique de la santé mentale. À cet égard, l'Institut national de la santé publique du Québec propose des balises pour aborder la question de la santé mentale afin d'éviter d'accroître le déséquilibre de pouvoir que subissent les personnes vivant avec de grands défis de santé mentale⁸.

Finalement, la *dérangerosité* ne doit pas être prise pour de la dangerosité : un comportement inattendu, atypique ou anormal n'est pas nécessairement synonyme de danger pour soi-même ou pour autrui. De même, le diagnostic reçu par le passé ou l'historique de prescription ne devraient pas non plus justifier une méfiance envers la personne. Un resserrement clair des arguments admissibles dans le cadre d'une demande de P-38 réalisée par un professionnel de la santé est essentiel pour réduire le poids du diagnostic, de l'historique d'hospitalisation, du refus d'un traitement ou de la situation socio-économique de la personne sur son risque d'être hospitalisée de force.



4.3. RECOMMANDATION 3: Favoriser l'accompagnement dans la communauté et garantir l'accès à des alternatives avant, pendant et après la crise

La P-38 est une loi d'exception dans la mesure où elle suspend des droits fondamentaux: en ce sens, le cadre de référence de 2018 développe implicitement l'idée de déployer des centres de crises accessibles partout au Québec, en insistant sur le caractère exceptionnel de la garde. Dans les faits cependant, des centres de crises et autres ressources alternatives aptes à accueillir et accompagner la crise ne sont pas forcément disponibles dans l'ensemble des régions, et il y a un équilibre à rétablir entre les services offerts par le réseau et l'apport du milieu communautaire (les interventions de proximité, les interventions de milieu, les groupes en promotion-vigilance, les groupes d'entraide, etc). Le cadre de référence de 2018 mentionnait d'ailleurs déjà les manquements et les enjeux posés par la loi, mais avec peu d'effet. Du point de vue du RRASMQ, il est donc urgent d'agir sur la vision de la santé mentale et l'idée - bien

⁸ INSPQ, *La santé mentale dans les médias et l'espace public: comment l'aborder?*, dans [La santé mentale dans les médias et l'espace public : comment l'aborder? | Institut national de santé publique du Québec](#) voir aussi le guide [En-tête, reportage et santé mentale](#), par le Forum canadien des journalistes sur la violence et le traumatisme, 3e édition, 2020.

observable dans la pratique - qu'il est justifié d'y appliquer une certaine violence: il existe pourtant des tonnes d'alternatives, mettons-les de l'avant!

4.3.1. En amont de la crise, favoriser l'accompagnement dans la communauté et l'entraide

- **D'abord, réaliser le droit à la santé** : il nous semblerait incohérent de parler d'intervenir en amont de la crise sans nommer l'importance de s'assurer que les personnes aient des conditions de vie dignes et permettant de maintenir une bonne santé mentale (nous y revenons à la revendication 5).
- **Valoriser les groupes d'entraide**: les études et l'expérience de nos groupes le démontrent: les groupes d'entraide, c'est protecteur, c'est une forme de prévention qui touche aux facteurs de protection (lien avec les autres, appartenance, etc.) et qui permet d'éviter le recours à l'hospitalisation quand l'état de santé mentale d'une personne se dégrade. Il nous semble incontournable de rehausser le soutien à la mission pour consolider l'action de ces espaces essentiels.
- **Accès aux services publics en santé mentale**: Plusieurs personnes nous ont dit qu'il est difficile de recevoir du soutien quand on en cherche, mais qu'il y a également une crainte de se faire imposer des services lorsqu'on n'en souhaite pas. D'où l'importance de prévoir une réponse rapide aux demandes d'aide volontaires (on peut donner l'exemple du Tournant, de Valleyfield, qui assure une prise en charge des demandes dans les 24-48h), tout en s'assurant que les personnes aient accès à différentes alternatives. L'approche de soins par étape gagnerait à être bonifiée par un réinvestissement majeur dans les services sociaux généraux et les services spécialisés en santé mentale, de manière à assurer que des services d'écoute et d'accompagnement soient rapidement accessibles, de même que des thérapeutes formés en **approches sensibles aux traumatismes**, de manière à éviter la revictimisation ou le déclenchement de la crise.
- **Travailler en alliance et en partenariat**: Plusieurs ressources membres ont souligné l'importance de ne pas travailler en silo, d'entretenir des partenariats avec d'autres ressources de leurs communautés, notamment avec des groupes d'intervention en dépendance, afin d'accompagner la personne, selon le principe de la primauté de la personne qui se trouve au coeur des préoccupations et de l'accompagnement, tout en prenant garde de bien respecter la confidentialité. Des intervenantes indiquent que cette collaboration, et le fait de sentir qu'il y a une équipe bienveillante autour de soi, a un effet rassurant pour les personnes concernées.
- **Déployer un filet dans la durée**: l'accompagnement doit demeurer accessible au besoin, pour suivre le rythme de la personne. Des organismes, dont des centres de crise, proposent des relances téléphoniques à d'anciens résident-es ou personnes suivies dans leurs services et permettent de maintenir un filet de sécurité dans la durée, pour faire face aux situations rapidement lorsqu'elles dégringolent.

4.3.2. Face à la crise, privilégier la désescalade et les pratiques alternatives

- **Des intervenant-es qui ont le temps :** ce point est CENTRAL. Pour accompagner une personne en crise, dont le système nerveux est en état d'alerte, qui rejoue peut-être des traumas, qui a peur : il faut prendre le temps. Comprendre d'où la personne arrive, quelle est son histoire, son besoin, son réseau. Dans toutes les régions du Québec, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il doit y avoir des intervenant-e, ainsi que des membres d'organismes communautaires, formées à l'approche alternative et à la désescalade de la crise. Un accueil humain, qui s'adapte à la personne et à son rythme, peut faire la différence entre une crise qui se résorbe dans la communauté, ou une situation qui se termine à l'hôpital. On pense notamment à des pratiques bénéfiques comme le travail de milieu, le travail de rue, l'entraide entre pairs, la pair-aidance.



- **Des centres d'apaisement et des centres de crise qui accueillent la crise plus aiguë:** Plusieurs personnes nous ont rapporté que les entrevues d'accueil dans les centres de crise peuvent les envoyer dans d'autres services, puisqu'elles sont trop (ou pas assez) en crise pour ces espaces. Parfois, elles ne sont pas accompagnées parce qu'elles ont des animaux dont elles ne veulent pas se séparer, ou parce qu'elles vivent également avec des enjeux de consommation. Mais quels espaces, dans la communauté, peuvent accueillir ces personnes? Des groupes, dont le Collectif des Laurentides en santé mentale, militent depuis des années pour la mise en place d'un centre d'apaisement. D'autres souhaitent que l'accueil de la psychose puisse se vivre ailleurs et autrement, dans la communauté, où il y aurait une prise en charge différente, dans des services non-médicalisés, par exemple comme dans les modèles Open Dialogue en Finlande. Finalement, il est important de mettre en place des lieux d'accueil à bas seuil, pour que les plus désaffiliés, les plus *poqués*, aient accès à de l'accueil et de l'accompagnement. Cette expertise existe déjà dans le milieu communautaire, il faut la reconnaître, la soutenir et la mettre en valeur.
- **Des séjours volontaires, à durée variable:** s'assurer de prendre le temps que la personne comprenne ce qui se passe, et privilégier les séjours volontaires, avec une flexibilité dans la durée. Dans certains centres de crise, bien que les intervenant-es essaient d'éviter au maximum le recours à une hospitalisation, il arrive qu'elle soit conseillée à certain-es résident-es, et l'équipe s'assure que la personne comprenne bien en quoi cette option est celle qui lui convient, et adhère à la solution. Une

hospitalisation vécue de façon volontaire et consentie ne laisse pas les mêmes traces qu'une garde forcée. Valider, en tout temps, la compréhension et le consentement de la personne, de manière à ce qu'elle puisse participer et choisir, sans menace ni contrainte, redonne de la dignité et un sentiment d'emprise sur son existence.

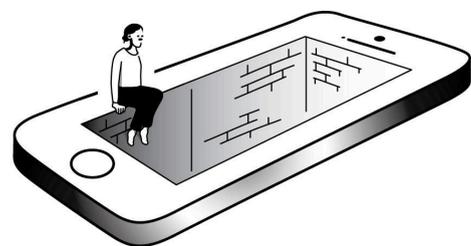
- **Des personnes qui ont le temps d'écouter et d'expliquer** : plusieurs personnes qui ont vécu une garde en établissement ont nommé qu'elles avaient besoin d'être écoutées, et qu'elles se sont plutôt retrouvées isolées. Quelques-unes ont également nommé que le soutien leur était venu des personnes hospitalisées, et non du personnel. Finalement, plusieurs personnes ont nommé que personne n'a pu leur expliquer qu'ils étaient en garde, quelle en était la durée ou quels étaient leurs droits. Il faut que la personne faisant l'objet d'une mesure d'exception ait accès à une information claire, détaillée et vulgarisée. Rappelons qu'une personne en crise peut avoir besoin de temps, de douceur et d'espace, pour bien comprendre ce qui se joue pour elle.

- **Éviter l'escalade en privilégiant l'intervention psychosociale**: plusieurs types d'initiatives existent:
 - **L'escouade 24-7 du Bas St-Laurent**, structurée sur le modèle des pompiers volontaires, fait appel à une communauté d'intervenant-es sociaux formé-es à l'approche alternative en santé mentale. L'escouade se déploie sur l'ensemble du territoire du Bas St-Laurent et a réussi à faire en sorte que la plupart des crises se résolvent dans la communauté. Cette initiative nous semble la plus porteuse.

 - **Intervention des travailleurs de rue**: les interventions portées par des travailleurs sociaux ou de rue semblent être mieux perçues par les personnes qui en font l'objet. Le temps disponible pour l'intervention est plus favorable à une désescalade. De plus, pour plusieurs personnes, la vue d'un uniforme, les sirènes, ou le port d'arme par des policiers peut accroître le sentiment d'urgence ou de menace. Des ressources communautaires privilégient d'ailleurs les taxis aux ambulances lors de transport à l'hôpital.

 - **Les escouades mixtes**: Le modèle des escouades mixtes a été également salué par certaines ressources membres, modèle jugé préférable à une simple présence policière. Des ressources dans la région de Brome-Missisquoi ont indiqué que la mise en place d'une brigade composée d'un policier et d'une travailleuse sociale a fait en sorte de mieux former ces personnes, et de faire en sorte que les personnes premières concernées développent des liens de confiance avec ces acteurs. La stabilité des équipes favorise également le développement de liens plus fréquents avec les personnes premières concernées, notamment quand celles-ci vont bien. En entretenant des liens positifs avec les organismes communautaires et les personnes qui les fréquentent, ces policier-es sont à même de développer un regard moins stigmatisant sur les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale.

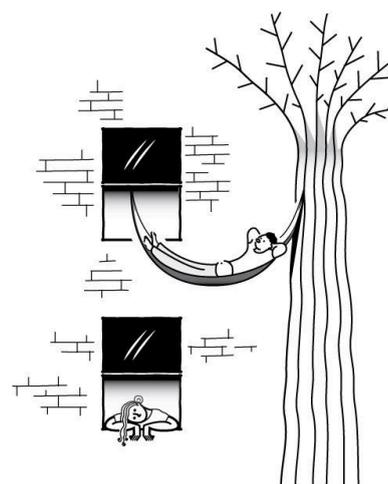
- **Offrir de la formation aux équipes et membres des ressources communautaires à l'accompagnement de la crise:** pour des personnes désaffiliées, les organismes communautaires et les membres qui les fréquentent font office de réseau social. Ces personnes peuvent être bien placées pour reconnaître l'apparition des conditions défavorables pouvant provoquer la crise ou pour accueillir la personne lorsqu'elle est au plus mal.
- **Déploiement de l'approche Dialogue ouvert (Open Dialogue) :** l'Alliance de recherche et d'action sur les alternatives inclusives en santé mentale contribue, depuis 2023, au déploiement, dans le réseau communautaire, de l'approche *Dialogue ouvert*. Cette approche, développée en Finlande dans les années 1980, semble offrir des résultats très encourageants en matière d'accompagnement de ce qu'on appelle la psychose. La plupart des personnes suivies retourneraient à une vie active, il y aurait une diminution importante de la fréquence et de l'intensité de la crise, ainsi qu'une réduction des symptômes psychotiques. C'est une approche dont l'un des principes de base est de répondre à la demande (de la personne ou des proches) dans les 24h et de briser les silos, en engageant une équipe interdisciplinaire autour de la personne. Cette approche, fondée dans les travaux de Bateson et de l'école de Palo Alto, implique une forte tolérance à l'incertitude (pas de plan clair, pas d'«expert unique de la situation», mais une co-construction d'un espace sécuritaire pour faire entendre la polyphonie intérieure de chacun). Une première cohorte est actuellement en formation au Québec, et un organisme de parents et proches témoigne que, grâce à cette approche, on diminuait le recours à la garde en établissement.
- **Valoriser l'accompagnement volontaire des personnes :** Une intervenante d'une ressource alternative du Lac-Mégantic raconte: «J'ai déjà eu à accompagner quelqu'un qui souhaitait être admis en psychiatrie en lien avec une grosse dépression, l'entente de voix, idées noires; la personne avait peur d'elle même et la personne a bien été accueillie, avec empathie, sauf que j'ai dû insister pour qu'elle soit admise. J'avais l'impression que, comme la personne n'était pas en crise visible, pas agitée, elle n'était pas vraiment prise au sérieux»⁹. Le centre de crise L'Autre maison propose également des accompagnements aux personnes et sent que cet accompagnement favorise un meilleur accueil au moment du triage ou de l'évaluation. La plupart des personnes ont eu des mauvaises expériences avec l'hôpital, c'est donc un dernier recours sur lequel le centre de crise n'insiste pas. Enfin, le centre de crise La Bouffée d'air expliquait que le fait de faire le pont entre l'infirmière au triage et le médecin permet de faire en sorte que la personne ne soit pas oubliée et soit accueillie diligemment.



⁹ Témoignage recueilli lors de la rencontre thématique du RRASMQ du 6 novembre 2024.

4.3.3. Prendre soin du "autour" et du "après" la crise

- **L'hospitalisation ne devrait pas nuire à la personne:** ce qui se passe "à l'extérieur" de l'hôpital, pendant que la personne est hospitalisée et suite à sa sortie sont des aspects un peu moins couverts lorsqu'on aborde les effets de la P-38, mais pour lesquels il faut pourtant prévoir du soutien pour réduire les effets négatifs de l'hospitalisation et assurer un suivi par la suite.
- **Offrir un suivi à moyen terme après un séjour en centre de crise ou une hospitalisation:** Les centres de crise offrent différents services pour assurer une continuité et maintenir un suivi à moyen terme avec la personne lorsqu'elle quitte leurs services. Plusieurs centres font également une relance téléphonique auprès des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont utilisé leurs services pour s'assurer de garder un filet de sécurité actif auprès de ces personnes. Pour limiter le phénomène des "portes tournantes", le soin (compris comme un accompagnement thérapeutique et non pas seulement comme un suivi sur la prise de médication) et l'accompagnement prévu pour l'après-crise est essentiel.
- **Soutien à l'après-garde, pour n'échapper personne :** Il peut être angoissant de revenir dans son milieu de vie après une garde. En guise d'exemple de ce que permet l'autonomie des groupes lorsque vient le temps de développer des innovations répondant aux besoins de la communauté, citons ce groupe d'entraide qui a développé un projet pour s'assurer que la sortie de garde se passe au mieux pour les personnes. Il y a quelques années, les membres de la Barre du Jour ont vécu la perte d'un des leurs, s'étant enlevé la vie le jour de son retour à la maison, suite à une hospitalisation pour un passage à l'acte. Les membres du groupe d'entraide se sont réunis pour voir comment ils pourraient faire en sorte d'adoucir ce moment de transition charnière et éviter de perdre des leurs. Ils ont alors conçu l'idée de développer l'Escouade SOS, pour intervenir, avec le consentement de la personne hospitalisée, dans son environnement de vie. Durant une hospitalisation, les membres du groupe d'entraide iront s'assurer de la sécurité et des soins d'un animal domestique, faire un peu de ménage, refaire le lit à propre et, le jour de la sortie, déposer des plats cuisinés par le groupe, et cuire des biscuits sur place pour que ça sente bon. Les demandes spécifiques sont faites par la personne auprès de l'équipe qui s'assure de la liaison et sont répondues en respectant la confidentialité des personnes.



4.4. RECOMMANDATION 4: Faire respecter le cadre de référence prévu par la loi

4.4.1 Garantir la protection des personnes et leur accès à l'information

En 2018, le RRASMQ mettait de l'avant une plateforme de revendications en prévision de la campagne électorale, dont nous reprenons plusieurs éléments ici qui nous semblent toujours d'actualité: «la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ ch. P-38.001) est une loi d'exception qui prive des personnes de leur droit fondamental à la liberté alors qu'elles n'ont commis aucun délit. [C'est donc une nécessité qu'à l'avenir] la loi P-38 soit appliquée plus rigoureusement, notamment quant aux aspects suivants:

- Le respect des périodes de temps prévus par la loi durant lesquelles un établissement de santé est autorisé à garder une personne sans son consentement et sans autorisation du tribunal.
- L'obtention d'un consentement libre et éclairé avant de procéder à des examens psychiatriques dont les résultats serviront, non pas à soigner la personne, mais éventuellement à servir de preuve devant le tribunal pour la priver de sa liberté
- La transmission d'informations claires aux personnes quant au processus qui pourrait mener à leur garde en établissement et la référence systématique vers des ressources (avocats, groupes de défense de droit, groupes de promotion vigilance) exclusivement dédiées à la défense de leur volonté.¹⁰»

Sur ce dernier point, soulignons certains exemples de collaboration avec le milieu qui semblent mieux favoriser l'accès à de l'information et du soutien pour les personnes premières concernées:

- *Droit et recours* (groupe de défense des droits en Outaouais) distribue directement dans les établissements des dépliants et fascicules d'information, et a constaté que le CISSS les contactait maintenant lorsqu'il n'y en a plus, ce qui semble démontrer que ces sources d'informations sont bien distribuées et considérées importantes.
- L'existence d'un local communautaire dans l'aile psychiatrique dans les Laurentides avec un·e intervenant·e présent·e en permanence pour répondre aux questions des personnes et leur offrir de l'accompagnement, ou encore les locaux accueillant l'organisme *Pleins droits de Lanaudière* dans les unités psychiatriques des hôpitaux de Repentigny et Joliette.
- Le déploiement d'une personne-ressource indépendante de l'hôpital pour informer et accompagner la personne, tel que défendu par *Action Autonomie* en 2016, pourrait être une voie intéressante également.

4.4.2. Protéger le droit à la justice des personnes

Dans le même sens, "le code de procédure civile du Québec (article 17) prévoit que les tribunaux doivent respecter le principe de la contradiction, c'est-à-dire entendre les deux parties d'un litige avant de rendre jugement. Or, un grand nombre de personnes ne sont pas présentes ou

¹⁰ RRASMQ, Plateforme de revendication électorale de 2018, 2018.

représentées par un avocat lors d'audiences où sont entendues des requêtes visant à les priver de leur liberté pour des raisons en lien avec leur santé mentale, notamment pour des ordonnances de traitement, des ordonnances d'hébergement ou des gardes en établissement. [...]

[Il est donc essentiel] que :

- Toute personne qui fait l'objet d'une telle requête puisse recevoir l'information et l'assistance nécessaire à sa défense pleine et entière.
- L'article 17 du Code de procédure civile soit rigoureusement appliqué lors des audiences portant sur des mesures légales en santé mentale de façon à ce qu'aucun jugement ne soit rendu si le principe de contradiction n'est pas respecté."

4.4.3 Valoriser et soutenir les groupes d'entraide sur la médication

Ce dernier élément concerne davantage les autorisations judiciaires de soins, mais nous tenons tout de même à l'inclure ici puisque c'est un constat que le recours à la P-38 implique souvent une contrainte visant le traitement également (que ce soit mentionné dans le jugement, ou imposé avec des menaces ou des privilèges par le personnel soignant par exemple). Les consultations menées par ReprésentACTION auprès des personnes premières concernées ont fait état de situations lors desquelles des personnes peuvent se retrouver avec une nouvelle médication qui déstabilise leur humeur, ou encore, qu'un sevrage mal informé ou accompagné précipite une situation d'intensité. La médication est généralement vue comme la solution à la crise, mais elle est parfois cause ou adjuvant. En cela, il est important d'écouter ce que disent les personnes à son propos!

Quelques personnes ont souligné le soutien important que les groupes d'entraide, notamment ceux qui proposent des ateliers de Gestion autonome de la médication (GAM)¹¹, peuvent offrir pour que les personnes soient en mesure de mieux évaluer et communiquer les effets de la médication sur elles, de se soutenir entre elles, et de négocier de manière informée avec leur psychiatre par la suite. Cette démarche redonne du pouvoir aux personnes alors que le constat était qu'une fois l'AJS en place, le vécu et les réactions de la personne ne sont plus forcément prises en compte par rapport au traitement et il n'y a pas d'espace pour de la négociation. **Nous recommandons qu'un soutien gouvernemental spécifique soit apporté aux groupes communautaires alternatifs qui déploient des groupes ou de l'accompagnement GAM, afin de s'assurer que cette pratique soit accessible partout au Québec.**



¹¹ À propos de la pratique de la Gestion autonome de la médication, découvrir les outils ici : [La Gestion autonome de la médication – RRASMQ](http://www.rrasmq.com/GAM) (www.rrasmq.com/GAM)

4.5. RECOMMANDATION 5: Agir sur les conditions de vie des personnes: éviter une réponse médicale et individuelle à des problèmes sociaux et collectifs



Un dernier élément ne peut être passé sous silence, même s'il sort un peu du cadre de cette consultation: l'importance de l'action sur les conditions de vie des personnes. Au vu notamment des statistiques selon lesquelles une personne a beaucoup plus de chance de faire l'objet d'une P-38 si elle est en situation de pauvreté ou d'itinérance, il y a un risque important que des mécanismes comme celui-ci participent à une médicalisation de problèmes sociaux qui découlent des inégalités sociales et de l'accès défaillant à un logement décent, de la nourriture, des soins de santé adaptés, des recours adéquats et fonctionnels pour des situations de harcèlement, violence conjugale, précarité économique, infestation de son logement, etc.

Plusieurs instances font d'ailleurs ces mêmes constats et recommandations. On peut penser aux récents rapports du rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible, notamment le rapport du 12 avril 2019¹².

Dans le même sens, l'Organisation mondiale de la santé rappelle qu'un simple focus sur les diagnostics et la réduction des symptômes ne peut améliorer les choses si on néglige les déterminants sociaux qui affectent la santé mentale des gens:

«Mental health and well-being are strongly associated with social, economic, and physical environments, as well as poverty, violence, and discrimination. However, most mental health systems focus on diagnosis, medication, and symptom reduction, neglecting the social determinants that affect people's mental health.¹³»

Ces instances viennent confirmer ce qu'on entend bien sur le terrain. Les consultations menées par ReprésentACTION en santé mentale faisaient par exemple état de gardes en établissement appliquées dans un contexte de difficultés face au logement (punaises de lit, situation d'itinérance, éviction, harcèlement, etc.). En ce sens, le RRASMQ tient donc à rappeler que prévenir la crise passe par une action sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

¹² À ce propos, voir le mémoire déposé par le RRASMQ lors du passage du rapporteur spécial à Montréal en novembre 2018.

¹³ Organisation mondiale de la santé, *Mental health, human rights and legislation*, 2023, p.xvii.

5- Conclusion

En conclusion, nous tenons d'abord à saluer la revue de littérature réalisée par l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), qui a su faire ressortir de nombreux constats mis de l'avant par les groupes de défense de droit et les ressources alternatives en santé mentale depuis plusieurs années, notamment quant à la distance qui sépare la procédure prévue de la pratique, et les atteintes aux droits et à la dignité des personnes. Dans le cadre de la préparation de ce mémoire, nous avons également eu accès à une synthèse des résultats de la consultation large menée par ReprésentACTION auprès d'environ 300 personnes, qui a fait ressortir les impacts du manque d'écoute et des différentes formes de violence vécues par les personnes qui ont fait l'expérience d'une garde en établissement.

Or, il y a quelque chose de frustrant, lorsqu'on écoute et lit la somme de ces témoignages, dans le fait de constater que les propositions qui émanent du réseau de la santé tiennent généralement peu compte des effets délétères des hospitalisations forcées sur les personnes, et mettent plutôt de l'avant la nécessité de combiner et simplifier les procédures, réduire les démarches administratives et judiciaires, réduire les critères d'évaluation de la dangerosité pour appliquer la procédure auprès de davantage de personnes...! C'est à se demander si ces professionnel·les prennent parfois le temps de s'arrêter pour prendre du recul sur les impacts de ces interventions?

En ce sens, nous avons parsemé ce mémoire de témoignages de personnes qui ont subi une garde en établissement parce que si on ne devait retenir qu'une chose de notre contribution, c'est qu'il est temps qu'on écoute les personnes premières concernées et que toute réforme à venir devrait tenir compte d'elles pour ne pas répéter les abus déjà maintes fois dénoncés. Les mesures d'exception en santé mentale doivent demeurer des mesures de dernier recours. Elles ne doivent pas devenir une façon de gérer la crise du logement ou le manque de soutien psychosocial disponible pour des personnes désaffiliées, en grande souffrance, âgées et sans ressources, etc. Elle ne doit pas être une voie de contournement des droits d'une personne qui crée un malaise et dérange le bon roulement de la machine. Au fond, chaque fois qu'on fait recours à une hospitalisation forcée, on peut considérer qu'il s'agit d'un échec du système à fournir aux personnes les conditions de vie et/ou le soutien nécessaire en amont de l'atteinte d'une telle détresse. Or, l'État y répond avec une violence qui semble excessive et franchement inadéquate: on menotte, on menace, on enferme, on attache, on injecte de force, on isole, on contraint, on contourne le consentement, contribuant ainsi à un cycle qui semble générer finalement plus de souffrance et de violence, alimentant et accélérant parfois, souvent, la crise qu'on prétendait traiter.

En ce sens, il nous semble qu'il faut un changement de paradigme. À ceux, qui réclament un allègement et une simplification de la procédure, qui soulèvent que le temps et les ressources

sont actuellement insuffisants pour respecter les balises prévues, et qu'à défaut d'une réforme dans leur sens, on court le risque "d'échapper" des personnes; nous répondons que la solution n'est pas d'augmenter le nombre de gardes en établissement! La réponse est dans les multiples alternatives qui préviennent la crise en offrant du soutien, de l'entraide et de l'accompagnement lorsque la personne le demande; qui accompagnent la crise lorsqu'elle se présente dans le respect de la personne; et qui soutiennent les personnes après la crise. Nous avons tenté d'offrir ici quelques modèles; il en reste encore beaucoup à développer à partir de la parole et de l'expérience des personnes premières concernées. Donnons-nous la peine de mieux soutenir et mettre de l'avant ces initiatives pour qu'elles deviennent un réel filet d'humanité et de sécurité à travers le Québec!

6- Sources et références

Rapports, articles et mémoires

- Action Autonomie, *J'méritais pas ça, Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal*, octobre 2024.
- AFTAB, Awais, [Psychiatry in the margins, Awais Aftab](#).
- Forum canadien des journalistes sur la violence et le traumatisme, guide [En-tête, reportage et santé mentale](#), 3e édition, 2020
- Linhares, Gorette, «De l'influence des mythes. Hospitalisation et médication forcée en santé mentale», *Journal Ailleurs et autrement* 2019.
- INSPQ, *La santé mentale dans les médias et l'espace public: comment l'aborder?*, dans [La santé mentale dans les médias et l'espace public : comment l'aborder? | Institut national de santé publique du Québec](#)
- RRASMQ, Plateforme électorale de 2018.
- RRASMQ, *Trois chantiers pour une approche globale en santé mentale*, 2020.
- RRASMQ, *Le luxe de faire partie du monde*, mémoire déposé dans le cadre des consultations sur le PAGIEPS, juin 2023.
- RRASMQ, *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale*, mémoire déposé au Rapporteur spécial de L'ONU pour le droit à la santé, novembre 2019.
- [P-38.001 - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#)
- [Dialogue ouvert – Wikipédia](#)
- Organisation mondiale de la santé, *Mental health, human rights and legislation*, 2023, [WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf](#)

Témoignages et poèmes

- Fontaine, Anna Louise, *Folle à délier*, Les Très Mal entendus, 2017.
- Anonyme, «Se faire tabasser au lieu d'être aidée», Site J'ai une histoire
- Anonyme, «Alys Robi et moi», *Journal Ailleurs et autrement* 2019.
- RRASMQ, «On nous impose des traitements», [Phrases à compléter](#), démarche Se donner du souffle, 2018.
- RRASMQ, «On vit la peur», [Mosaïque des dénis de droits](#), Démarche Se donner du souffle, 2018.
- RRASMQ, «On passe outre notre consentement», [Mosaïque de dénis de droits](#), Démarche Se donner du souffle, 2018.