IQRDJ
INSTITUT QUÉBÉCOIS
DE RÉFORME DU DROIT
ET DE LA JUSTICE

LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

Rapport 3

Sondage public

Rapport de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux
10 février 2025

Auteurs

Noreau, Pierre
Président, IQRDJ

Fau, Valentine,
Chargée de projet Volet recherche, IQRDJ

Boucher-Réhel, Maude
Assistante de recherche, IQRDJ

IQRDJ
INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE

SOMMAIRE EXÉCUTIF

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui* (ci-après P-38), adoptée en 1997, permet d'amener une personne et de la placer sous garde dans un établissement de santé et de services sociaux sans qu'elle y ait consenti. À caractère exceptionnel, cette loi permet donc de priver temporairement une personne de sa liberté dans la mesure où elle présente un danger pour elle-même ou pour autrui. L'intervention qui découle de cette loi se décline en plusieurs phases, chacune faisant appel à différents professionnels (intervenants sociaux, policiers, psychiatres, personnel soignant, avocats, juges, etc.).

Dans le cadre d'un projet mené à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) est chargé de mener des recherches et des consultations au sujet de la P-38 et de sa mise en œuvre. Après avoir réalisé une revue de la littérature et produit une analyse comparative des mécanismes de gardes en établissement mis en œuvre dans les autres juridictions canadiennes, l'Institut présente ici son troisième rapport. Ce dernier rend compte des résultats d'une enquête effectuée par sondage auprès de la population québécoise.

L'enquête explore la manière dont les participants à l'étude se positionnent à l'égard des enjeux reliés à la santé mentale. Elle permet de brosser un portrait général des représentations et des attentes de la population québécoise à ce sujet. Pour ce faire, quatre types de mesures ont été prises auprès des répondants : la première mesure la perception sociale de la santé mentale, la seconde rend compte de l'expérience des répondants en matière de santé mentale, la troisième concerne leurs attentes à l'égard des interventions dans le domaine et la dernière mesure les attentes relatives aux droits et libertés des personnes. Plusieurs tendances ont pu être dégagées de ces différentes mesures. Le présent rapport rend notamment compte des relations entre l'expérience des répondants et leurs attitudes et opinions à l'égard de la santé mentale. De même, certaines variables sociodémographiques semblent favoriser des positionnements particuliers chez les répondants. La conclusion de ce rapport permet de retracer les grandes lignes de l'analyse et de présenter les principales tendances qui s'en dégagent.

Ce rapport fait donc état de la nature des relations que les individus entretiennent vis-à-vis de la santé mentale. Chaque fois que la chose paraissait possible, nos analyses ont été alimentées par les observations tirées de nos autres chantiers de recherche et des consultations menées jusqu'ici. Cette enquête, de nature, quantitative, représente en effet un jalon important, mais non exclusif, d'un projet de recherche plus vaste, alliant des analyses descriptives, des analyses qualitatives, ainsi que des données et orientations tirées d'une consultation systématique des acteurs impliqués dans l'application de la P-38.

IQRDJ
INSTITUT QUÉBÉCOIS
DE RÉFORME DU DROIT
ET DE LA JUSTICE

À propos de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ)

Créé en 2018, l'Institut est une institution indépendante à vocation publique, vouée à la réforme du droit et de la justice. Ses travaux visent l'ajustement continu de la normativité juridique aux besoins contemporains de la société et de l'État de droit. Ils sont fondés sur la recherche juridique et interdisciplinaire, de même que sur la consultation et la participation continues des membres de la société civile. Pour les fins de ses activités de recherche, l'Institut prend appui sur l'avis d'un Comité scientifique formé de juristes et de chercheurs issus d'autres disciplines que le droit, rattachés à des universités différentes. Sur le plan académique, les rapports de l'Institut constituent des publications évaluées par les pairs.

IQRDJ
INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE

SOMMAIRE

Sommaire exécutif p.3
Sommaire p.5
Liste des abréviations p.6
Liste des tableaux et graphiques p.7
Introduction p.10

Chapitre 1. La perception sociale de la santé mentale p.16
1.1. Les variables liées à la perception sociale de la santé mentale p.16
1.2. L'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale p.23

Chapitre 2. L'expérience en santé mentale p.29
2.1. Les différentes expériences en santé mentale p.29
2.2. L'échelle d'expérience en santé mentale p.37

Chapitre 3 – Les attentes à l'égard des interventions en santé mentale p.42
3.1. Les acteurs de l'intervention p.44
3.2. Les types d'intervention p.50

Chapitre 4 – Les droits des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale p.61

Conclusion p.64
Bibliographie p.67
Table des matières p.70
Annexes p.72

Liste des abréviations

Acronyme	Terme en entier
C.c.Q.	*Code civil du Québec*
C.p.c.	*Code de procédure civile du Québec*
IQRDJ	Institut québécois de réforme du droit et de la justice
P-38	*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui,* RLRQ, c. P.-38.001

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Préoccupation des répondants pour la santé mentale	p.16
Tableau 2	Attribution des scores pour la création de l'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale	p.24
Tableau 3	Taux d'hospitalisation des répondants	p.32
Tableau 4	Taux de consentement des répondants à l'hospitalisation	p.32
Tableau 5	Taux de satisfaction des répondants à l'hospitalisation	p.32
Tableau 6	Implication des proches en santé mentale	p.35
Tableau 7	Sentiment d'utilité de l'intervention des proches	p.35
Tableau 8	Effet de l'expérience en santé mentale sur les proches	p.36
Tableau 9	Effet de l'expérience des personnes qui ont côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale	p.37
Tableau 10	Seconde priorisation des acteurs en contexte de santé mentale	p.45
Tableau 11	Respect des droits des personnes présentant une difficulté de santé mentale	p.61
Tableau 12	Seconde priorisation des droits en santé mentale	p.62

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1	Mesures d'évaluation de la perception sociale de la santé mentale	p.17
Graphique 2	Nature de la relation avec les personnes présentant des difficultés de santé mentale	p.19
Graphique 3	Nature de la relation et perception de la dangerosité	p.19
Graphique 4	Perception du comportement	p.20

Graphique 5	Intervention systématique et perception du comportement	p.21
Graphique 6	Prise en charge de la santé mentale	p.22
Graphique 7	Prise en charge de la santé mentale et insuffisance des ressources	p.23
Graphique 8	L'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale	p.25
Graphique 9	Prise en charge de la santé mentale et indice d'ouverture	p.27
Graphique 10	Expériences des répondants en matière de santé mentale	p.30
Graphique 11	Gravité de la situation personnelle liée à la santé mentale	p.31
Graphique 12	Soutien obtenu lors de difficultés de santé mentale	p.31
Graphique 13	Gravité de la situation liée à la santé mentale d'un proche	p.33
Graphique 14	Soutien obtenu par les proches en contexte de difficultés de santé mentale	p.34
Graphique 15	Utilité de l'implication des proches et degré d'implication	p.35
Graphique 16	Échelle d'expérience en santé mentale	p.38
Graphique 17	Expérience et indice d'ouverture en santé mentale	p.38
Graphique 18	Expérience et perception de la dangerosité	p.39
Graphique 19	Expérience et nature de la relation	p.40
Graphique 20	Intervention ou non-intervention en contexte de crise personnelle	p.42
Graphique 21	Intervention ou non-intervention en fonction de l'âge	p.43
Graphique 22	Acteurs prioritaires en matière de santé mentale	p.44
Graphique 23	Priorisation des acteurs en santé mentale en fonction du revenu	p.45
Graphique 24	Légitimité des acteurs de l'intervention en santé mentale	p.47
Graphique 25	Légitimité des policiers et indice d'ouverture	p.48

Graphique 26 Légitimité du juge et expérience en santé mentale p.49

Graphique 27 Légitimité du juge et niveau de scolarité p.49

Graphique 28 Acceptabilité des différents types d'intervention p.51

Graphique 29 Acceptabilité de l'hospitalisation et du traitement forcés et indice d'ouverture p.52

Graphique 30 Hospitalisation forcée et expérience personnelle de santé mentale p.53

Graphique 31 Traitement forcé et niveau de scolarité p.53

Graphique 32 Traitement forcé et âge p.54

Graphique 33 Justification de l'hospitalisation forcée selon les situations p.55

Graphique 34 Âge des répondants et hospitalisation forcée p.57

Graphique 35 Priorité des interventions en santé mentale p.58

Graphique 36 Priorisation des droits en matière de santé mentale p.62

INTRODUCTION

Contexte de la recherche

Le 17 mai 2023, le ministre responsable des Services sociaux, Lionel Carmant, confiait à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (ci-après IQRDJ) un mandat en vue de réaliser des travaux de recherche sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (ci-après P-38). Ce mandat s'inscrit dans le cadre de la responsabilité confiée au ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après MSSS) en regard de l'application de la P-38, comme le prévoit l'article 24 de la loi.

Dans le cadre de ce mandat, l'IQRDJ réalise cinq chantiers de recherche :

- Chantier 1 : Un bilan d'application et une revue de la littérature en lien avec la P-38[2].
- Chantier 2 : Des entretiens semi-dirigés auprès des personnes et acteurs clés dans l'application de la P-38.
- Chantier 3 : L'organisation d'un forum des acteurs réunissant les acteurs clés de l'intervention.
- Chantier 4 : Un sondage public auprès de la population.
- Chantier 5 : Le recueil et l'analyse de mémoires des organismes et des institutions concernés[3].

La structure du projet s'inscrit dans une démarche empirique prévoyant la participation des acteurs et des personnes concernés par l'application de la P-38. Ils et elles ont (ou seront) consulté-e-s à plusieurs reprises, notamment dans le cadre des chantiers 2, 3 et 5.

Afin de faciliter la lecture rapide et par section du rapport, nous avons choisi de reproduire les références citées à chaque note en bas de page, plutôt que d'utiliser le traditionnel système de renvoi à la citation première de la référence.

Notez également que dans ce rapport, l'utilisation de la seule forme masculine vise à alléger le texte et, selon les circonstances, elle désigne aussi bien les femmes que les hommes.

[2] Fau, V. (2024). *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Portrait général et revue de la littérature* (1; p. 165). Institut québécois de réforme du droit et de la justice, disponible en ligne : https://www.iqrdj.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf

Fau, V. et Boucher-Réhel, M. (2024). *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Analyse comparative* (2; p. 57). Institut québécois de réforme du droit et de la justice, disponible en ligne : https://www.iqrdj.ca/docs/etude-P-38-Rapport-2-Analyse-comparative.pdf

[3] Les mémoires ont été rendus publics sur le site Internet de l'Institut : https://www.iqrdj.ca/consultations-memoires

L'ensemble des données recueillies dans le cadre de ces cinq chantiers de recherche donneront lieu à une analyse globale et au dépôt d'un rapport final au MSSS à la fin 2025, incluant une liste de recommandations visant l'amélioration de la pratique entourant la P-38.

Pour réaliser ce mandat, l'IQRDJ s'est doté d'un Comité d'accompagnement constitué de professeurs et professeures d'université, spécialistes de la question. À l'image de l'intervention prévue en vertu de la P-38, il s'agit d'un comité interdisciplinaire en mesure de couvrir tous les angles de la Loi et de ses conditions de mise en œuvre.

Méthodologie

L'enquête a pris la forme d'un sondage mené auprès de la population adulte résidente au Québec. Il a supposé l'administration d'un questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise.

Construction de l'outil de mesure

La construction du questionnaire a constitué un important défi pour notre recherche (Annexe 1, p.8). Une vingtaine d'études par sondage menées antérieurement et portant sur des enjeux entourant la santé mentale ont été répertoriées. Elles ont été consultées de manière à identifier des recoupements avec nos objectifs de recherche et des questions potentiellement pertinentes pour la construction de notre propre questionnaire d'enquête. Néanmoins, les objectifs spécifiques de notre recherche s'inscrivant directement dans le contexte juridique et institutionnel québécois, nous avons rapidement constaté qu'aucune enquête préalablement réalisée ne permettait, en l'état, de répondre à nos attentes et nos besoins. Ce questionnaire a donc été conçu et composé à la lumière du contexte québécois, tout en s'inspirant, quand la chose apparaissait pertinente, des variables et des questions utilisées dans le cadre d'autres études quantitatives. Sur le plan de la mesure, nous nous sommes notamment appuyés sur les deux premiers rapports publiés dans le cadre de ce projet, à savoir l'analyse de la littérature[4] et l'analyse comparative[5]. Cette démarche nous a permis de développer un questionnaire totalement adapté et représentatif des enjeux entourant la P-38, et s'inscrivant parfaitement dans le mandat plus large confié à l'Institut.

[4] Fau, V. (2024). *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Portrait général et revue de la littérature* (1; p. 165). Institut québécois de réforme du droit et de la justice, disponible en ligne : https://www.iqrdj.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf

[5] Fau, V. et Boucher-Réhel, M. (2024). *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Analyse comparative* (2; p. 57). Institut québécois de réforme du droit et de la justice, disponible en ligne : https://www.iqrdj.ca/docs/etude-P-38-Rapport-2-Analyse-comparative.pdf

À la suite d'un important travail de sélection, nous avons retenu une cinquantaine d'énoncés tirés de plus de 80 énoncés initiaux, auxquels ont été ajoutées des mesures de nature sociodémographique (âge, genre, scolarité, revenus, etc.). La sélection et la réduction des variables ont impliqué des choix complexes, souvent orientés en fonction de la simplification des énoncés – on pense notamment au retrait des termes techniques, cliniques ou juridiques – afin les adapter au niveau de littératie ou de compétence de tous les répondants potentiels, quel que soit leur niveau de connaissance en matière de santé mentale.

Avant d'être administré auprès d'un échantillon représentatif de la population, le questionnaire a été prétesté auprès de plusieurs spécialistes, notamment par les membres du Comité d'accompagnement de notre projet composé d'experts de plusieurs disciplines reliées au domaine de la santé mentale.

Conduite de l'enquête

Comme l'indique le rapport méthodologique (Annexe 1), l'enquête s'est adressée aux résidents Québécoises et Québécois âgés de 18 ans et plus. L'échantillon visé pour la réalisation du sondage était de 1 500 répondants choisis de manière aléatoire au sein de la population et au sein d'un panel de répondants. Nous avons en effet favorisé une approche bimodale pour la passation du questionnaire : 500 personnes répondraient à l'enquête par téléphone et 1000 personnes via le web[6].

L'administration de l'enquête a été réalisée par la firme de sondage SOM. L'échantillon est composé, d'une part, d'un panel majoritairement probabiliste, composé de personnes sélectionnées de manière aléatoire lors des enquêtes téléphoniques de la firme SOM auprès de la population adulte générale et, d'autre part, d'un pan externe non probabiliste. L'échantillon du panel probabiliste a été sélectionné via un algorithme conçu pour garantir une représentativité optimale, en tenant compte de plusieurs critères sociodémographiques : région géographique, âge, genre, langue maternelle, niveau de scolarité, statut résidentiel (propriétaire/locataire) et composition du ménage. Le panel externe a été mobilisé pour atteindre une représentation suffisante de certains sous-groupes généralement sous-représentés, notamment les jeunes et les personnes ayant un niveau de scolarité moins élevé. Le taux de réponse aura été de 35,6% pour le sondage téléphonique et de 31,6% pour le sondage web [7].

[6] La littérature relative aux études par sondage soulève des limites propres à l'administration du sondage par téléphone, tout autant que des limites propres à l'administration d'un sondage web. Compiler ces deux méthodes dans le cadre d'un seul et même sondage permet ainsi de se prévaloir des limites de chaque méthode et d'ainsi minimiser leurs risques respectifs.

[7] Le questionnaire a été testé auprès de 11 répondants le 4 novembre 2024. Bien que les questions étaient toutes bien comprises et ne nécessitaient pas de modification, la durée moyenne des entrevues

La collecte des données s'est déroulée entre le 4 et le 20 novembre 2024. Le volet téléphonique du sondage a été réalisé auprès de 500 répondants et le questionnaire web auprès de 1 040 Québécois. L'échantillon final est donc constitué de 1 540 répondants âgés de 18 ans et plus.

La pondération des données a été réalisée par la firme SOM et s'appuie sur la base fournie par le recensement de 2021. La méthode de pondération a pris en compte plusieurs variables démographiques réparties selon trois grandes régions : la région métropolitaine de Montréal, celle de Québec, et le reste du Québec. Les variables considérées pour la pondération incluaient l'âge, le genre, la proportion d'adultes vivant seuls, le niveau de scolarité, la langue maternelle et la proportion de propriétaires et de locataires (Annexe 1).

Les sondages effectués par Internet et par téléphone ont été réalisés à l'aide d'un système assisté par ordinateur (CATI) qui importe directement les questionnaires en format Word pour éviter les erreurs de retranscription.

Analyse des données

Les données transmises par SOM à l'IQRDJ ont été analysées à partir du logiciel SPSS (version 29.0.2.0). L'équipe de recherche de l'Institut s'est réunie à plusieurs reprises afin d'analyser les réponses au sondage et d'effectuer un certain nombre d'analyses statistiques croisées. On a d'abord étudié les « fréquences » associées à chaque variable pour dégager un premier portrait des résultats[8]. On a par la suite croisé les variables les unes avec les autres. Tous les croisements qui apparaissaient statistiquement significatifs ont été reproduits en Annexe 2. Dans le cadre de ce rapport, nous avons présenté les croisements qui nous semblaient les plus révélateurs des tendances observées et les plus récurrents pour en dégager des tendances générales. Bénéficiant d'un échantillon de 1 500 répondants, des analyses plus détaillées étaient rendues possibles et ont permis d'examiner les attitudes des différentes composantes de la population en fonction de leur profil sociodémographique (l'âge, le revenu ou le niveau de scolarité) et de leur expérience en matière de santé mentale.

téléphoniques restait trop longue (21,2 minutes) et nécessitait de couper une question ouverte de manière à réduire la durée du questionnaire à 17,1 minutes.

[8] Toutes ces fréquences sont présentées dans le présent rapport. Pour simplifier la lecture des résultats, les pourcentages ont été arrondis à l'unité près afin de faciliter la lecture, sauf lorsque la valeur est exactement à 0,5, auquel cas elle a été conservée (exemple : 58,5 %) . De plus, nous n'avons pas rapporté les taux liés aux réponses : "« Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre » qui touchaient moins de 5 % des répondants, considérant que ceux-ci étaient trop faibles pour être représentatifs. Si la proportion de ces réponses dépasse 5%, nous l'avons systématiquement indiqué dans le texte ou en note de bas de page.

Limites

Cette étude permet de faire ressortir plusieurs tendances liées aux représentations et attitudes de certains segments de la population québécoise à l'égard de la santé mentale, regroupés selon l'âge, la scolarité ou encore le revenu. Cet échantillon ciblant la population en général, il ne permet pas de rendre compte du vécu spécifique des personnes rencontrant eux-mêmes des difficultés de santé mentale. Si nous avons pris en compte ces expériences afin d'identifier les relations reliant cette réalité personnelle avec les perceptions et les attentes que les répondants entretiennent en matière de santé mentale, seule une étude plus ciblée sur leur expérience permettrait de dégager des données purement expérientielles.

Par ailleurs, cette étude repose sur la perception des répondants : on leur demande ce qu'ils pensent de telle ou telle situation ou encore leur manière de réagir devant tel ou tel contexte suggéré. Il s'agit donc de mesures de perception à l'égard de situations hypothétiques. On ne peut donc pas exclure un écart potentiel entre les positions exprimées théoriquement et les comportements effectifs de la vie quotidienne. Sur l'ensemble des répondants, elles permettent surtout de mesurer la robustesse d'une tendance. Il est crucial de reconnaitre ces limites méthodologiques et de les intégrer à la lecture des résultats.

Pour finir, nous devons souligner que cette étude s'inscrit dans un contexte social et politique particulier dans le cadre duquel certaines questions associées à des enjeux reliés à la santé mentale ont fait l'objet d'enquêtes et de traitements médiatiques susceptibles d'influencer l'opinion de la population québécoise sur ces enjeux. Notre revue de littérature avait notamment mis en lumière l'exacerbation médiatique de l'association entre violence et santé mentale qui participait d'un mouvement de stigmatisation général envers les personnes rencontrant des difficultés de santé mentale[9].

Ces limites prises en compte, ce rapport permet de mieux comprendre la manière dont la population québécoise réagit vis-à-vis des enjeux entourant la santé mentale. Il permet de brosser un portrait général du niveau d'ouverture d'un échantillon représentatif de la société québécoise à l'égard de la santé mentale et des attentes des individus vis-à-vis de l'intervention en la matière.

[9] Fau, V. (2024). *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui—Portrait général et revue de la littérature* (1; p. 165). Institut québécois de réforme du droit et de la justice, disponible en ligne : https://www.iqrdj.ca/docs/etude_p_38_rapport_1_portrait_general_et_revue_de_litterature.pdf

Structure du rapport

L'analyse des données a été réalisée en quatre temps, qui renvoient aux quatre chapitres du rapport.

Le premier chapitre fait état de la perception des répondants à l'égard de la santé mentale. Il détaille notamment les variables auxquelles on a eu recours dans la construction d'une *échelle agrégée d'ouverture* en matière de santé mentale. Cette échelle sert à distinguer l'attitude des répondants selon leur ouverture, leur fermeture ou leur ambivalence à l'égard de la santé mentale. Ces trois groupes sont par ailleurs rattachés à des profils sociodémographiques différents.

Le second chapitre permet de tenir compte de l'expérience des répondants en matière de santé mentale, que cette expérience soit de nature personnelle, ou de nature indirecte, c'est-à-dire acquise par l'intermédiaire de connaissances proches ou éloignées. On y tient également compte des répondants sans aucune expérience de la santé mentale. Ces profils d'expérience ont ensuite été mis en relation avec les catégories fournies par l'*Indice d'ouverture en santé mentale*, ouvrant la porte à une compréhension plus profonde des perceptions des répondants à l'égard de cette réalité.

La troisième partie de l'étude analyse l'ouverture des répondants à l'égard des intervenants et des différents modes d'interventions envisageables en matière de santé mentale, notamment en contexte de crise. Les réponses fournies à ces questions sont mises en lien avec les caractéristiques sociodémographiques des répondants, leur perception sociale et leur expérience en matière de santé mentale. Cette analyse offre une vision plus globale de ces positionnements.

Le dernier chapitre du rapport se penche sur la place des droits de la personne dans le cadre de situations impliquant des difficultés de santé mentale, l'objectif étant de saisir l'attitude des répondants à l'égard de ces droits.

Une conclusion rappelle les principaux points d'intérêt de l'étude et résume les tendances tirées des données et des analyses proposées par le rapport.

Chapitre 1. La perception sociale de la santé mentale

Le premier constat que l'enquête réalisée par sondage nous a permis de dégager concerne la perception sociale des répondants à l'égard de la santé mentale. Au total, 11 variables ont permis de réaliser cette mesure. Si chacune de ces variables nous révèle une dimension particulière de la perception sociale (section 1.1), leur combinaison a également permis d'établir une échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale (section 1.2). Celle-ci vise à synthétiser plusieurs indicateurs d'opinion ou d'attitude et de catégoriser les répondants selon le caractère plus ou moins ouvert de leur perception à l'égard de la santé mentale établi par l'indice d'ouverture. Cette échelle sera régulièrement mobilisée tout au long de l'analyse. Elle permet de comprendre les relations entre l'indice d'ouverture des répondants et leur propre expérience en matière de santé mentale ou encore entre cet indice d'ouverture et les attentes qu'ils entretiennent à l'égard de l'intervention en santé mentale.

1.1. Les variables liées à la perception sociale de la santé mentale

L'enquête permet dans un premier temps de dégager des tendances qui orientent les perceptions des répondants en matière de santé mentale. Pour ce faire, un certain nombre d'indicateurs ont permis de mesurer les diverses manières d'aborder les personnes rencontrant des difficultés de santé mentale, de se comporter ou d'appréhender leur conduite. Certaines variables visaient plus particulièrement à faire ressortir le niveau de dangerosité que les répondants associaient à la santé mentale et le caractère plus ou moins coercitif des interventions envisagées pour y répondre.

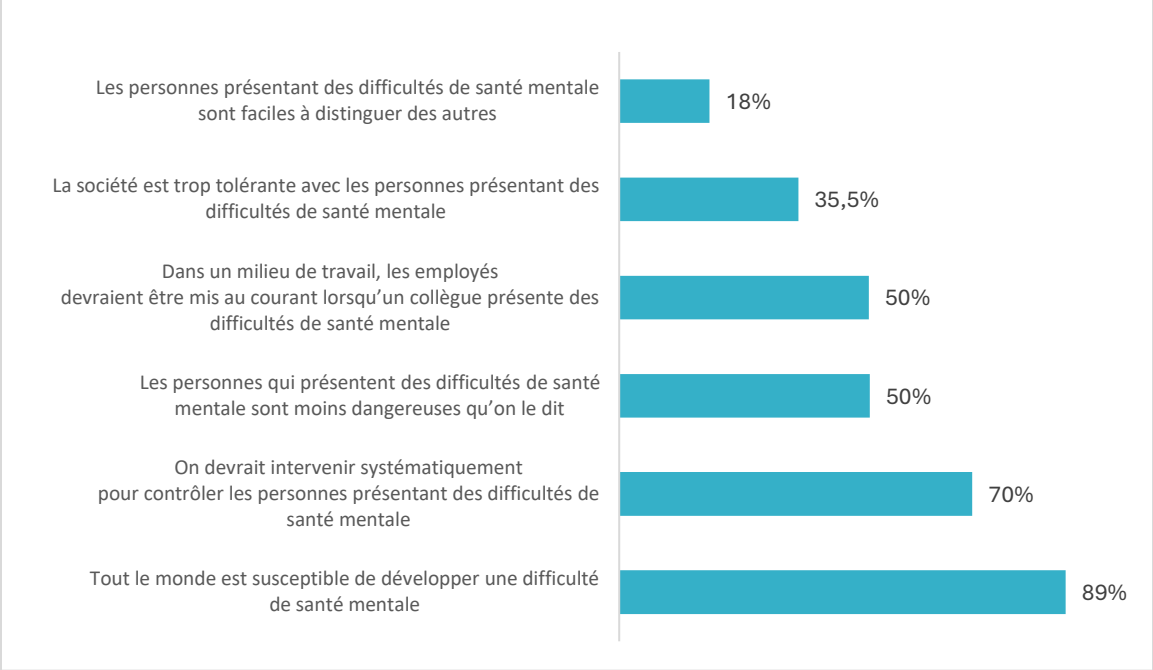
Un premier constat s'impose. L'enquête révèle de manière indiscutable que la santé mentale est considérée comme une priorité sociale pour la grande majorité des répondants. En effet, 94% des répondants considèrent que la situation des personnes présentant des difficultés de santé mentale au Québec est soit *assez* (43 %), soit *très* préoccupante (51 %).

Tableau 1. Préoccupation des répondants pour la santé mentale

Personnellement considérez-vous que la situation des personnes qui présentent des difficultés de santé mentale au Québec est préoccupante ?	%
Très préoccupante ou assez préoccupante	94
Pas du tout préoccupante ou peu préoccupante	6
Total	100

Une série de six énoncés a également permis d'évaluer le niveau d'accord des participants avec diverses situations impliquant des personnes qui présentent des difficultés de santé mentale, de manière à prendre une mesure de leurs attitudes probables à leur égard. Le Graphique 1 présente les résultats enregistrés à l'aide de cette échelle.

Graphique 1. Mesures d'évaluation de la perception sociale de la santé mentale



Plusieurs constats peuvent être tirés de ces résultats.

Nous pouvons d'abord constater un grand consensus concernant le caractère courant et souvent imperceptible des difficultés de santé mentale. On observe ainsi que seulement 18% des participants considèrent que les personnes présentant une difficulté de santé mentale se distinguent facilement des autres personnes, tandis que 82% des répondants sont d'avis inverse. Cette forte proportion tend à démontrer une certaine invisibilité des problèmes ou des conséquences vécus par les personnes qui rencontrent des difficultés de santé mentale, et par extension, une certaine méconnaissance de la condition vécue de ces personnes dans le cadre de la vie quotidienne.

La mesure de bienveillance ou de réticence des répondants à l'égard des personnes présentant des difficultés de santé mentale révèle par ailleurs que près du tiers de la population québécoise considère la société trop tolérante à leur égard, tandis que les deux tiers de la population (65 %) entretiennent un point de vue plutôt bienveillant [10].

[10] Notons que 5,6% des répondants ont refusé de répondre ou n'ont pas su répondre à cette question.

Le troisième énoncé présenté ici révèle une absence de consensus au sein de la population quant au caractère public des informations reliées à des difficultés de santé mentale. Si la moitié des répondants considèrent justifié que les employés soient mis au courant de la condition d'un collègue présentant des difficultés de santé mentale, 50 % des répondants ne partagent pas cet avis[11].

De même, la perception de la dangerosité des personnes présentant des difficultés de santé mentale ne fait pas consensus au sein de la population québécoise. Pour la moitié des répondants, ces personnes sont en effet moins dangereuses qu'on le dit tandis que les autres répondants (50 %) se disent en désaccord avec cette affirmation[12].

On peut ensuite constater que 70% des répondants trouvent justifié que l'on intervienne systématiquement en vue de « contrôler les personnes présentant des difficultés de santé mentale »[13]. Notons toutefois que la notion de « contrôle » utilisée dans la question peut être interprétée de façon plus ou moins restrictive. Aussi, l'acceptabilité sociale des interventions contrôlantes et le caractère plus ou moins coercitif de celles-ci nécessitent d'être validés ultérieurement, à la faveur de mesures portant directement sur les modes d'intervention envisageables que nous présenterons dans le cadre du chapitre 3. Autrement dit, si une majorité des répondants sont en faveur d'une intervention à visée de contrôle, rien ne nous permet à ce stade d'identifier le niveau de contrôle et le type d'intervention visée.

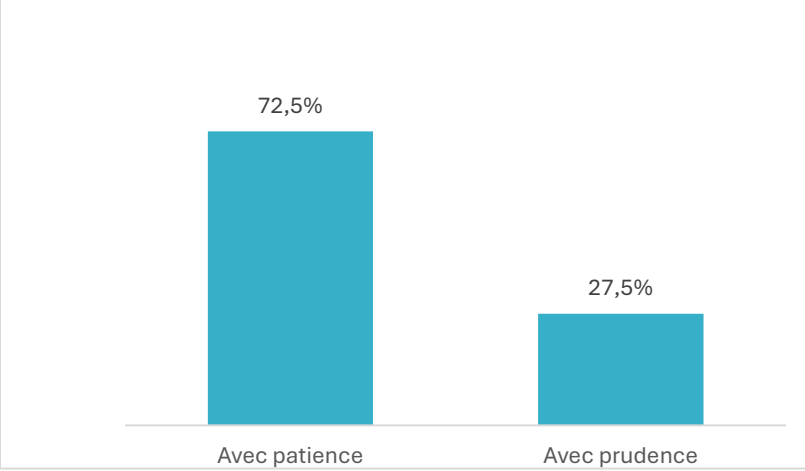
Enfin, la vaste majorité (89%) des répondants considèrent que la maladie mentale est une réalité susceptible d'être vécue par tout le monde, ce qui reflète le caractère a priori non discriminant de cette condition. Cette reconnaissance du caractère non discriminant de la maladie mentale n'empêche cependant pas 70% des répondants de considérer qu'une intervention est nécessaire, soulignant le fait que même si ce risque concerne tout le monde, cela ne justifie pas l'inaction.

L'enquête visait par la suite à comprendre comment les répondants abordaient les personnes présentant des difficultés de santé mentale. Le Graphique 2, présenté à la page suivante, expose les résultats enregistrés dans le cadre de cette question.

Près du trois quarts des répondants (72,5%) considèrent que les personnes présentant des difficultés de santé mentale doivent être abordées avec « patience » plutôt qu'avec « prudence ». À l'inverse, un peu plus du quart (27,5%) sont d'avis qu'elles devaient être abordées avec « prudence ».

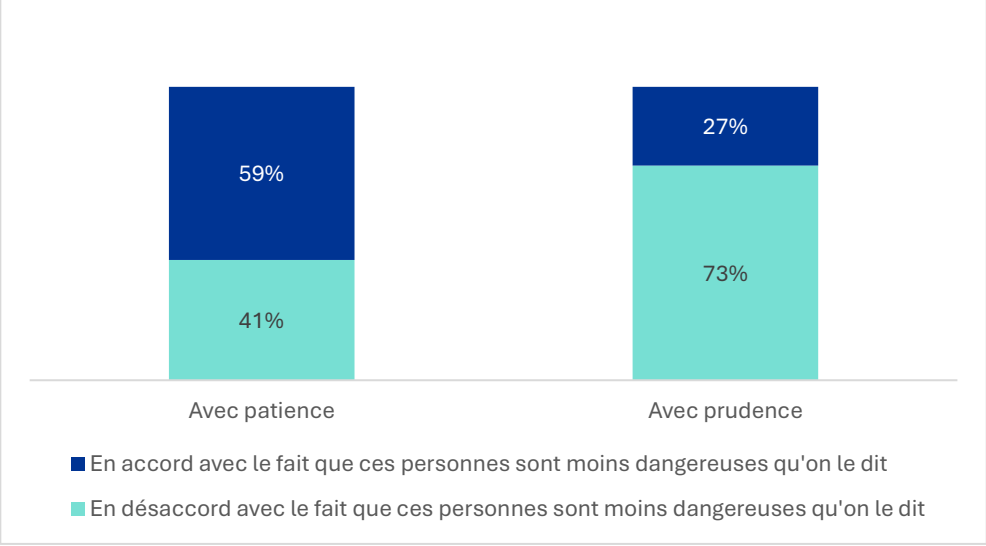
[11] 5,5% des répondants ont refusé de répondre ou n'ont pas su répondre à cette question.
[12] 10,4% des répondants ont refusé de répondre ou n'ont pas su répondre à cette question.
[13] 7,5% des répondants ont refusé de répondre ou n'ont pas su répondre à cette question.

Graphique 2. Nature de la relation avec les personnes présentant des difficultés de santé mentale



Nous avons constaté que les attitudes enregistrées dans le cadre de cette question entretiennent une relation significative avec certaines opinions liées au sentiment de dangerosité que représenteraient les personnes présentant des difficultés mentales. Le Graphique 3 illustre cette relation significative entre les deux variables.

Graphique 3. Nature de la relation et perception de la dangerosité[14]



p<0,001

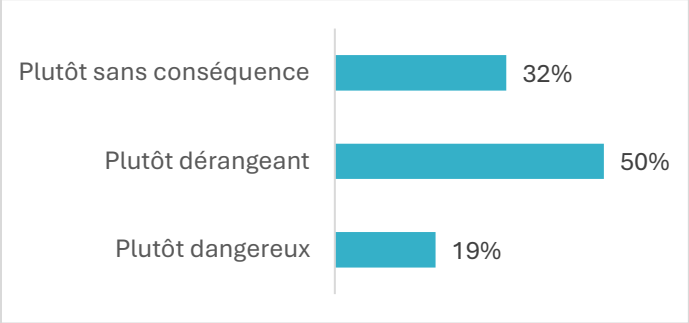
Nous constatons ainsi que les répondants qui estiment que les personnes présentant des difficultés de santé mentale doivent être abordées avec patience sont majoritairement

[14] Les réponses à la question « les personnes qui présentent des difficultés de santé mentale sont moins dangereuses qu'on le dit » ont été recodées en deux groupes, soit ceux qui ont répondu « tout à fait en désaccord » et « plutôt en désaccord » et ceux qui ont répondu « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ».

d'accord (59%) avec l'idée que ces personnes sont moins dangereuses qu'on le dit. À l'inverse, 73 % des répondants qui pensent nécessaire que les personnes présentant une difficulté de santé mentale soient abordées avec prudence partagent également l'idée que ces personnes présentent un certain niveau de dangerosité [15].

D'autres parties de l'enquête nous ont également permis de préciser la perception qu'entretenaient les répondants à l'égard du comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale[16]. On constate avec le Graphique 4 que si la moitié (50 %) des personnes interrogées juge le comportement de ces personnes potentiellement « dérangeant », le tiers (32%) considère plutôt ces comportements sans conséquence. Moins du quart des répondants (19%) estiment au contraire qu'ils sont potentiellement dangereux[17]. L'association directe entre santé mentale et dangerosité *stricto sensus* ne semble donc pas majoritairement répandue au sein de la population québécoise[18].

Graphique 4. Perception du comportement



[15] Elles se sont ainsi dites en désaccord avec l'affirmation voulant que les personnes qui présentent des difficultés de santé mentale « sont moins dangereuses qu'on le dit », en qu'on conséquence, elles présentent « autant de danger qu'on le dit ».

[16] « Globalement, le comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale vous apparaît-il plutôt dangereux, plutôt dérangeant ou plutôt sans conséquence? ».

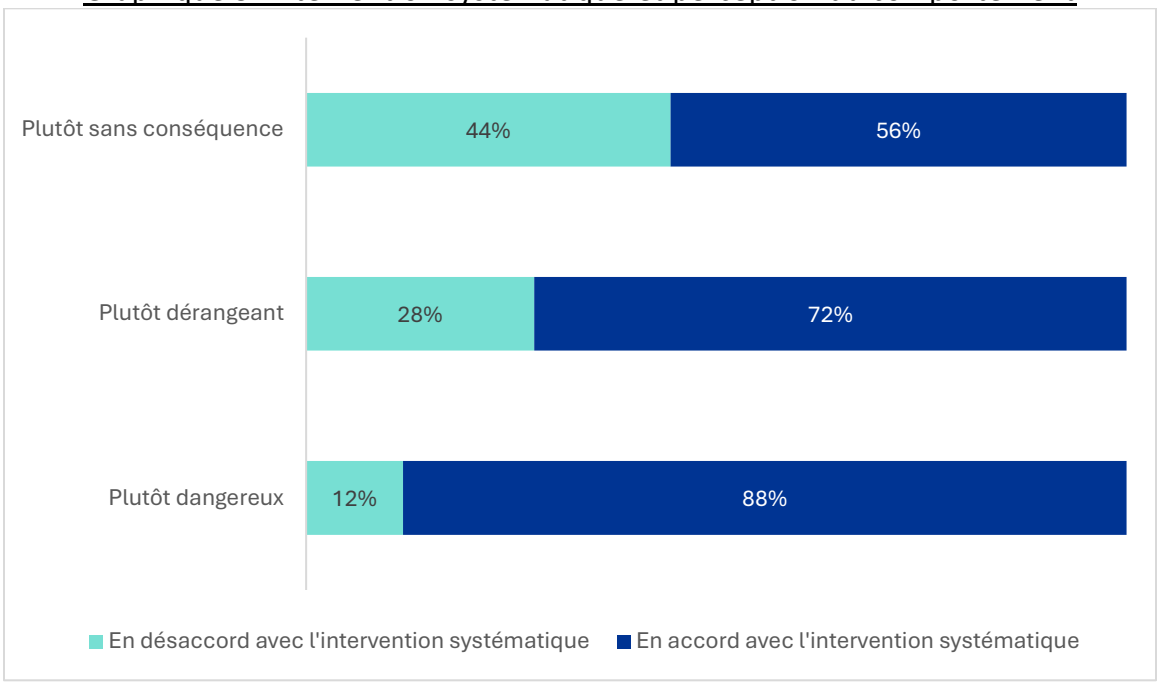
[17] Une forte proportion (14%) des répondants ont toutefois répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre » à cette question.

[18] Deux précisions sont nécessaires ici : rappelons tout d'abord que ce sondage s'inscrit dans le cadre d'une recherche et consultation portant sur l'application de la P-38. Cette loi prévoit la possibilité de mettre en place un certain nombre de mécanismes coercitifs dans le cadre d'une hospitalisation forcée, si l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Le critère central à l'application de la Loi est donc la dangerosité de la personne. À ce sujet, notre revue de littérature a mis en lumière un certain nombre d'écrits s'inquiétant de l'interprétation jugée trop large de ce critère de dangerosité. C'est dans le cadre de ces écrits que le concept de dérangerosité a fait son apparition, désignant des situations plus dérangeantes que dangereuses, mais qui, intégrées dans une interprétation élastique du concept de dangerosité, auraient justifié le placement sous garde de certaines personnes. Nous devons par ailleurs rappeler un autre enjeu mis en lumière dans le cadre de notre revue de la littérature : celui de la stigmatisation associée à la santé mentale. En ce sens, plusieurs écrits révélaient les préjugés entretenus en matière de santé mentale, plus particulièrement ceux associant très fréquemment et sans fondement scientifique violence et santé mentale. Il est important d'être conscient de ce type de préjugés dans l'interprétation des résultats de la présente enquête.

Nous avons mis en relation cette mesure avec une autre, déjà présentée, rétablissant le point de vue des répondants à l'égard du « contrôle » éventuel des personnes présentant des difficultés de santé mentale[19]. Cette relation s'est révélée significative. Le Graphique 5 montre en ce sens que plus les répondants estiment dangereux le comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale plus ils sont susceptibles d'appuyer l'idée d'une intervention systématiquement auprès de ces personnes. Ainsi, si 56% des participants qui jugent le comportement de ces personnes « sans conséquence » estiment qu'une intervention systématique est nécessaire, ce pourcentage augmente à 72% pour les répondants qui trouvent leur comportement « plutôt dérangeant » et atteint 88% chez ceux qui estiment leur comportement potentiellement « dangereux ».

Ces données tendent à démontrer que la relation des répondants aux questions reliées à la santé mentale renvoie à un ensemble de perceptions complémentaires, susceptibles de se renforcer mutuellement et qui tendent à constituer une attitude plutôt qu'une simple opinion.

Graphique 5. Intervention systématique et perception du comportement



p<0,001

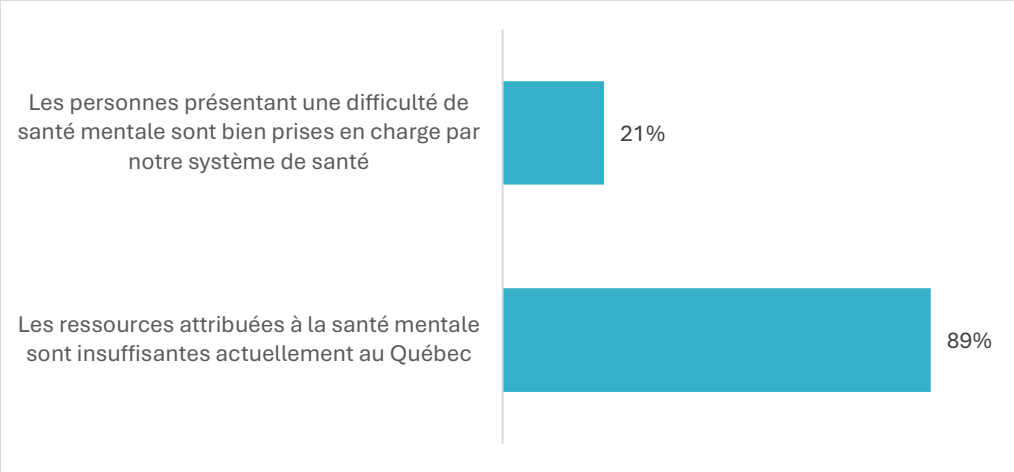
Ces deux derniers croisements réalisés à partir de la perception du comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale nous permettent donc de constater que plus ce comportement est perçu comme dangereux, plus les répondants les aborderont avec prudence et plus la réponse attendue au niveau de l'intervention sera

[19] « On devrait intervenir systématiquement pour contrôler les personnes présentant des difficultés de santé mentale ».

contrôlante. Encore ici, l'enquête tend à démontrer que les perceptions entourant la santé mentale forment un ensemble d'opinions et d'attitudes complémentaires.

Une autre des dimensions mesurées dans le cadre du sondage concerne la qualité de l'intervention du système québécois en matière de santé mentale. Le Graphique 6 rapporte deux indicateurs rattachés respectivement à la prise en charge des personnes présentant des difficultés de santé mentale et aux ressources consacrées à cette prise en charge.

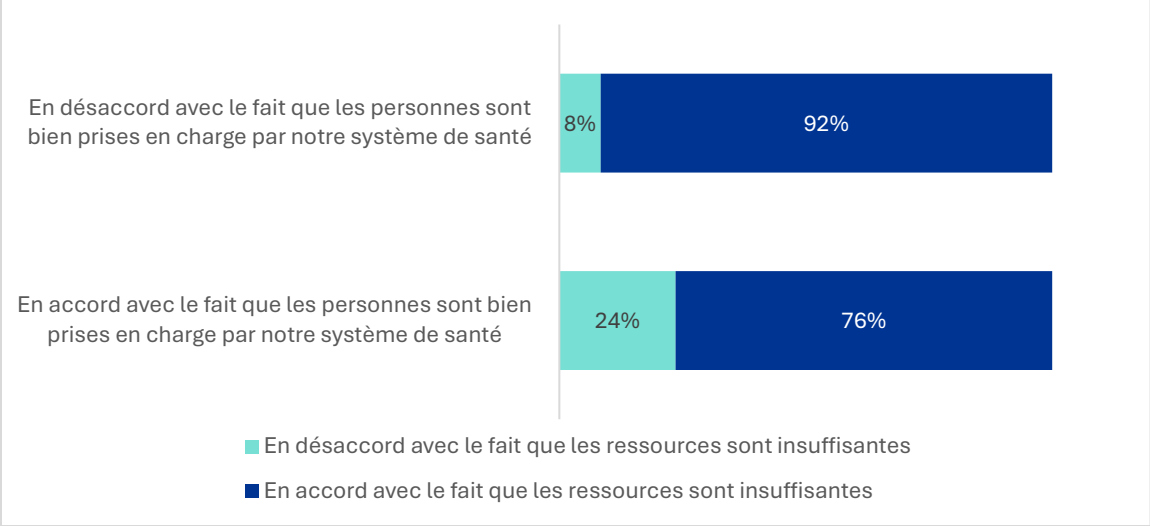
Graphique 6. Prise en charge de la santé mentale



Seulement une minorité de participants à l'enquête (21%) est d'avis que les personnes présentant une difficulté de santé mentale sont bien prises en charge par notre système de santé, alors qu'une vaste majorité (79%) croit que cette prise en charge est insuffisante. Sur autre aspect, la majorité des répondants (89%) considère que les ressources attribuées à la santé mentale sont insuffisantes actuellement au Québec.

Le Graphique 7, présenté à la page suivante, met en évidence la relation qu'entretiennent ces deux perceptions : 92% des répondants qui considèrent que les personnes présentant des difficultés de santé mentale ne sont pas bien prises en charge par notre système de santé estiment également que les ressources attribuées à la santé mentale sont insuffisantes. En outre, il est intéressant de noter que même les répondants qui pensent que les personnes sont bien prises en charge sont majoritairement d'avis que ces ressources sont insuffisantes (76%).

Graphique 7. Prise en charge de la santé mentale et insuffisance des ressources



p<0,001

1.2. L'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale

1.2.1. La construction de l'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale

Afin d'avoir une vision globale et synthétique de la perception entretenue par les participants en matière de santé mentale, une échelle agrégeant certaines mesures analysées jusqu'ici a été conçue. L'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale permet ainsi de mesurer le caractère plus ou moins ouvert de la perception des répondants. L'indice d'ouverture en matière de santé mentale est ainsi construit à partir de l'agrégation de plusieurs indicateurs d'attitude et d'opinion des répondants à l'égard de la santé mentale.

Pour ce faire, nous avons sélectionné les variables présentées dans les graphiques 1, 2 et 4, qui mesurent un ensemble de perceptions relatives à la santé mentale. Des scores de 0 ou de 1 ont été attribués aux réponses selon qu'elles s'inscrivant dans une vision « plutôt ouverte » (score 1) ou « plutôt fermée » (score 0) à l'égard de la santé mentale. Le Tableau 2 retrace l'attribution des scores selon les différentes réponses fournies aux questions.

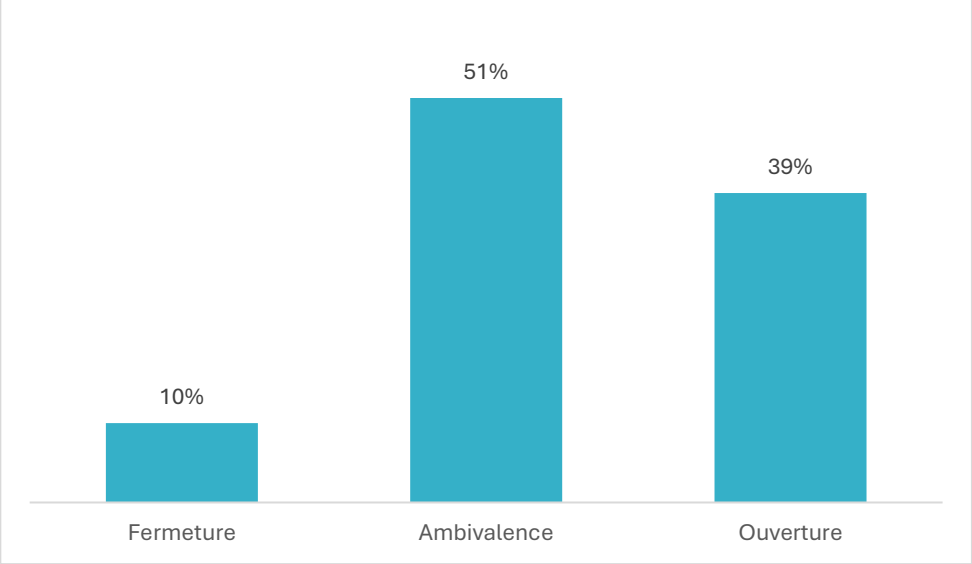
Tableau 2. Attribution des scores pour la création de l'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale

Questions posées	Réponses auxquelles a été attribué un score de 1	Réponses auxquelles a été attribué un score de 0
« La société est trop tolérante avec les personnes présentant des difficultés de santé mentale »	Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord
« Les personnes présentant des difficultés de santé mentale sont faciles à distinguer des autres »	Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord
« On devrait intervenir systématiquement pour contrôler les personnes présentant des difficultés de santé mentale »	Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord
« Dans un milieu de travail, les employés devraient être mis au courant lorsqu'un collègue présente des difficultés de santé mentale »	Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord	Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord
« Tout le monde est susceptible de développer une difficulté de santé mentale »	Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord
« Les personnes qui présentent des difficultés de santé mentale sont moins dangereuses qu'on le dit »	Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord	Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord
« Diriez-vous que les personnes présentant des difficultés de santé mentale doivent être plutôt abordées avec patience ou avec prudence »	Avec patience	Avec prudence
« Globalement, le comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale vous apparaît-il...? «	Plutôt dérangeant ou plutôt sans conséquence	Plutôt dangereux

L'indice d'ouverture ainsi conçu nous a permis de distinguer trois groupes en fonction du caractère plus ou moins ouvert de la perception des répondants à l'égard de la santé mentale : ceux qui entretiennent une conception de la santé mentale plutôt fermée (10 % des répondants), ambivalente (51 %) ou plutôt ouverte (39 %) [20]. Le Graphique 8 présente la répartition des répondants dans ces trois groupes.

[20] Les scores ont ensuite été additionnés afin d'obtenir une échelle dont les scores peuvent aller de 0 (perception totalement fermée) à 8 (perception totalement ouverte). Par la suite, trois groupes ont été formés à partir de cette échelle. Tel que présenté dans le Graphique 8, le premier groupe est composé des répondants entretenant une perception plutôt fermée de la santé mentale, c'est-à-dire ceux ayant un score compris entre 0 et 2 inclusivement (10% des répondants). Le second groupe est composé des répondants ayant une perception ambivalente de la santé mentale, dont le score est compris entre 3 et 5 inclusivement (51% des répondants). Enfin, le dernier groupe comprend ceux qui ont une perception plutôt ouverte de la santé mentale avec un score compris entre 6 et 8 inclusivement (39% des répondants).

Graphique 8. L'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale



1.2.2. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET INDICE D'OUVERTURE

Afin de mieux cerner le profil des sujets composant chacun de ces groupes, des analyses bivariées fondées sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants ont été réalisées. Elles ont permis d'établir un profil visant à caractériser de manière synthétique chacun de ces trois groupes. Bien que ces profils soient significatifs sur le plan statistique, ils ne peuvent évidemment pas typifier complètement la composition de ces trois profils étant entendu qu'ils mettent surtout en évidence les traits dominants ce chacun de ces groupes.

Des relations significatives ont ainsi été établies entre les répondants entretenant une perception *plutôt fermée* en matière de santé mentale, leur niveau d'étude[21] et leur revenu annuel[22]. Il apparaît en effet que le nombre de personnes faiblement scolarisées est plus important dans ce groupe que dans les autres[23]. Les répondants constituant ce groupe bénéficient généralement d'un revenu plus faible[24]. Toutefois, ce groupe ne se

[21] Le niveau d'étude a été divisé en 5 catégories : aucun diplôme, diplôme secondaire, diplôme collégial, diplôme universitaire de premier cycle, diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle.
[22] Pour les fins de l'étude, nous avons retenu le revenu familial annuel. Afin d'alléger la lecture du rapport, nous y ferons référence par l'expression « revenu annuel » ou « revenu » dans la suite de ce rapport. Le revenu annuel a été divisé en 3 catégories : moins de 35 000$, de 35 000$ à 74 999$ et 75 000$ et plus.
[23] 8 % de répondants qui ont une perception plutôt fermée n'ont aucun diplôme alors que cette proportion s'élève à 4% pour les répondants qui ont une perception ambivalente et plutôt ouverte.
[24] 26 % des répondants qui ont une perception plutôt fermée ont un revenu annuel de moins de 35 000$ comparativement à 17% pour les participants qui ont une perception ambivalente et plutôt ouverte.

distingue pas particulièrement quant à l'âge des répondants [25] : aucune relation significative n'a effectivement pu être établie quant à l'âge des répondants entretenant une perception plutôt fermée en matière de santé mentale.

Pour sa part, le groupe de répondants entretenant une perception *ambivalente* en regard de la santé mentale se distingue significativement des répondants ayant une conception plutôt fermée et plutôt ouverte quant à leur niveau d'étude, leur revenu annuel et leur âge. Ces répondants bénéficient globalement d'un revenu situé dans une fourchette comprise entre 35 000 $ à 99 999$[26] . Ils disposent seulement d'un diplôme secondaire dans une plus grande proportion[27] et ils font partie de la cohorte des répondants les plus âgés de notre échantillon, soit ceux de 75 ans et plus[28].

Enfin, les participants de l'étude composant le groupe entretenant une perception *plutôt ouverte* des questions entourant la santé mentale sont significativement plus nombreux à avoir atteint un niveau de scolarité élevé[29]. Ils disposent également d'un revenu annuel supérieur à celui des groupes précédents[30]. Il regroupe aussi une plus large proportion de répondants d'âge moyen (35 à 54 ans) que les deux autres groupes[31].

1.2.3. Indice d'ouverture et représentations de la santé mentale

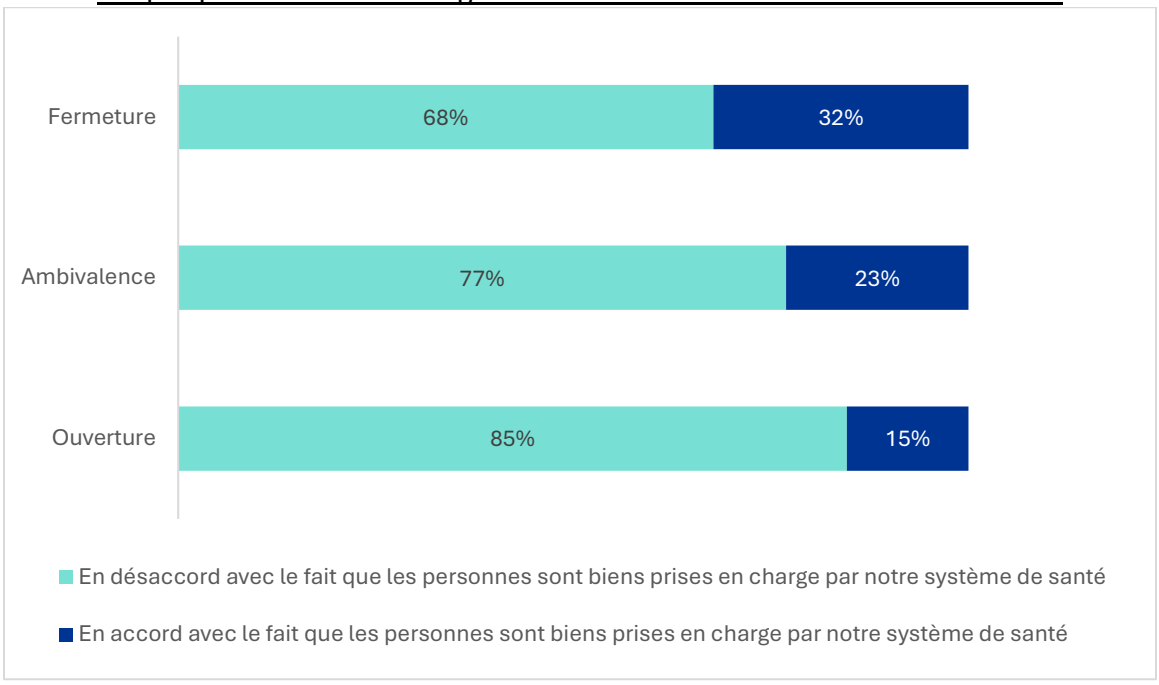
L'indice d'ouverture en matière de santé mentale met également en évidence des tendances observables une fois mis en relation avec des variables qui n'ont pas servi à sa composition. Notons d'ores et déjà qu'aucune relation significative n'a pu être établie entre l'indice d'ouverture sociale et le niveau de préoccupation associé aux enjeux de la santé mentale au Québec[32], notamment parce que la gravité de cette question fait quasiment l'unanimité. Il s'ensuit que cette préoccupation traverse toutes les catégories de l'échelle d'ouverture. Il en va de même de l'opinion des répondants concernant les

[25] L'âge des répondants a été divisé en 4 catégories : 18-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus.
[26] 49% des répondants avec une conception ambivalente ont un revenu annuel situé entre 35 000$ et 99 999%, alors que cette proportion est de 42% pour ceux qui ont une perception plutôt fermée et plutôt ouverte.
[27] 52% des participants qui ont une conception ambivalente ont seulement un diplôme secondaire contre 47% pour les répondants qui ont une conception plutôt fermée et plutôt ouverte.
[28] 10% des répondants qui ont une conception plutôt ambivalente sont âgés de 75 ans et plus, comparativement à 6% pour ceux qui ont une conception plutôt fermée et plutôt ouverte.
[29] 61% des répondants qui ont une conception plutôt ouverte ont un diplôme collégial ou universitaire, alors que cette proportion chute à 42% pour ceux qui ont une conception plutôt fermée et ambivalente.
[30] 46% des participants qui ont une conception plutôt ouverte ont un revenu annuel de 100 000$ comparativement à 30% pour ceux qui ont une conception plutôt fermée et ambivalente.
[31] 36% des répondants qui ont une conception plutôt ouverte sont âgés de 35 à 54 ans alors que cette proportion diminue à 29% pour ceux qui ont une conception plutôt fermée et ambivalente.
[32] Mesurée par la question suivante : « Personnellement considérez-vous que la situation des personnes qui présentent des difficultés de santé mentale au Québec est préoccupante ? ».

ressources attribuées à la santé mentale[33]. L'insuffisance de ces ressources est constatée par l'ensemble des répondants, quelle que soit leur perspective au sujet des questions entourant la santé mentale.

En contrepartie, la relation entre les degrés d'ouverture circonscrits par l'indice et la question de la prise en charge de ces personnes par le système québécois [34] s'est révélée significative, comme le révèle le Graphique 9. Bien que la majorité des répondants des trois groupes sont d'avis que les personnes présentant des difficultés de santé mentale ne sont pas suffisamment prises en charge par notre système de santé, le pourcentage de répondants qui partagent cette opinion augmente avec leur niveau d'ouverture. Ainsi, si 68% des personnes ayant une perception plutôt fermée considèrent que les personnes ayant des difficultés de santé mentale ne sont pas bien prises en charge par notre système de santé, cette proportion monte à 85% pour les personnes qui entretiennent une perception plus ouverte à l'égard de la santé mentale.

Graphique 9. Prise en charge de la santé mentale et indice d'ouverture



p<0,001

L'indice d'ouverture nous permet par conséquent d'agréger les résultats présentés dans le cadre de ce premier chapitre synthétisant la perception sociale des répondants au sujet

[33] Mesurée par l'énoncé suivant : « Les ressources attribuées à la santé mentale sont insuffisantes actuellement au Québec ».
[34] « Les personnes présentant une difficulté de santé mentale sont bien prises en charge par notre système de santé ».

de la santé mentale. Il sera également utilisé à plusieurs reprises dans la suite de l'analyse de l'enquête. Dans le prochain chapitre, il nous permettra notamment de déterminer si l'expérience en lien avec la santé mentale influence le degré d'ouverture des personnes envers ces questions. Dans le troisième chapitre, cette échelle servira à approfondir le niveau d'acceptabilité sociale des différents types d'interventions ou de l'intervention des différents acteurs envisageables. On s'apercevra alors que les attentes diffèrent selon que la perception de la santé mentale entretenue par les répondants est plutôt ouverte ou plutôt fermée.

Chapitre 2. L'expérience en santé mentale

Dans le cadre de l'enquête, nous avons souhaité prendre en compte l'expérience vécue par les répondants et ses effets sur la perception des enjeux entourant la santé mentale, que cette expérience soit de nature personnelle, concerne un proche ou une personne avec laquelle ils sont en relation (section 2.1). Nous avons ainsi pu constater une relation significative entre l'expérience des répondants et leur perception de la santé mentale. C'est l'objet de la seconde section de ce chapitre (section 2.2).

2.1. Les différentes expériences en santé mentale

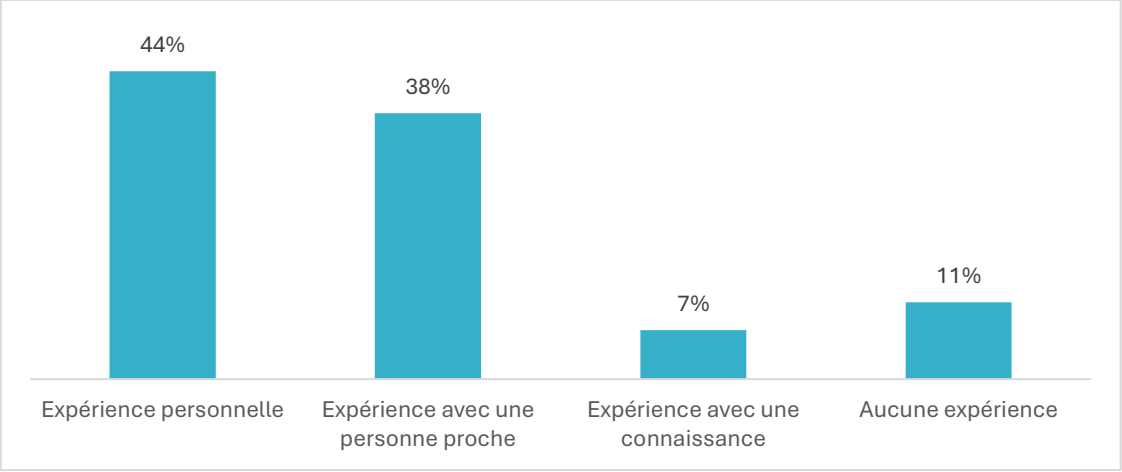
Les expériences des situations impliquant des questions de santé mentale peuvent être extrêmement diversifiées ; nous les avons classifiées selon le degré de proximité liant le répondant à l'expérience en question. Trois types d'expériences ont ainsi été répertoriées. Elles visaient, selon cas, l'expérience des répondants personnellement affectés par des difficultés de santé mentale, l'expérience vécue par les répondants en tant que proche d'une personne présentant des difficultés de santé mentale et finalement l'expérience plus indirecte des répondants qui avaient côtoyé une personne rencontrant des difficultés de santé mentale. Les répondants n'ayant connu aucune de ces expériences constituent ici une quatrième catégorie « sans aucune expérience » reliée à la santé mentale.

De manière à construire des catégories d'expérience mutuellement exclusives (et graduées), les répondants témoignant de difficultés personnelles liées à la santé mentale n'ont pas eu à répondre aux questions reliées à des expériences mettant plutôt en cause un proche, et ces derniers n'ont pas été interrogés sur une expérience impliquant une simple connaissance. On a ainsi pu distinguer les répondants en fonction de la proximité relative de l'expérience liée à la santé mentale [35].

[35] Nous avons tout d'abord interrogé les participants sur leur expérience personnelle avec la santé mentale. Plus précisément nous leur avons demandé : « Personnellement, avez-vous déjà vécu une difficulté liée à votre santé mentale? ». Les participants qui répondaient « oui » se voyaient poser une série de questions en lien avec cette expérience. Pour les participants qui répondaient « non », nous leur demandions si : « Plus largement, avez-vous déjà été proche d'une personne présentant des difficultés de santé mentale? ». Les participants qui répondaient « oui » avaient alors à répondre à des questions concernant cette expérience et ceux qui répondaient « non » se faisaient demander : « Sans que cette situation concerne un proche, avez-vous déjà côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale? ». Les participants qui répondaient « oui » à cette question se voyaient questionner davantage sur cette expérience et ceux qui répondaient « non » étaient classés comme n'ayant jamais eu d'expérience avec les difficultés de santé mentale.

Le Graphique 10 rend compte de la répartition des répondants en fonction de la nature de leur expérience en matière de santé mentale. Nous constatons que près de la moitié (44%) des participants ont déjà vécu une telle expérience personnelle. Par ailleurs, nous remarquons que 38% des répondants ont vécu une expérience impliquant un proche et, de manière plus distanciée, 7% témoignent d'une expérience impliquant une simple connaissance. En définitive, seulement 11% des répondants déclarent n'avoir aucune expérience en matière de santé mentale. Ainsi, en additionnant les expériences directes et indirectes, on peut affirmer que la santé mentale est un enjeu touchant la très grande majorité de la population québécoise (89%).

Graphique 10. Expériences des répondants en matière de santé mentale



Nous étudierons ci-dessous plus en détail les différents types d'expérience en commençant par les expériences qui impliquaient des difficultés liées à la santé mentale du répondant lui-même.

2.1.1. L'EXPÉRIENCE PERSONNELLE AVEC LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE

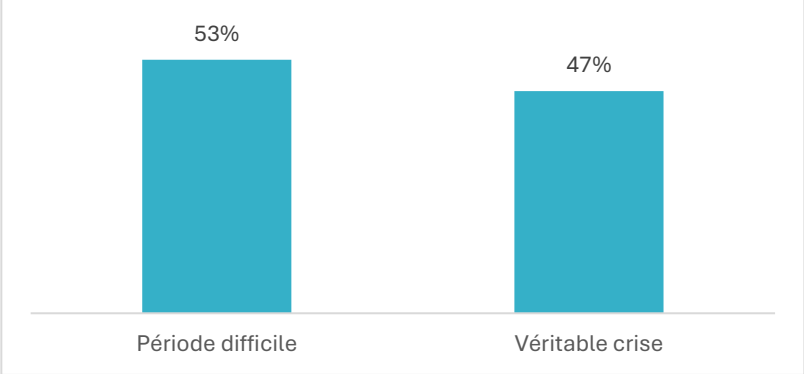
Pour rappel, seules les personnes qui ont vécu une difficulté liée à leur propre santé mentale ont répondu aux questions plus précises reliées à cette expérience. Ils représentent 44% des répondants.

Dans un premier temps, nous avons voulu évaluer le niveau de gravité que les participants associaient à cette expérience. Ils ont ainsi été appelés à situer la gravité de cette expérience sur une échelle de 1 à 10 où 1 signifie qu'il s'agissait juste d'une « période difficile » et 10 que c'était une « véritable crise ». Deux groupes ont été constitués selon la gravité relative de ces situations [36]. Le Graphique 11 fait état de la répartition de ces

[36] Un premier groupe formé de ceux qui ont vécu la situation plutôt comme une période difficile (score de 1 à 5 inclusivement) et un second groupe formé de ceux pour qui l'expérience s'est plutôt rapprochée d'une véritable crise (score de 6 à 10 inclusivement).

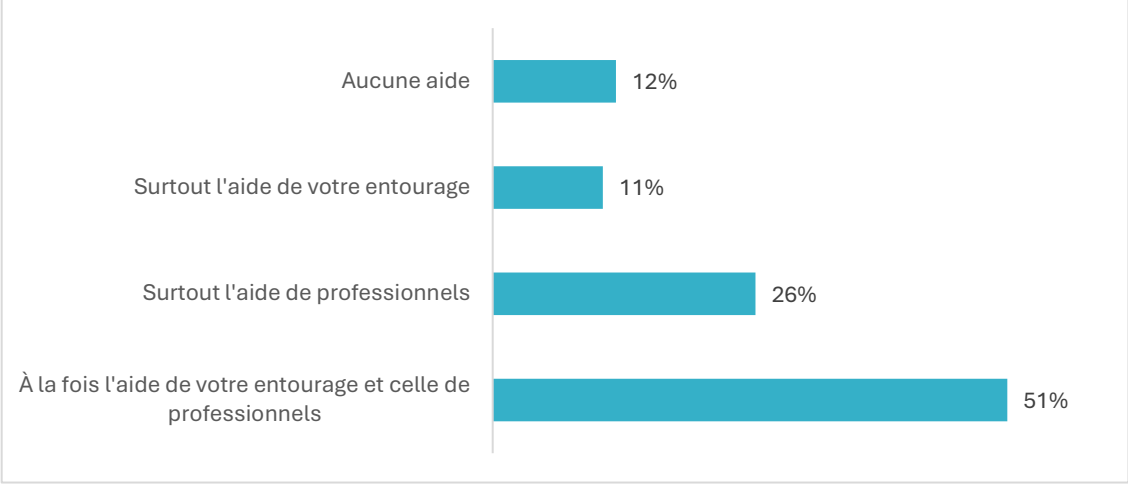
deux groupes et démontre que 53% des répondants ont identifié la situation comme une période difficile et 47% l'ont vécu comme une véritable crise.

Graphique 11. Gravité de la situation personnelle liée à la santé mentale



Nous avons ensuite évalué quel type d'aide les participants avaient reçue durant cette période afin d'identifier les acteurs sur lesquels ils avaient pu compter. Comme l'illustre le Graphique 12, près du tiers (62 %)[37] des répondants auraient reçu l'aide de leur entourage et plus des trois quarts (77%)[38] auraient reçu l'aide d'un professionnel. Il est également intéressant de noter que 11% des personnes confrontées à une expérience personnelle n'ont reçu l'aide de personne. Par extension, cette variable constitue aussi une mesure d'isolement social.

Graphique 12. Soutien obtenu lors de difficultés de santé mentale



[37] 11% ont surtout reçu l'aide de leur entourage et 51% ont reçu à la fois l'aide de leur entourage et celle de professionnels pour un total de 62% qui ont au moins reçu l'aide de leur entourage.
[38] 26% ont surtout reçu l'aide de professionnels et 51% ont reçu à la fois l'aide de leur entourage et celle de professionnels pour un total de 77% qui ont au moins reçu l'aide de professionnels.

Nous avons voulu en apprendre davantage sur ce qu'avaient vécu les participants dans le contexte de leur expérience en matière de santé mentale. Nous avons notamment mesuré le taux d'hospitalisation psychiatrique des répondants témoignant d'une expérience personnelle. Une minorité seulement de ces répondants (10%) ont affirmé avoir été hospitalisés durant cette période [39] (Tableau 3).

Tableau 3. Taux d'hospitalisation des répondants

Durant cette période, avez-vous été hospitalisé dans un établissement psychiatrique?	**%**
Oui	10
Non	90

La grande majorité (81%) des répondants qui ont été hospitalisés ont déclaré avoir donné leur consentement à cette hospitalisation, alors qu'une minorité (19%) ont été hospitalisés sans leur consentement (Tableau 4).

Tableau 4. Taux de consentement des répondants à l'hospitalisation

Était-ce avec ou sans votre consentement?	**%**
Avec leur consentement	81
Sans leur consentement	19

En ce qui a trait au taux de satisfaction des répondants vis-à-vis de leur hospitalisation, les deux tiers (68%) disent qu'elle a très bien ou plutôt bien répondu à leur situation, alors que le tiers (32%) se dit insatisfait. Toutefois, étant donné le nombre limité de ces répondants, il est difficile de tirer des conclusions définitives sur ces éléments liés à une expérience d'hospitalisation[40] (Tableau 5).

Tableau 5. Taux de satisfaction des répondants à l'hospitalisation

Globalement, diriez-vous que ces hospitalisations ont…?	**%**
Très mal ou plutôt mal répondu à votre situation	32
Très bien ou plutôt bien répondu à votre situation	68

En résumé, nous pouvons affirmer que la majorité des personnes ayant vécu une situation impliquant leur santé mentale a plutôt vécu cette situation comme une expérience difficile que comme une crise. La grande majorité a été soutenue durant cette période

[39] Le faible taux de répondants hospitalisés nous empêche d'effectuer des analyses plus poussées avec cet échantillon, puisque le *n* ne répond plus aux postulats d'utilisation permettant d'établir des relations significatives. Toutefois, des analyses quantitatives et qualitatives qui s'intéresseraient spécifiquement à l'expérience des personnes hospitalisées seraient d'un grand intérêt pour explorer en profondeur le vécu et les perspectives de ces personnes.

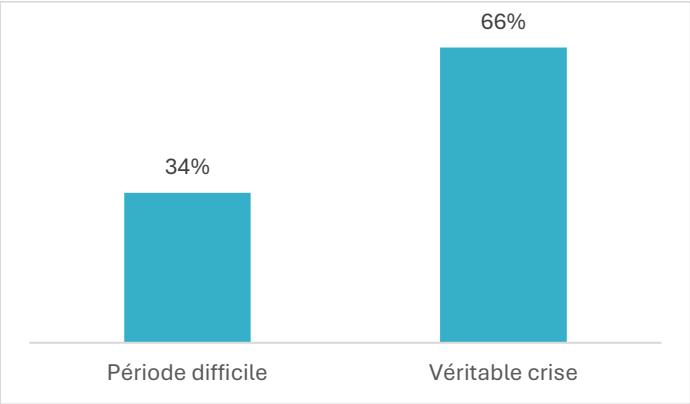
[40] *Idem.*

par leur entourage et/ou par des professionnels. Par ailleurs, la minorité de répondants qui a été hospitalisée mentionne avoir consenti à cette hospitalisation et témoigne de ce que celle-ci a bien répondu à leur situation.

2.1.2. L'EXPÉRIENCE DES PROCHES

Une proportion importante des répondants (38 %) témoigne d'une expérience indirecte en matière de santé mentale, impliquant un proche. Nous leur avons demandé d'évaluer la gravité de la situation rencontrée par ce proche en utilisant la même échelle de 1 à 10 que celle à laquelle nous avions eu recours dans la section précédente[41]. Les deux tiers (66%) des répondants estiment que la situation impliquant ce proche constituait une véritable crise, alors que le tiers (34%) qualifie plutôt cette situation comme une période difficile (Graphique 13).

Graphique 13. Gravité de la situation liée à la santé mentale d'un proche



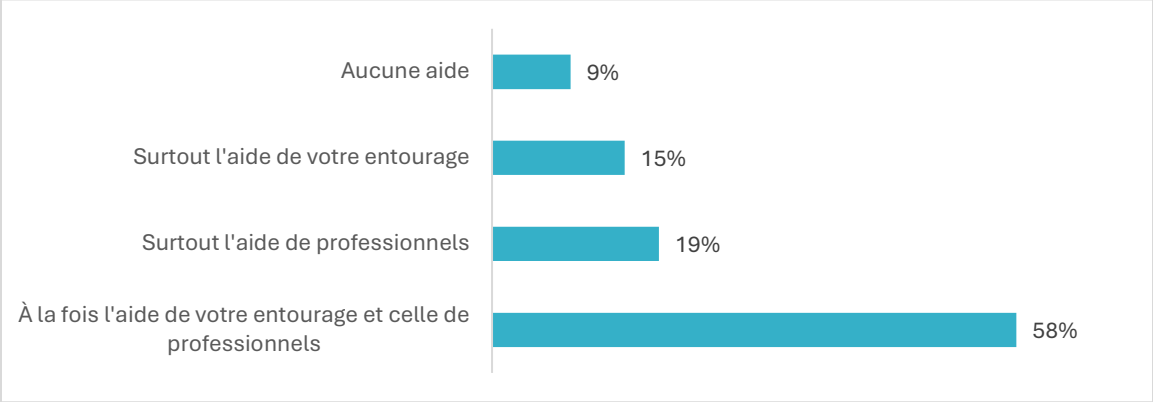
Il est particulièrement intéressant de noter que, comparativement aux répondants ayant vécu une expérience personnelle que 47% qualifiaient de véritable crise (Graphique 11), 66 % des répondants appelés à accompagner un proche considèrent la situation vécue par leur proche comme une véritable crise. Cette mesure peut se prêter à plusieurs interprétations. D'un côté, elle peut laisser entendre que les situations mettant en cause la santé mentale d'un proche paraissent plus graves pour les tiers que pour la personne elle-même confrontée à cette difficulté. D'un autre côté, les mêmes données peuvent également laisser entendre que les problèmes impliquant la santé mentale d'une personne n'appellent l'attention des tiers que lorsqu'elles atteignent une relative gravité et qu'elles sont plus susceptibles d'être vécues en silence lorsqu'elles connaissent, au contraire, un plus faible niveau de gravité. Une troisième hypothèse pourrait suggérer que les sujets concernés par une situation mettant en cause leur santé mentale sont susceptibles de minimiser les enjeux rencontrés dans le cadre de leur sphère personnelle.

[41] Un score de 1 à 5 inclusivement étant une période difficile et un score de 6 à 10 inclusivement étant une véritable crise.

Cette tendance, souvent associée aux difficultés en matière de santé mentale, pourrait influencer la perception de la gravité de la situation selon qu'on la rencontre personnellement ou qu'elle concerne quelqu'un d'autre. Bien que ces différentes perspectives présentent un intérêt, leur validation exigerait des études complémentaires permettant de confirmer la valeur de l'une ou l'autre et susceptibles même d'orienter l'interprétation vers d'autres explications.

Les répondants témoignant d'une expérience impliquant une personne proche ont également été interrogés sur le type d'aide reçu par leur proche durant cette période. Pour ce faire, nous avons recouru à la même mesure que celle utilisée auprès des répondants dont l'expérience en santé mentale était de nature personnelle. Le graphique 14 révèle qu'environ les trois quarts des personnes interrogées ont répondu que leur proche avait reçu l'aide de leur entourage (73%)[42] ou l'aide de professionnels (77%)[43], tandis que 9% n'avaient reçu « aucune aide ». Il est intéressant de noter que cette distribution est très similaire à celle rencontrée auprès des répondants qui avaient personnellement vécu des difficultés de santé mentale[44].

Graphique 14. Soutien obtenu par les proches en contexte de difficultés de santé mentale



Nous avons également mesuré le niveau d'implication des répondants auprès de leurs proches rencontrant des difficultés de santé mentale. Sur une échelle de 1 à 10, ils devaient situer leur implication sachant que 1 signifie qu'ils n'avaient pas eu à s'impliquer et 10 que cette implication avait été importante. La majorité (58%) des répondants estime avoir été significativement impliquée auprès de leur proche (score de 6 à 10) alors qu'une minorité (42%) évalue avoir été plus faiblement impliquée (score de 1 à 5) (Tableau 6).

[42] 15% ont surtout reçu l'aide de leur entourage et 58% ont reçu à la fois l'aide de leur entourage et celle de professionnels pour un total de 73% qui ont au moins reçu l'aide de leur entourage.
[43] 19% ont surtout reçu l'aide de professionnels et 58% ont reçu à la fois l'aide de leur entourage et celle de professionnels pour un total de 77% qui ont au moins reçu l'aide de professionnels.
[44] Voir *supra,* Graphique 12.

Tableau 6. Implication des proches en santé mentale

Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous votre implication auprès de cette personne si 1 signifie que vous n'avez pas eu à vous impliquer et 10 que votre implication était très grande?	**%**
Implication faible	42
Implication importante	58

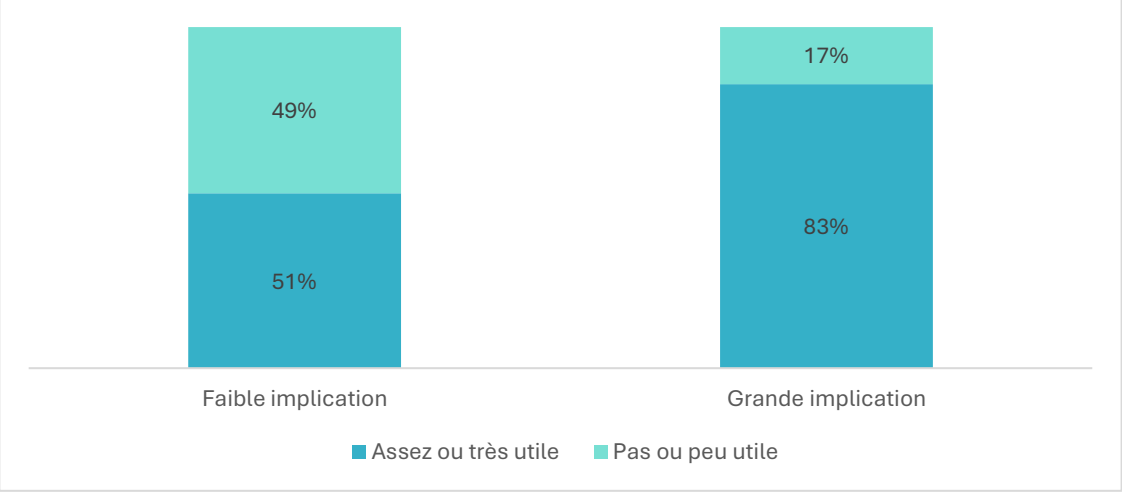
Les répondants ayant joué un rôle auprès d'un proche ont aussi eu à estimer le niveau d'utilité de cette implication. On constate à ce sujet que près du trois quarts des répondants (73%) considère que cette implication avait été « assez » ou « très » utile compte tenu de l'aide apportée à leur proche (Tableau 7).

Tableau 7. Sentiment d'utilité de l'intervention des proches

Pour aider cette personne, diriez-vous que votre implication a été…?	**%**
Pas utile ou peu utile	27
Très utile ou assez utile	73

Il apparaît en outre que le niveau d'implication est relié à l'évaluation que font les répondants de l'utilité de leur intervention (Graphique 15). Ainsi, 83% des répondants impliqués de manière importante auprès d'une personne rencontrant des difficultés de santé mentale considèrent que cette implication a été « assez » ou « très » utile, alors que seulement la moitié (51%) des proches faiblement impliqués sont du même avis.

Graphique 15. Utilité de l'implication des proches et degré d'implication



p<0,001

Nous avons par ailleurs voulu évaluer (sur une échelle de 1 à 10) dans quelle mesure cette expérience a affecté les répondants personnellement. Le Tableau 8 montre que près de deux tiers (65%) des participants à l'enquête engagés auprès d'un proche ont reconnu avoir été particulièrement affectés par l'expérience (score de 6 à 10 inclusivement), alors

que près du tiers (35%) considèrent que cette expérience les a peu affectés (score de 1 à 5 inclusivement). Se trouve ainsi soulevée l'importance de considérer les enjeux entourant la santé mentale non seulement en fonction des personnes rencontrant elles-mêmes des difficultés de santé mentale, mais également en tenant compte des proches que cette situation peut affecter de manière considérable.

Tableau 8. Effet de l'expérience en santé mentale sur les proches

Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous cette expérience si 1 signifie qu'elle vous a peu affecté et 10 qu'elle vous a beaucoup affecté?	**%**
Peu affecté	35
Beaucoup affecté	65

Abordés globalement, les répondants qui ont vécu une expérience en tant que proches d'une personne présentant des difficultés de santé mentale estiment la gravité de la situation plus sévèrement que les personnes ayant vécu personnellement cette expérience. Cela étant, les données démontrent que les acteurs les plus souvent appelés à intervenir sont les proches et les professionnels de la santé. La majorité des répondants reconnaissent s'être significativement impliqués auprès des proches concernés et estiment que cette implication a été utile. Plusieurs reconnaissent cependant que cette implication les a affectés personnellement de manière importante.

2.1.3. L'EXPÉRIENCE DES RÉPONDANTS QUI ONT CÔTOYÉ UNE PERSONNE PRÉSENTANT DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ MENTALE

Un dernier type d'expérience, plus indirecte, a été circonscrit aux fins de l'enquête. Il s'agit des personnes qui, sans avoir vécu une expérience personnelle liée à leur santé mentale, ni en tant que proches, ont simplement côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale. Étant donné le degré de proximité moindre entre le répondant et l'expérience en question, une seule question a été posée à cette catégorie de répondants. Celle-ci visait à évaluer dans quelle mesure cette expérience les a affectés[45]. Le Tableau 9 révèle que plus du deux tiers de ces répondants (68%) considèrent avoir été peu affectés par l'expérience (score de 6 à 10 inclusivement), alors que le tiers (32%) mentionne avoir été plus significativement affecté (score de 1 à 5 inclusivement).

[45] « Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous cette expérience si 1 signifie qu'elle vous a peu affecté et 10 qu'elle vous a beaucoup affecté? ».

Tableau 9. Effet de l'expérience des personnes qui ont côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale

Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous cette expérience si 1 signifie qu'elle vous a peu affecté et 10 qu'elle vous a beaucoup affecté?	**%**
Peu affecté	68
Beaucoup affecté	32

Les participants à l'enquête qui ont simplement côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale ont ainsi été généralement moins affectés par l'expérience que ceux dont ces difficultés affectaient un proche. Si le tiers des répondants qui ont simplement côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale disent avoir été affectés par cette expérience, c'est en contrepartie le cas de deux tiers des répondants dont un proche était concerné[46]. Il est raisonnable de conclure que les difficultés de santé mentale affectant une personne d'un cercle rapproché sont vécues plus difficilement par les membres de ce réseau de proximité que lorsque ces difficultés concernent une personne d'un cercle plus éloigné.

2.2. L'échelle d'expérience en santé mentale

Dans le cadre de notre analyse, l'expérience des répondants est rapidement apparue comme participant de leurs représentations des réalités entourant la santé mentale et de leurs attentes en matière d'intervention. Pour évaluer la nature de ces rapports, nous avons conçu une échelle mesurant cette expérience que nous avons ensuite utilisée dans l'analyse des perceptions et des attentes en matière de santé mentale.

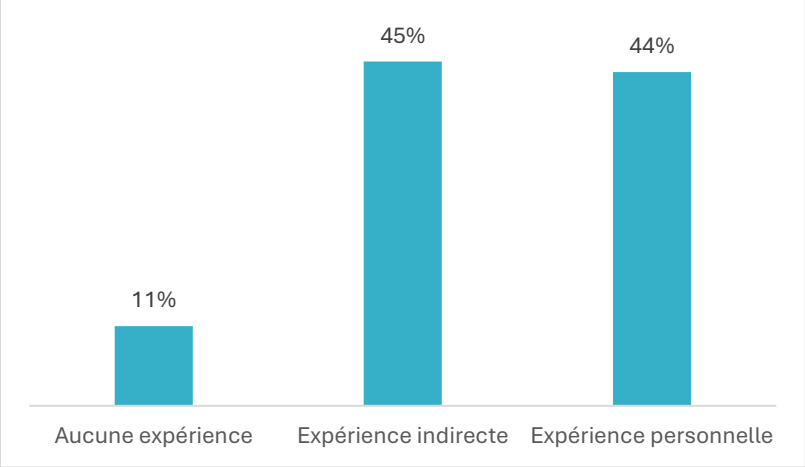
2.2.1. Construction de l'échelle d'expérience en santé mentale

Pour constituer l'échelle d'expérience en santé mentale, nous avons regroupé les répondants en 3 catégories tel que le Graphique 16 l'illustre à la page suivante. Ce graphique nous permet de constater qu'une minorité seulement de répondants (11%) n'ont aucune expérience en matière de santé mentale, alors que près de la moitié des participants (45%) en ont une expérience indirecte (avec un *proche* ou une personne qu'ils ont *côtoyée*[47]) ou une expérience personnelle (44%). Ces trois catégories forment l'échelle d'expérience en santé mentale à laquelle nous recourrons par la suite du rapport en l'associant à l'indice d'ouverture à l'égard de la santé mentale et aux attentes relatives à l'intervention en la matière.

[46] Voir *supra* Tableau 8.

[47] Ce sont 38,5% des répondants qui ont été proche d'une personne présentant des difficultés de santé mentale et 6,9% qui ont côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale.

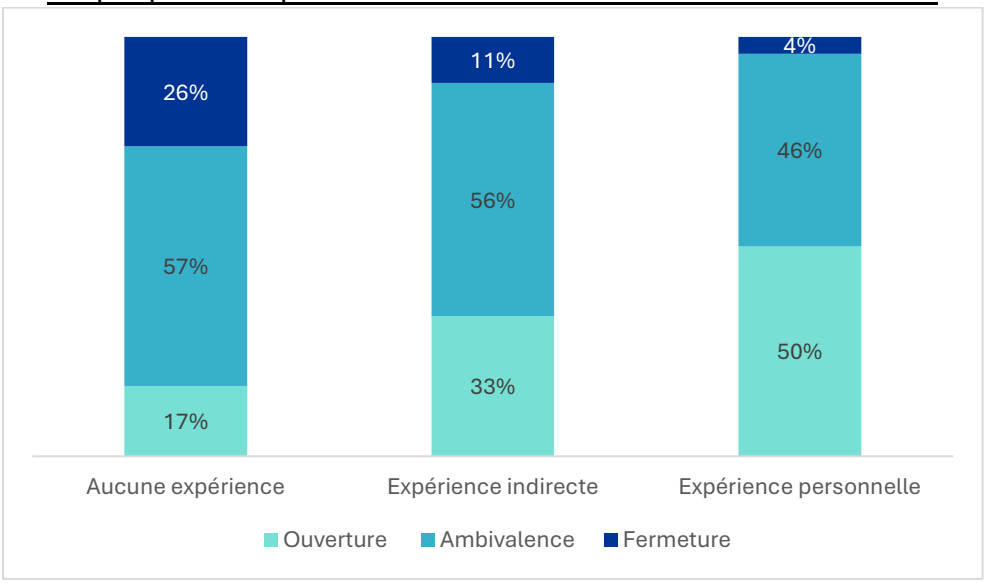
Graphique 16. Échelle d'expérience en santé mentale



2.2.2. Expérience et perception en matière de santé mentale

Le recours à l'échelle d'expérience permet de mesurer la relation entre l'expérience des répondants et leur perception de la santé mentale. Le Graphique 17 révèle que les individus bénéficiant d'une expérience personnelle tendent à partager une perspective plus ouverte des questions de santé mentale que les autres. Ainsi, si seulement 17% des répondants *sans expérience* entretiennent une perception ouverte à l'égard de la santé mentale, ce pourcentage passe à 33% chez les répondants qui en ont une expérience indirecte et à 50% chez ceux qui en ont eux-mêmes rencontré des difficultés en matière de santé mentale.

Graphique 17. Expérience et indice d'ouverture en santé mentale

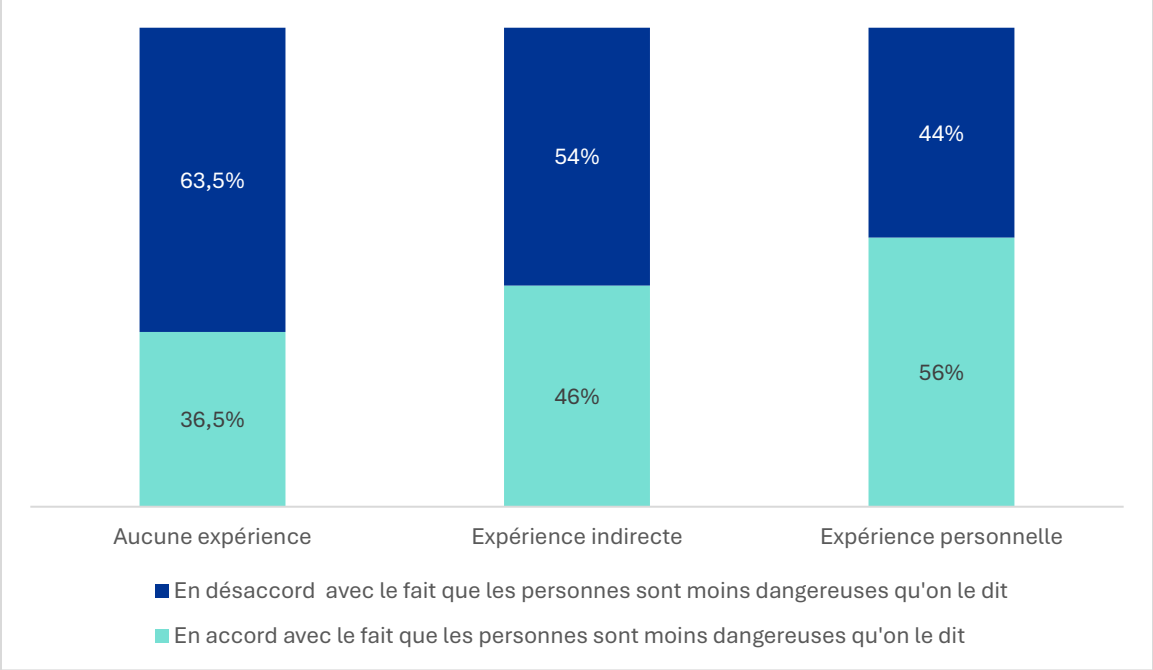


p<0,001

Nous avons également constaté à ce niveau-là que les répondants qui entretiennent une perspective plutôt ouverte en matière de santé mentale sont significativement plus nombreux à s'être impliqués significativement auprès de leurs proches (63%) que ceux dont l'attitude est plus ambivalente (58%) ou plus fermée (44%). Encore ici, il s'agit de perspectives qui se renforcent mutuellement.

Un certain nombre d'analyses bivariées ont également permis d'établir des relations significatives entre l'expérience des répondants et certains indicateurs spécifiques d'opinion ou d'attitude envers la santé mentale. Nous avons par exemple constaté que les participants qui n'ont jamais eu d'expérience en matière de santé mentale ont davantage tendance à considérer dangereuses les personnes qui rencontrent ces difficultés. Le Graphique 18 montre en ce sens que les répondants sans aucune expérience tendent davantage que les autres à appuyer l'idée que les personnes qui présentent des difficultés de santé mentale sont susceptibles d'être dangereuses (63,5%), alors que cette proportion passe à 54 % et 44 % selon le niveau d'expérience indirecte ou personnelle des répondants.

Graphique 18. Expérience et perception de la dangerosité



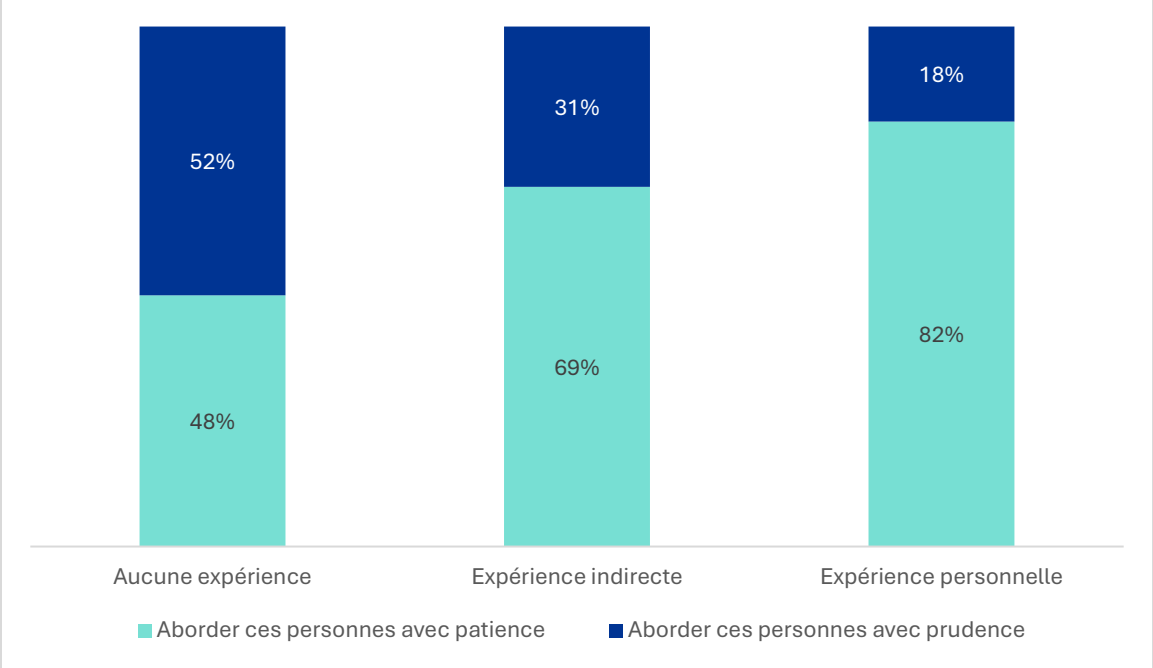
p<0,001

La même tendance est observable, quelle que soit la formulation de la question. Il en va ainsi de la question suivante : « Globalement, le comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale vous apparaît-il plutôt dangereux, plutôt dérangeant ou plutôt sans conséquence? ». Cette analyse nous permet ici encore de constater que les répondants sans expérience sont plus nombreux (24%) à considérer dangereux le

comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale alors que cette proportion tombe à 21 % chez les répondants qui ont une expérience indirecte et à 15% pour ceux qui ont une expérience personnelle. Rappelons toutefois que ce n'est qu'une minorité des répondants (19%) qui estime que le comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale est plutôt dangereux[48]. Il s'agit surtout ici de démontrer la stabilité d'une tendance déjà observée.

Confirmant encore cette tendance, les répondants qui n'ont aucune expérience en matière de santé mentale considèrent dans une plus petite proportion que les autres répondants que les personnes présentant des difficultés de santé mentale doivent être abordées avec « patience » plutôt qu'avec « prudence» (48%) alors que cette proportion passe à 69 %, puis à 82 % en fonction de leur expérience indirecte ou personnelle de cette réalité. Le graphique ci-dessous illustre cette tendance.

Graphique 19. Expérience et nature de la relation



p<0,001

De plus, les participants sans aucune expérience liée à la santé mentale considèrent dans une plus grande proportion que la société est trop tolérante avec les personnes qui connaissent ces difficultés de santé mentale (68%) comparativement aux répondants qui en ont une expérience indirecte (39%) ou personnelle (25%). Pour finir, les répondants sans expérience appuient plus généralement l'idée que, dans un milieu de travail donné, les employés devraient être mis au courant des difficultés de santé mentale rencontrées par un collègue (70%) en comparaison aux répondants témoignant d'une expérience

[48] Voir *Supra* Graphique 4.

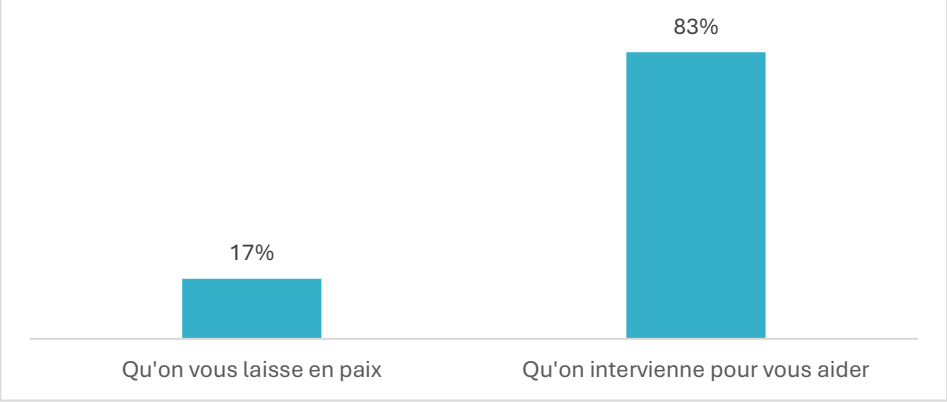
indirecte (55%) ou personnelle (41%). Ces analyses permettent de constater et de confirmer que l'ouverture des répondants à l'égard des personnes présentant des difficultés de santé mentale croît avec leur expérience et le degré de proximité qu'elles entretiennent avec les personnes rencontrant ces difficultés.

Chapitre 3 – Les attentes à l'égard des interventions en santé mentale

Ce chapitre porte sur les interventions envisageables en matière de santé mentale, ainsi que sur les acteurs qui peuvent prendre part à ces interventions. Nous avons plus directement tenté de cerner les attentes des répondants, en évaluant principalement le niveau d'acceptabilité de ces modalités d'intervention et l'ouverture relative à l'intervention de ces acteurs. Certaines des questions posées dans le cadre de l'enquête proposent des situations dans lesquelles les répondants sont eux-mêmes confrontés à des difficultés de santé mentale tandis que d'autres s'appliquent de manière plus générale. Lorsqu'elles se révélaient significatives, nous avons également étudié les relations existantes entre ces attentes et le profil des répondants, notamment sur le plan de leurs caractéristiques sociodémographiques.

Nous avons tout d'abord mesuré le niveau de légitimation de l'intervention en santé mentale en demandant aux répondants si, dans un contexte de crise liée à leur santé mentale, ils préféraient bénéficier de l'aide d'un tiers ou plutôt être laissés en paix [49]. Le Graphique 20 rend compte que la majorité (83%) des répondants serait plus spontanément en faveur d'une intervention, alors qu'une minorité (17%) espérerait plutôt « qu'on les laisse en paix ».

Graphique 20. Intervention ou non-intervention en contexte de crise personnelle[50]

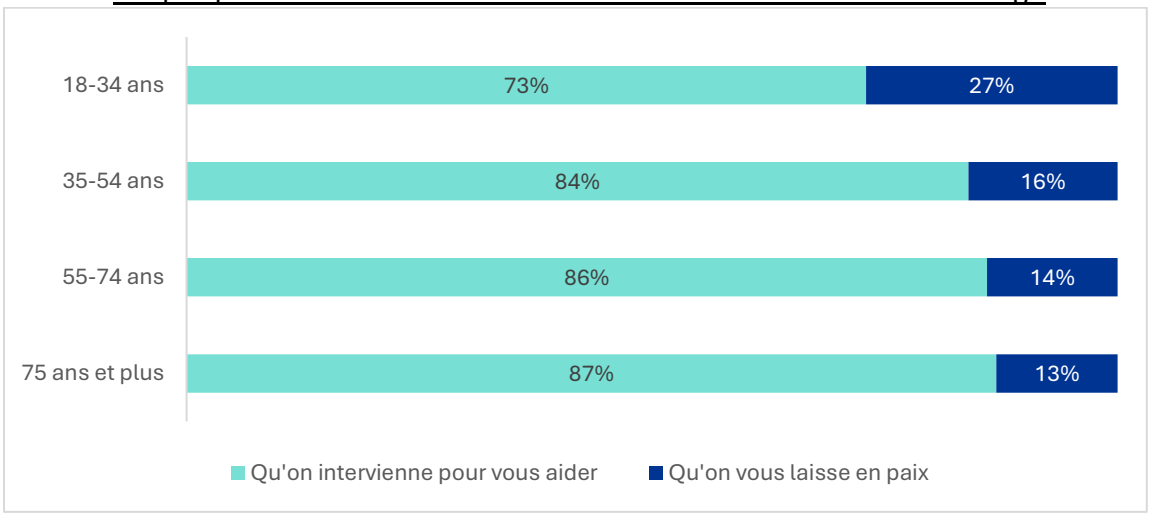


Bien que la répartition des réponses montre une large préférence en faveur de l'intervention, de légères variations apparaissent selon le profil sociodémographique des répondants. Il ressort ainsi de l'enquête que la proportion des répondants plus âgés (75 ans et plus) espérant l'intervention d'un tiers est plus élevée (87%) que celle mesurée

[49] « Si vous étiez confronté à une crise personnelle liée à votre santé mentale, que préféreriez-vous? Qu'on vous laisse en paix ou qu'on intervienne pour vous aider? »
[50] 7 % des répondants ont répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre ».

chez participants de 18 à 34 ans (73%) (Graphique 21). Il en va de même pour tous les groupes d'âge. Autrement dit, bien que la majorité des répondants appuient l'idée d'une intervention s'ils étaient confrontés à une crise personnelle, la proportion de cette majorité augmente avec l'âge. À l'inverse, le groupe des plus jeunes (18-34 ans) est plus nombreux à vouloir qu'on les laisse en paix.

Graphique 21. Intervention ou non-intervention en fonction de l'âge



p<0,001

Le revenu annuel des répondants est également apparu comme une variable significative. Ainsi les répondants ayant un revenu annuel plus élevé [51] sont en proportion plus nombreux (88%) à espérer l'intervention d'un tiers que ceux dont le revenu annuel se situe entre 35 000$ et 99 999 (81%) ou dont le revenu est de moins 35 000 $ (80%) [52].

Au-delà de ces légères variations, ce qu'il faut principalement retenir de cette variable est que dans des situations mettant en cause leur santé mentale, une très large majorité des participants préfère l'intervention d'un tiers et que cette proportion augmente avec l'âge et le revenu des répondants.

Pour la suite de ce chapitre, deux sous-sections ont été établies concernant respectivement les attentes à l'égard des acteurs de l'intervention en santé mentale (section 3.1) et celles à l'égard des types d'intervention envisageables (section 3.2). On constatera cependant que, sur plusieurs dimensions, ces deux aspects sont intrinsèquement liés.

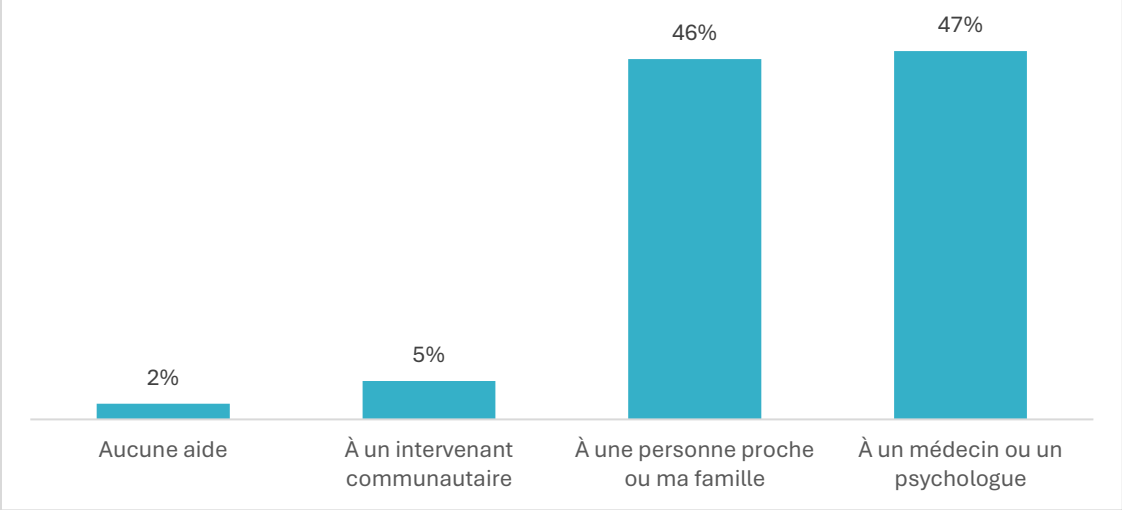
[51] Catégorie du revenu annuel de 100 000$ et plus.
[52] En contrepartie, les participants ne se distinguaient pas quant à leur niveau de scolarité.

3.1. Les acteurs de l'intervention

Nous avons interrogé les répondants au sujet des différents acteurs qui sont susceptibles d'intervenir lors d'une situation liée à la santé mentale, afin de mesurer leur perception à l'égard de ces acteurs.

Nous avons tout d'abord voulu identifier vers qui ces répondants se tourneraient s'ils vivaient personnellement une difficulté de santé mentale[53]. Le Graphique 22 présente la distribution des réponses fournies par les répondants. Nous y avons regroupé les réponses selon qu'elles ciblent l'entourage (une personne proche ou un membre de la famille), un professionnel (psychologue ou médecin) ou un intervenant communautaire. Les résultats nous permettent de constater que près de la moitié des répondants demanderaient en priorité l'aide à une personne proche ou à leur famille (46%) ou l'aide d'un professionnel (47%)[54]. Ces résultats mettent en lumière la légitimité équivalente de ces tiers (personnels ou professionnels) aux yeux des répondants.

Graphique 22. Acteurs prioritaires en matière de santé mentale



Nous avons également demandé aux répondants d'indiquer à qui ils demanderaient de l'aide en second. Le tableau à la page suivante illustre les réponses fournies à cette question[55]. Ces dernières consolident encore la propension des répondants à favoriser en priorité l'intervention des professionnels (54%) ou de leurs proches (39%).

[53] « Aujourd'hui, si vous viviez personnellement une difficulté de santé mentale, à qui demanderiez-vous de l'aide en premier? Et en second? ».
[54] Les choix de réponse à cette question ont été recodés pour regrouper certaines catégories. Les choix « à une personne proche » (21,5%) et « à un membre de votre famille » (24,6%) ont été regroupés. De même, les choix « à un médecin » (29,4%) et à un psychologue (17,5%) ont été regroupés.
[55] 20,5% des répondants ont répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre ».

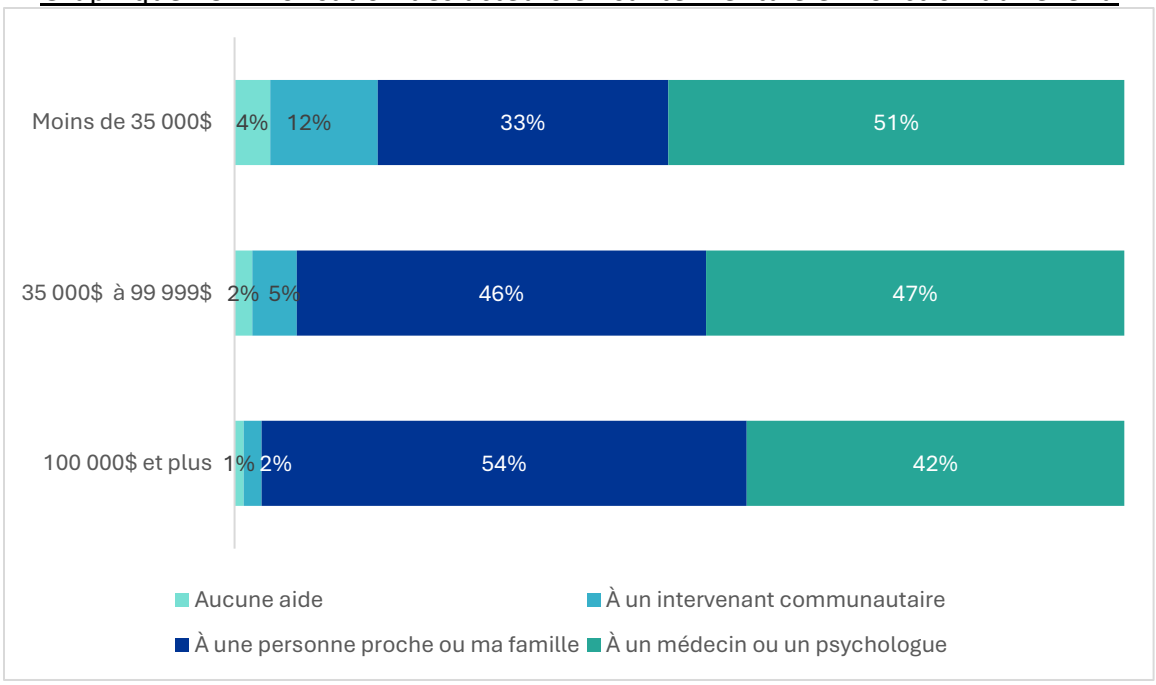
Tableau 10. Seconde priorisation des acteurs en contexte de santé mentale

Aujourd'hui, si vous viviez personnellement une difficulté de santé mentale, à qui demanderiez-vous de l'aide en second?	**%**
À un intervenant communautaire	7
À une personne proche ou ma famille	39
À un médecin ou un psychologue	54

Les réponses apportées aux deux niveaux de la question confirment que les professionnels du milieu de la santé et l'entourage sont les deux types d'acteurs vers lesquels se tournerait le plus spontanément la population québécoise. Les résultats dévoilent également que, dans une situation exigeant d'établir une priorité entre plusieurs acteurs de l'intervention, les intervenants communautaires sont souvent absents du champ de vision des répondants, tant au niveau des premiers (5%) que des seconds choix proposés (7%). Comme nous le verrons plus tard, il apparaît cependant que l'intervention communautaire recueille, en général, l'expression d'une très forte acceptabilité sociale[56], bien qu'ici, la visibilité de ce type d'intervention semble très limitée dans l'opinion, sinon, plus largement, au sein de l'espace public.

Nous avons constaté par ailleurs que les préférences des répondants en matière de priorité d'intervention varient en fonction de leur condition financière.

Graphique 23. Priorisation des acteurs en santé mentale en fonction du revenu



p<0,001

[56] Voir *infra* Graphiques 24 et 35.

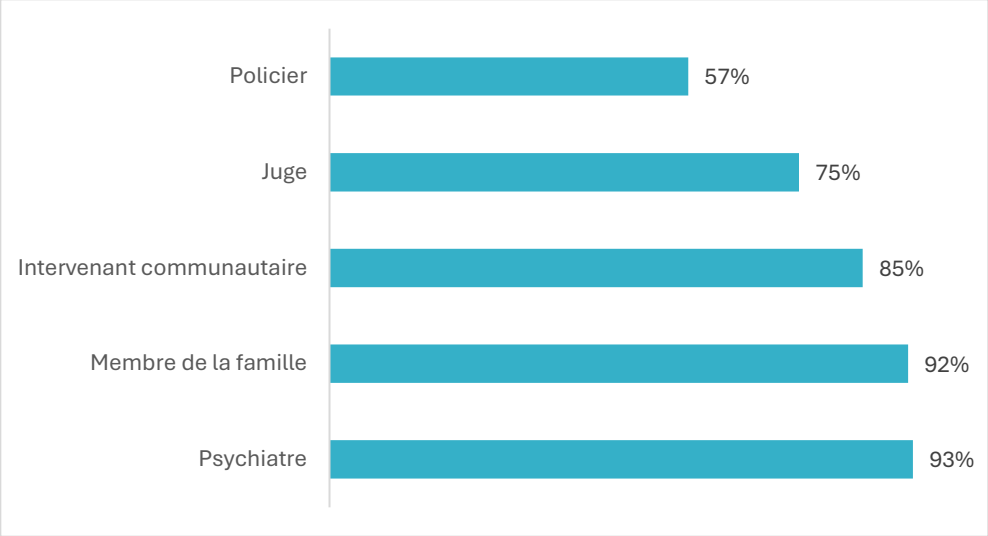
Le graphique 23 nous montre qu'alors que les répondants bénéficiant d'un revenu annuel plus faible (moins de 35 000$) sont moins enclins à demander l'aide de leur entourage (33%) c'est plus spontanément le cas de répondants dont les revenus sont élevés (54%)[57].

Par ailleurs, la question sur l'acteur sollicité en priorité en contexte de difficulté de santé mentale s'est également révélée significativement reliée à l'âge des répondants. Les répondants plus âgés auraient tendance à demander l'aide de professionnels dans une plus grande proportion (plus de 50%)[58] que les répondants plus jeunes (moins de 50%)[59]. En contrepartie, les plus jeunes envisageraient plus spontanément demander l'aide de leur famille (plus de 50%)[60] que les répondants plus âgés (moins de 40%)[61]. Il semble ainsi que les jeunes aient plutôt tendance à se tourner d'abord vers leur entourage tandis que les personnes plus âgées s'orienteraient en priorité vers les services de professionnels.

L'enquête a également permis d'établir le niveau de pertinence associé par les répondants à certains acteurs susceptibles d'intervenir en matière de santé mentale. Pour ce faire, nous avons tout d'abord ciblé 5 types d'acteurs plus directement identifiés dans le cadre de la revue de littérature effectuée au sujet de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* : policier, psychiatre, membre de la famille, intervenant communautaire et juge[62]. Les participants ont ensuite été appelés à établir s'ils considéraient justifiée l'intervention de chacun de ces acteurs [63]. À la page suivante, le Graphique 24 présente les résultats des réponses enregistrées à ces questions en indiquant chaque fois le pourcentage de répondants ayant trouvé l'intervention « plutôt » ou « tout à fait » justifiée[64].

[57] En contrepartie, les personnes dont le revenu est plus faible priorisent dans une proportion légèrement plus élevée (12%) l'aide d'un intervenant communautaire comparativement aux répondants dont les revenus se situent au-delà des 100 000$ (2%).
[58] Le groupe de 55-74 ans demanderait l'aide de professionnels dans 57% des cas et le groupe de 75 ans et plus dans 53% des cas.
[59] Le groupe de 35-54 ans demanderait l'aide de professionnels dans 43% des cas et le groupe de 18 ans et moins dans 32% des cas.
[60] Le groupe de 35-54 ans demanderait l'aide d'une personne proche ou de leur famille dans 51% des cas et le groupe de 18 ans et moins dans 59% des cas.
[61] Le groupe de 55-74 ans demanderait l'aide d'une personne proche ou de leur famille dans 36% des cas et le groupe de 75 ans et plus dans 40% des cas.
[62] Étant donné la spécificité du rôle du juge dans le cadre de l'application de la Loi P-38 et la supposition que les répondants seraient moins familiers avec le rôle du juge, nous avons posé une question sur la justification du rôle du juge séparément des autres acteurs afin d'offrir une mise en contexte quant au rôle du juge dans le cadre de la P-38 (voir Annexe 1).
[63] « Lors d'une situation de crise en matière de santé mentale, l'intervention des personnes suivantes vous apparaitrait-elle tout à fait injustifiée, plutôt injustifiée, plutôt justifiée ou tout à fait justifiée? ».
[64] Ce sont 5,5% des répondants qui ont répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre » à l'intervention du juge.

Graphique 24. Légitimité des acteurs de l'intervention en santé mentale



Les résultats révèlent que bien que l'intervention des policiers soit considérée comme justifiée par la majorité des répondants (57%), l'appui envers cet acteur est moins important qu'envers le juge (75%), l'intervenant communautaire (85%), les membres de la famille (92%) ou le psychiatre (93%).

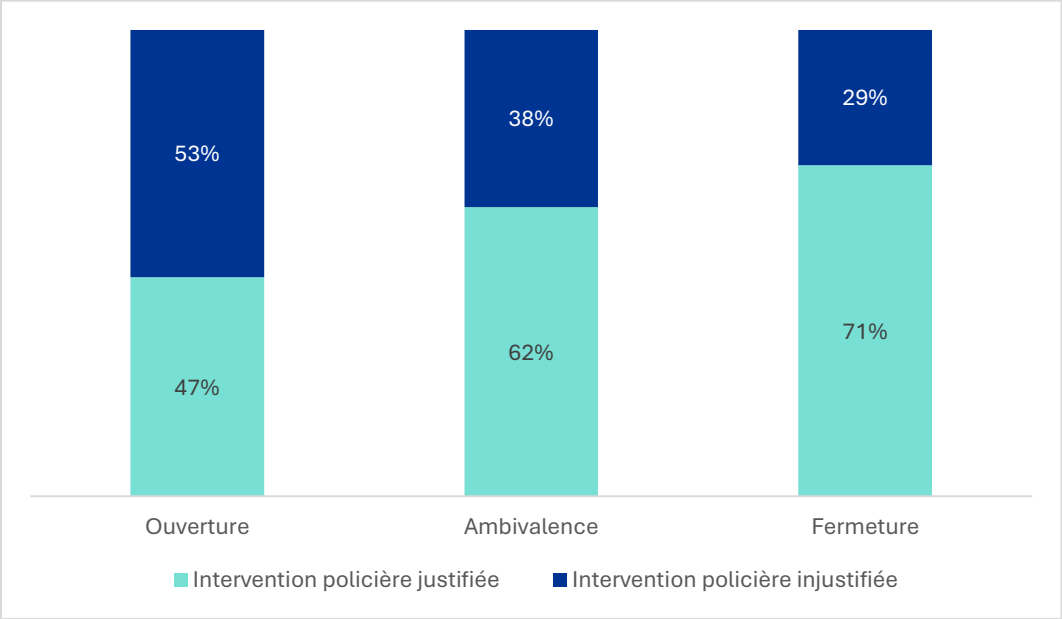
Soulignons ici que, comparativement aux questions précédentes sur les acteurs de l'intervention, nous ne demandions pas aux répondants de prioriser un intervenant par rapport à un autre. À cet effet, il apparait que lorsque les participants doivent prioriser le type d'acteur susceptible de les aider, l'intervenant communautaire est très peu choisi (5 ou 7%)[65]. Le Graphique 24 permet cependant de constater que, pris spécifiquement, l'intervenant communautaire reçoit un fort appui de la population (85%), ce qui vient légitimer sa place en matière de santé mentale. Par extension, nous pourrions dire que si l'intervenant communautaire ne fait pas partie du premier spectre de l'intervention pour les répondants, leur place est largement valorisée et que, comme nous l'avons indiqué précédemment, c'est la visibilité relative de cette intervention qui semble plutôt faire défaut.

Quant à la légitimité des policiers, l'enquête fait apparaître que la relation avec le degré d'ouverture des répondants est significative. À la page suivante, le Graphique 25 révèle que plus l'ouverture des répondants à l'égard de la santé mentale est grande, moins l'intervention des policiers apparait justifiée. Si moins de la moitié (47%) des répondants entretenant une certaine ouverture à l'égard des questions de santé mentale entrevoient l'intervention policière comme justifiée, cette proportion est beaucoup plus élevée (71%) chez les répondants dont la perspective sur la santé mentale est plus fermée. Le degré

[65] Voir *supra* le Graphique 22 et le Tableau 10.

d'ouverture ou de fermeture des répondants étant en partie associé à leur perception de la dangerosité des personnes présentant des difficultés de santé mentale [66], il est raisonnable de s'attendre à ce que, chez les répondants les plus fermés à cette réalité, l'intervention des policiers soit jugée plus légitime.

Graphique 25. Légitimité des policiers et indice d'ouverture



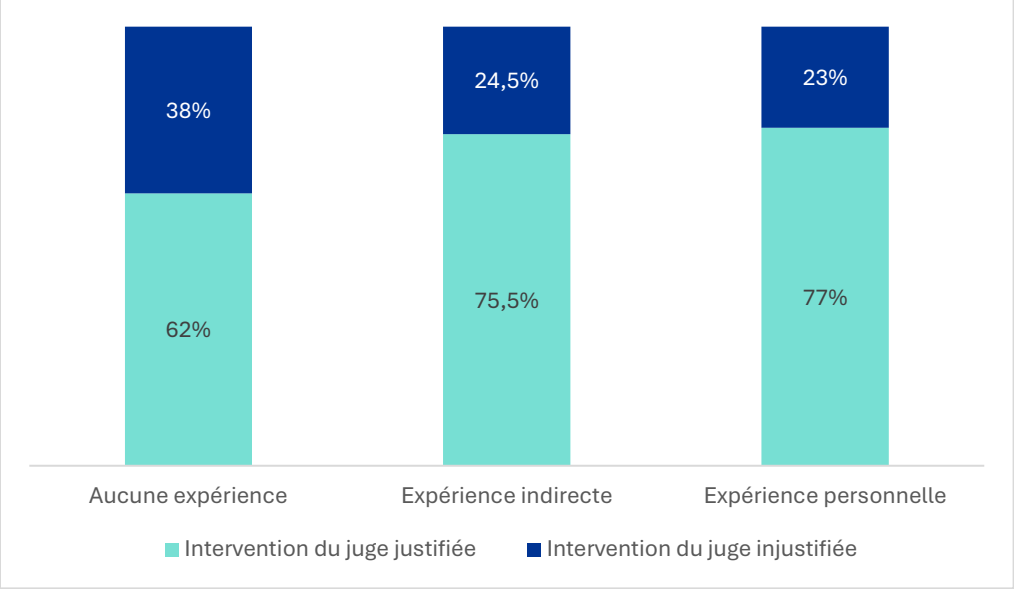
p<0,001

Concernant l'intervention du juge, cette variable s'est révélée significativement associée à l'expérience des répondants en matière de santé mentale[67]. En effet, si plus des trois quarts des répondants qui ont vécu une expérience liée à la santé mentale sont favorables à l'intervention du juge (77% pour ceux qui ont vécu une expérience personnelle et 75,5% pour ceux qui ont vécu une expérience indirecte), cette proportion descend à 62% pour ceux qui n'ont aucune expérience en matière de santé mentale. Le Graphique 26 à la page suivante illustre cette relation selon laquelle il semble que l'expérience renforce la légitimité du juge en tant qu'intervenant institutionnel.

[66] Voir les variables ayant servi à la construction de l'échelle d'ouverture en matière de santé mentale, *supra*, Tableau 2.

[67] Il existe également une relation significative entre l'expérience des répondants et le niveau d'acceptabilité de l'intervention du policier. En ce sens, les répondants qui n'ont aucune expérience en santé mentale ont plus tendance à trouver l'intervention policière justifiée (63%), que ceux ayant une expérience indirecte (62%) et ceux avec une expérience personnelle (51%). Il semble ainsi que l'expérience renforce la méfiance à l'égard de l'intervention policière en matière de santé mentale.

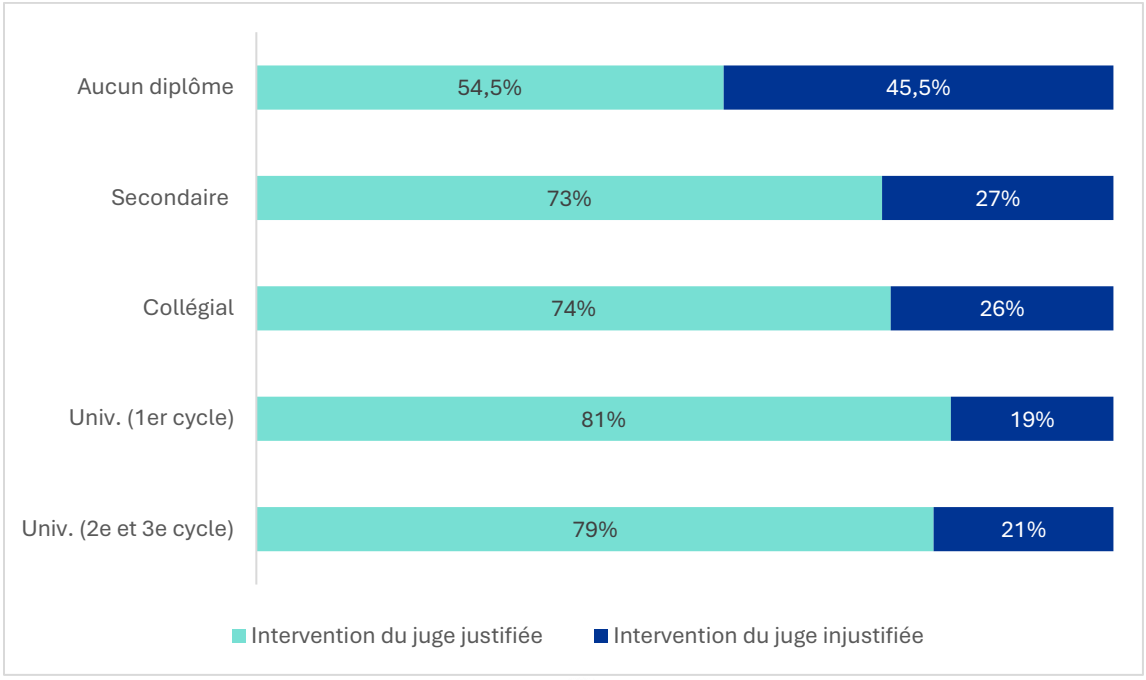
Graphique 26. Légitimité du juge et expérience en santé mentale



p<0,001

Notons par ailleurs que l'intervention du juge est également justifiée dans des proportions plus élevées chez les répondants les plus scolarisés. On remarque en effet que les participants qui n'ont aucun diplôme justifient l'intervention du juge dans une plus faible proportion (54,5%) que ceux qui détiennent un diplôme universitaire (81% et 79%).

Graphique 27. Légitimité du juge et niveau de scolarité



p<0,001

Enfin, quant à l'intervention d'un membre de la famille, il existe des relations significatives entre le revenu des répondants et le degré d'acceptabilité lié à l'intervention d'un membre de la famille : les personnes bénéficiant d'un revenu plus élevé ont plus tendance à trouver justifiée l'implication d'un membre de la famille que les autres[68]. Néanmoins, le taux de justification associé à l'intervention de la famille est tellement élevé (92%) que ces résultats doivent être lus avec retenue.

Globalement, les résultats présentés dans cette section 3.1 confirment la place prédominante accordée aux membres de l'entourage et aux professionnels dans le spectre de l'intervention auprès des personnes qui rencontrent des difficultés de santé mentale. Ils démontrent également une reconnaissance importante de la place des intervenants communautaires lorsqu'ils ne sont pas mis en « concurrence » avec d'autres acteurs. Les résultats dévoilent enfin que, bien qu'elle soit légitime pour la majorité des répondants, l'intervention des policiers dans les situations de crise en santé mentale est considérée comme globalement moins justifiée que celle des autres acteurs.

3.2. Les types d'intervention

Après nous être penchés sur les attentes des répondants à l'égard des acteurs de l'intervention, nous nous sommes tournés vers leurs rapports aux diverses formes que peut emprunter cette intervention. La proposition d'un certain nombre de situations a permis la réalisation de cette mesure qui tient compte du niveau d'accord ou de désaccord exprimé à l'égard de chaque modalité d'action[69]. Il s'agit en ce sens d'une mesure d'acceptabilité sociale.

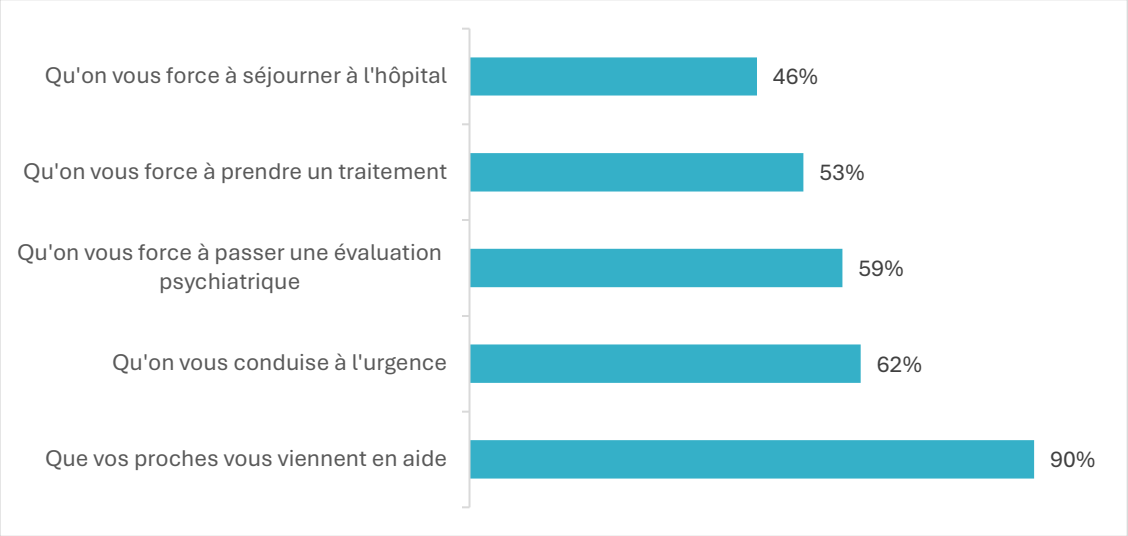
Le Graphique 28, présenté à la page suivante, expose les réponses fournies à cinq types d'interventions susceptibles d'être envisagées en contexte de crise personnelle liée à la santé mentale [70]. Les pourcentages reproduits correspondent au pourcentage des répondants se disant « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec l'énoncé l'intervention.

[68] Par exemple, les répondants qui ont un revenu de 100 000$ et plus trouvent l'intervention d'un membre de la famille justifié dans une plus grande proportion (96%) que ceux qui ont un revenu entre 35 000$ et 99 999$ (91%) et ceux qui ont un revenu de moins de 35 000$ (86%).

[69] « Si vous étiez confronté à une crise personnelle liée à votre santé mentale, seriez-vous tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec les énoncés suivants? »

[70] 5,8% des répondants ont répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre » à l'énoncé « qu'on vous conduise à l'urgence » et à l'énoncé « qu'on vous force à séjourner à l'hôpital ». 5,7% des répondants en ont fait de même pour l'énoncé « qu'on vous force à prendre un traitement ».

Graphique 28. Acceptabilité des différents types d'intervention



Parmi toutes ces modalités d'intervention, l'hospitalisation forcée[71] reçoit l'accord de moins de la moitié des répondants (46%). Les répondants se disent plus spontanément d'accord avec l'imposition d'un traitement (53%)[72] ou avec l'imposition d'une évaluation psychiatrique (59%)[73]. Par ailleurs, près de deux tiers (62%) des répondants se disent en accord avec le fait d'être conduits à l'urgence[74]. Enfin, l'aide des proches dans un contexte de crise personnelle liée à la santé mentale fait quasiment l'unanimité puisque 90% des répondants sont en accord avec cette intervention de proximité.

On a également pu observer que les interventions de nature plus coercitives sont plus largement acceptées par les répondants qui expriment une forme de fermeture à l'égard de la santé mentale. Tel qu'illustré dans le graphique 29, si plus de la moitié (56%) des

[71] L'hospitalisation involontaire de la personne est le mécanisme mis en place par le système de garde en établissement au Québec lorsque l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Plusieurs étapes peuvent alors se succéder, allant de la garde préventive à la garde provisoire permettant l'évaluation psychiatrique de la personne jusqu'à la garde prolongée ou autorisée prévue à l'article art. 30 C.c.Q.

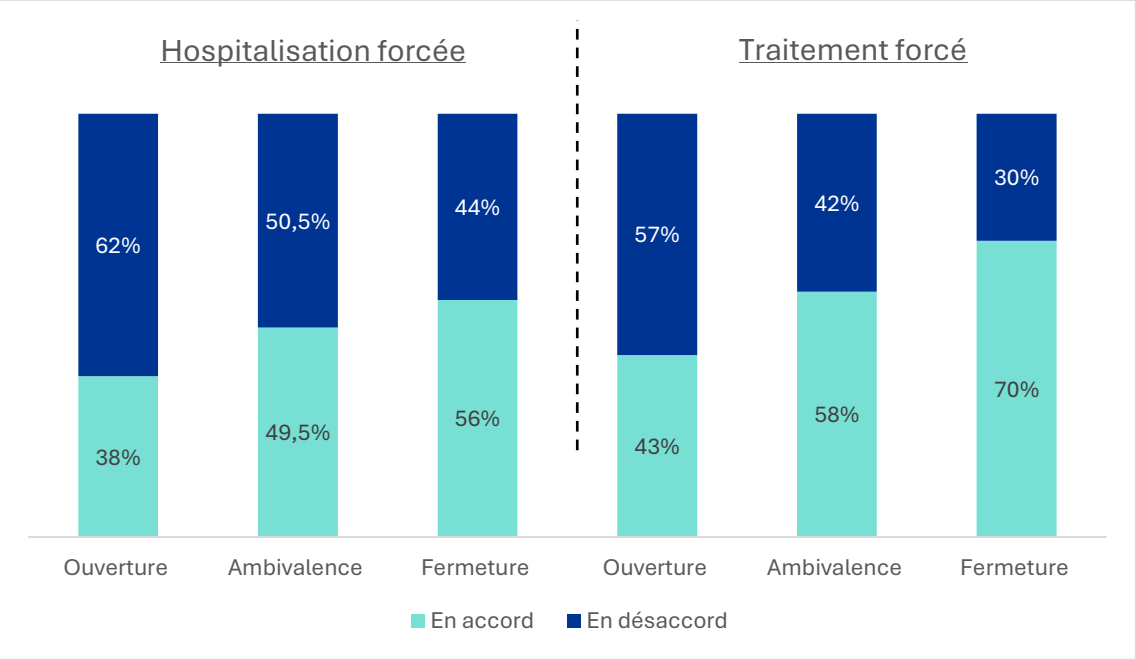
[72] Au Québec, si la personne refuse catégoriquement un traitement proposé et qu'elle est reconnue inapte, une demande peut être déposée au tribunal afin de l'obliger à prendre le traitement contre son gré, tel que prévu à l'article 16 C.c.Q.

[73] L'évaluation psychiatrique contre le gré de la personne est permise dans le cadre de la garde provisoire autorisée par un juge sur la base du critère de la dangerosité lié à l'état mental de la personne, voir l'article 28 C.c.Q.

[74] L'énoncé ne précisait pas si la personne consentait ou non à être conduite à l'urgence, ou encore qui conduisait la personne à l'urgence. Il pouvait donc être associé à plusieurs scénarios : celui où un membre de l'entourage conduit la personne aux urgences à sa demande, ou encore celui émanant d'une intervention policière tel que prévu par l'article 8 de la P-38 et qui autorise un agent de la paix à amener contre son gré une personne auprès d'un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Ce large spectre de scénarios rend difficile l'interprétation des résultats quant à cet énoncé.

répondants de ce profil sont en accord avec l'hospitalisation forcée, l'appui à cette proposition tombe à 38% chez les répondants dont le profil est plus ouvert. Dans le même ordre d'idées, 70% des participants à l'étude qui démontrent une certaine fermeture à l'égard des questions de santé mentale appuient l'idée d'un traitement forcé, alors que l'appui à cette intervention tombe à 43% chez les répondants qui manifestent un plus grand niveau d'ouverture à l'égard de ces questions.

Graphique 29. Acceptabilité de l'hospitalisation et du traitement forcés et indice d'ouverture



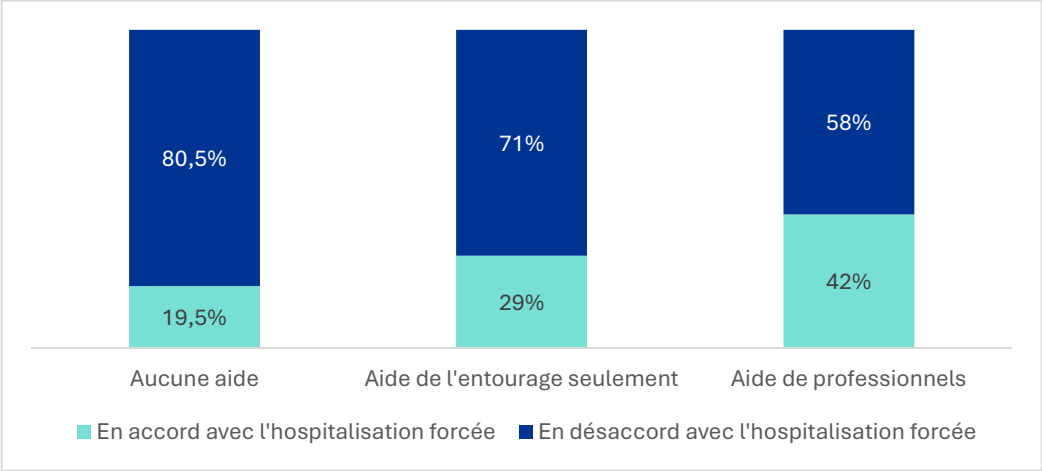
p<0,001 p<0,001

L'expérience des répondants est également reliée l'acceptabilité exprimée à l'égard des différentes interventions possibles en santé mentale. Tel que le démontre le Graphique à la page suivante, le fait d'avoir obtenu l'aide de professionnels lors de situations personnelles liée à la santé mentale augmente l'accord des répondants à l'idée d'une hospitalisation forcée. Bien que le niveau d'acceptabilité de l'hospitalisation forcée soit globalement faible (46%) dans l'échantillon total (Graphique 28), les répondants témoignant d'une expérience personnelle en matière de santé mentale et qui ont obtenu l'aide de professionnels sont généralement plus favorables à l'hospitalisation forcée (42%) que ceux qui n'ont bénéficié que de l'aide de leur entourage (29%) ou n'ont reçu aucune aide (19,5%)[75]. Cette relation permet de constater que le soutien antérieur d'un

[75] Ces résultats doivent toutefois être nuancés puisque que les répondants qui ont eu une expérience personnelle en matière de santé mentale appuient l'hospitalisation forcée dans une plus petite proportion (38%) que les participants qui ont eu une expérience indirecte (54%) et ceux qui n'ont eu aucune expérience (45%).

professionnel détermine en partie les attentes des individus en matière d'intervention en santé mentale.

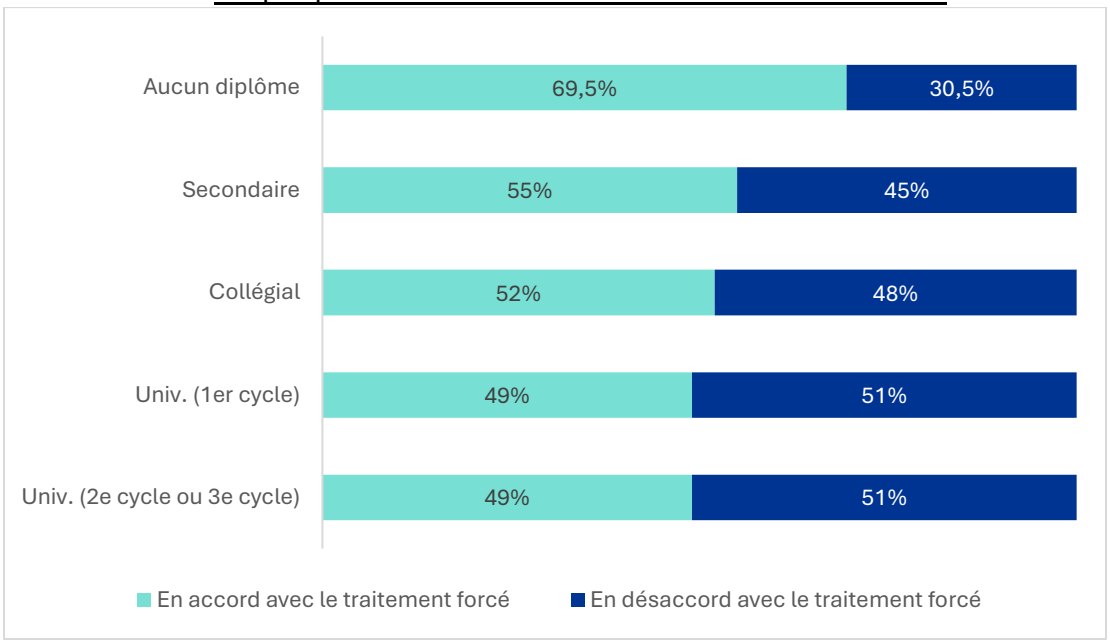
Graphique 30. Hospitalisation forcée et expérience personnelle de santé mentale



p<0,001

Sur un autre plan, une relation a également été observée entre le niveau de scolarité et l'acceptabilité de certains types d'intervention. C'est le cas en matière de traitement forcé. Le Graphique ci-dessous montre que si les répondants ne bénéficiant d'aucun diplôme appuient très majoritairement (69,5%) l'imposition d'un traitement forcé dans l'hypothèse où ils seraient eux-mêmes confrontés à une crise, c'est le point de vue d'un peu moins de la moitié des répondants détenant une formation universitaire (49%).

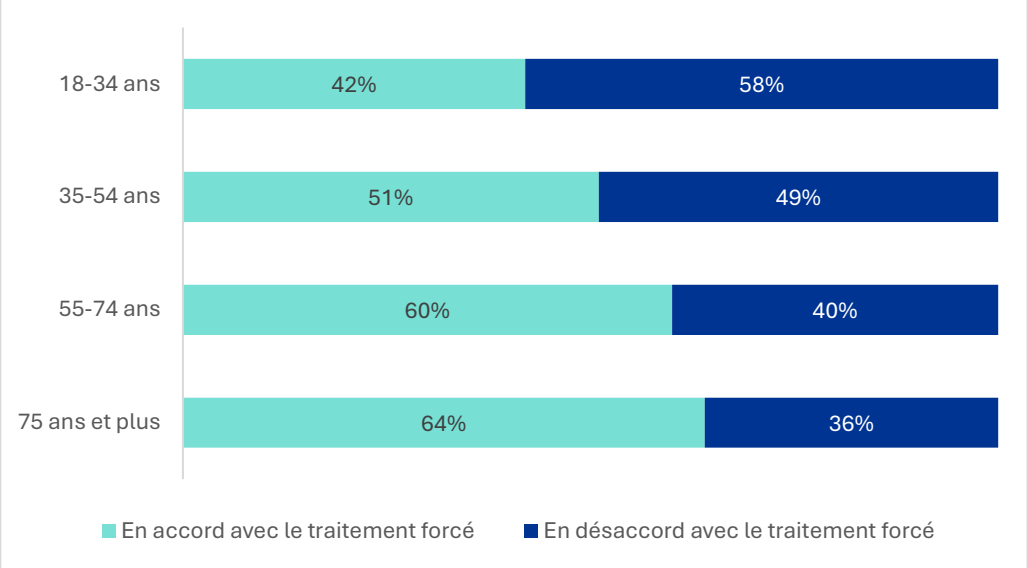
Graphique 31. Traitement forcé et niveau de scolarité



p<0,050

L'âge des répondants exerce également une influence sur leur rapport au système d'intervention. Plus les répondants sont âgés, plus ils appuient les interventions coercitives dans le contexte d'une crise personnelle qui serait liée à leur santé mentale. En effet, les répondants âgés de 75 ans et plus sont significativement plus nombreux (64%) que les plus jeunes (42%) à trouver acceptable le traitement forcé qui pourrait leur être imposé dans le contexte d'une crise personnelle impliquant leur santé mentale (Graphique 32). La même tendance s'observe concernant la conduite à l'urgence[76] et l'évaluation psychiatrique[77]. Dans tous les cas, l'intervention est jugée plus acceptable par les répondants plus âgés que par les plus jeunes. Il apparait ainsi que le rapport au système de santé est différent selon l'âge des répondants et que les personnes plus âgées sont plus favorables à l'intervention médicale quelle qu'elle soit que les plus jeunes[78].

Graphique 32. Traitement forcé et âge



p<0,001

[76] Les répondants de 75 ans et plus sont plus nombreux (69%) à trouver acceptable qu'on les conduise à l'urgence que ceux de 55 à 74 ans (66%), ceux de 35 à 54 ans (62%) et ceux de 18 à 34 ans (53%).

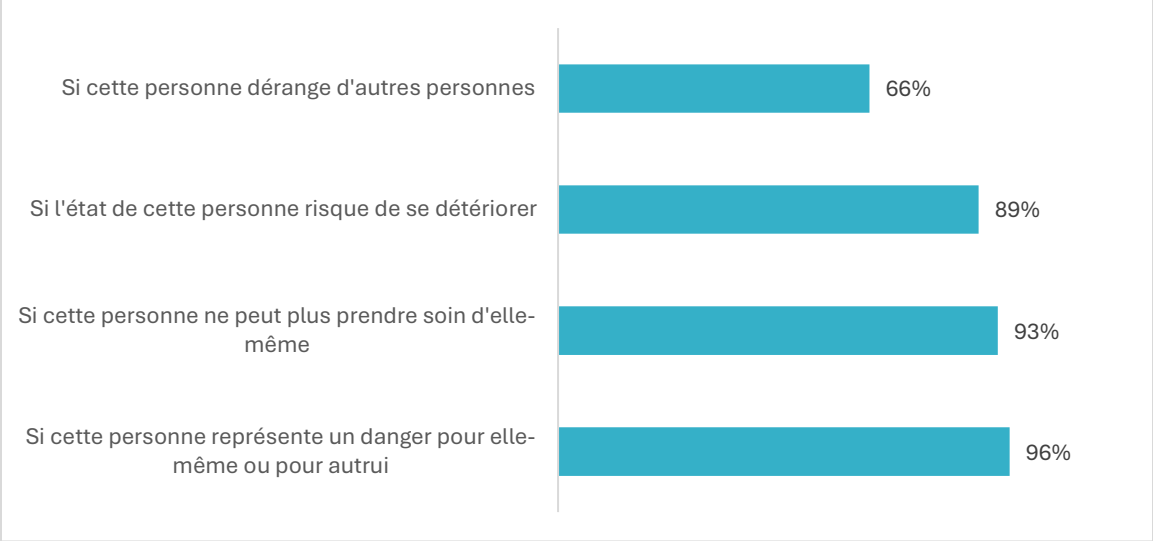
[77] Les répondants de 75 ans et plus sont plus nombreux (70%) à trouver acceptable qu'on les force à passer une évaluation psychiatrique que ceux de 55 à 74 ans (59%), ceux de 35 à 54 ans (60%) et ceux de 18 à 34 ans (55%).

[78] Une relation significative existe par ailleurs entre la condition financière des répondants et leurs attentes en matière d'intervention en santé mentale : plus les revenus des répondants sont élevés, plus ils accueillent positivement l'idée de recevoir l'aide de leurs proches. Là encore, le niveau d'acceptabilité de cette intervention étant extrêmement élevé, quel que soit le profil des répondants, ces résultats doivent être lus avec retenue. Néanmoins, cette tendance confirme les résultats au Graphique 23 qui mettait en évidence la relation significative entre le revenu des répondants et le choix des acteurs sollicités. Pour rappel, ce croisement démontrait que les personnes avec des revenus plus faibles avaient moins tendance (33%) à prioriser l'intervention des proches que les personnes aux revenus plus élevés (54%).

On a par ailleurs mesuré quelles circonstances justifient l'hospitalisation d'une personne contre son gré aux yeux des répondants[79]. Quatre énoncés ont permis l'évaluation de ces situations types[80].

Le Graphique 33 rend compte de ce que l'hospitalisation forcée est considérée « plutôt» ou « tout à fait » justifiée en fonction des circonstances énoncées.

Graphique 33. Justification de l'hospitalisation forcée selon les situations



Nous pouvons déjà remarquer que, dans chaque situation proposée, la majorité des répondants trouve justifiée l'hospitalisation des personnes contre leur gré. En ce sens, la justification la moins appuyée reçoit tout de même l'aval des deux tiers des répondants (66%) qui trouvent justifié d'hospitaliser une personne « si elle dérange d'autres personnes ». Cette proportion augmente à 89% lorsqu'il est question d'hospitaliser une personne si son état risque de se détériorer et à 93% si elle ne peut plus prendre soin d'elle-même. Enfin, un très fort consensus (96%) est établi quant à la légitimité d'hospitaliser une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui. Le critère au fondement de la mise en œuvre de la P-38 – la dangerosité liée à l'état mental de la personne – répond donc à la situation obtenant l'appui le plus important.

Nous avons comparé cette mesure avec celle, présentée plus tôt, concernant l'opportunité d'un séjour forcé à l'hôpital, si le répondant devait décider pour lui-même

[79] « Parmi les situations suivantes, vous semble-t-il tout à fait injustifié, plutôt injustifié, plutôt justifié ou tout à fait justifié d'hospitaliser contre sa volonté, une personne présentant des difficultés de santé mentale? »

[80] 1) « Si cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui », 2) « Si l'état de santé de cette personne risque de se détériorer », 3) « Si cette personne ne peut plus prendre soin d'elle » et 4) « Si cette personne dérange d'autres personnes ».

dans un contexte impliquant sa propre santé mentale[81]. Seulement 46% des répondants avaient alors répondu être en accord avec une telle alternative. En comparaison, on peut ainsi remarquer que lorsque l'hospitalisation est envisagée dans un contexte n'impliquant pas personnellement le répondant (Graphique 33), cette intervention reçoit un appui bien plus important de la part des répondants (de 66% et 96% selon les circonstances) que lorsque cette question se pose pour eux-mêmes. Ramenés à leur propre condition, l'idée d'une hospitalisation de nature coercitive reçoit donc moins de support que lorsque la situation est abordée abstraitement.

Nous avons par ailleurs relevé une relation significative entre l'indice d'ouverture en matière de santé mentale et le caractère acceptable ou non de l'hospitalisation forcée en fonction des différentes circonstances suggérées. Il apparait que plus les répondants entretiennent une vision « fermée » en matière de santé mentale, plus ils ont tendance à trouver justifiée l'hospitalisation forcée d'une personne dont l'état « risque de se dégrader » ou qui « dérange d'autres personnes » [82]. Dans le même ordre d'idées, l'expérience influe sur le niveau d'acceptabilité de l'hospitalisation forcée notamment si la situation présente « un danger pour la personne ou pour autrui ». Les répondants ayant déjà connu une expérience personnelle affectant leur propre santé mentale ont en effet plus tendance à se dire en accord avec l'hospitalisation forcée d'une personne qui présenterait un tel danger[83].

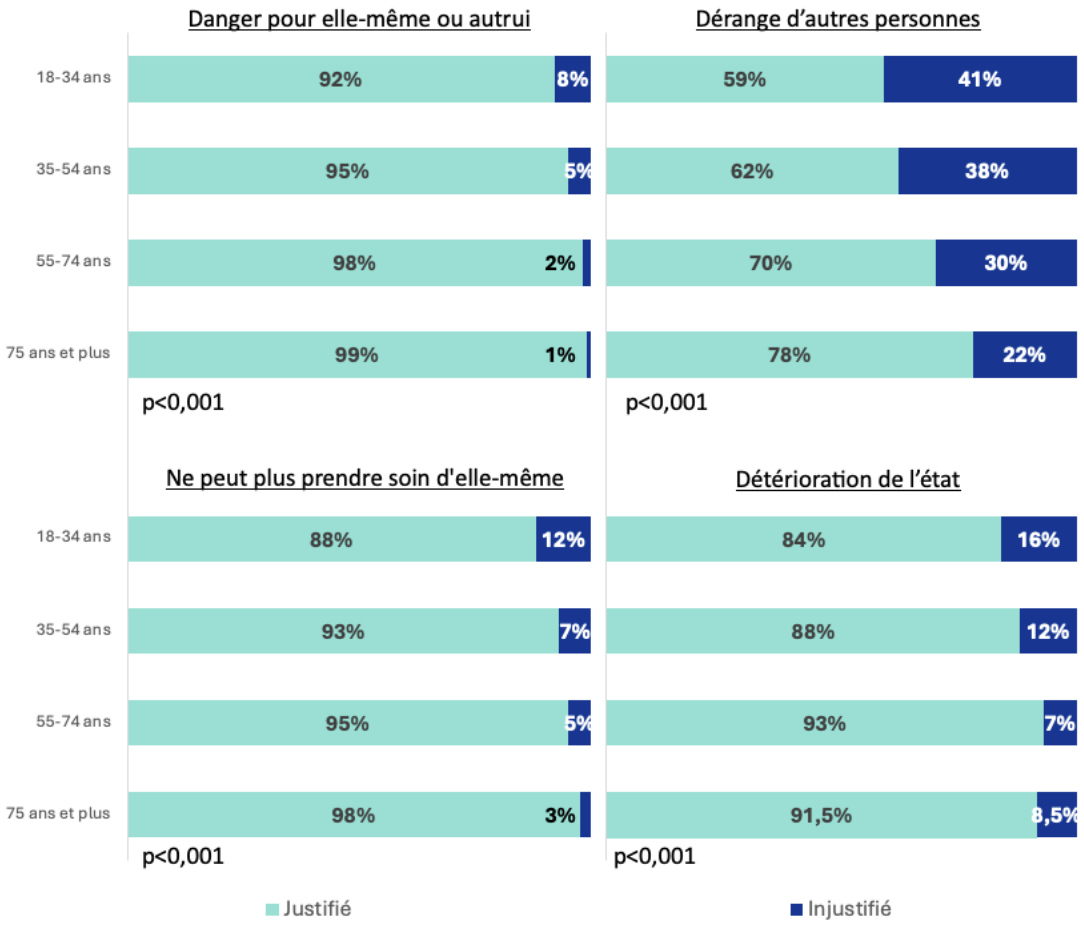
Le croisement des variables présentées dans le Graphique 33 révèle également des relations significatives avec les variables sociodémographiques. S'agissant de l'âge des répondants, les plus âgés affichent un appui plus affirmé en faveur de l'hospitalisation forcée que les autres répondants, et ce, quelle qu'en soit la justification évoquée. C'est ce que le Graphique 34 présenté ci-dessous tend à démontrer. À titre d'exemple, si l'hospitalisation forcée d'une personne qui dérange reçoit l'appui de 78% des répondants âgés de 75 ans et plus, cette proportion tombe à 59% chez les répondants âgés de 18 à 34 ans. Ces observations confirment une tendance déjà relevée selon laquelle les personnes plus âgées sont plus favorables que les autres répondants à une intervention de nature médicale. Rappelons toutefois que la tendance en faveur de l'hospitalisation forcée reste forte, peu importe l'âge des répondants.

[81] Voir *supra,* Graphique 28.

[82] Les répondants qui ont une perception plutôt fermée trouvent justifié dans une plus grande proportion (96%) d'hospitaliser une personne si son état risque de se détériorer que ceux qui ont une conception ambivalente (90%) ou ceux qui ont une conception plutôt ouverte (86%). Dans le même sens, les répondants qui ont une perception plutôt fermée trouvent justifié dans une plus grande proportion (85%) d'hospitaliser une personne si elle dérange d'autres personnes que ceux qui ont une conception ambivalente (74%) ou ceux qui ont une conception plutôt ouverte (51%).

[83] Les répondants qui ont une expérience personnelle avec la santé mentale trouvent justifié dans une plus grande proportion (97%) d'hospitaliser une personne si elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui que ceux qui ont une expérience indirecte (96%) ou ceux qui n'ont aucune expérience (90%).

Graphique 34. Âge des répondants et hospitalisation forcée



Notons pour finir que certains croisements significatifs ont également permis de relier l'hospitalisation forcée et le niveau de scolarité[84] ainsi que le revenu des participants[85].

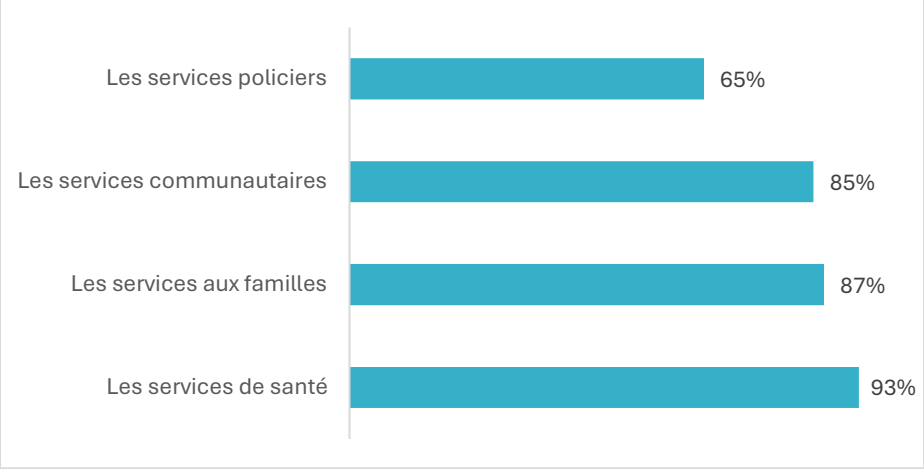
[84] Par exemple, les répondants qui n'ont aucun diplôme sont plus nombreux (97%) à trouver l'hospitalisation justifiée si l'état de la personne risque de se détériorer que ceux ayant un diplôme du secondaire (91%), ceux ayant un diplôme collégial (89%), ceux ayant un diplôme de premier cycle universitaire (86%) ou ceux ayant un diplôme de deuxième ou troisième cycle universitaire (85%). Dans le même sens, les répondants qui n'ont aucun diplôme sont plus nombreux (82%) à trouver l'hospitalisation justifiée si la personne dérange d'autres personnes que ceux ayant un diplôme du secondaire (67%), ceux ayant un diplôme collégial (67%), ceux ayant un diplôme de premier cycle universitaire (63%) ou ceux ayant un diplôme de deuxième ou troisième cycle universitaire (62%).

[85] Les répondants ayant un revenu annuel de moins de 35 000$ sont plus nombreux (69%) à trouver l'hospitalisation des personnes qui dérangent justifiable, suivi de ceux avec un revenu situé entre 35 000$ et 99 999$ (68%) et de ceux avec un revenu de 100 000$ et plus (61%).

Pour parfaire la mesure des attentes sociales à l'égard de l'intervention en santé mentale, nous avons interrogé les participants à l'enquête sur la priorité qu'ils accordent aux différents types d'intervention en matière de santé mentale[86].

Ci-dessous, le Graphique 35 rend compte des services jugés « très » ou « assez » prioritaires. On y remarque que bien que les services policiers soient considérés prioritaires par les deux tiers (65%) des répondants, il s'agit du type d'intervention qui fait le moins consensus auprès des participants. En ce sens, un écart de 20% peut-être mesuré entre la priorité donnée aux services policiers et celle accordée aux autres types d'interventions : plus des trois quarts des répondants trouvent prioritaires les services communautaires (85%) et les services offerts aux familles (87%). Enfin, les services de santé sont considérés prioritaires par la quasi-totalité (93%) des répondants.

Graphique 35. Priorité des interventions en santé mentale



Les résultats mis en évidence par le Graphique 35 confirment ceux présentés plus haut concernant la priorité accordée aux différents acteurs susceptibles d'intervenir en matière de santé mentale[87]. Que la question soit posée en termes d'acteurs ou d'intervention, l'appui des répondants pour ces différents secteurs d'intervention reste sensiblement le même : la priorité est donnée au système de santé, suivi des services aux familles et du milieu communautaire et finalement de l'intervention policière.

En outre, nous avons pu constater que le caractère prioritaire des services policiers fluctue en fonction de l'âge des répondants[88]. Ainsi les participants plus âgés sont plus

[86] « Étant donné les ressources dont le Québec dispose en santé mentale, vous semble-t-il pas du tout prioritaire, peu prioritaire, assez prioritaire ou très prioritaire d'investir dans les services suivants? ».
[87] Voir *supra* Graphique 22.
[88] Notons également que, concernant les services policiers, la prise en compte du revenu des répondants révèle aussi une relation significative. Les personnes dont le revenu est plus faible (moins de 35 000 $)

disposés à trouver les services policiers prioritaires (75 %) que les répondants les plus jeunes de l'échantillon (58%)[89]. Cette relation entre l'âge et la priorité donnée à certains services s'observe également en ce qui a trait aux services communautaires et aux services destinés aux familles[90] : les personnes plus âgées priorisent en effet de manière plus forte ces autres types d'intervention que les répondants moins âgés. Par extension, il semble donc que les personnes plus âgées soient globalement plus ouvertes à l'intervention d'acteurs organisés (de nature institutionnelle, communautaire ou familiale), que les autres répondants.

Sur un autre plan, la comparaison avec les réponses précédentes est particulièrement intéressante en ce qui concerne la légitimité des acteurs communautaires. Nous remarquions plus tôt que ces acteurs n'étaient pas envisagés prioritairement lorsqu'ils étaient mis « en concurrence » avec d'autres acteurs. Effectivement, seulement 5% des répondants avaient affirmé qu'ils se tourneraient prioritairement vers un intervenant communautaire s'ils vivaient personnellement une difficulté de santé mentale [91]. Toutefois, l'action des intervenants communautaires est apparue justifiée par 85% des répondants lorsqu'elle n'est pas mise en opposition à celle des autres types d'intervenants. Le Graphique 35, présenté ici, vient dès lors confirmer la tendance remarquée plus haut selon laquelle les services communautaires ont une place importante dans le spectre de l'intervention en santé mentale. Ils représentent encore là une priorité pour 85% des répondants. Autrement dit, lorsque les services ou les acteurs communautaires ne sont pas mis en « concurrence » avec d'autres, la reconnaissance de ces services et de ces acteurs est quasiment unanime.

Par ailleurs, le croisement entre la priorité accordée aux services communautaires et l'expérience en matière de santé mentale montre que l'intervention communautaire est encore plus valorisée par les personnes qui ont vécu une expérience personnelle en matière de santé mentale (90%) que par ceux qui n'en ont qu'une expérience indirecte (81%) ou qui n'en ont aucune (81%)[92]. La même tendance s'observe en fonction du degré

appuient davantage l'action des services policiers (69%) que ceux dont le revenu est plus élevé (100 000 $ et plus) (60%).

[89] Les répondants de 75 ans et plus trouvent les services policiers prioritaires dans une plus grande proportion (75%) que ceux âgés de 55 à 74 ans (67%), ceux âgés de 35 à 54 ans (64%) et ceux âgés de 18 à 34 ans (59%).

[90] Les répondants de 75 ans et plus trouvent les services communautaires prioritaires dans une plus grande proportion (89%) que ceux âgés de 55 à 74 ans (88%), ceux âgés de 35 à 54 ans (83%) et ceux âgés de 18 à 34 ans (83%). Par ailleurs, les répondants de 75 ans et plus trouvent les services aux familles prioritaires dans une plus grande proportion (89%) que ceux âgés de 55 à 74 ans (91%), ceux âgés de 35 à 54 ans (87%) et ceux âgés de 18 à 34 ans (80%).

[91] Voir *supra* Graphique 22.

[92] Il existe également une relation significative entre l'expérience des répondants avec la santé mentale et la priorisation des services de santé. Les répondants qui ont une expérience personnelle trouvent les services de santé prioritaires dans une plus grande proportion (96%) que ceux qui ont une expérience indirecte (93%) et ceux qui n'ont aucune expérience (85%).

d'ouverture ou de fermeture des répondants en matière de santé mentale. Les participants entretenant une conception plus ouverte de la santé mentale priorisent davantage les services de nature communautaire que les autres, dont le profil est plus critique ou « fermé »[93].

[93] Les participants entretenant une conception plus ouverte de la santé mentale priorisent davantage (89%) les services de nature communautaire que les autres, dont le profil est plus ambivalent (83%) ou « fermé » (80%).

Chapitre 4 – Les droits des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale

Dans cette quatrième section, il est question du respect et de la priorisation des droits des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale.

Nous avons tout d'abord mesuré la perception des participants quant au respect des droits de la personne en contexte de santé mentale. À la lumière du tableau suivant, nous constatons que 57% des répondants considèrent que les droits des personnes présentant des difficultés de santé mentale sont respectés au Québec, alors que 43% partagent l'opinion opposée[94]. Ces résultats mettent en lumière un désaccord relativement profond quant au niveau de respect des droits en matière de santé mentale percç au sein de la population québécoise[95].

Tableau 11. Respect des droits des personnes présentant une difficulté de santé mentale

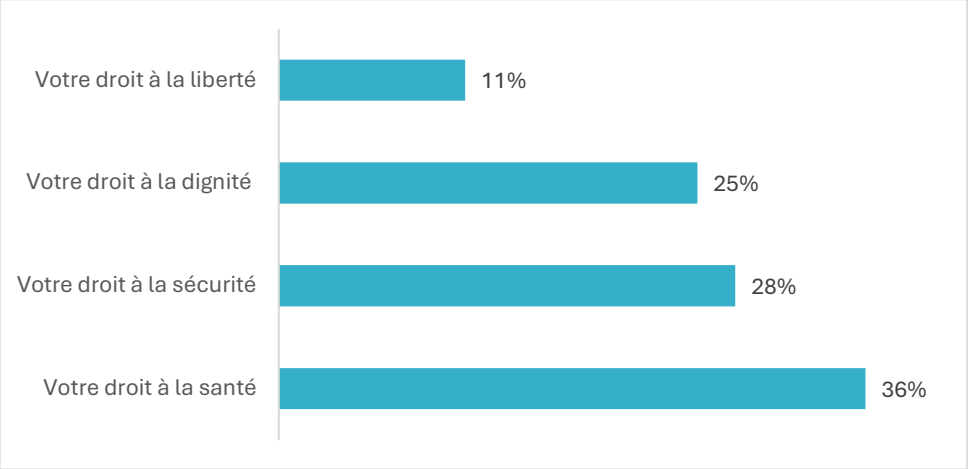
Les droits des personnes présentant une difficulté de santé mentale sont respectés au Québec	**%**
Tout à fait en désaccord ou plutôt en désaccord	43
Tout à fait d'accord ou plutôt d'accord	57

Nous avons ensuite demandé aux répondants de prioriser les droits en fonction de l'importance qu'ils y associaient en matière de santé mentale. Nous avons ainsi mesuré la priorité relative de droits de quatre natures différentes : le droit à la liberté, à la dignité, à la sécurité et à la santé[96].

Le Graphique 36, présenté à la page suivante, rend compte de cette mesure. Il permet de constater que le droit à la liberté est le droit le moins souvent priorisé (11%) par les participants à l'enquête. Environ le quart des répondants ont plutôt opté, par ordre croissant, pour le droit à la dignité (25%) ou le droit à la sécurité (28%). Enfin, le droit à la santé a été priorisé par plus du tiers (36%) des participants.

[94] Aucune relation significative n'a pu être établie avec les caractéristiques sociodémographiques des participants.
[95] 11,4% des répondants ont répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre ».
[96] « Si vous étiez confronté à une crise personnelle impliquant votre santé mentale, lequel des droits suivants vous apparaitrait le plus important? Et le second plus important ».

Graphique 36. Priorisation des droits en matière de santé mentale



Nous avons également demandé aux participants d'indiquer le droit qu'ils priorisent en seconde position. Tel que l'illustre le tableau suivant, les résultats confirment l'ordre premier et l'importance associée aux droits à la santé et à la sécurité sur les autre droits.

Tableau 12. Seconde priorisation des droits en santé mentale[97]

Importance des droits en contexte de crise personnelle liée à la santé mentale	**%**
Votre droit à la liberté	13
Votre droit à la dignité	22
Votre droit à la sécurité	34
Votre droit à la santé	31

Le droit à la sécurité a présenté des difficultés d'analyse dans la mesure où il nous fût impossible d'établir la signification exacte associée à cette notion par les répondants. Abordée dans une perspective individuelle, le droit à la sécurité renvoie en effet au droit d'être protégé contre une intervention intrusive dans la vie privée des personnes, alors qu'au niveau collectif, il est associé à des enjeux de sécurité publique. On pense alors à la responsabilité de l'État de protéger ses membres contre les dangers qui les menace. L'ambiguïté inhérente à la nature même de ce droit rend plus difficile toute tentative d'interprétation. Ici encore, seule une analyse de nature plus qualitative permettrait d'éclairer la question.

Nous avons tout de même pu constater une relation significative entre la notion de droit à la dignité et le niveau de scolarité des répondants : la dignité apparait ainsi constituer une plus grande priorité pour les répondants plus scolarisés[98] (27,5%) que pour les

[97] 12,3% des répondants ont répondu « Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre ».
[98] Diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle.

répondants sans diplôme (11%). En contrepartie, ces derniers reconnaissent au droit à la liberté une importance supérieure (21%) par rapport aux répondants bénéficiant d'un diplôme universitaire[99] (9%).

[99] Diplôme universitaire de certificat, de baccalauréat, de maitrise ou de doctorat.

CONCLUSION

L'enquête dont on rapporte ici les résultats permet d'explorer la manière dont la population québécoise se positionne à l'égard des enjeux entourant la santé mentale. Nous y brossons un portrait général des représentations et des attentes associées à la santé mentale. Rappelons brièvement les grandes lignes de ce portrait.

Le premier chapitre a examiné les perceptions sociales des participants, démontrant incontestablement que la santé mentale est une priorité sociale au sein de la population québécoise. À partir des variables recueillies dans ce premier chapitre, nous avons construit une échelle mesurant le degré d'ouverture des participants en matière de santé mentale. Trois groupes de répondants se sont distingués selon le degré d'ouverture qu'ils entretenaient à l'égard de la santé mentale.

Dans le second chapitre, nous nous sommes intéressés aux expériences des participants en regard de la santé mentale, en distinguant ceux qui avaient vécu une expérience personnelle (difficultés liées à leur propre santé mentale), ceux qui avaient été touchés indirectement (par l'intermédiaire de leur entourage ou d'une personne qu'ils ont côtoyée) et ceux qui n'avaient aucune expérience de cette réalité. Les résultats révèlent que les difficultés de santé mentale touchent directement ou indirectement une grande majorité de Québécois. Ils démontrent par extension l'importance qu'a pris ce sujet dans la sphère publique. Par ailleurs, nous avons pu établir des relations significatives entre les expériences vécues et les perceptions sociales observées dans le cadre de l'enquête : les répondants témoignant d'expériences personnelles démontrent un degré d'ouverture plus important à l'égard des réalités entourant la santé mentale que ceux dont l'expérience n'est qu'indirecte. Les répondants sans aucune expérience entretiennent par ailleurs une conception plus fermée en matière de santé mentale que les autres participants à l'enquête.

Le troisième chapitre de l'étude porte sur les attentes des répondants envers les intervenants et les interventions, dans le contexte de crises impliquant des problèmes de santé mentale. Les réponses obtenues ont permis de constater que, de manière globale, la population québécoise soutient fortement les interventions en santé mentale. En effet, les participants appuient majoritairement ce type d'intervention, quelle que soit sa forme et quel que soit l'acteur qui la met en œuvre. Nous avons néanmoins observé de nombreuses nuances en regard du niveau d'acceptation de ces interventions. On constate ainsi que les interventions associées au milieu policier trouvent moins d'appui auprès des participants à l'enquête que celles des milieux communautaires, familiaux, judiciaires ou sociosanitaires. Les résultats soulignent également le rôle crucial des professionnels de la santé, mais aussi des proches, dans la gestion des crises associées à des difficultés de santé mentale. La place des organismes communautaires semble aussi faire consensus même si elle n'apparait pas spontanément dans l'ordre de priorisation des répondants.

Quant aux situations justifiant l'intervention, une très large majorité des répondants approuve l'hospitalisation forcée si une personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui ; une donnée qui légitime le critère actuellement associé à la mise en œuvre de la P-38. Un appui important existe également en regard d'autres critères d'intervention, souvent plus larges, tels que la détérioration de l'état de santé ou la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même et, dans une proportion moindre, mais majoritaire, lorsque la personne dérange. Cette légitimation de l'intervention coercitive apparait toutefois moins élevée lorsque le répondant envisage la situation pour lui-même plutôt que pour quelqu'un d'autre. Cette tendance met en lumière les limites d'une étude fondée sur une mesure les perceptions de répondants : il arrive que les positionnements *in abstracto* des participants ne cadrent pas parfaitement avec leurs attitudes quotidiennes et que ces opinions théoriques s'écartent des attentes qu'ils auraient pour eux-mêmes.

Pour finir, le quatrième chapitre a abordé la question des droits des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale. Le caractère plurivoque de certains droits, notamment du droit à la sécurité, a fortement limité les possibilités d'analyser des variables mesurées dans ce chapitre. Nous avons néanmoins pu relever un profond désaccord des répondants quant au respect des droits des personnes présentant des difficultés de santé mentale au Québec ainsi qu'une importance prépondérante accordée au droit à la santé et à la sécurité.

Tout au long de notre analyse, plusieurs tendances se renforcent mutuellement. Nous avons notamment observé un appui plus important aux interventions de nature coercitive chez les répondants qui entretiennent une conception plus fermée à l'égard des questions entourant la santé mentale. Il semble qu'une vision plutôt fermée en matière de santé mentale soit associée à l'attente d'un encadrement plus serré en matière d'intervention, à la lumière notamment d'une plus forte légitimation de l'action policière.

Nous avons par ailleurs constaté à plusieurs reprises que l'âge des répondants était fortement associé à leurs opinions en matière de santé mentale, les personnes plus âgées étant plus favorables aux différentes formes d'intervention, quelles qu'en soient les justifications. Le niveau de scolarité est également déterminant de la perception des répondants. Si les répondants les plus scolarisés favorisent par exemple le rôle du juge, les répondants les moins scolarisés appuient plus fortement certaines formes d'intervention comme le traitement forcé des personnes traversant une crise impliquant leur santé mentale, et sont moins restrictifs quant aux situations susceptibles de légitimer une hospitalisation forcée. Le niveau de revenu étant intrinsèquement lié à la condition sociale des individus (notamment à leur niveau de scolarité), les attitudes et les opinions des répondants dont le revenu est plus élevé rejoignent généralement les tendances associées aux niveaux de scolarité plus élevés. Soulignons néanmoins que plusieurs mesures ont mis en évidence que l'intervention des proches était plus spontanément

envisagée chez les répondants disposant d'un revenu plus élevé que chez les autres répondants.

Rappelons enfin que les limites inhérentes à toute enquête quantitative imposent d'aborder l'ensemble de ces résultats avec prudence. C'est pourquoi les résultats de ce sondage ne représentent qu'un des 5 chantiers du projet de recherche mené par l'Institut au sujet de la P-38. Il fait suite à une analyse de la littérature et précède une analyse qualitative exhaustive. Cette dernière visera à mesurer les expériences et les perceptions des acteurs clés de l'intervention à l'aide d'entretiens semi-dirigés conduits auprès de plus de 70 informateurs. Des professionnels impliqués dans l'intervention en matière de santé mentale, ainsi que les premières personnes concernées et leurs proches y seront interrogés. Cette mesure qualitative permettra de compléter le volet quantitatif en approfondissant certains des positionnements rencontrés ici et en enrichira les conclusions. Deux autres chantiers, à visée consultative, sont également réalisés de manière concurrente afin de favoriser une démarche participative indispensable à la réalisation de cette recherche.

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DE LA LÉGISLATION

- **Textes québécois**

Code civil du Bas-Canada, Statuts de la Province du Canada, 1865, 29 Victoria, c. 41

Code de procédure civile, RLRQ, c. C-34

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, P-38.001

DOCTRINE

- **Articles de revue**

ANGERMEYER, M. C., H. MATSCHINGER et S. G. RIEDEL-HELLER, « Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public », (1999) 34-4 *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 202-210.

BAKER, F. et H. C. SCHULBERG, « The development of a community mental health ideology scale », (1967) 3-3 *Community Ment Health J* 216-225.

BENTZ, W. K. et J. W. EDGERTON, « Concensus on Attitudes Toward Mental Illness: Between Leaders and the General Public in a Rural Community », (1970) 22-5 *Archives of General Psychiatry* 468-473.

COHEN, J. et E. L. STRUENING, « Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals », (1962) 64-5 *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 349-360.

COPPENS, E., C. VAN AUDENHOVE, G. SCHEERDER, E. ARENSMAN, C. COFFEY, S. COSTA, N. KOBURGER, K. GOTTLEBE, R. GUSMÃO, R. O'CONNOR, V. POSTUVAN, M. SARCHIAPONE, M. SISASK, A. SZÉKELY, C. VAN DER FELTZ - CORNELIS et U. HEGERL, « Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention », (2013) 150-2 *Journal of Affective Disorders* 320-329.

CROCETTI, G. M. et P. V. LEMKAU, « Public Opinion of Psychiatric Home Care in an Urban Area », (1963) 53-3 *Am J Public Health Nations Health* 409-414.

GARCIA, C., P. GOLAY, J. FAVROD et C. BONSACK, « French Translation and Validation of Three Scales Evaluating Stigma in Mental Health », (2017) 8 *Front Psychiatry* 290.

JORM, A. F., A. E. KORTEN, B. RODGERS, P. POLLITT, P. A. JACOMB, H. CHRISTENSEN et Z. JIAO, « Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders », (1997) 32-8 *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 468-473.

JORM, A. F., A. E. KORTEN, P. A. JACOMB, H. CHRISTENSEN, B. RODGERS et P. POLLITT, « "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment », (1997) 166-4 *Medical Journal of Australia* 182-186.

JORM, A. F., A. E. KORTEN, P. A. JACOMB, B. RODGERS, P. POLLITT, H. CHRISTENSEN et S. HENDERSON, « Helpfulness of interventions for mental disorders: Beliefs of health professionals compared with the general public », (1997) 171-3 *The British Journal of Psychiatry* 233-237.

LAUBER, C., C. NORDT, C. BRAUNSCHWEIG et W. RÖSSLER, « Do mental health professionals stigmatize their patients? », (2006) 113-s429 *Acta Psychiatrica Scandinavica* 51-59.

LINK, B. G., J. C. PHELAN, M. BRESNAHAN, A. STUEVE et B. A. PESCOSOLIDO, « Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance », (1999) 89-9 *American Journal of Public Health* 1328-1333.

MANNING, C., A. MOLODYNSKI, J. RUGKÅSA, J. DAWSON et T. BURNS, « Community treatment orders in England and Wales: national survey of clinicians' views and use », (2011) 35-9 *The Psychiatrist* 328-333.

PESCOSOLIDO, B. A., J. MONAHAN, B. G. LINK, A. STUEVE et S. KIKUZAWA, « The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. », (1999) 89-9 *Am J Public Health* 1339-1345.

PINFOLD, V., P. HUXLEY, G. THORNICROFT, P. FARMER, H. TOULMIN et T. GRAHAM, « Reducing psychiatric stigma and discrimination », (2003) 38-6 *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 337-344.

RABKIN, J., « Public attitudes toward mental illness: A review of the literature », (1974) 1-10 *Schizophrenia Bulletin* 9-33.

RAMSEY, G. V. et M. SEIPP, « Public opinions and information concerning mental health », (1948) 4-4 *Journal of Clinical Psychology* 397-406.

ROMANS, S., J. DAWSON, R. MULLEN et A. GIBBS, « How Mental Health Clinicians View Community Treatment Orders: A National New Zealand Survey », (2004) 38-10 *Aust N Z J Psychiatry* 836-841.

TAYLOR, S. M. et M. J. DEAR, « Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill », (1981) 7-2 *Schizophrenia Bulletin* 225-240.

WHATELY, C. D., « Social Attitudes towards Discharged Mental Patients », (1959) 6-4 *Soc. Probs.* 313-320.

IQRDJ
INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF 3
SOMMAIRE 5
Liste des abréviations 6
LISTE DES TABLEAUX et graphiques 7
INTRODUCTION 10
Contexte de la recherche 10
Méthodologie 11
Construction de l'outil de mesure 11
Conduite de l'enquête 12
Analyse des données 13
Limites 14
Structure du rapport 15
Chapitre 1. La perception sociale de la santé mentale 16
1.1. Les variables liées à la perception sociale de la santé mentale 16
1.2. L'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale 23
1.2.1. La construction de l'échelle agrégée d'ouverture en matière de santé mentale 23
1.2.2. Profil sociodémographique et indice d'ouverture 25
1.2.3. Indice d'ouverture et représentations de la santé mentale 26
Chapitre 2. L'expérience en santé mentale 29
2.1. Les différentes expériences en santé mentale 29
2.1.1. L'expérience personnelle avec les difficultés de santé mentale 30
2.1.2. L'expérience des proches 33
2.1.3. L'expérience des répondants qui ont côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale 36
2.2. L'échelle d'expérience en santé mentale 37
2.2.1. Construction de l'échelle d'expérience en santé mentale 37
2.2.2. Expérience et perception en matière de santé mentale 38
Chapitre 3 – Les attentes à l'égard des interventions en santé mentale 42
3.1. Les acteurs de l'intervention 44

3.2. Les types d'intervention 50
Chapitre 4 – Les droits des personnes rencontrant des difficultés de santé mentale 61
CONCLUSION 64
BIBLIOGRAPHIE 67
TABLE DE LA LÉGISLATION 67
DOCTRINE 67
TABLE DES MATIÈRES 70

ANNEXES

MONTRÉAL
1180, rue Drummond
Bureau 620
Montréal (Québec) H3G 2S1
T 514 878-9825

QUÉBEC
3340, rue de La Pérade
4e étage
Québec (Québec) G1X 2L7
T 418 687-8025

ÉTUDE SUR LES PERCEPTIONS DES QUÉBÉCOIS À L'ÉGARD DE L'APPLICATION DE LA LOI P-38

RAPPORT MÉTHODOLOGIQUE

PRÉSENTÉ À L'INSTITUT QUÉBÉCOIS DE RÉFORME DU DROIT ET DE LA JUSTICE (IQRDJ)

RÉF. : R23776v1p2p1IQRDJ(Santé mentale).pptx

NOVEMBRE 2024

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE

CONTEXTE

L'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de réaliser des travaux de recherche entourant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38).

OBJECTIFS

l'IQRDJ a besoin de connaître le degré de réceptivité des Québécois à l'égard de la mise en œuvre de cette loi. L'organisme souhaite donc réaliser un sondage auprès de la population québécoise afin d'évaluer la perception de l'intervention de crise en santé mentale.

PLAN DE SONDAGE

Population cible
La population cible est constituée des adultes (18 ans ou plus) québécois.

Bases de sondage
Le panel Or de SOM. Il s'agit d'un panel principalement probabiliste essentiellement constitué de personnes recrutées aléatoirement dans le cadre de nos sondages téléphoniques auprès de la population adulte en général.

Un panel externe non probabiliste.

Plan d'échantillonnage
Un échantillon de membres du panel Or a été tiré à l'aide d'un algorithme qui vise la meilleure représentativité possible en fonction de la région, de l'âge, du genre, de la langue maternelle, de la scolarité, du statut de propriétaire ou de locataire et de la taille du ménage.

Un panel externe a été utilisé pour joindre certains sous-groupes de répondants en quantité suffisante, notamment les jeunes et les individus moins scolarisés.

Au total, 1 040 questionnaires web ont été remplis et 500 entrevues téléphoniques ont été réalisées.

QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été élaboré par l'IQRDJ puis révisé, traduit et programmé par SOM. Les répondants avaient la possibilité de répondre en anglais tant sur le web qu'au téléphone.

Le questionnaire a été testé auprès de 11 répondants le 4 novembre 2024.

La durée moyenne des entrevues téléphoniques s'est établie à 17,1 minutes.

La version finale du questionnaire est présentée à l'annexe 2.

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE (SUITE)

COLLECTE

Période de collecte
Téléphonique : du 4 au 20 novembre 2024
Web : du 7 au 20 novembre 2024.

Mode de collecte
Téléphonique
- Administration assistée par ordinateur.
- Gestion informatisée des numéros de téléphone.
- Maximum de 10 appels.

Web
- Questionnaire autoadministré par internet.
- Invitations par courriel gérées par SOM et par le fournisseur externe pour le panel externe.
- Collecte web sur les serveurs de SOM.

Résultats administratifs de la collecte
Taux de réponse pour le panel Or de SOM : 35,6 % pour le mode téléphonique et 31,6 % pour le web.
Les résultats détaillés sont présentés aux deux pages suivantes.

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE (SUITE)

RÉSULTATS ADMINISTRATIFS DÉTAILLÉS
Panel Or web

CALCUL DU TAUX DE RÉPONSE			
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE WEB		Courriel indiquant refus de répondre	0
Taille de l'échantillon	2987	Désabonnement	9
Nombre d'entrevues visées	0	Entrevue rejetée à la suite du contrôle qualité	0
INVITATIONS ENVOYÉES		**UNITÉ JOINTE TOTALE (C)**	1170
Invitations envoyées **(A)**	2987	**UNITÉ NON JOINTE**	
Adresse de courriel sur la liste noire	0	Serveur de courriel distant ne répond pas ou en problème	0
Échec lors de l'envoi du courriel	0	Quota de l'usager dépassé	0
UNITÉ JOINTE RÉPONDANTE		Détection par antipourriels	0
Questionnaires complétés	830	Autres messages de retour non reconnus	0
Hors de la population visée	0	Unité non jointe totale **(D)**	0
Accès lorsqu'un quota est atteint	162	**UNITÉ INEXISTANTE**	
Unité jointe répondante totale **(B)**	945	Courriel invalide (usager@)	0
UNITÉ JOINTE TARDIVE		Courriel invalide (@domaine)	0
Accès lorsque collecte de la strate terminée	0	Duplicata	0
Accès lorsque collecte terminée	0	Unité inexistante totale **(E)**	0
UNITÉ JOINTE NON RÉPONDANTE		**TAUX D'ACCÈS (C/(A-E))**	**39,2 %**
Abandon durant le questionnaire	225	**TAUX DE RÉPONSE PARMI UNITÉ JOINTE (B/C)**	**80,8 %**
Courriel automatique (absence du répondant)	0	**TAUX DE RÉPONSE (B/(A-E))**	**31,6 %**

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE (SUITE)

RÉSULTATS ADMINISTRATIFS DÉTAILLÉS
Panel Or téléphonique

CALCUL DU TAUX DE RÉPONSE	
A) ÉCHANTILLON DE DÉPART	1 953
B) NUMÉROS NON VALIDES	**450**
B1) Hors service	431
B2) Non résidentiel	2
B3) Hors strate	2
B4) Télécopieur	3
B5) Duplicata	12
C) UNITÉS NON JOINTES (NON RÉSOLUES)	**588**
C1) Pas de réponse	246
C2) Ligne occupée	6
C3) Répondeur	322
C4) Ligne en dérangement	14
D) UNITÉS JOINTES NON RÉPONDANTES	**405**
D1) Incapacité, maladie, problème de langue	3
D2) Répondant sélectionné pas disponible	103
D3) Refus du ménage	64
D4) Refus de la personne	215
D5) Refus sur cellulaire	8
D6) Incomplet	12
E) UNITÉS JOINTES RÉPONDANTES	**510**
E1) Autres langues	0
E2) Non-admissibles	10
E3) Entrevues complétées	500

F) Numéros non joints (C1 + C2 + C4)	266
G) Numéros joints (A - F)	1 687
H) Numéros joints non valides (B)	450
I) Numéros joints valides (G - H)	1 237
J) Estimation du nombre de numéros non joints valides (F x I / G)	195
K) Estimation du nombre total de numéros valides (I + J)	1 432

TAUX DE RÉPONSE ESTIMÉ DE SOM (TRE)	
Non-réponse estimée (%) (C3 + D2 + J + D1) / K	43,5 %
Refus (%) ((D3 + D4 + D5 + D6) / K)	20,9 %
TAUX DE RÉPONSE ESTIMÉ (E1 + E2 + E3) / K	35,6 **%**

TAUX DE RÉPONSE DE L'ARIM*	
Taux de réponse (E / (C + D + E))	33,9 %

* La différence entre les deux taux de réponse (s'il y a lieu) tient au fait que le taux de l'Association de la recherche et de l'intelligence marketing (ARIM) suppose que tous les numéros non joints sont valides alors que le taux SOM suppose plutôt qu'il y a la même proportion de numéros valides parmi les non joints que parmi ceux qui ont été joints.

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE (SUITE)

PONDÉRATION ET TRAITEMENT

La pondération a été effectuée sur la base des adultes, en tenant compte des variables énumérées ci-dessous, pour chacune des trois grandes régions du Québec (RMR de Montréal, RMR de Québec et ailleurs au Québec) :

- La distribution conjointe d'âge (18-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans, 45-54 ans, 55-64 ans, 65 ans ou plus) et de genre;
- La proportion d'adultes vivant seuls;
- Le plus haut diplôme ou certificat détenu (aucun/secondaire/DEP, collégial, universitaire);
- La langue maternelle (français seulement, autre);
- La proportion estimée d'adultes propriétaires.

Données de population utilisées : recensement de 2021.

Méthode : une pondération multivariée à 10 itérations par la méthode itérative du quotient est réalisée pour assurer une représentation fidèle à toutes ces distributions.

Le fichier de données a été livré au client.

MARGES D'ERREUR

À noter qu'une faible partie de l'échantillon est non probabiliste (utilisation d'un panel externe non probabiliste). Aussi, les marges d'erreur sont présentées à titre indicatif.

Les marges d'erreur présentées à la page suivante sont calculées au niveau de confiance de 95 % et tiennent compte de l'effet de plan.

L'effet de plan apparaît lorsque les entrevues réalisées ne sont pas réparties proportionnellement à la population d'origine selon les variables de segmentation ou de pondération. L'effet de plan est le ratio entre la taille de l'échantillon et la taille d'un échantillon aléatoire simple de même marge d'erreur. C'est une statistique utile à l'estimation des marges d'erreur pour des sous-groupes de répondants. Par exemple, au tableau de la page suivante, la marge d'erreur est la même que pour un échantillon aléatoire simple de taille 1 119 (1 540 ÷ 1,376).

Le tableau de la page suivante affiche les marges d'erreur de l'étude (en tenant compte de l'effet de plan) selon la valeur de la proportion estimée.

MÉTHODOLOGIE DÉTAILLÉE (SUITE)

MARGE D'ERREUR SELON LA PROPORTION ESTIMÉE*

	Ensemble	STRR		
		RMR de Québec	RMR de Montréal	Ailleurs au Québec
NOMBRE D'ENTREVUES	1 540	146	771	623
EFFET DE PLAN	1,376	1,608	1,385	1,302
PROPORTION :				
99 % ou 1 %	0,6 %	2,0 %	0,8 %	0,9 %
95 % ou 5 %	1,3 %	4,5 %	1,8 %	2,0 %
90 % ou 10 %	1,8 %	6,2 %	2,5 %	2,7 %
80 % ou 20 %	2,3 %	8,2 %	3,3 %	3,6 %
70 % ou 30 %	2,7 %	9,4 %	3,8 %	4,1 %
60 % ou 40 %	2,9 %	10,1 %	4,1 %	4,4 %
50 % (MARGE MAXIMALE)	2,9 %	10,3 %	4,2 %	4,5 %

* La marge d'erreur varie selon la valeur de la proportion estimée : elle est plus grande lorsque la proportion est voisine de 50 % et plus petite à mesure que la proportion s'éloigne de 50 %.

Annexe 1

QUESTIONNAIRE

SOM. SONDAGE SUR L'INTERVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE
IQRDJ

Population cible : Adultes québécois de 18 ans ou plus

Collecte mixte : 1 000 questionnaires remplis en ligne et 500 entrevues téléphoniques

Si Toujours, Run Script:
DATEDEB.SetValue(DATE)

CHOIXLAN. CHOIXLAN

Si Toujours, Run Script:
DIM rdchoix = random(3)

```
if STRATE.HasNoData and STRATEST.HasNoData and rdchoix has 1 then
    STRATE.SetValue(19)
Elseif STRATE.HasNoData and STRATEST.HasNoData and rdchoix has 2 then
    STRATE.SetValue(20)
Elseif STRATE.HasNoData and STRATEST.HasNoData and rdchoix has 3 then
    STRATE.SetValue(21)
EndIf
```

LANG. (FR) Bienvenue

-- (EN) Welcome

- ❍ 1 Answer in English
- ❍ 2 Répondre en français

Si ((LANG Au moins une 2)), continuer l'interview en Français (Canada)
Si ((LANG Au moins une 1)), continuer l'interview en Anglais (Canada)

QUOTASD. Sections pour valider le profil des panelistes externes.

Si ((STRATEST Au moins une 3;4;5;6)), Ne poser 'QUOTASD' que si

EXTRMR. Dans quelle région habitez-vous?

- ❍ 2 Grande région de Montréal (Île de Montréal; Laval et la couronne nord; couronne sud)

- ❍ 1 Grande région de Québec (ville de Québec et villes en périphérie; Rive-sud, incluant Lévis et les villes en périphérie de Lévis)
- ❍ 3 Ailleurs au Québec
- ❍ 4 Je n'habite pas au Québec

Si ((EXTRMR Au moins une 4)), Aller à 'Fin' et marquer en tant qu'incomplet

EXTAGEGRP2. À quel groupe d'âge appartenez-vous?

- ❍ 1 18-24 ans
- ❍ 2 25-34 ans
- ❍ 3 35-44 ans
- ❍ 4 45-54 ans
- ❍ 5 55-64 ans
- ❍ 6 65-74 ans
- ❍ 7 75-84 ans
- ❍ 8 85 ans ou plus

EXTSE5. Quel est le plus haut diplôme, certificat ou grade que vous possédez ou avez terminé?

- ❍ 1 Aucun
- ❍ 2 Certificat d'études secondaires ou l'équivalent (D.E.S., diplôme d'études secondaires)
- ❍ 3 Certificat ou diplôme d'une école de métiers (D.E.P., diplôme d'études professionnelles)
- ❍ 4 Certificat ou diplôme collégial (autre certificat ou diplôme non universitaire obtenu d'un cégep, collège communautaire, institut technique, etc.)
- ❍ 5 Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat
- ❍ 6 Baccalauréat (ex. : B.A., B.Sc., LL.B.)
- ❍ 7 Certificat ou diplôme universitaire supérieur au baccalauréat
- ❍ 8 Maîtrise (ex. : M.A., M.Sc., M.Ed.)
- ❍ 9 Diplôme en médecine, en médecine dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie (M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
- ❍ 10 Doctorat acquis (ex. : Ph.D., D.Sc., D.Ed.)
- ❍ 90 Autre (Veuillez préciser dans l'espace ci-dessous)
- ❍ 99 Je préfère ne pas répondre

Si (EXTAGEGRP2 Has 3;4 and EXTSE5 HasNone 1;2;3) or(EXTAGEGRP2 Has 5;6;7;8), Aller à 'Fin' et marquer en tant qu'incomplet

NOTE_AV_INTRO. INTROWEB visible en mode web
INTROTELPANEL et 1NTRO2 visible pour les panelistes téléphoniques de SOM (Strate 1 à 12)

Si Toujours, Run Script:
```
if STRATE Has 1;2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12 Then
   INTROTELALEA.skip()
ElseIf STRATE Has 36;66;96;136;166;196 Then
   INTROTELPANEL.Skip()
EndIf
```

INTROWEB. Bienvenue dans ce questionnaire!

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Sondage public concernant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38).

Projet dirigé par Pierre Noreau, professeur à Faculté de droit de l'Université de Montréal et financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
Approuvé par le Comité d'éthique de l'UdeM (numéro approbation : 2024-5912).

Veuillez prendre le temps de lire et d'examiner attentivement les informations suivantes avant de consentir à la participation au sondage.

Nature et objectifs du projet de recherche : Le sondage explore les interventions en santé mentale au Québec, en posant des questions sur vos connaissances, expériences et attentes. Il vise 1500 participants, hommes et femmes, majeurs et aptes.
Les données de recherche pourront être publiées ou discutées scientifiquement, mais il ne sera pas possible de vous identifier uniquement à partir de ces données. Les résultats seront publiés sur le site internet de l'IQRDJ : https://iqrdj.ca/.

Déroulement de la participation : Ce projet de recherche se déroulera sous forme de sondage en ligne d'environ 20 min. Il est réalisé sur la plateforme de sondage de la firme SOM (sondage.som.ca). Le consentement est donné en cochant la case à cette fin à la fin de ce formulaire d'information et de consentement.
Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer sans conséquence et sans avoir à justifier votre décision. Si vous acceptez de participer mais que vous changez d'avis, vous pouvez à tout moment arrêter de répondre au questionnaire.

Confidentialité : Seule la firme SOM connaîtra l'identité des participants. Les bases de données renfermant des renseignements personnels sont anonymisées par SOM avant d'être retournées à l'équipe de recherche. En aucun temps votre identité ne sera dévoilée et il n'y a aura aucun moyen de vous réidentifier.
Toutes les informations recueillies par SOM resteront confidentielles et seront protégées dans des serveurs sécurisés qui ne sont pas accessibles de l'extérieur de SOM. De plus, les données seront supprimées dans un délai raisonnable une fois le projet terminé, avec des logiciels de destruction sécuritaires. Les personnes qui auront accès aux données de recherche sont tenues de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada.

Plaintes et préjudice : En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne dégagez pas le chercheur responsable du projet, le commanditaire ou l'organisme subventionnaire ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Pour en savoir plus sur le projet : Vous pouvez contacter la coordonnatrice à la recherche ou le directeur de la recherche par courriel (valentine.fau@iqrdj.ca et pierre.noreau@iqrdj.ca).

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à la recherche, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche - Société et culture par courriel à l'adresse cersc@umontreal.ca ou encore consulter le site web http://recherche.umontreal.ca/participants.
Toute plaine relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Ressources en matière de santé mentale
Info-Social 811 pour obtenir de l'aide ou de l'information concernant votre santé mentale ou celle d'un proche.

Service d'urgence 911 si vous craignez pour votre sécurité ou celle d'un proche, ou pour obtenir une assistance immédiate.

Ligne d'aide et de prévention du suicide au 1 866 APPELLE (277-3553) si vous pensez au suicide ou si vous vous inquiétez pour un proche (pour envoyer un message texte (texto) : 535353; pour clavarder (chat) : suicide.ca)

Trouvez un centre de crise près de chez vous pour obtenir des services gratuits et spécialisés en intervention de crise, pour vous ou pour un proche

Déclaration de consentement
Je consens à participer au sondage public concernant la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38) selon les termes énoncés dans ce formulaire d'information et de consentement.

(1 réponses maximum)

- ❑ 1 Je consens

INTROTELPANEL. Bonjour/bonsoir, je suis… de la maison de recherche SOM. Puis-je parler à M. ou Mme TELNOM

Vous avez accepté de participer à nos sondages téléphoniques en tant que membre de notre panel. Aujourd'hui, nous vous invitons à participer à une étude portant sur vos perceptions concernant les interventions en santé mentale au Québec.

L'étude est menée par une équipe de chercheurs de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice dirigée par le professeur Pierre Noreau de l'Université de Montréal, en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. La durée prévue du questionnaire est de 15 à 20 minutes et vos réponses seront traitées de façon confidentielle.

SOM EST UNE MAISON DE RECHERCHE réputée ET RIGOUREUSE qui n'a rien à vous vendre. Il s'agit seulement d'une étude d'opinion et en tant que membre de notre panel, vous courrez la chance de gagner un des 26 prix au tirage mensuel (1 prix de 500 $, 5 prix de 100 $ et 20 prix de 25 $).

1NTRO2. Avant de commencer, sachez que les questions concernent la santé mentale. À tout moment si vous en ressentez le besoin, je peux vous référer à des ressources d'accompagnement en santé mentale. Sachez également que vous pouvez vous retirer à tout moment de ce projet sans avoir besoin de donner de raison; vous avez également toujours la possibilité de ne pas répondre aux questions qui vous sont posées.

Plusieurs mesures sont prises afin de respecter la confidentialité des données, vos réponses seront anonymisées et il sera impossible de vous identifier. Si vous souhaitez en savoir plus sur le projet de recherche, la politique de gestion des renseignements personnels, les ressources en santé mentale ou le mécanisme de plaintes, n'hésitez pas à me le demander.

Si la personne souhaite avoir des informations complémentaires sur l'un de ces éléments, l'intervieweur se référera au document « Informations à la disposition de l'interviewer.docx » qui figure à la question URGENCE.

Veuillez noter que cette entrevue est enregistrée à des fins de contrôle de qualité uniquement.

Questionnaire. Questionnaire

SECTION_INTRODUCTIVE. Question introductive (1 variable)

Q1. Personnellement considérez-vous que la situation des personnes qui présentent des difficultés de santé mentale au Québec est...?

- ❍ 1 Pas du tout préoccupante
- ❍ 2 Peu préoccupante
- ❍ 3 Assez préoccupante
- ❍ 4 Très préoccupante
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

SECTION_1. Opinions et attitudes envers la santé mentale (8 variables)

Q2. Diriez-vous que vous êtes tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec les énoncés suivants?

	*Tout à fait en désaccord	*Plutôt en désaccord	*Plutôt d'accord	*Tout à fait d'accord	*Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
La société est trop tolérante avec les personnes présentant des difficultés de santé mentale	❑	❑	❑	❑	❑
Tout le monde est susceptible de	❑	❑	❑	❑	❑

développer une difficulté de santé mentale					
Les personnes présentant des difficultés de santé mentale sont faciles à distinguer des autres	❑	❑	❑	❑	❑
Les personnes qui présentent des difficultés de santé mentale sont moins dangereuses qu'on le dit	❑	❑	❑	❑	❑
On devrait intervenir systématiquement pour contrôler les personnes présentant des difficultés de santé mentale	❑	❑	❑	❑	❑
Dans un milieu de travail, les employés devraient être mis au courant lorsqu'un collègue présente des difficultés de santé mentale	❑	❑	❑	❑	❑

Randomiser les réponses

Q3. Diriez-vous que les personnes présentant des difficultés de santé mentale doivent être plutôt abordées avec patience ou avec prudence?

- ❍ 1 *Avec patience
- ❍ 2 *Avec prudence
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q4. Globalement, le comportement des personnes présentant des difficultés de santé mentale vous apparaît-il…?

- ❍ 1 Plutôt dangereux
- ❍ 2 Plutôt dérangeant
- ❍ 3 Plutôt sans conséquence
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

SECTION_2. Expériences vécues en lien avec la maladie mentale (14 variables)
2.1. Expérience personnelle avec la maladie mentale
Base : Tous

Q5. Personnellement, avez-vous déjà vécu une difficulté liée à votre santé mentale?

- ❍ 1 *Oui
- ❍ 2 *Non
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AP_Q5. Si Q5=2,9 (non, nsp) on passe directement à Q6

Si ((Q5 Au moins une 2;3)), aller à 'Q6'

Q5a. Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous la gravité de votre situation si 1 signifie que c'était juste une période difficile et 10 que c'était une véritable crise?

- ❍ 1 *1 (Juste une période difficile)
- ❍ 2 *2
- ❍ 3 *3
- ❍ 4 *4
- ❍ 5 *5
- ❍ 6 *6
- ❍ 7 *7
- ❍ 8 *8
- ❍ 9 *9
- ❍ 10 *10 (Véritable crise)
- ❍ 99 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q5b. Durant cette période quel type d'aide avez-vous reçu…?

- ❍ 1 Surtout l'aide de votre entourage
- ❍ 2 Surtout l'aide de professionnels
- ❍ 3 À la fois l'aide de votre entourage et celle de professionnels
- ❍ 4 Vous n'avez reçu aucune aide
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q5c. Durant cette période, avez-vous été hospitalisé dans un établissement psychiatrique?

- ❍ 1 *Oui
- ❍ 2 *Non
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AV_Q5d. Poser Q5d et Q5e à ceux qui ont été hospitalisés Q5c=1

Si ((Q5c Au moins une 2;3)), Run Script:
Q5d.Skip()
Q5e.skip()

Q5d. Était-ce avec ou sans votre consentement?

- ❍ 1 *Avec
- ❍ 2 *Sans
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q5e. Globalement, diriez-vous que ces hospitalisations ont…?

- ❍ 1 Très bien répondu à votre situation
- ❍ 2 Plutôt bien répondu à votre situation
- ❍ 3 Plutôt mal répondu à votre situation
- ❍ 4 Très mal répondu à votre situation
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AP_Q5e. Les répondants de la section 5a à 5e passe directement à Q8 (Q5=1)

Si ((Q5 Au moins une 1)), aller à 'Q8'

NOTE_AV_Q6. 2.2. Expérience avec la maladie mentale en tant que proches
Base : Répondants qui n'ont pas vécu personnellement de difficulté liée à leur santé mentale (Q5=non ou NSP/NRP)

Q6. Plus largement, avez-vous déjà été proche d'une personne présentant des difficultés de santé mentale?

- ❍ 1 *Oui
- ❍ 2 *Non
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AP_Q6. Si Q6=2,9 (non ou nsp/nrp) on passe directement à Q7

Si ((Q6 Au moins une 2;3)), aller à 'Q7'

Q6a. Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous la gravité de cette situation si 1 signifie que c'était juste une période difficile et 10 que c'était une véritable crise?

- ❍ 1 *1 (Juste une période difficile)
- ❍ 2 *2
- ❍ 3 *3
- ❍ 4 *4
- ❍ 5 *5
- ❍ 6 *6
- ❍ 7 *7
- ❍ 8 *8
- ❍ 9 *9
- ❍ 10 *10 (Véritable crise)
- ❍ 99 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q6b. À votre connaissance, quel type d'aide cette personne a-t-elle reçu?

- ❍ 1 Surtout l'aide de son entourage
- ❍ 2 Surtout l'aide de professionnels
- ❍ 3 À la fois l'aide de son entourage et de professionnels
- ❍ 4 Elle n'a reçu aucune aide
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q6c. Sur une échelle de 1 à 10, où situez-vous votre implication auprès de cette personne si 1 signifie que vous n'avez pas eu à vous impliquer et 10 que votre implication était très grande?

- ❍ 1 *1 (Vous n'avez pas eu à vous impliquer)
- ❍ 2 *2

- ❍ 3 *3
- ❍ 4 *4
- ❍ 5 *5
- ❍ 6 *6
- ❍ 7 *7
- ❍ 8 *8
- ❍ 9 *9
- ❍ 10 *10 (Implication très grande)
- ❍ 99 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AP_Q6C. Si aucune implication (Q6c=1), passer à Q6e (à confirmer par le client)

Si ((Q6c Au moins une 1)), aller à 'Q6e'

Q6d. Pour aider cette personne, diriez-vous que votre implication a été…?

- ❍ 1 Pas du tout utile
- ❍ 2 Peu utile
- ❍ 3 Assez utile
- ❍ 4 Très utile
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q6e. Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous cette expérience si 1 signifie qu'elle vous a peu affecté et 10 qu'elle vous a beaucoup affecté?

- ❍ 1 *1 (Peu affecté)
- ❍ 2 *2
- ❍ 3 *3
- ❍ 4 *4
- ❍ 5 *5
- ❍ 6 *6
- ❍ 7 *7
- ❍ 8 *8
- ❍ 9 *9
- ❍ 10 *10 (Beaucoup affecté)
- ❍ 99 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AP_6e. Les répondants de Q6=1 (oui) vont directement à la Q8

Si ((Q6 Au moins une 1)), aller à 'Q8'

NOTE_AV_Q7. 2.3. Expérience indirecte avec la maladie mentale
Base : Répondants qui n'ont pas vécu personnellement de difficulté liée à leur santé mentale ET qui n'ont pas été proches d'une personne présentant des difficultés de santé mentale (Q5 non ou NSP/NRP ET Q6=non ou NSP/NRP)

Q7. Sans que cette situation concerne un proche, avez-vous déjà côtoyé une personne présentant des difficultés de santé mentale?

- ❍ 1 *Oui
- ❍ 2 *Non
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

NOTE_AP_Q7. Si Q7=2,9 (non ou NSP/NRP) on passe directement à Q8

Si ((Q7 Au moins une 2;3)), aller à 'Q8'

Q7a. Sur une échelle de 1 à 10, où situeriez-vous cette expérience si 1 signifie qu'elle vous a peu affecté et 10 qu'elle vous a beaucoup affecté?

- ❍ 1 *1 (Peu affecté)
- ❍ 2 *2
- ❍ 3 *3
- ❍ 4 *4
- ❍ 5 *5
- ❍ 6 *6
- ❍ 7 *7
- ❍ 8 *8
- ❍ 9 *9
- ❍ 10 *10 (Beaucoup affecté)
- ❍ 99 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

SECTION_3. Intervention en santé mentale (17 variables)

Q8. Si vous étiez confronté à une crise personnelle liée à votre santé mentale, que préféreriez-vous?

- ❍ 1 Qu'on vous laisse en paix
- ❍ 2 Qu'on intervienne pour vous aider
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

Q9. Si vous étiez confronté à une crise personnelle liée à votre santé mentale, seriez-vous tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec les énoncés suivants?

	*Tout à fait en désaccord	*Plutôt en désaccord	*Plutôt d'accord	*Tout à fait d'accord	*Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
Que vos proches vous viennent en aide	❑	❑	❑	❑	❑
Qu'on vous conduise à l'urgence	❑	❑	❑	❑	❑

Qu'on vous force à passer une évaluation psychiatrique	❑	❑	❑	❑	❑
Qu'on vous force à séjourner à l'hôpital	❑	❑	❑	❑	❑
Qu'on vous force à prendre un traitement	❑	❑	❑	❑	❑

Q10. Parmi les situations suivantes, vous semble-t-il tout à fait injustifié, plutôt injustifié, plutôt justifié ou tout à fait justifié d'hospitaliser contre sa volonté, une personne présentant des difficultés de santé mentale?

	*Tout à fait injustifié	*Plutôt injustifié	*Plutôt justifié	*Tout à fait justifié	*Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
Si cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui	❑	❑	❑	❑	❑
Si l'état de santé de cette personne risque de se détériorer	❑	❑	❑	❑	❑
Si cette personne ne peut plus prendre soin d'elle	❑	❑	❑	❑	❑
Si cette personne dérange d'autres personnes	❑	❑	❑	❑	❑

Randomiser les réponses

NOTE_AV_Q11a. Les choix de réponses 1 à 5 de la Q11a sont présentés en rotation.

Q11a. {% if mode=0 then %}Aujourd'hui, si vous viviez personnellement une difficulté de santé mentale, à qui demanderiez-vous de l'aide en premier?

Deux réponses possibles, classer en ordre d'importance.
{% else %}
Aujourd'hui, si vous viviez personnellement une difficulté de santé mentale, à qui demanderiez-vous de l'aide en premier?

Sonder

Et en second?
{% endif %}

(2 réponses maximum)

- ❑ 1 À une personne proche
- ❑ 2 À un membre de votre famille
- ❑ 3 À un médecin
- ❑ 4 À un psychologue
- ❑ 5 À un intervenant communautaire
- ❑ 95 {% if mode=0 then %}Aucune aide{% else %}Aucune aide{% endif %} (fixe)

❑ 99 {% if mode=0 then %}Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre{% else %}Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre{% endif %} (fixe)

Randomiser les réponses

Q12. Lors d'une situation de crise en matière de santé mentale, l'intervention des personnes suivantes vous apparaîtrait-elle tout à fait injustifiée, plutôt injustifiée, plutôt justifiée ou tout à fait justifiée?

	*Tout à fait injustifiée	*Plutôt injustifiée	*Plutôt justifiée	*Tout à fait justifiée	*Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
Un policier	❑	❑	❑	❑	❑
Un psychiatre	❑	❑	❑	❑	❑
Un membre de la famille	❑	❑	❑	❑	❑
Un intervenant communautaire	❑	❑	❑	❑	❑

Randomiser les réponses

Q13. Actuellement, au Québec, ce sont des juges qui décident de l'hospitalisation forcée des personnes pour des raisons de santé mentale. On veut ainsi éviter que cette hospitalisation limite leurs droits et libertés de manière abusive.

Cette intervention des juges vous paraît-elle…?

❍ 1 Tout à fait injustifiée
❍ 2 Plutôt injustifiée
❍ 3 Plutôt justifiée
❍ 4 Tout à fait justifiée
❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

SECTION_4. Droits des personnes et accès aux services de santé mentale (10 variables)

NOTE_AV_Q14a. Les choix de réponses 1 à 4 de la Q14a sont présenté en rotation.

Q14a. {% if mode=0 then %}Si vous étiez confronté à une crise personnelle impliquant votre santé mentale, lequel des droits suivants vous apparaîtrait le plus important?

Deux réponses possibles, classer en ordre d'importance.
{% else %}
Si vous étiez confronté à une crise personnelle impliquant votre santé mentale, lequel des droits suivants vous apparaîtrait le plus important?

Sonder

Et le second plus important?
{% endif %}

(2 réponses maximum)

- ❑ 1 Votre droit à la sécurité
- ❑ 2 Votre droit à la liberté
- ❑ 3 Votre droit à la santé
- ❑ 4 Votre droit à la dignité
- ❑ 9 {% if mode=0 then %}Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre{% else %}Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre{% endif %} (fixe)

Randomiser les réponses

Q15. En matière de santé mentale, diriez-vous que vous êtes tout à fait en désaccord, plutôt en désaccord, plutôt d'accord ou tout à fait d'accord avec les énoncés suivants

	*Tout à fait en désaccord	*Plutôt en désaccord	*Plutôt d'accord	*Tout à fait d'accord	*Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
Les droits des personnes présentant une difficulté de santé mentale sont respectés au Québec	❑	❑	❑	❑	❑
Les personnes présentant une difficulté de santé mentale sont bien prises en charge par notre système de santé	❑	❑	❑	❑	❑
Les ressources attribuées à la santé mentale sont insuffisantes actuellement au Québec	❑	❑	❑	❑	❑

Randomiser les réponses

Q16. Étant donné les ressources dont le Québec dispose en santé mentale, vous semble-t-il pas du tout prioritaire, peu prioritaire, assez prioritaire ou très prioritaire d'investir dans les services suivants?

	*Pas du tout prioritaire	*Peu prioritaire	*Assez prioritaire	*Très prioritaire	*Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre
Les services policiers	❑	❑	❑	❑	❑
Les services de santé	❑	❑	❑	❑	❑
Les services communautaires	❑	❑	❑	❑	❑
Les services aux familles et aux proches	❑	❑	❑	❑	❑

NOTE_AV_Q17. La Q17 n'est plus posé suite au PT téléphonique.

Si Toujours, ne pas poser 'Q17'

Q17. Si vous aviez des solutions ou des améliorations à proposer en matière de santé mentale, quelles seraient-elles?

Validation. Validation pour les panelistes externes

Si ((STRATEST Au moins une 3;4;5;6)), Ne poser 'Validation' que si

VALID. Cette question est un test pour s'assurer que c'est bien une personne qui répond à ce sondage.Parmi les 4 images suivantes, choisissez celle qui contient un avion.

- ❍ 1 Automobile
- ❍ 2 Avion
- ❍ 3 Train
- ❍ 4 Bicyclette

Randomiser les réponses

Si ((VALID Aucune 2)), Aller à 'Fin' et marquer en tant qu'incomplet

SD. Caractéristiques sociodémographiques : année de naissance, genre, langue maternelle, taille du ménage, code postal ou RMR, scolarité, revenu familial + propriétaire / locataire (ajout de Yannick pour la pondération)

SD1. Êtes-vous né au Québec, dans une autre province canadienne ou dans un autre pays que le Canada?

- ❍ 1 *Au Québec
- ❍ 2 *Dans une autre province canadienne
- ❍ 3 *Dans un autre pays que le Canada
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

SD2. Est-ce qu'au moins un de vos parents est né dans un autre pays que le Canada?

- ❍ 1 *Oui
- ❍ 2 *Non
- ❍ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

QSD3. Quelle est votre année de naissance?

(doit être 1900 entre 2006)

SD4. Quelle est la langue que vous avez apprise en premier lieu à la maison dans votre enfance et que vous comprenez encore (langue maternelle)?

Si vous avez plusieurs langues maternelles, cochez toutes celles qui s'appliquent.

(4 réponses maximum)

- ❑ 1 Anglais
- ❑ 2 Français
- ❑ 3 Autre
- ❑ 9 *Je ne sais pas/Je préfère ne pas répondre

SE5. Quel est le plus haut diplôme, certificat ou grade que vous possédez ou avez terminé?

- ❍ 1 Aucun
- ❍ 2 Certificat d'études secondaires ou l'équivalent (D.E.S., diplôme d'études secondaires)
- ❍ 3 Certificat ou diplôme d'une école de métiers (D.E.P., diplôme d'études professionnelles)
- ❍ 4 Certificat ou diplôme collégial (autre certificat ou diplôme non universitaire obtenu d'un cégep, collège communautaire, institut technique, etc.)
- ❍ 5 Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat
- ❍ 6 Baccalauréat (ex. : B.A., B.Sc., LL.B.)
- ❍ 7 Certificat ou diplôme universitaire supérieur au baccalauréat
- ❍ 8 Maîtrise (ex. : M.A., M.Sc., M.Ed.)
- ❍ 9 Diplôme en médecine, en médecine dentaire, en médecine vétérinaire ou en optométrie (M.D., D.D.S., D.M.D., D.M.V., O.D.)
- ❍ 10 Doctorat acquis (ex. : Ph.D., D.Sc., D.Ed.)
- ❍ 90 Autre (Veuillez préciser dans l'espace ci-dessous)
- ❍ 99 Je préfère ne pas répondre

```
Si Toujours, Run Script:
if STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 1 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(1)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 2 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(2)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 3 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(3)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 4 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(4)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 5 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(5)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 6 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(6)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 7 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(7)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 8 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(8)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 9 then
    SE5.SkipAndKeepData().SetValue(9)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 10 then
```

SE5.SkipAndKeepData().SetValue(10)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 11 then
SE5.SkipAndKeepData().SetValue(11)
ElseIf STRATEST.Answers.EntryCode Has 991;992;993;997 and EXTSE5 Has 12 then
SE5.SkipAndKeepData().SetValue(12)
ElseIf STRATE.Answers.EntryCode Has 1001;1002;1003 and (SE5JRS < 365 and SE5JRS.HasAnswered) then
SE5.SkipAndKeepData()
EndIf

SE6. Au total, combien de personnes habitent chez vous en vous incluant?

Compter aussi les enfants qui habitent chez vous, que ce soit en permanence ou de temps en temps (ex. : en garde partagée).

- ❍ 1 1
- ❍ 2 2
- ❍ 3 3
- ❍ 4 4
- ❍ 5 5 ou plus
- ❍ 9 Je préfère ne pas répondre

Si (STRATE.Answers.EntryCode Has 1000;1001;1002) And(SE6JRS < 182 and SE6JRS.HasAnswered), Run Script: SE6.SkipAndKeepData()

SE1. Quelle est votre principale occupation actuellement?

Si vous avez plus d'une occupation (exemple : retraité(e) et travail à temps partiel ou étudiant(e) et travail à temps partiel), cochez celle qui vous demande le plus de temps dans la semaine.Si vous êtes en congé sabbatique, en congé de maternité, en congé de maladie ou d'accident de travail, indiquez si vous travaillez habituellement à temps plein ou à temps partiel.

- ❍ 1 Je travaille à temps plein (30 heures ou plus par semaine)
- ❍ 2 Je travaille à temps partiel (moins de 30 heures par semaine)
- ❍ 3 Je suis retraité(e)
- ❍ 4 Je suis étudiant(e)
- ❍ 5 Je suis sans emploi (assurance emploi, assistance sociale)
- ❍ 6 Je ne travaille pas par choix (à la maison)
- ❍ 90 Je suis dans une autre situation (Veuillez préciser dans l'espace ci-dessous)
- ❍ 99 Je préfère ne pas répondre

Si (STRATE.Answers.EntryCode Has 1001;1002;1003) And(SE1JRS < 365 and SE1JRS.HasAnswered), Run Script: SE1.SkipAndKeepData()

SE102021. Quel est votre revenu familial brut (avant impôts) annuel?

- ❍ 1 Moins de 15 000 $
- ❍ 2 De 15 000 $ à 24 999 $
- ❍ 3 De 25 000 $ à 34 999 $
- ❍ 4 De 35 000 $ à 54 999 $

- ❍ 5 De 55 000 $ à 74 999 $
- ❍ 6 De 75 000 $ à 99 999 $
- ❍ 7 De 100 000 $ à 149 999 $
- ❍ 8 De 150 000 $ à 199 999 $
- ❍ 9 De 200 000 $ et plus
- ❍ 99 Je préfère ne pas répondre

SE13. Votre ménage est-il propriétaire ou locataire de l'endroit où vous habitez?

- ❍ 1 Propriétaire
- ❍ 2 Locataire
- ❍ 9 Je préfère ne pas répondre

Si (STRATE.Answers.EntryCode Has 1001;1002;1003) And(SE13JRS < 365 and SE13JRS.HasAnswered), Run Script: SE13.SkipAndKeepData()

GENRE. Quel est votre genre ?

Par genre, on entend le genre actuel, qui peut différer du sexe assigné à la naissance ou de celui inscrit dans les documents légaux.

- ❍ 1 Masculin
- ❍ 2 Féminin
- ❍ 3 Autre

EXTCP. Quel est votre code postal?

Les 3 premiers caractères suffisent.
{% if mode=1 then %}
NSP : 999
{% Endif %}

Si Toujours, Run Script:
Dim STRR1 =
"G1A";"G1B";"G1C";"G1E";"G1G";"G1H";"G1J";"G1K";"G1L";"G1M";"G1N";"G1P";"G1R";"G1S";"G1T";"G1V";"G1W";"G1X";"G1Y";"G2A";"G2B";"G2C";"G2E";"G2G";"G2J";"G2K";"G2L";"G2M";"G2N";"G3A";"G3B";"G3C";"G3E";"G3G";"G3J";"G3K";"G3N";"G3S";"G6C";"G6J";"G6K";"G6V";"G6W";"G6X";"G6Y";"G6Z";"G7A"
Dim STRR2 =
*"H1A";"H1B";"H1C";"H1E";"H1G";"H1H";"H1J";"H1K";"H1L";"H1M";"H1N";"H1P";"H1R";"H1S";"H1T";"H1V";"H1W";"H1X";"H1Y";"H1Z";"H2A";"H2B";"H2C";"H2E";"H2G";"H2H";"H2J";"H2K";"H2L";"H2M";"H2N";"H2P";"H2R";"H2S";"H2T";"H2V";"H2W";"H2X";"H2Y";"H2Z";"H3A";"H3B";"H3C";"H3E";"H3G";"H3H";"H3J";"H3K";"H3L";"H3M";"H3N";"H3P";"H3R";"H3S";"H3T";"H3V";"H3W";"H3X";"H3Y";"H3Z";"H4A";"H4B";"H4C";"H4E";"H4G";"H4H";"H4J";"H4K";"H4L";"H4M";"H4N";"H4P";"H4R";"H4S";"H4T";"H4V";"H4W";"H4X";"H4Y";"H5A";"H7A";"H7B";"H7C";"H7E";"H7G";"H7H";"H7J";"H7K";"H7L";"H7M";"H7N";"H7P";"H7R";"H7S";"H7T";"H7V";"H7W";"H7X";"H7Y";"H8N";"H8P";"H8R";"H8S";"H8T";"H8Y";"H8Z";"H9A";"H9B";"H9C";"H9E";"H9G";"H9H";"H9J";"H9K";"H9P";"H9R";"H9S";"H9W";"H9X";"J0N";"J0P";"J2W";"J2X";"J2Y";"J3A";"J3B";"J3E";"J3G";"J3H";"J3L";"J3N";"J3V";"J3X";"J3Y";"J3Z";"J4B";"J4G";"J4H";"J4J";"J4K";"J4L";"J4M";"J4N";"J4P";"J4R";"J4S";"J4T";"J4V";"J4W";"J4X";"J4Y";"J4Z";"J5A";"J5B";"J5C";"J5K";"J5L";"J5M";"J5N";"J5R";"J5T";"J5W";"J5X";"J5Y";"J5Z";"J6A";"J6J";"J6K";"J6N";"J6R";"J6V";"J6W";"J

```
6X";"J6Y";"J6Z";"J7A";"J7B";"J7C";"J7E";"J7G";"J7H";"J7J";"J7K";"J7L";"J7M";"J7N";"J7P";"J7R";"J7T";"J7V";"J7W";"J7X";"J7Y";"J7
Z"
Dim STRR3 =
"G0A";"G0C";"G0E";"G0G";"G0H";"G0J";"G0K";"G0L";"G0M";"G0N";"G0P";"G0R";"G0S";"G0T";"G0V";"G0W";"G0X";"G0Y";"G0Z";
"G3H";"G3L";"G3M";"G3Z";"G4A";"G4R";"G4S";"G4T";"G4V";"G4W";"G4X";"G4Z";"G5A";"G5B";"G5C";"G5H";"G5J";"G5L";"G5M";
"G5N";"G5R";"G5T";"G5V";"G5X";"G5Y";"G5Z";"G6A";"G6B";"G6E";"G6G";"G6H";"G6L";"G6P";"G6R";"G6S";"G6T";"G7B";"G7G";
"G7H";"G7J";"G7K";"G7N";"G7P";"G7S";"G7T";"G7X";"G7Y";"G7Z";"G8A";"G8B";"G8C";"G8E";"G8G";"G8H";"G8J";"G8K";"G8L";"
G8M";"G8N";"G8P";"G8T";"G8V";"G8W";"G8Y";"G8Z";"G9A";"G9B";"G9C";"G9H";"G9N";"G9P";"G9R";"G9T";"G9X";"H0M";"J0A";
"J0B";"J0C";"J0E";"J0G";"J0H";"J0J";"J0K";"J0L";"J0M";"J0R";"J0S";"J0T";"J0V";"J0W";"J0X";"J0Y";"J0Z";"J1A";"J1C";"J1E";"J1G";"J
1H";"J1J";"J1K";"J1L";"J1M";"J1N";"J1R";"J1S";"J1T";"J1X";"J1Z";"J2A";"J2B";"J2C";"J2E";"J2G";"J2H";"J2J";"J2K";"J2L";"J2M";"J2
N";"J2R";"J2S";"J2T";"J3M";"J3P";"J3R";"J3T";"J5J";"J5V";"J6E";"J6S";"J6T";"J8A";"J8B";"J8C";"J8E";"J8G";"J8H";"J8L";"J8M";"J8N
";"J8P";"J8R";"J8T";"J8V";"J8X";"J8Y";"J8Z";"J9A";"J9B";"J9E";"J9H";"J9J";"J9L";"J9P";"J9T";"J9V";"J9X";"J9Y";"J9Z";"K1A"

Dim responseCP = EXTCP.Value.Trim()
Dim responseMAJ = responseCP.ToUpperCase().Trim()
DIM RTA = responseMAJ.Left(3)

if STRR1 has RTA Then
    STRR.SkipAndKeepData().SetValue(1)
ElseIf STRR2 has RTA Then
    STRR.SkipAndKeepData().SetValue(2)
ElseIf STRR3 has RTA Then
    STRR.SkipAndKeepData().SetValue(3)
EndIf

Dim REGADM1 = "G0J";"G0K";"G0L";"G4W";"G5H";"G5J";"G5L";"G5M";"G5N";"G5R";"G5T"
Dim REGADM2 =
"G0V";"G0W";"G7B";"G7G";"G7H";"G7J";"G7K";"G7N";"G7P";"G7S";"G7T";"G7X";"G7Y";"G7Z";"G8A";"G8B";"G8C";"G8E";"G8G";
"G8H";"G8J";"G8K";"G8L";"G8M";"G8N"
Dim REGADM3 =
"G0A";"G1A";"G1B";"G1C";"G1E";"G1G";"G1H";"G1J";"G1K";"G1L";"G1M";"G1N";"G1P";"G1R";"G1S";"G1T";"G1V";"G1W";"G1X";
"G1Y";"G2A";"G2B";"G2C";"G2E";"G2G";"G2J";"G2K";"G2L";"G2M";"G2N";"G3A";"G3B";"G3C";"G3E";"G3G";"G3H";"G3J";"G3K";"
G3L";"G3M";"G3N";"G3S";"G3Z";"G4A";"G5A"
Dim REGADM4 = "G0X";"G8T";"G8V";"G8W";"G8Y";"G8Z";"G9A";"G9B";"G9C";"G9N";"G9P";"G9R";"G9T";"G9X";"J5V"
Dim REGADM5 =
"G0Y";"G6B";"J0B";"J0E";"J1A";"J1C";"J1E";"J1G";"J1H";"J1J";"J1K";"J1L";"J1M";"J1N";"J1R";"J1S";"J1T";"J1X";"J2G";"J2H";"J2J";"
J2K";"J2L";"J2M";"J2N"
Dim REGADM6 =
"H1A";"H1B";"H1C";"H1E";"H1G";"H1H";"H1J";"H1K";"H1L";"H1M";"H1N";"H1P";"H1R";"H1S";"H1T";"H1V";"H1W";"H1X";"H
1Y";"H1Z";"H2A";"H2B";"H2C";"H2E";"H2G";"H2H";"H2J";"H2K";"H2L";"H2M";"H2N";"H2P";"H2R";"H2S";"H2T";"H2V";"H2W
";"H2X";"H2Y";"H2Z";"H3A";"H3B";"H3C";"H3E";"H3G";"H3H";"H3J";"H3K";"H3L";"H3M";"H3N";"H3P";"H3R";"H3S";"H3T";"
H3V";"H3W";"H3X";"H3Y";"H3Z";"H4A";"H4B";"H4C";"H4E";"H4G";"H4H";"H4J";"H4K";"H4L";"H4M";"H4N";"H4P";"H4R";"H4
S";"H4T";"H4V";"H4W";"H4X";"H4Y";"H5A";"H8N";"H8P";"H8R";"H8S";"H8T";"H8Y";"H8Z";"H9A";"H9B";"H9C";"H9E";"H9G";
"H9H";"H9J";"H9K";"H9P";"H9R";"H9S";"H9W";"H9X"
Dim REGADM7 = "J0V";"J0X";"J8L";"J8M";"J8N";"J8P";"J8R";"J8T";"J8V";"J8X";"J8Y";"J8Z";"J9A";"J9B";"J9E";"J9H";"J9J";"K1A"
Dim REGADM8 = "J0Y";"J0Z";"J9P";"J9T";"J9V";"J9X";"J9Y";"J9Z"
Dim REGADM9 = "G0G";"G0H";"G0T";"G4R";"G4S";"G4Z";"G5B";"G5C"
Dim REGADM10 = "G8P";"J0M"
Dim REGADM11 = "G0C";"G0E";"G4T";"G4V";"G4X"
Dim REGADM12 =
"G0M";"G0N";"G0R";"G0S";"G5V";"G5X";"G5Y";"G5Z";"G6A";"G6C";"G6E";"G6G";"G6H";"G6J";"G6K";"G6V";"G6W";"G6X";"G6Y";
"G6Z";"G7A"
Dim REGADM13 =
"H7A";"H7B";"H7C";"H7E";"H7G";"H7H";"H7J";"H7K";"H7L";"H7M";"H7N";"H7P";"H7R";"H7S";"H7T";"H7V";"H7W";"H7X";"H
7Y"
Dim REGADM14 = "J0K";"J5M";"J5T";"J5W";"J5X";"J5Y";"J5Z";"J6A";"J6E";"J6V";"J6W";"J6X";"J6Y";"J7K";"J7L";"J7M"
Dim REGADM15 =
"J0N";"J0R";"J0T";"J0W";"J5J";"J5K";"J5L";"J5N";"J6Z";"J7A";"J7B";"J7C";"J7E";"J7G";"J7H";"J7J";"J7N";"J7P";"J7R";"J7Y";"J7Z";"J
8A";"J8B";"J8C";"J8E";"J8G";"J8H";"J9L"
```

```
Dim REGADM16 =
"H0M";"J0H";"J0G";"J0J";"J0L";"J0P";"J0S";"J2R";"J2S";"J2T";"J2W";"J2X";"J2Y";"J3A";"J3B";"J3E";"J3G";"J3H";"J3L";"J3M";"J3N";
"J3P";"J3R";"J3V";"J3X";"J3Y";"J3Z";"J4B";"J4G";"J4H";"J4J";"J4K";"J4L";"J4M";"J4N";"J4P";"J4R";"J4S";"J4T";"J4V";"J4W";"J4X";"J
4Y";"J4Z";"J5A";"J5B";"J5C";"J5R";"J6J";"J6K";"J6N";"J6R";"J6S";"J6T";"J7T";"J7V";"J7W";"J7X"
Dim REGADM17 = "G0P";"G0Z";"G6L";"G6P";"G6R";"G6S";"G6T";"G9H";"J0A";"J0C";"J1Z";"J2A";"J2B";"J2C";"J2E";"J3T"

if REGADM1 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(1)
ElseIf REGADM2 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(2)
ElseIf REGADM3 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(3)
ElseIf REGADM4 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(4)
ElseIf REGADM5 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(5)
ElseIf REGADM6 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(6)
ElseIf REGADM7 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(7)
ElseIf REGADM8 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(8)
ElseIf REGADM9 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(9)
ElseIf REGADM10 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(10)
ElseIf REGADM11 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(11)
ElseIf REGADM12 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(12)
ElseIf REGADM13 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(13)
ElseIf REGADM14 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(14)
ElseIf REGADM15 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(15)
ElseIf REGADM16 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(16)
ElseIf REGADM17 has RTA Then
    REGADM.SkipAndKeepData().SetValue(17)
EndIf
```

```
Si Dim reponseCp = EXTCP.Value.Trim()Dim re3 = "(?i)(^[ABCEGHJ-NPRSTVXY][ABCEGHJ-NPRSTV-Z])"Dim re6 =
"(?i)(^[ABCEGHJ-NPRSTVXY][ABCEGHJ-NPRSTV-Z][ -]?[ABCEGHJ-NPRSTV-Z])"Dim rta = reponseCp.Left(3)Dim final3 =
reponseCp.Right(3)If (reponseCp.isMatch(re6) Or (rta.isMatch(re3)) Or (EXTCP.HasNoData) or EXTCP = "999" )     Then
Return FalseElse     Return TrueEndif, lire le message suivant 'Le code postal n'est pas dans un format valide / The postal code
is not in a valid format.'
```

FINTEL. Rappel de la possibilité de poser des questions

Tel que je vous le mentionnais au début de cet appel, je demeure tout à fait disponible pour répondre à d'éventuelles questions de votre part quant au projet de recherche, à la politique de gestion des renseignements personnels, aux ressources en santé mentale ou au mécanisme de plaintes. N'hésitez surtout pas à me poser des questions.

Encore une fois, je m'appelle… de la firme de recherche SOM. Au nom de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice, merci pour le temps que vous nous avez consacré. Bonne journée/soirée!

Note à l'intervieweur : La prochaine page permet de modifier les ouvertes, vous pouvez raccrocher.

Si mode=1, Ne poser 'FINTEL' que si

MODOUVTEL. MODIFICATION DES OUVERTES

```
!! Dim arrQuestions = Survey.Questions.FilterByTag("OpenSummary")
Dim str =""
Dim i
For i = 1 To arrQuestions.Count
    If arrQuestions[i].HasNoData = False Then
    str = str + "" + arrQuestions[i].shortcut +" - " + arrQuestions[i].shortcaption +"" +
arrQuestions[i].InputValue() + ""
    EndIf
Next

return str !!
```

QURGENCEex. Document qui sera à la disposition de l'intervieweur téléphonique et auquel il pourra se référer pour répondre aux éventuelles demandes d'informations supplémentaires du répondant

Si la personne souhaite avoir plus d'informations sur l'un des 4 points suivants, l'interviewer lui lira le paragraphe pertinent :

1-LE PROJET DE RECHERCHE
Le sondage explore les interventions en santé mentale au Québec, en posant des questions sur vos connaissances, expériences et attentes. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter environ 1500 participants, hommes et femmes, majeurs et aptes.

Ce projet de recherche se déroulera sous forme de sondage en ligne durant d'environ 20 minutes. Une trentaine de questions vous seront posées.

Le sondage électronique est réalisé sur la plateforme de sondage de la firme SOM (sondage.som.ca). Le consentement est donné en cochant la case à cette fin à la fin de ce formulaire d'information et de consentement.

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Si vous acceptez de participer mais que vous changez d'avis, vous pouvez à tout moment arrêter de répondre au questionnaire.

Les données de recherche pourront être publiées ou discutées scientifiquement, mais il ne sera pas possible de vous identifier uniquement à partir de ces données.

Le chercheur principal est le professeur Pierre Noreau (contact : Téléphone : (514) 343-7802 ;Courriel : pierre.noreau@umontreal.ca), professeur à la faculté de droit de l'Université de Montréal. La recherche est financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport, les communiqués de presse, le résumé et tout autre document de vulgarisation de la recherche feront l'objet d'une diffusion sur le site Internet de l'IQRDJ (https://www.iqrdj.ca).

2- La Politique de gestion des renseignements personnels
Lors de votre participation à ce projet de recherche, la firme de sondage rassemblera les informations vous concernant dans un dossier de recherche pouvant notamment comporter les éléments suivants : vos réponses anonymisées au sondage, la CLÉ anonyme liée à vos renseignements personnels.

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles dans la mesure permise par la loi. Vos données seront protégées par les mesures suivantes :

Le dossier de recherche demeurera confidentiel, de la collecte des données jusqu'à la publication des résultats de recherche. En aucun temps votre identité ne sera dévoilée.
Les bases de données renfermant des renseignements personnels sont anonymisées (retraits des renseignements pouvant identifier un individu) par SOM avant d'être retournées à l'équipe de recherche.
Les serveurs de fichiers et de base de données sur lesquels résident les données utilisées ne sont pas accessibles de l'extérieur de SOM; L'accès à ces serveurs est sécurisé et réservé à un nombre restreint de personnes
Seule la firme SOM connaîtra l'identité des participants. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un code (CLÉ) qui liera les formulaires d'information et de consentement et les données de recherche. Seule la firme SOM, conservera la liste associant le code des participants à leur nom ce qui permet de procéder au retrait des données, au besoin. L'équipe de recherche de l'IQRDJ n'aura accès qu'aux résultats du sondage de manière totalement anonymisés.
Les données sont conservées pendant la durée du projet puis supprimées dans un délai raisonnable une fois le projet ou contrat terminé (février 2025), avec des logiciels de destruction sécuritaires.

Les personnes qui auront accès aux données de recherche sont tenues de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada.

3- Les ressources en matière de santé mentale
Peu de risques sont associés à la participation à cette recherche. Toutefois, il est possible que la participation aux entrevues individuelles fasse revivre des émotions inconfortables aux personnes.

Pour faire face à ce risque, nous invitons les participants à prendre contact avec les ressources téléphoniques suivantes :

Appelez Info-Social 811 pour obtenir de l'aide ou de l'information concernant votre santé mentale ou celle d'un proche.

Appelez le service d'urgence 911 si vous craignez pour votre sécurité ou celle d'un proche, ou pour obtenir une assistance immédiate.

Appelez la ligne d'aide et de prévention du suicide au 1 866 APPELLE (277-3553) si vous pensez au suicide ou si vous vous inquiétez pour un proche (pour envoyer un message texte (texto) : 535353; pour clavarder (chat) : suicide.ca)

Trouvez un centre de crise (https://resicq.ca/) près de chez vous pour obtenir des services gratuits et spécialisés en intervention de crise, pour vous ou pour un proche.

4- Les mécanismes de plaintes

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne dégagez pas le chercheur responsable du projet, le commanditaire ou l'organisme subventionnaire ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à la recherche, ou sur les responsabilités des chercheurs, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche - Société et culture par courriel à l'adresse cersc@umontreal.ca ou encore consulter le site web http://recherche.umontreal.ca/participants.

Toute plaine relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au 514 343-2100 ou en communiquant par courriel à l'adresse ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

MESSAGEFIN. MESSAGEFIN pour le version WEB

COMPLET. Merci pour votre collaboration. Voici un rappel de ressources en matière de santé mentale :

Info-Social 811 pour obtenir de l'aide ou de l'information concernant votre santé mentale ou celle d'un proche.

Service d'urgence 911 si vous craignez pour votre sécurité ou celle d'un proche, ou pour obtenir une assistance immédiate.

Ligne d'aide et de prévention du suicide au 1 866 APPELLE (277-3553) si vous pensez au suicide ou si vous vous inquiétez pour un proche (pour envoyer un message texte (texto) : 535353; pour clavarder (chat) : suicide.ca)

Trouvez un centre de crise Cet hyperlien s'ouvrira dans une nouvelle fenêtre. près de chez vous pour obtenir des services gratuits et spécialisés en intervention de crise, pour vous ou pour un proche