

Pourquoi ne pas opter pour d'autres options et agir ailleurs et autrement en situation de dangerosité ?

Mémoire dans le cadre de la réforme provinciale de la Loi p-38.001



Rédaction présentée à
Institut Québécois de Réforme
du Droit et de la Justice du Québec

Déposé par l'Avant-garde
en santé mentale

Le 29 novembre 2024
Révisé mai 2025



L'AVANT-GARDE

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont généreusement donné de leur temps afin de témoigner, lire, corriger, commenter et réfléchir sur l'enjeu actuel entourant la *Loi P-38*.

Un merci spécial aux personnes premières concernées qui ont contribué à ce que ce mémoire prenne forme. Leurs témoignages ont permis de refléter la réalité de l'application d'une *P-38* dans la vie des personnes.

Le contenu de ce mémoire a été rédigé à la suite de témoignages, d'animation d'ateliers, de discussions de groupe, de participations à des consultations et à des activités ainsi que la réalisation de diverses recherches.

Nous tenons également à remercier Zachary Béchar, étudiant au Cégep du Vieux-Montréal, pour son implication dans la réalisation de la nouvelle identité visuelle de ce mémoire sur la *P-38*.

Table des matières

Introduction	5
Le cadre légal et l'évolution de la loi	6
Explication juridique de la <i>Loi P-38</i>	6
Évolution de la <i>Loi P-38</i> dans le temps	7
La participation des personnes premières concernées	9
La participation citoyenne	9
La nécessité du lien de confiance en accompagnement	10
L'expérience de la <i>P-38</i> et la retraumatisation	11
Approches sensibles au trauma	11
La surmobilisation des policiers dans les services de 1 ^{re} ligne	12
Le mandat des policiers et l'application de la <i>P-38</i>	12
Problématique de l'image et des rôles des policiers	13
Atteintes aux droits fondamentaux lors de la garde en établissement	15
Le droit au consentement aux soins :	15
Le droit à l'intégrité	17
Le droit aux services	20
Le droit à l'information	20
Le droit au transfert d'établissement	21
Le droit à la communication confidentielle	21
Le droit d'être représenté par un avocat	23
Le droit à la confidentialité	24
L'application de la <i>P-38</i> auprès des communautés autochtones	24
Persistance coloniale	25
L'utilisation excessive de la <i>P-38</i>	26
Le phénomène de la porte tournante et le soutien en continu	28
Le travail en silo	28
Contribution à l'incarcération	30
Les critères d'admissibilité	31
Critère de dangerosité non définit	33
La « dérangerosité »	34
Les conséquences sociales de la <i>Loi P-38</i>	35
Association entre santé mentale et les comportements violents	35
La réprimande des citoyens et citoyennes	36

Une approche coercitive, médicalisée et paternaliste _____	38
Élaboration sur certaines des propositions d’alternatives _____	41
Approche Dialogue ouvert _____	41
Système de santé axé sur la prévention de saines habitudes de vie _____	42
Centre de crise Gerstein _____	43
Financement des organismes communautaires et des moyens alternatifs _____	43
Hôpital alternatif en Norvège _____	44
Modèle Soteria et groupes d’entraide _____	46
Conclusion _____	46
Références _____	49

Introduction

Le 17 mai 2023, le ministre des Services sociaux du Québec, monsieur Lionel Carmant, a confié à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) le mandat d'évaluer la pertinence et l'application de la *Loi P-38*, 25 ans après son entrée en vigueur. Les collectifs et groupes de défense de droits en santé mentale craignent que la réforme jumèle la garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins. Ce changement rendrait légal, lors d'une *P-38*, la prescription de soins de toute sorte sans le consentement de la personne. Une réflexion s'impose : comment améliorer la *Loi P-38* tout en respectant les droits des individus et en proposant des solutions préventives plus humaines ?

En tant que groupe d'entraide en santé mentale, l'Avant-garde s'est penchée sur cette question. Au moyen de l'entraide et de l'éducation populaire, nous tentons d'influencer le regard porté ainsi que les croyances sur la vision de la santé mentale dans notre société. Au lieu de se concentrer sur les symptômes vécus par les personnes, accueillons celles-ci dans leur globalité et nous nous concentrons sur les déterminants de la santé. Nous les accompagnons à agir sur les besoins qu'elles ciblent. Nous avons vécu, à travers les années, divers passages à l'acte évitables si un suivi et des interventions en amont auraient été appliquées. Nous avons été témoin d'un meurtre, certains se sont suicidés et d'autres ont été retrouvés morts, seuls. Ces personnes sont des victimes parmi d'autres d'un système, d'une société, qui les ont laissés tomber. Nous accompagnons à ce jour des personnes chez qui nous craignons ce genre de passage à l'acte. L'expérience nous démontre que malgré les campagnes de sensibilisation et les recours cités par le gouvernement, une personne en difficulté qui refuse ou qui est trop confuse pour accepter de l'aide, sera laissée à elle-même. L'usage de la *P-38*, seul outil actuel, fera qu'on attendra que la désorganisation/détresse, sera à son apogée. Il faudra la plainte d'un pair, souvent démuni, pour que finalement, il y ait une intervention policière pour forcer un internement. Ce dernier ne garantit aucunement des soins et encore moins du soutien. Elle se retrouvera de nouveau face à elle-même, à court ou moyen terme, sans autre offre qu'une médication. Face à de tels enjeux de société, notre groupe s'est donné comme mission de favoriser l'appropriation du pouvoir individuel et collectif, d'influencer le développement des services en santé mentale, d'influencer et de sensibiliser sur la vision de la santé mentale via l'éducation

populaire, d'influencer des pratiques alternatives à la psychiatrie et défendre les droits des citoyens et citoyennes. Les membres du groupe d'entraide rapportent que l'Avant-garde leur permettent d'avoir un endroit où aller lorsqu'ils vont moins bien, d'avoir un sentiment d'appartenance avec des pairs vivant des enjeux similaires à les leurs et d'apprendre à gérer des situations de crise, en amont.

Ce mémoire s'inscrit dans cette démarche en venant analyser les failles et les impacts de l'application de cette loi sur les personnes concernées, tout en abordant comment la loi n'est plus adapté aux réalités sociales d'aujourd'hui. Bien que la *P-38* vise à protéger la société, elle est souvent appliquée de manière inadéquate, entraînant des conséquences souvent négatives pour la personne concernée, notamment des violations des droits fondamentaux et une stigmatisation accrue.

En parallèle, ce document met en lumière des approches alternatives utilisées à l'échelle internationale qui priorisent l'implication des individus dans les décisions les concernant. Ces alternatives offrent des perspectives nouvelles pour aborder les enjeux de santé mentale de manière plus humaine et inclusive. Elles offrent un soutien à nos concitoyens qui vivent des moments de grandes fragilités ou de dangerosité. Ce mémoire a pour objectif de contribuer au débat en proposant des solutions concrètes et adaptées au contexte québécois. Il agit en tant que vecteur de transformation sociale dans le changement des pratiques et de la vision de la santé mentale au Québec et comme outil d'éducation populaire afin d'informer la population sur les enjeux entourant la *Loi P-38*.

Le cadre légal et l'évolution de la loi

Explication juridique de la *Loi P-38*

À l'article 27 du *Code civil du Québec*, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* est appliquée lorsqu'il existe des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger grave et immédiat en raison de son état mental. Le cas échéant, un médecin ou autre personne peut effectuer une demande au tribunal pour entamer une garde provisoire sans le consentement de la

personne, dans un établissement de santé et de services sociaux (2024, p.36). Cette loi permet seulement de retirer le droit fondamental à la liberté (AGIDD-SMQ, 2022. p.5). Les policiers sont autorisés à amener les personnes à l'hôpital s'ils jugent que la personne est dangereuse, comme l'indique l'article 8 (2024, p.3). L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec résume les types de garde dans *Le Guide de survie : la garde en établissement* (2022). La première garde, dite préventive, a une durée maximale de deux jours. Passé ce délai, la personne est soit gardée de manière illégale, soit libérée si son état ne représente plus un danger ou soit elle demeure hospitalisée à la suite d'une ordonnance du tribunal (p.9). Pour qu'une garde provisoire soit instaurée, la personne doit avoir reçu un avis écrit 48 heures avant l'audience durant laquelle le juge autorise cette garde (p.11). Si la personne était déjà à l'hôpital avant de passer en garde provisoire, cette dernière ne pourrait pas excéder 96 heures. Si la demande en garde provisoire a été effectuée avant qu'elle soit transporté à l'hôpital, la garde ne pourra excéder 144 heures (p.13). Si l'état mental de l'individu est toujours jugé dangereux, un juge de la Cour peut autoriser une garde prolongée. Cette garde varie habituellement entre 21 et 30 jours (p.16).

Évolution de la Loi P-38 dans le temps

Pour bien comprendre le degré de pertinence et l'évolution de la loi, l'AGIDD-SMQ résume les diverses pratiques utilisées à travers les époques auprès des personnes dites dangereuses dans sa publication *La garde en établissement : une loi de protection... une pratique d'oppression* (2009). La garde en établissement remonte au XVII^e siècle, avec le Grand Renfermement de 1657. L'ouverture de l'Hôpital général en France influença plusieurs hôpitaux à travers le monde. On y enfermait les « fous », « mendiants » et « débiles » (p.4). Cette vision de la folie s'est atténuée au XX^e siècle. L'influence de l'Église catholique dans les institutions diminua. Elle favorisait l'internement des « déviants ». Durant la période de la « Grande Noirceur » de 1944 à 1959, on y recourut davantage à des pratiques déshumanisantes telles que la camisole de force, la chaise tranquilisante, la lobotomie (consistant à enlever une portion du cerveau), la mutilation (dont la saignée), la contention chimique par la prise de médicaments, les électrochocs, et autres (*La Presse*, 2010). Certaines de ces pratiques sont encore appliquées aujourd'hui. Ensuite, vint la «

Révolution tranquille » dans les années 60. Cette période fut marquée par le premier mouvement de désinstitutionalisation, au cours duquel les personnes catégorisées comme « malades mentaux » furent retirées des hôpitaux et des asiles pour être redirigées vers les services offerts dans la communauté (p.5). Cette époque est également marquée par la publication du livre *Les fous crient au secours!* de Jean-Charles Pagé. L'auteur et lui-même ex-détenu, y dénonce les conditions de détention des « fous » au Québec ». Il y raconte son internement pour alcoolisme d'une durée de plus d'un an (2018, p.7). Il s'ensuivit la seconde vague de désinstitutionalisation, qui impliquait la création de services psychiatriques dans les hôpitaux et des Centres locaux de services communautaires en 1974. C'est en 1972 qu'a été adopté « l'ancêtre » de la *Loi P-38*, la *Loi sur la protection du malade mental*. Elle consistait à hospitaliser toute personne considérée comme dangereuse pour elle-même ou pour autrui. La notion de dangerosité n'est pas définie (p.6). Réalisant les pratiques arbitraires employées, divers groupes d'entraide et organismes en santé mentale revendiquèrent un plus grand respect des droits humains. Les groupes d'entraide virent le jour par l'entremise de regroupements de citoyens et citoyennes ayant vécu la psychiatisation. La *Charte des droits et libertés de la personne*, ainsi que le nouveau *Code civil* encadrant davantage la garde en établissement et l'évaluation psychiatrique, furent adoptés durant la recrudescence des groupes d'entraide (p.7). En 1996, le projet de loi 39, la *Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives*, fut déposée (p.8). Il y apparaît la notion d'immédiateté dans l'évaluation de la dangerosité. Les agents de la paix sont désormais autorisés à amener les personnes contre leur gré dans un établissement de garde. C'est aussi à ce moment que le rôle du Tribunal administratif du Québec dans les demandes de révision est défini (p.9). La loi fut révisée et la *Loi P-38.001* adoptée en 1992. La notion d'état mental remplaça celle de maladie mentale au terme de la loi (p.10).

La participation des personnes premières concernées

La participation citoyenne

La réforme actuelle de la loi ne peut être efficace si nous ne prenons pas le temps d'écouter et de recueillir les expériences et savoirs des personnes ayant vécu une application d'une *P-38* ou étant à risque d'en vivre une. Leur inclusion permet de mettre en lumière les aspects de la loi qui causent des torts dans leur vie et d'identifier les secteurs nécessitant des changements. Participer aux décisions permet aux personnes concernées de reprendre le pouvoir sur leur vie. C'est ce qu'on appelle couramment l'empowerment. L'un des meilleurs moyens est de mettre de l'avant la pratique citoyenne pour favoriser une prévention d'une désaffiliation sociale et du maintien d'un filet de sécurité sociale. Par exemple, les membres de notre groupe participent socialement en s'impliquant au sein du groupe, en partageant leurs expériences et idées dans le but de transformer les causes des divers problèmes sociaux qu'ils vivent (Bleau, C., Dumont, J., 2012, p.17). Privilégier la participation citoyenne renforce notre société démocratique (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, p.5). En effet, les services offerts dans notre société seraient plus adaptés aux besoins des personnes, tout en intégrant la contribution des personnes géographiquement éloignées des prises de décisions. Les personnes rapportent ne pas être entendues concernant les enjeux qu'ils vivent. La participation en société développe les compétences personnelles et le travail sur soi (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, p.6-7). Lorsqu'une personne traverse un moment difficile, celle qui a le plus de pouvoir pour changer les choses et d'apporter des solutions est la personne elle-même. L'empowerment peut également se concrétiser par des initiatives comme le recours aux pairs-aidants et aux groupes d'entraide qui offrent un soutien égalitaire et respectueux. Ceux-ci peuvent effectuer des suivis individuels et de groupe, accompagner à domicile ou lors de rendez-vous, et organiser des ateliers. Les pairs-aidants ainsi que les personnes participantes aux groupes d'entraide sont des personnes ayant vécu ou vivant une détresse psychologique, et qui offrent un soutien à d'autres confrontées à des difficultés similaires. Pour occuper cet emploi, les personnes doivent au préalable être ouvertes à travailler sur soi et avoir vécu une expérience de travail ou d'implication dans une instance en relation d'aide. Le vécu des individus, le rapport égalitaire et les savoirs expérientiels sont au cœur

de l'accompagnement (CREMIS, 2024). Chaque individu a leur vécu leur apportant une expérience. Il est crucial de prendre en compte le savoir expérientiel dans la mise en place des divers services, tout en reconnaissant l'humanité de chaque individu. La mise en commun des diverses expériences et des répercussions vécues favorise le développement de l'individu ainsi que des structures et des pratiques en place (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016, p.5).

Les personnes qui vivent des situations de crise que nous accompagnons n'ont plus ou ont peu de sentiment d'appartenance à leur communauté. Vivant de grandes difficultés, qui s'échelonnent trop souvent sur des années, elles ont progressivement vécu un détachement soit social et familial.

Par ailleurs, une approche qui privilégie la contribution de la personne concernée ainsi que son réseau est l'Open Dialogue. Cette alternative met en premier plan l'individu et les personnes significatives, favorise l'écoute de l'individu et de ses besoins, encourage la participation aux prises de décisions et favorise l'inclusion sociale. Pour en apprendre davantage sur l'approche, consultez la section sur l'élaboration d'alternatives.

La nécessité du lien de confiance en accompagnement

En relation d'aide, le lien de confiance est essentiel pour favoriser le cheminement de la personne. Comme le souligne le psychologue Jérôme Guay (N/D), la majorité des personnes se rendant en psychiatrie ont vécu de la négligence et/ou de la maltraitance au cours de leur vie. Ces événements ont souvent engendré un ou plusieurs traumatismes, pouvant expliquer certains comportements adoptés. Elles éprouvent de la méfiance et peuvent se montrer plus réactives lorsqu'il s'agit de faire confiance à autrui, par peur d'être à nouveau rejetés. Appliquer des mesures préventives permet de créer un lien de confiance avec la personne. Le simple fait que ce soit un intervenant quelconque, donc un inconnu, qui intervienne, peut avoir un impact lors du premier contact avec la personne. Travailler en amont est un incontournable si on veut sincèrement aider les personnes en détresse. Avant d'effectuer toute intervention, il est indispensable de prendre le temps avec celui-ci, que ce soit un policier, éducateur spécialisé, travailleur de milieu ou autre, de bâtir une alliance thérapeutique avec la personne. Plus la relation repose sur un rapport égalitaire, plus il est facile de créer ce lien de confiance et d'éviter que des expériences traumatisantes

passées refassent surface, notamment celles liées à des situations vécues en lien avec des expériences de *P-38*. Sans ce lien de confiance, l'accompagnement risque d'être peu efficace, et il sera plus ardu de désamorcer des situations où la personne présente un danger. Certaines personnes rapportent se sentir dépossédées de leur capacité à prendre des décisions lorsque l'accompagnement met en avant une hiérarchie perçue. À l'inverse, un lien de confiance peut se développer grâce à un accueil chaleureux, une écoute attentive et la reconnaissance des besoins spécifiques de chacun (Labbé, F., 2012, p. 77). Pourtant, de nombreuses personnes déclarent la violence de l'arrêt d'agir et ne pas retrouver ces qualités à leur arrivée à l'hôpital.

L'expérience de la *P-38* et la retraumatisation

Approches sensibles au trauma

La majorité des personnes que nous accompagnons et qui peuvent vivre des situations de crise ont vécu des événements traumatiques au cours de leur vie. Ces expériences ont comme conséquences d'augmenter les risques de développer des problèmes de santé mentale et physique, des dépendances et des difficultés psychosociales. Un traumatisme peut développer des comportements de vigilance à l'égard d'autrui, en raison de l'environnement dans lequel la personne a grandi. (Roy, L..., 2022, p.24). Cela pourrait expliquer en partie la hausse actuelle des problèmes de toxicomanie dans notre société. Bien que des efforts soient faits, notre système de santé manque encore d'approches adaptées pour adresser les traumatismes de manière globale, ce qui empêche d'intervenir à la source des problématiques vécues par les personnes. Plusieurs nous rapportent que les *P-38* à répétitions font revivre leurs traumatismes. De même, pour accompagner efficacement les personnes dans l'atteinte de leurs objectifs liés à leur consommation, les réactions traumatiques doivent également être considérées.

Une problématique importante de notre réseau de santé est que la psychiatrie considère les troubles de toxicomanie comme des troubles de santé mentale distincts, alors qu'ils sont étroitement liés (Picard, A., 2020). En réalité, notre société pointe du doigt les problèmes

de santé mentale comme étant la cause pouvant mener à des comportements agressifs. Dans notre accompagnement auprès des personnes, nous avons constaté que plusieurs rencontrent des enjeux de consommations. Les psychoses et comportements agressifs sont davantage induits par la consommation de substances. Plusieurs consomment puisqu'ils ont de la difficulté à réguler leurs émotions suite aux traumatismes vécus à l'enfance, en plus de se retrouver en situation de survie. Face à ces impacts traumatiques, des approches thérapeutiques spécifiques ont démontré leur efficacité, permettant d'agir en amont. Ces approches permettent d'établir un lien de confiance qui soutient la personne en situation de danger plutôt que de simplement l'oppresser, lui faire revivre des traumatismes, susciter les comportements de survie (agressivité, violence, etc.), ce qui l'enferme dans un cycle difficile à briser. D'une part, la psychothérapie COPE travaille la régulation émotionnelle tout en abordant simultanément le traumatisme et la dépendance. Cette approche expose progressivement les individus à leurs expériences traumatiques, augmentant ainsi leur capacité à tolérer le stress et à rester calmes dans des situations susceptibles de déclencher des émotions telles que la peur, le chagrin ou la colère. En apprenant à gérer ses émotions, les personnes acquièrent des moyens tels que des techniques de respiration et le recours à du soutien social pour réguler leur détresse. D'autre part, la thérapie de traitement cognitif (CPT) vise à réduire les pensées et les croyances déformées de l'image de soi. Elle aide les personnes à déterminer la réalité de leurs idées et à éviter les généralisations (Szalavitz, M., 2024). Il faut toutefois considérer que cet accompagnement ne peut être réellement efficace que si les conditions de vie sont favorables. L'important est que notre système de santé valorise davantage les approches sensibles au trauma.

La surmobilisation des policiers dans les services de 1^{ère} ligne

Le mandat des policiers et l'application de la P-38

Tel qu'indiqué dans l'article 8 de la *Loi P-38*, seuls les policiers sont autorisés à amener une personne contre son gré dans un établissement de garde lorsque cela n'est pas fait sous l'ordonnance d'un juge (Gouvernement du Québec, 2024, p.3). Le mandat des policiers municipaux et de la Sûreté du Québec (SQ) est, respectivement, « de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique, de prévenir et de réprimer le crime, ainsi que les infractions

aux lois et règlements de la municipalité ». Les policiers de la SQ, quant à eux, « préviennent et répriment les infractions aux lois sur l'ensemble du Québec » (Gouvernement du Québec, 2024). Cependant, les policiers se retrouvent davantage à jouer le rôle d'intervenants sociaux de première ligne. Comme mentionné dans la vidéo du CREMIS *Judiciarisation des personnes en situation d'itinérance : constats de recherche et de terrain* (2023), la police est actuellement perçue et se voit attribuer par défaut de la part de nos instances le rôle de répondre aux problèmes sociaux. Ceci palie un système de santé et de services sociaux désuet depuis des décennies. À Montréal, par exemple, 70% des appels reçus par la police sont liés à des situations de relation d'aide. Si ce chiffre est aussi élevé dans la métropole, il est probablement représentatif d'ailleurs au Québec. Bien que le mandat des policiers soit essentiel pour garantir la sécurité publique, il n'est pas adapté pour répondre aux besoins sociaux, encore moins aux situations de crises. Ceci souligne la nécessité d'une collaboration accrue avec d'autres intervenants. En raison de leur obligation de répondre à chaque appel provenant de la communauté, la charge de travail des policiers est considérablement accrue. De plus, notre culture collective favorise à ce que nous appelions le 911 dès qu'un événement survient. Existe-t-il des alternatives qui peuvent être mises en place avant de recourir aux services policiers ?

Problématique de l'image et des rôles des policiers

L'image collective des policiers d'oppression complique l'établissement d'un lien de confiance. Ils endossent deux rôles simultanément : celui de faire respecter la loi et celui d'intervenants sociaux. Pour les personnes en situation de vulnérabilité et en plus, ayant vécu une P-38, la présence policière est souvent source de panique. Elles perçoivent les policiers non pas comme une aide potentielle, mais comme un agresseur potentiel. Le groupe rapporte que l'accueil des policiers et les interventions effectuées peuvent mener à revivre des traumatismes et favoriser à maintenir la vision coercitive et d'agresseur des policiers. Ces mêmes policiers émettent trop souvent des constats d'infraction pour toutes sortes de raisons (traverser la rue au mauvais endroit, se réfugier dans un abri de fortune, se tenir dans un parc ou dans une entrée de banque, etc.) et intervenir lors d'une situation de crise. Cependant, certaines interventions policières dont nous avons été témoins se sont bien déroulées, alors que d'autres ont été mal exécutées. Par exemple, un agent a maîtrisé

au sol une personne en état de consommation alors qu'elle ne présentait aucun danger. Notre partenariat s'est amélioré au fil des années. Nous continuons à sensibiliser les corps policiers afin d'améliorer notre collaboration dans le cadre de notre accompagnement. Cependant, une réflexion s'impose. Est-ce que l'amélioration de notre partenariat est le seul facteur ayant un impact sur les interventions policières? Les membres du groupe ayant vécu des interventions policières rapportent que la situation s'est mieux déroulée lorsqu'ils ne se sont pas opposés aux demandes des policiers. La conformité est un défi pour toute personne qui a vécu un traumatisme et ou de l'abus policier.

Une alternative pour désengorger les appels policiers, favoriser l'instauration d'un lien de confiance et défaire la vision mentionnée des policiers est la mise en place d'équipes mobiles. Par exemple, les policiers du service de police de la ville de Gatineau sont accompagnés d'un intervenant affilié au CISSS lors d'interventions sur le terrain pour entrer en contact avec une personne en crise. Les objectifs de ces équipes mobiles sont la désescalade des crises, l'offre de soutien nécessaire, la réduction du recours aux *P-38*, mais surtout l'assurance d'un suivi par un intervenant (Ville de Gatineau, 2024). Cette unité d'intervention de crise (UNIC) contribue à défaire l'image coercitive associée aux policiers et facilite l'accès à un accompagnement. Il y a au Bas-Saint-Laurent un autre exemple d'équipe mobile, l'Escouade 24/7, de l'organisme *La Barre du Jour*. Cette équipe intervient directement dans le milieu de vie de la personne en crise, que ce soit à domicile, dans un parc ou ailleurs. Elle collabore avec les policiers si nécessaire, mais évalue d'abord sur place le niveau de dangerosité. Avec le consentement de la personne, elle réfère ensuite cette dernière à une ressource adaptée à ses besoins, dans le but d'éviter une hospitalisation sous *P-38* (Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent, 2023). Pour l'année 2022-2023, l'Escouade 24/7 a réalisé 268 interventions de crise, dont 181 ont été résolues directement dans le milieu. Seize personnes ont été amenées à un hébergement communautaire, quatre situations se sont résorbées avant l'arrivée des intervenants, et 59 ont nécessité des soins hospitaliers. Seulement huit interventions se sont terminées par l'application d'une *P-38* (Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent, 2023). Un autre exemple inspirant est le centre de crise Gerstein offrant, en plus d'une équipe mobile disponible 24/7, des lits pour les personnes en situation de crise. Ce centre de crise se distingue des autres puisqu'ils prennent le temps

de se déplacer dans le milieu de la personne si nécessaire, tente d’agir en prévention d’un appel au 911 ou d’une hospitalisation, propose des alternatives aux personnes et prennent en compte le vécu et les expériences des personnes (Centre de crise Gerstein, 2022). Ces approches démontrent qu’il existe des solutions concrètes pour désengorger les interventions policières et mieux répondre aux besoins des personnes en détresse en prévenant l’hospitalisation. Ce qui fait la différence qu’avec seulement une intervention des policiers est que les équipes mobiles permettent d’avoir plus de temps avec la personne pour l’écouter. Pour en connaître davantage, consulter la section sur l’élaboration de certaines des alternatives proposées.

Atteintes aux droits fondamentaux lors de la garde en établissement

En 2018, le Gouvernement du Québec a publié le « *Cadre de référence en matière d’application de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux* ». Cette publication faisait suite à une enquête menée par le Protecteur du citoyen et le Ministère de la santé et des services sociaux. Ce cadre de référence visait à remédier aux constats selon lesquels la loi n’était pas appliquée uniformément et conformément dans les établissements autorisés à appliquer une garde. Six ans après la publication de ce cadre, malgré certains efforts effectués, il n’y a pas eu d’améliorations significatives quant au respect des droits. Il convient de rappeler que, dans le cadre de l’application de la *Loi P-38*, le seul droit pouvant être temporairement brimé est celui à la liberté, aucun autre. Dans ce contexte, nous examinerons les atteintes aux droits souvent constatées lorsque les personnes se trouvent sous garde en établissement en raison de la *P-38*.

Le droit au consentement aux soins :

L’article 11 du *Code civil* (2024) stipule que « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu’en soit la nature ». Cela inclut les évaluations, les prélèvements, les traitements ou toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la

loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, y compris verbalement (p.33). Dans l'éventualité où la personne serait dans l'incapacité de consentir, l'article 15 du *Code civil* précise qu'un mandataire, un curateur, un tuteur, ou un proche (conjoint.e, parent) peut consentir à leur place (p.34). Cependant, de nombreuses personnes rapportent que leur refus de consentement n'est pas respecté. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Gouvernement du Québec, 2018) stipule pourtant qu'à partir du moment où autrui ne consent plus à être gardé, une demande de garde provisoire doit être effectuée. « En aucun cas il ne faut présumer de l'incapacité de consentir, y compris à une garde à vue d'une évaluation psychiatrique, du seul fait que l'état mental de la personne est perturbé ou du fait que celle-ci bénéficie d'un régime de protection ». L'étiquette d'un diagnostic en santé mentale ou l'évaluation de la dangerosité ne retire pas automatiquement le droit de refuser des soins, sauf si la vie de la personne est immédiatement en danger. Pour qu'un consentement soit valide, il doit être libre, c'est-à-dire donné sans pression, menace ou promesse et éclairé, ce qui implique que la situation a été expliquée dans un langage accessible, compréhensible et explicite (p.7). Les personnes témoignent recevoir de la médication sans être informé de la substance transmise ni de ses effets secondaires potentiels. Certains rapportent des situations où la médication est imposée, parfois avec des menaces implicites. Cela ne correspond en rien à un consentement libre et éclairé, que ce soit pour la garde ou pour les soins prodigués.

Par ailleurs, lorsqu'une personne est sous l'effet de fortes doses d'antipsychotiques, elle n'est pas en mesure d'émettre un consentement libre et éclairé (Action Autonomie, 2024). Même l'évaluation psychiatrique, effectuée par un médecin pour déterminer si une personne doit rester sous garde, constitue un soin en soi. Il arrive que plusieurs soient contraints de rester à l'hôpital après une garde, sans que les procédures judiciaires aient été menées conformément aux règles. Il peut arriver que le consentement à rester à l'hôpital ait été donné et que la personne reste hospitalisée. En revanche, le même *Cadre de référence* du ministère précise que la garde et les soins doivent cesser dès que la personne est consentante. Il faut la référer à un organisme pouvant répondre à ses besoins (Gouvernement du Québec, 2018, p.7).

Suite à diverses situations vécues au sein du groupe, certaines situations requièrent d'agir sans le consentement de la personne. L'individu n'est pas conscient, par exemple, qu'il est en psychose et qu'il peut représenter un danger pour soi ou autrui. Il peut arriver que certaines personnes sortent d'une hospitalisation sous P-38 et que leur état ne s'est toujours pas amélioré. Encore une fois, agir en prévention éviterait ce genre de situations.

Bref, les personnes hospitalisées rapportent que leur coopération et leur adhésion aux directives influence la durée de la garde. Le consentement semble parfois être évalué en fonction de l'obéissance et de l'absence de désaccord. Les individus perçoivent que plus ils écoutent le personnel soignant et collaborent, mieux ils allaient être traités.

Le droit à l'intégrité

Après avoir exploré les atteintes au droit au consentement, il est essentiel de s'attarder au droit à l'intégrité. Ce droit protège les personnes contre toute action ou situation susceptible d'occasionner des conséquences physiques, psychologiques et/ou émotionnelles importantes (*Charte des droits et libertés de la personne simplifiée*, 2024, p.5). La contention occupe une place importante à ce qui a trait à l'atteinte à l'intégrité.

Les formes de contention

Selon l'ergothérapeute Mélanie Schreiner, il existe 4 grandes formes de contention (2015). Premièrement, il y a la contention chimique. Elle consiste à administrer des médicaments dans le but de réduire sa mobilité, de la « calmer » ou de faire arrêter des comportements jugés dangereux. Les individus hospitalisés rapportent que les anxiolytiques, fréquemment prescrits, leur sont administrés de force et de manière arbitraire. Les effets secondaires peuvent affecter significativement leur santé physique et mentale. Deuxièmement, il y a la contention psychologique. Elle englobe les types de manipulation et de restriction comme les menaces mentionnées par le personnel soignant. Les personnes témoignent que le simple fait de mettre les pieds à l'hôpital fait revivre leurs traumatismes. Elles rapportent se sentir comme un numéro et parfois recevoir des insultes. Troisièmement, il y a la contention physique. Elle survient lorsque « toute action ou procédure empêche la personne de bouger librement vers une position de son choix et/ou d'accéder normalement à son corps par l'utilisation de toute méthode ». Il peut s'agir d'être attaché, d'être en mobilité

réduite et ne pas avoir accès à son moyen pour se déplacer ou se faire maîtriser. Les personnes rapportent que ces expériences vécues comme des agressions physiques comparable à un viol. Elles ont divers bleus dus à des maîtrises physiques et des injections forcées. Elles ont l'impression de se faire provoquer pour justifier l'application de contentions. Quatrièmement, celle-ci est plus subtile, mais elle peut avoir des conséquences tout aussi graves. Il s'agit de la contention architecturale. Elle se manifeste par l'aménagement physique des lieux pouvant restreindre la liberté comme des portes fermées à clés, la présence de clôture et de barbelés, des zones à accès restreint et des caméras de surveillance. Les personnes décrivent se sentir dans un environnement pire qu'une prison, voire d'être en enfer.

Pour aller plus loin, le psychiatre français Mathieu Bellahsen, auteur du livre *Abolir la contention* (2023, p.88 à 132), a émis des critiques sur les pratiques coercitives et les formes de contention en psychiatrie, pour ensuite subir la répression hospitalière du corps psychiatrique. Il y a un parallèle inquiétant avec celles au Québec. Il y a la sangle sécuritaire, qui inclut tout objet et structure menant à une contention comme les salles d'isolement, les visioconférences, les blouses et tout autre matériel d'entrave dont les sangles.. Ils n'ont pas accès à leurs vêtements et sont forcés à porter une jaquette sans sous-vêtement et brassière, ce qui affecte leur dignité. La sangle langagière fait référence à l'utilisation d'un langage pour légitimer l'utilisation de contentions. Des phrases comme « c'est le protocole » ou « cela fait partie du cadre » sont des exemples de contentions langagières. Bellahsen dénonce la dominance de l'approche neurobiologique en psychiatrie, que ce soit par la surprescription de médicaments et l'usage des diagnostics. Il s'agit de la sangle idéologique. Plusieurs nous mentionnent que le simple fait d'avoir reçu un diagnostic en santé mentale favorise à être traité différemment. Ils se font prescrire plus rapidement de la médication et sont davantage isolé. Ils en viennent à se dissuader d'aller consulter à l'hôpital même pour des problèmes de santé physiques puisque certains se font attribués leurs problèmes de santé mentale comme en étant les causes. C'est ce qu'on nomme le masquage diagnostic. Pour continuer, il y a la sangle virtuelle. L'essor de l'usage des technologies dans le domaine de la santé diminue la présence humaine. Cette déshumanisation peut aggraver l'écart hiérarchique entre l'aidant et l'aidé tout en augmentant les risques de violations des droits. Enfin, il aborde la sangle financière.

L'auteur critique les décisions motivées par des considérations économiques. Le recours à des contentions est souvent justifié par un manque de ressources humaines ou par des politiques visant à réduire les coûts, au détriment de la dignité des patients. Bref, les contentions proviennent des établissements et de nos structures sociétales. Notre groupe dénonce ces abus et se questionne surtout sur la nécessité de jumeler plusieurs types de contentions. Est-ce nécessaire que la personne reçoive des benzodiazépines en guise de calmant en plus d'être attaché à une civière?

L'intégrité des individus est compromise lorsque leurs besoins fondamentaux, tels que l'accès à une alimentation adéquate, ne sont pas satisfaits. Lorsque l'état de la personne le permet, les établissements hospitaliers fournissent rarement une saine alimentation aux personnes. Selon le *Groupe de travail canadien sur la malnutrition* (2016), un Canadien hospitalisé sur deux pendant plus de deux jours est en état de malnutrition. Ces derniers restent généralement deux à trois jours de plus à l'hôpital que ceux bénéficiant d'une nutrition adéquate (CHUM, 2021). Outre l'alimentation, d'autres besoins ne sont pas comblés. Plusieurs personnes nous ont rapporté s'être fait refuser de prendre une douche. L'environnement impropice à l'endormissement impacte leur sommeil. Une personne a témoigné que lorsqu'elle est en état de psychose, une bonne nutrition l'aide à retrouver le contact avec la réalité.

Une proposition pour répondre à ces enjeux serait que notre système de santé se centre davantage sur la prévention plutôt que sur le traitement des maladies. Nous vivons dans une société où les maladies chroniques sont en augmentation constante, souvent en raison d'une faible considération des impacts à court et long terme de nos habitudes de vie sur la santé mentale et physique. L'activité physique, l'alimentation ou encore le sommeil sont des habitudes de vie impactant notre santé mentale, sans compter les enjeux sociaux actuels tels que l'accès au logement, à l'éducation, à l'emploi, l'accessibilité au transport ou les enjeux environnementaux (Association pour la santé publique du Québec, 2024). Notre société se porterait mieux si nous adoptions une vision globale et que nous prenions en compte les besoins individuels autant que les contextes sociaux (Association canadienne pour la santé mentale, 2022). Pour poursuivre la réflexion quant à notre société et aux

impacts des enjeux sociaux sur notre santé globale, consulter la section sur l'élaboration d'alternatives ou notre nouveau site Internet au <https://l'avantgarde.ca/boite-a-outils/>.

Le droit aux services

Pour continuer, le droit des individus à recevoir des « services de santé et des services sociaux appropriés tant sur les plans scientifique, humain et social » est fondamental, et cela en tout temps (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2024). Ceci est mentionné dans la *Loi sur les services de santé et services sociaux* (2024, p.11). Même lorsque la liberté d'une personne est brimée temporairement, cela ne justifie en aucun cas une diminution de la qualité des services ou un manque de respect. Les services reçus doivent être respectueux de la personne et de qualité. Dès qu'une personne est apte à consentir, elle doit être impliquée dans son processus de soins et services. Pour le rappeler, les personnes mentionnent à maintes reprises qu'elles ne sont pas traitées comme des êtres humains durant la durée de l'application d'une P-38. Les divers exemples déjà mentionné quant au non-respect des droits impactent la qualité des services reçus dans les établissements de soins.

Le droit à l'information

L'article 8 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)* garanti à toute personne le droit d'être informé de son état de santé. Cela inclut de connaître les différentes options qui s'offrent à elle ainsi que les risques et conséquences potentielles liées à ces options (2024, p.12). Ce droit est essentiel pour permettre un consentement libre et éclairé, nécessitant que la personne reçoive toutes les informations relatives à ses droits, aux procédures de garde et tout autre soin offert. Les établissements appliquant la garde ont le devoir de faciliter l'accès à l'information et à l'exercice des droits par des moyens adaptés (Gouvernement du Québec, 2018, p.10). Malgré ce cadre légal, des individus nous mentionnent ne pas être systématiquement informés des diverses procédures de garde. Le dépliant *Droits et recours des personnes mises sous garde*, qui doit leur être remis selon le *Cadre de référence* (2018, p.8), n'est pas toujours distribué. Ce document assure, si le personnel n'a pas le temps, d'informer adéquatement la personne sur les procédures liées à la garde en établissement. Il renseigne sur les droits, notamment celui de contester la garde au Tribunal administratif du Québec (Gouvernement du Québec, 2020). L'accès à

l'information est applicable à tous les types de soin. L'article 31 du *Code civil* précise que « toute personne gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux et qui reçoit des soins doit être informée par l'établissement du plan de soins établi à son égard, ainsi que de tout changement important dans ce plan ou dans ses conditions de vie » (2024, p.37). Ce droit est bafoué bien au-delà d'une application d'une P-38. Plusieurs d'entre nous avons déjà reçu une prescription médicale sans être informés des effets secondaires et sans avoir obtenu les explications quant aux causes et objectifs de la prise de la médication. Notre système étant conçu pour se protéger, il est tout de même stipulé dans l'article de loi que l'information est transmise si les ressources le permettent. Un grand nombre des membres de notre groupe ne connaissent pas les effets secondaires potentiels du médicament prescrit, même de quel type de famille de médicament il s'agit.

Le droit au transfert d'établissement

Par ailleurs, les individus gardés en établissement ont le droit, tel qu'indiqué dans le *Cadre de référence*, de demander à changer d'établissement ou de médecin, à condition que l'endroit dispose des ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins (Gouvernement du Québec, 2018, p.9). Les personnes nous rapportent ne pas avoir la possibilité de choisir l'établissement où elles sont hospitalisées, ni même d'être consultées ou informées lorsqu'un transfert est appliqué. Ceci est justifié encore une fois parce que les ressources accessibles de l'établissement ne le permettent pas. Cela renforce leur sentiment de perte de contrôle et d'impuissance face à leur situation.

Le droit à la communication confidentielle

Tout individu, tel que mentionné dans le *Cadre de référence*, a le droit d'effectuer des appels confidentiels. Si un médecin juge de retirer ce droit pour sa sécurité, cette décision doit être justifiée par écrit, ce qui n'est pas toujours respecté (Gouvernement du Québec, 2018, p.9). L'établissement a l'obligation de garantir l'accès à un téléphone et de fournir les coordonnées de l'organisme de défense des droits ainsi que du bureau juridique le plus près. Cependant, plusieurs dénoncent le fait qu'ils se voient refuser l'accès à un téléphone pour contacter leurs proches. D'autres se font même retirer leur cellulaire. Pourtant, l'article 17 au chapitre P-38.0001 du *Code civil* mentionne que « toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix,

à moins que le médecin traitant ou une infirmière praticienne spécialisée ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de restreindre certaines communications » (2024, p.5). Il ne peut pas être empêché de communiquer avec un représentant légal, un avocat ou le Tribunal administratif du Québec (TAQ) (*Guide de survie : la garde en établissement*, 2022, p.5).

Pour certains, pouvoir contacter une personne significative leur permettent d'aller mieux et d'avoir un soutien lors de moments difficiles, dont les situations de crise et de dangerosité. Une alternative serait d'impliquer davantage les personnes significatives dans le processus d'accompagnement et de bien-être de la personne, lorsque cela est possible et ne nuit pas au bien-être de la personne. Le réseau social, composé de membres de la famille et amis, d'organismes communautaires et de professionnels, favorisent le maintien du filet de sécurité sociale. Dans plusieurs cas, les personnes significatives sont ceux qui initient la demande d'aide, notamment lorsqu'ils contactent les services d'urgence pour amener une personne en crise à l'hôpital, ne sachant pas comment agir autrement. Ces personnes significatives agissent souvent avec l'intention de soutenir la personne hospitalisée et de l'aider à aller mieux. La problématique actuelle est que lorsque l'individu est amené à l'hôpital, ce dernier est isolé et se voit parfois refuser d'entrer en contact avec les personnes importantes pour elle. Connaissant le mieux, en général, la personne hospitalisée, la personne significative est souvent mise de côté et ne prend pas partie au processus de bien-être. Les proches se voient également refusés l'accès à l'établissement et n'est pas tenu au courant des informations sous prétexte de préserver la confidentialité.

Au lieu de percevoir les personnes significatives comme des témoins de la situation ayant mené à un état de dangerosité, ils devraient être considérés comme des accompagnateurs, au même titre d'un proche aidant. La personne significative pourrait apporter toute information utile à l'intervenant pour mieux accompagner la personne. Leur simple présence favorise la création du lien de confiance avec l'intervenant et aide à améliorer l'état mental de la personne (Tullio, D., 2020, p.72-73). Selon le lien entretenu avec les personnes significatives et la situation, ils devraient être considérés comme des acteurs favorables à la prévention des situations de dangerosité au sein du système de santé, tout en préservant la confidentialité (Tullio, D., 2020, p.74). Au final, les proches devraient être

plus pris en considération et être vu comme des alliés pouvant aider la personne à aller mieux au lieu de les mettre à l'écart et risquer de briser et fragiliser le lien de confiance avec la personne concernée. Cependant, compte tenu de certaines situations survenues au sein du groupe dans lesquelles une personne significative était impliquée, il est parfois préférable, voire nécessaire, que cette dernière soit à l'écart le temps que la personne en crise aille mieux. La sécurité de la personne significative pourrait être compromise ou sa présence un facteur ayant favorisé, à la longue, à développer des comportements dangereux. Il est également important d'accompagner les personnes significatives. Ceux-ci ne savent pas toujours comment agir et où se situer avec leur proche dans ce genre de situation.

Le droit d'être représenté par un avocat

L'article 14 du chapitre P-38.0001 du *Code civil* mentionne que dès que la personne est prise en charge par l'établissement ou semble être en mesure de comprendre et d'émettre son consentement libre et éclairé, elle doit être informée qu'elle est sous garde, qu'une évaluation psychiatrique sera effectuée, de l'endroit où elle se trouve et de son droit de communiquer avec une personne significative et un avocat. Les individus dénoncent n'avoir eu connaissance de leurs droits qu'après avoir vécu l'internement à l'hôpital. Le temps requis pour se trouver un avocat n'est pas toujours accordé aux personnes. Tel qu'indiqué dans le *Guide de survie de l'AGIDD-SMQ* (2022), pour demeurer en garde provisoire, les personnes doivent avoir été signifiées. Une signification est un document transmis par un huissier qui mentionne que leur situation sera entendue devant un juge. Elles doivent le recevoir minimalement 48 heures avant l'audience. Ce n'est pas toujours respecté (p.11). Outre passé l'accès à un avocat, les personnes sont souvent sous-représentées lors de l'audience pour autoriser la garde. Certains rapportent ne pas s'être prononcés et que leur version des faits n'a pas été prise en compte. La vision du psychiatre est mise de l'avant. D'autres ne reçoivent pas les copies écrites des jugements de la garde. Plusieurs perçoivent que la P-38 et les procédures judiciaires qui s'en suivent servent à déterminer une autorisation judiciaire de soins.

Le droit à la confidentialité

Par ailleurs, l'article 9 de la *Charte des droits et libertés de la personne simplifiée* (2024, p.9-10) mentionne que tous les renseignements contenus dans un dossier médical, ce qui est dit au médecin et lors d'un tribunal, sont confidentiels. Il arrive que des informations soient transmises, par exemple entre établissements, et même parfois entre régions sociosanitaires, sans avoir l'autorisation de la personne et que la situation ne présente plus de danger immédiat. Le jugement du degré de dangerosité est arbitraire et ne justifie pas toujours la divulgation de renseignements confidentiels.

Le 30 mai 2024, le ministre de la Sécurité publique, monsieur François Bonnardel, a déposé le projet de loi 66 qui permettrait aux établissements, dont les hôpitaux, à communiquer tout renseignement jugé pertinent qui aiderait aux interventions des policiers auprès d'une personne jugée dangereuse si elle a obtenu un verdict à la cour de non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mental ou ayant été déclarée inapte à subir un procès (Lévesques, F., 2024). Ce projet de loi soulève des préoccupations. Il ne ferait qu'affecter davantage le droit à la confidentialité des informations inscrits au dossier médical. Les informations seraient divulguées sans le consentement de la personne. La méfiance déjà existante à l'égard des personnes ayant reçu un diagnostic en santé mentale et le préjugé que « trouble mental » rime avec dangerosité risquent de s'accroître.

L'application de la P-38 auprès des communautés autochtones

Un autre enjeu important entourant la P-38 que nous ne pouvons guère passer sous silence est son application auprès de personnes issues des communautés des Premières Nations. Il leur est plus difficile de répondre à leurs besoins de base puisqu'ils vivent dans des communautés plus éloignées de la société dominante. Le haut prix des aliments rend plus complexe l'adoption d'une alimentation saine. L'accès aux soins de santé est complexe et les conditions de vie sont parfois ardues, ce qui impacte leur santé mentale. Ceci est sans compter les traumatismes intergénérationnels causés par l'assimilation et le colonialisme des communautés Autochtones.

Persistance coloniale

Malgré les divers progrès effectués, le colonialisme perdure particulièrement lorsqu'il est question d'enjeux de santé mentale. Nos pratiques et ressources en santé mentale ne sont pas adaptées à leurs cultures et leur vision traditionnelle de la santé mentale, menant à ce que nos pratiques et savoirs sont sur hiérarchisés à leurs, au lieu de nous y adapter. Cette prévalence a comme répercussion de faire de la médication un usage prédominant afin de supprimer les symptômes vécus que la culture dominante perçoit comme négatifs (Gaulin, D., 2021, p.88). Par exemple, ils ont une vision globale de la santé mentale, où les sphères spirituelle, physique, émotionnelle et intellectuelle sont interreliées. Notre culture dominante est axée sur la résolution des problèmes rencontrés sans mettre de l'avant leurs sources. Dans leur culture, le problème n'est qu'une étape de la vie menant vers le rétablissement. Nous pathologisons certains symptômes et les associons à des troubles de santé mentale, alors que dans leur culture, les termes de santé mentale et de trouble sont absents. Alain Bachand, dans son livre *L'imposture de la maladie mentale, critique du discours psychiatrique*, met de l'avant que l'acceptabilité sociale, définie par les normes sociales, détermine ce qui est pathologique. Il y a également nos cultures, qui diffèrent chacune de l'autre, qui déterminent les critères des maladies mentales (2012, p.20). Par exemple, chez les Inuits, les hallucinations seraient causées non par la schizophrénie, mais parce que l'individu mène une vie parallèle dans une dimension invisible avec un partenaire spirituel (Gaulin, D., 2021, p.96-97). Les activités traditionnelles comme la course de chiens de traîneaux, la chasse ou le camping jouent également un rôle essentiel dans le maintien d'une bonne santé mentale, mais ces approches ne sont pas reconnues ni valorisées dans notre système (Gaulin, D., 2021, p.92). Notre culture occidentale dominante exerce un contrôle sur la leur, favorisant la prescription de médicaments pour tenter d'éradiquer leurs voix (Marceau, K. 2023). Pour les communautés autochtones, les voix ne sont pas associées à des troubles, mais plutôt à des états d'esprit particuliers ne nécessitant pas forcément une étiquette médicale (Gaulin, D., 2021, p.98).

Ce type de colonialisme, toujours d'actualité, s'exprime dans l'application abusive de la P-38. De nombreuses personnes autochtones sont victimes d'un nombre élevé d'hospitalisations et de transferts forcés à l'hôpital, parfois de manière violente, dû à des

enjeux de santé mentale souvent caractérisés de psychotiques (Gaulin, D., 2021, p.93). La difficulté d'accès aux diverses ressources et l'absence de services adéquats, par exemple à Manawan, entraînent une surutilisation de la P-38. Cela favorise la discrimination, la colonisation et un contrôle. Seulement entre avril et décembre 2020, 245 personnes étaient en situation de crise et 39 ont été transportés contre leur gré à l'hôpital, dans des conditions souvent inhumaines. Les transferts entre établissements impliquent un trajet de près de 190 kilomètres jusqu'à l'hôpital le plus proche, à Joliette. Cette trajectoire comporte un transfert à mi-chemin dans un véhicule de la SQ. Ils sont souvent menottés (Bernheim, E, Ottawa, E., 2022-2023, p,128). Ces pratiques aggravent la souffrance humaine et intensifie les traumatismes intergénérationnels causés par le colonialisme. Ces conditions dans lesquelles vivent les personnes augmentent les risques de pensées suicidaires, d'abus de substances, d'anxiété, de dépression, d'une baisse d'estime, d'émotions confuses et des deuils non résolus (Gaulin, D., 2021, p.94).

L'utilisation excessive de la P-38

Tel mentionné au titre de la loi, la P-38 est une loi d'exception destinée à être appliquée en dernier recours, lorsque toutes les autres options effectuées préalablement ont échouées. Les membres de notre groupe dénoncent qu'ils vont à plusieurs reprises à l'hôpital et qu'ils ne se sont pas fait proposer d'autres options. Son objectif n'est pas d'offrir des soins aux personnes et de les hospitaliser pour pallier le manque de services en santé mentale. C'est ce qu'il semble se produire dans notre société. Les personnes disent qu'ils ne se font pas proposer et informer quant à d'éventuelles autres options avant d'être amenées à l'hôpital. Elles y sont transportées automatiquement. La Sûreté du Québec a publié le nombre de dossiers nécessitant l'application de la P-38 de 2019 à 2021. Dans la majorité des régions administratives du Québec, les données démontrent que le nombre a augmenté. Par exemple, il y a eu en Montérégie en 2019 approximativement 268 applications de cette loi pour environ 363 applications en 2021 (Grand quartier général de la Sûreté du Québec, 2021). Cette augmentation reflète le nombre croissant d'appels liés à des états mentaux perturbés. Daniel Boulianne, responsable service-conseil et soutien aux opérations de la

SQ, a mentionné qu'il y a environ 2000 appels supplémentaires par année. Au cours des cinq dernières années, 73 000 interventions policières liées à des « états mentaux perturbés » ont été effectuées, soit 40 par jour (Radio-Canada, 2024). Cette corrélation entre la hausse du nombre d'appels lié à un état mental perturbé et la hausse d'application de la *Loi P-38* reflète qu'elle est surappliquée. Dans de nombreux cas, la *P-38* semble être privilégiée sous faute d'alternatives disponibles et proposées. Pourtant, le *Cadre de référence* stipule que cette loi s'applique uniquement lorsque la personne n'est pas consentante ou ne peut pas consentir à être amenée à l'hôpital (Gouvernement du Québec, 2018, p.4).

Face à cette situation, il est crucial d'explorer des solutions alternatives pour réduire le recours à la *P-38*. Une alternative prometteuse permettant d'éviter l'hospitalisation et d'assurer un suivi post-hospitalisation est le programme mi-chemin dans les centres de crise. L'objectif est d'assurer l'intégration dans la communauté après une hospitalisation et de prévenir une réhospitalisation (Le Tournant, 2024). La problématique est qu'il n'y a pas de centre de crise dans chacune des régions du Québec. L'accessibilité reste limitée puisqu'il y a seulement 21 centres de crises à travers le Québec, ce qui est insuffisant pour répondre à la détresse humaine actuelle. Autrement, s'il requiert absolument que la personne soit hospitalisée, il existe dans certains hôpitaux des unités d'intervention brève en psychiatrie. Tel qu'expliqué dans l'article d'Alice Girard-Bossé (2024), les personnes vont à l'hôpital pour une hospitalisation brève d'en moyenne 2,7 jours pour retourner le plus rapidement dans la communauté. Les personnes peuvent s'occuper par diverses activités d'art ou en regardant la télévision et elles ont accès à une salle d'apaisement au besoin. Des intervenants sont disponibles s'ils ont besoin de discuter. Des travailleurs sociaux de l'équipe d'accompagnement bref en santé mentale dans la communauté (l'équipe ABC) assurent le suivi post-hospitalisation. Bien que cette approche limite la durée de l'hospitalisation, elle ne répond pas à l'objectif principal d'éviter complètement l'hospitalisation et d'agir en amont. Cette hospitalisation, qui permet de ne pas enlever la personne de son réseau durant une trop longue période, pourrait favoriser également à ce que les intervenants assurent le suivi et accompagnent vers divers organismes afin d'effectuer de la prévention. Ne serait-il pas davantage bénéfique, tel que mentionné précédemment, s'il n'y avait pas un endroit, tel qu'une maison au sein de la communauté,

où elles pourraient aller quelques temps le moment de vivre leur crise et d'être accompagné par la suite ?

Le phénomène de la porte tournante et le soutien en continu

Le travail en silo

La *Loi P-38* est majoritairement appliqué indépendamment des autres alternatives et ressources disponibles. Cela impacte négativement la collaboration entre le réseau public et le milieu communautaire de notre système de santé et de services sociaux. Bien que des progrès aient été réalisés ces dernières années, le problème persiste. Les services offerts par les organismes gouvernementaux restent distincts de ceux proposés par les organismes communautaires. Ceci engendre un manque de communication et de collaboration entre les organismes, affectant le filet de sécurité sociale. Les personnes relatent qu'à leur sortie de l'hôpital, souvent seules, elles n'ont majoritairement pas de suivi ni de soutien. D'autres mentionnent avoir besoin de soutien psychologique en raison des conditions vécues lors de la garde à l'hôpital.

Ce manque de suivi est plus couramment appelé le « phénomène de la porte tournante ». Ce dernier se résume ainsi : un individu, puisque c'est son seul moyen d'accès afin d'avoir de l'aide, se présente ou est transporté à l'hôpital, entre autres par l'entremise de l'application de la *P-38*, pour des enjeux de santé mentale. Les personnes sont désespérées de retourner plusieurs fois à l'hôpital, d'être renvoyées chez elle et d'y retourner parce qu'elles n'ont pas reçu le soutien dont ils ont eu besoin. Relatant que leur état n'a fait que se détériorer, tentatives de suicide, meurtres, consommation, difficultés financières et perte du réseau social s'ensuivent. Il arrive même que ce phénomène crée des applications de *P-38* à répétition (FIQ, 2018). En effet, lorsque la personne n'est plus considérée dangereuse dans l'immédiat pour elle ou les autres, elle est renvoyée chez elle, souvent sans suivi (Radio-Canada, 2016). Ceci arrive également pour les personnes en situation d'itinérance, mais elles retournent à la rue, seules et sans soutien. Les personnes de notre groupe en situations d'itinérances sont nombreuses à être laissées à elles-mêmes à la rue sans avoir

de soutien par la suite. Elles mentionnent sortir de l'hospitalisation désorientées, très médicamenteuses et seules. Il est très rare que les personnes soient référées à d'autres organismes ou aient accès à un intervenant pivot assurant un suivi. Les personnes disent être isolées de leurs proches à l'hôpital, du monde extérieur et de tout autre contexte social. Le manque de suivi réduit les chances d'une sortie rapide de l'hôpital et le retour harmonieux en communauté.

À titre représentatif, 8,4% des personnes hospitalisées au Québec sont réadmissées après leur sortie et près de 9% au Canada. Il coûterait moins d'argent à l'État d'assurer un suivi comparé à une personne réadmise à l'hôpital. La somme s'élève à plus de 2,5 milliards de dollars par année au pays (Institut canadien d'information sur la santé, 2024). Ne pas avoir d'accompagnement et de suivi préventif occasionne le début d'une désaffiliation des différents services et du réseau de soins de santé, si ce n'est pas de la société elle-même. En effet, il existe actuellement au Québec divers types de suivi. En revanche, ils requièrent, pour y avoir accès, un diagnostic en santé mentale, ce qui limite l'accès pour de nombreuses personnes. Les membres de notre groupe mentionnent l'importance de fréquenter le groupe d'entraide dans lequel il n'y a pas de critères d'accessibilités limitatifs. Les programmes de suivi, comme le suivi d'intensité flexible (SIF), dans le milieu (SIM) et variable (SIV), ont des critères stricts et ciblent une « clientèle type ». Par exemple, le SIM s'adresse aux adultes ayant un trouble psychotique ou bipolaire grave étant potentiellement réfractaire au traitement psychiatrique traditionnel (est-ce que cela fait référence à la prise de médicament, puisque si c'est le cas, c'est dans les droits des personnes de choisir le type de soin qu'elle désire recevoir), avoir des problèmes de dépendance ou des démêlés avec la justice (Gouvernement du Québec, 2022). Une fois leur dossier fermé, aucune autre forme de suivi n'est offerte (Boily, D., Gentile, D., 2024). Pour avoir de l'aide psychologique dans notre réseau public, il faut absolument avoir un diagnostic. Si la personne ne répond pas aux critères, a-t-elle accès tout de même à un suivi ?

Pour combler ces manques de suivis, il existe une alternative inspirante à Bruxelles agissant en amont. À la suite d'un appel, l'équipe mobile de crise TANDEMplus rencontre la personne à un endroit de son choix, que ce soit chez elle, au bureau du médecin ou dans un lieu public. Elle propose l'accompagnement pour les proches au besoin. L'objectif du suivi,

d'une durée moyenne de six semaines, vise à éviter l'hospitalisation psychiatrique. Ils perçoivent qu'envoyer la personne durant un épisode difficile de leur vie dans un hôpital les caractérise de malade et enlève le pouvoir d'agir à la personne. Ils ne travaillent pas avec les diagnostics. Ils les accompagnent et leur donnent l'espoir de s'en sortir. Les intervenants sont présents, prennent le temps de les écouter et leur permettent de s'exprimer en société puisqu'ils y ont perdu leur voix (TANDEMplus, 2017). En date de 2018-2019, dans 69% des cas, un suivi est assuré par la suite par un ou d'autres organismes (TANDEMplus, 2019, p.12). Notamment, le référencement provient à environ 71% des services de première ligne. Cela démontre une collaboration efficace entre le domaine médicale et communautaire (TANDEMplus, 2019, p.4). Près de 60% des personnes ayant obtenu un suivi de cette équipe mobile ont été hospitalisées auparavant en psychiatrie (TANDEMplus, 2019, p.7). Ces chiffres démontrent que même ailleurs dans le monde, les équipes mobiles assurent un suivi à la sortie de l'hôpital et favorisent la collaboration entre les ressources.

Contribution à l'incarcération

Il peut subvenir que le phénomène de la porte tournante en favorise une autre : l'incarcération multiple. Des personnes nous relatent se faire arrêter, aller devant le juge et si c'est le cas en prison pour ensuite être libérées pour y retourner plus tard. C'est une situation dans la majorité des cas pouvant être évitée en amont. Leur souffrance résulte d'une accumulation d'événements de causes sociétales. Les membres de notre groupe mentionnent à maintes reprises les impacts des enjeux sociaux actuels. Ceux-ci entraînent entre autres des difficultés émotives, de la pauvreté, l'itinérance, la dépendance et/ou des enjeux de santé mentale, l'isolement, la désaffiliation sociale et bien d'autres. Plutôt que d'adresser les causes profondes de leur détresse, le système judiciaire les sanctionne pour des infractions mineures, avec des peines qui s'alourdissent à chaque récidive. Ces personnes représentent une part importante du taux de fréquentation devant les tribunaux exacerbant leur engorgement. Ne faisant que désaffilier ces personnes de la société, cette dernière s'attend qu'en les punissant, leur situation s'améliorera, alors que c'est tout le contraire. (Paradis, M-H., 2023). D'ailleurs, plus une personne passe par les différentes étapes du processus judiciaires, plus les chances de vivre ou de revivre une situation

d'itinérance augmentent, n'aidant en rien à la santé mentale de la personne (Goudreault, Z., 2023). Il est alors plus ardu pour ces personnes de maintenir une saine hygiène de vie.

Par ailleurs, une alternative qui pourrait prévenir des situations où les personnes n'ont pas de suivi serait de mettre de l'avant la profession de travailleur de proximité. Les travailleurs de milieu et de rue entrent en relation avec les personnes souvent mises à l'écart de notre société. Un des premiers objectifs de Pacte de Rue, organisme de travail de rue, est d'intervenir auprès des personnes et de les accompagner vers les ressources appropriées lors d'une situation de crise tout en s'assurant du maintien d'un suivi (1996, p.2). Le travailleur de rue travaille en prévention ou en réduction des méfaits avec la personne, c'est-à-dire le plus tôt possible avant qu'il y ait des situations de crise. Il agit sur les déterminants de la santé aux sources des problèmes sociaux apportant des difficultés dans la vie de la personne (p.3). L'accompagnement est effectué et basé sur une relation égalitaire, de confiance et de réciprocité pour favoriser l'appropriation du pouvoir dans la vie de la personne, et ce à son rythme (p.4). Mettre de l'avant cette profession permettrait d'assurer qu'un plus grand nombre d'individus reçoivent l'aide lorsqu'ils en ressentent le besoin. Des drames tels que nous avons été témoin dans les dernières années pourraient être évités. Avant même de penser d'ajouter des intervenants pivots dans les hôpitaux, ceux-ci devraient déjà être présents et disponibles pour les citoyens et citoyennes au sein de la communauté. Nos membres rapportent l'importance et les impacts que ce soutien a dans leur vie. Avoir une personne qui vont les voir à leur domicile, à l'Avant-garde, dans un café ou même pouvoir les contacter par téléphone au besoin font la différence autant au niveau de la relation de confiance qu'au niveau préventif.

Les critères d'admissibilité

Les membres du groupe ayant vécu l'hospitalisation sous *P-38* rapportent qu'il ne s'agit que du commencement d'un délai d'attente. S'ils désirent avoir un suivi ou un soutien psychologique quelconque, et seulement s'ils y parviennent à leur sortie de l'hôpital, ils devront répondre et correspondre aux critères spécifiques d'admissibilité. Les gens attendent plusieurs années avant de pouvoir consulter un psychologue au public. Ils dénoncent le fait que s'ils n'avaient pas reçu de diagnostic en santé mentale, ils n'y auraient pas eu accès. Même principe quant aux suivis intensifs dans le milieu de vie abordés

précédemment pour les personnes ayant un « trouble mental ». En effet, « il ne faut pas augmenter le nombre de professionnels autorisés à diagnostiquer, il faut plutôt assouplir la rigidité administrative des institutions qui requièrent un diagnostic pour offrir des services » (Igartua, K, J, De Villers, F., 2020). Cette pathologisation des comportements et événements de vie des personnes nuit à la recherche d'aide. Ces diagnostics sont donc utilisés pour décrire des difficultés psychologiques. Les personnes se font attribuer le rôle de « malade » (Violeau, L, N/D). Ce prérequis d'avoir un diagnostic en santé mentale occasionne que certains ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin au moment opportun. Cette attente peut créer une accumulation d'événements pouvant mener à une situation requérant une *P-38* puisqu'aucunes mesures préventives ont été appliquées. Prenons seulement la situation actuelle quant à l'accès à un psychologue. Le réseau public est priorisé avec des critères d'admission et des délais d'attente alors que le réseau privé requiert de déboursier beaucoup d'argent, mais a des délais plus courts. « Seules les personnes présentant un problème de santé mentale « suffisamment grave ou complexe » peuvent être référées pour une évaluation psychologique ». Les personnes sont ensuite référées dans les organismes communautaires en santé mentale, qui eux manquent également de ressources humaines et financières (Clavel, É., 2023). C'est un bon exemple de travail en silo où on ne fait que se renvoyer la balle. Ne serait-il pas plus simple de rendre plus accessible, pour les personnes qui le désirent, l'accès à un psychologue, surtout via le facteur monétaire ? À titre d'exemple, il existe en Europe, des maisons médicales composées d'une équipe multidisciplinaire qui offre des services de première ligne dans le secteur donné. Cela facilite l'accès à un psychologue. Le coût est seulement, pour les personnes n'ayant pas d'assurance, de 11 euros la séance dans l'une de ces maisons médicales. D'ailleurs, aucune prescription de toute sorte est nécessaire (Maison médicale Jean Jaurès, 2024).

Nos structures contribuent à la détresse psychologique humaine. Avec tout ce que nous avons abordé jusqu'à présent, que faut-il qu'il se produise avant de considérer le milieu communautaire sur le même pied d'égalité que le réseau public? Ceci permettrait d'accroître la visibilité des ressources et mettre de l'avant diverses alternatives pour prévenir une hospitalisation. Les personnes devraient connaître et avoir accès aux divers organismes dans leur communauté au même titre que savoir qu'elles peuvent se rendre à

l'hôpital si elles vont moins bien. Un partenariat ainsi qu'une communication bidirectionnelle, avec l'accord de la personne, par exemple avec le médecin et la ressource en santé mentale de la région, pourrait faciliter l'accès et offrir plus rapidement un milieu où la personne peut aller en cas de besoin, et non attendre qu'une situation de crise survienne. Cette collaboration favoriserait la création d'un meilleur filet de sécurité sociale dans la vie des personnes et du maintien du lien de confiance avec les personnes et les diverses ressources. Les personnes auraient moins l'impression de repartir à zéro à chaque organisme en recommençant à raconter leur vécu. Le milieu communautaire est composé, dans le secteur de la santé mentale, d'hébergements, de groupes d'entraide, de centres de jours, de centres de crises, de ressources d'accompagnant des proches et des groupes de défense de droits. Nous pourrions redéfinir les rôles joués par ces divers organismes en leur accordant un plus grand rôle lorsqu'il est questions de travailler en amont d'une situation de crise. Nous avons nos forces. Il suffit de les joindre à celles du réseau. Pour y parvenir, les organismes doivent recevoir un financement suffisant afin de répondre aux besoins des citoyens. Il y va de même quant à l'accessibilité financière aux diverses alternatives à la médication. Consultez la section sur l'élaboration d'alternatives pour des exemples de moyens alternatifs.

Critère de dangerosité non défini

Pour revenir au critère le plus important pour déterminer l'application de la P-38, le terme de dangerosité n'est pas défini dans le *Code civil* à l'article 27 (2024, p.36). Il y est seulement mentionné que la loi est appliquée lorsqu'il y a des motifs sérieux de croire que la personne peut représenter un danger pour elle ou autrui dans l'immédiateté. Depuis la publication du *Cadre de référence du gouvernement du Québec sur la P-38* (2018), plusieurs outils ont été mis sur pied afin d'assurer l'uniformité de son application et du respect des droits des personnes. D'une part, il y est présenté à l'annexe 8 les « Outils d'estimation de la dangerosité dans le cadre de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* » (p.79). Il s'y trouve des critères basés sur le comportement de la personne. Le niveau de dangerosité est influencé selon le degré d'isolement, la présence de menaces et/ou tentative de suicide, l'intoxication, l'escalade dans les comportements, la violence ou la manifestation d'une

ouverture à recevoir de l'aide, le soutien social et la perception de ressources à sa disposition. Un des facteurs de risque inscrit dans cet outil d'estimation de la dangerosité est si la personne a des problèmes de santé mentale. Vient-on encore une fois associer la santé mentale à un prédisposant à la dangerosité ? La *P-38* a comme répercussions de créer des liens de cause à effet non fondés entre les problèmes de santé mentale/diagnostic et l'adoption de comportements violents et dangereux. Cependant, au sein même de l'outil de référence des institutions publiques, cette analogie entre la santé mentale et la dangerosité est déjà inculquée. Les critères d'évaluation de la dangerosité officiels du gouvernement ne seraient donc pas entièrement objectifs quant à l'évaluation du niveau de dangerosité.

Nous ouvrons une parenthèse ici quant au droit au consentement relatif au degré de coopération de la personne. On y retrouve dans ce même document à l'annexe 3 le « Modèle d'avis au directeur des services professionnels » (p.53). Ces critères permettent d'évaluer la capacité de jugement et d'autocritique. Trois des critères sont l'alliance thérapeutique difficile, l'adhésion difficile au plan de traitement et la capacité à consentir. Est-ce que cela signifie que des expériences traumatiques antérieures auprès de centres hospitaliers, pouvant expliquer les difficultés à faire confiance au personnel soignant, et la préférence à ne pas prendre de médication détermineraient l'incapacité à consentir et adhérer au plan de traitement ? Nous refermons la parenthèse en émettant l'idée qu'il s'agit d'une preuve que notre système contribue à la stigmatisation des personnes vivant des enjeux de santé mentale.

Pour revenir à la dangerosité, malgré l'adoption de ces outils permettant d'évaluer le degré de dangerosité par le gouvernement, la *Loi P-38* n'est toujours pas appliquée correctement, entre autres à ce qui a trait à l'évaluation du danger immédiat. Ceci amène des incohérences dans les situations et dans son interprétation, notamment auprès des policiers mandatés pour l'appliquer. Une même situation sera jugée dangereuse pour les uns et pas pour les autres.

La « dérangerosité »

Le concept d'application de la loi tend plus vers celui de la « dérangerosité » que la dangerosité. La loi est plus appliquée lorsque la personne adopte des comportements dits dérangeants pour les autres ou « anormaux » dans notre société. Lorsque la personne crie,

parle toute seule, est trop bruyante, parle à ses voix, a des rêves et des projets de grandeur, chante à voix haute ou s'oppose, elle est considérée dangereuse. Ceux qui s'opposent et contestent les procédures sont perçus comme dangereux (AGIDD-SMQ, 2022 p.15). Dans le *Cadre de référence* à l'annexe 7, on y présente des « Exemples de danger lié à l'état mental tirés de la jurisprudence ». Il y est stipulé « qu'un comportement dérangeant ou inadéquat, lié à un état mental perturbé, tel que des idées de grandeur, de l'agitation ou de l'euphorie, ne permet pas de présumer qu'il y ait un danger associé à ce comportement » (Gouvernement du Québec, 2018, p.76). Ce sont les policiers qui appliquent la loi, mais ce sont principalement les appels des citoyens qui influencent le jugement et les interventions des policiers à leur arrivée sur les lieux de la crise. Ce qui mène un individu à appeler la police c'est qu'autrui dérange. L'écart entre le comportement et le degré de danger que la personne a envers elle-même ou les autres n'est pas toujours pris en compte. Par exemple, nous serions moins propices à agir et à appliquer une *P-38* lorsqu'une personne s'isole comparé à un individu qui crie et menace. Une personne qui hausse le ton est souvent signe qu'elle désire se faire écouter des autres, ce qu'elle n'a pas toujours eu au cours de sa vie.

Les conséquences sociales de la *Loi P-38*

Association entre santé mentale et les comportements violents

Les médias, par l'entremise des réseaux sociaux, des journaux, de la télévision ou la radio, sont les premiers à nous transmettre des informations concernant un événement survenu dans notre société. Lorsque des événements liés à des comportements violents suscitent une *P-38*, un lien entre la santé mentale ainsi que la dangerosité et la violence est rapidement établi. Ce lien s'établit à partir d'interviews avec des psychiatres ou sans en connaître davantage sur l'événement en question, sans avoir de preuves fondées et objectives lors de la présentation des journalistes lors des bulletins de nouvelles. Il est souvent mentionné que la personne a un trouble de santé mentale, avant même que l'enquête ait été entamée ou l'information validée. La cause des comportements est souvent basée et justifiée par le diagnostic en santé mentale de la personne, et non par les enjeux que la personne vit. Pour éviter que des drames se produisent, nous devons agir sur les

causes menant à la violence, et non s'acharner sur la santé mentale et les troubles mentaux comme en étant les causes (Winter, F., 2024). En effet, il y a plus de risques qu'une personne ayant des enjeux de santé mentale vive de la violence ou en commette envers elle-même qu'autrui (Statistique Canada, 2018). Ceux ayant une « maladie mentale grave » sont d'ailleurs beaucoup plus susceptibles d'être victime de crimes et de violences que la population générale (Sécurité publique Canada, 2022). 90% des personnes ayant un diagnostic en santé mentale ne sont pas violentes (Fleury, É., 2023).

Cependant, cette approche des médias augmente et alimente les différents préjugés et la stigmatisation. Les personnes concernées sont ostracisées, perçues comme dangereuses et violentes, ou encore qu'elles manquent de volonté, qu'elles sont faibles et cherchent à attirer l'attention (Gouvernement du Québec, 2021). Au lieu de mettre l'emphasis sur les problèmes de santé mentale comme étant la cause, nous devrions regarder ce qui se produit dans notre société pouvant mener à l'adoption de gestes violents, notamment au niveau des déterminants sociaux de la santé (Fleury, É., 2023). Nous parlons que les médias doivent faire plus attention dans leurs propos, mais nos élus gouvernementaux également. Des déclarations publiques, telles que l'idée de retirer le permis de conduire aux personnes vivant des problèmes de santé mentale, surveiller et signaler ceux qui « montrent des signes inquiétants » et que nous avons trop priorisé les droits fondamentaux lors de situations de crise, ne font également qu'amplifier la discrimination et la stigmatisation en santé mentale (Vallée, V., 2023). L'AGIDD-SMQ, dans sa publication « *La garde en établissement, une loi d'exception, une pratique d'oppression* », mentionne que « le préjugé le plus persistant envers les personnes vivant un problème de santé mentale est celui qu'elles sont potentiellement violentes. Ce préjugé, entretenu par les médias, est ancré dans l'imaginaire collectif. Résultat : l'application de la *Loi sur la protection des personnes* repose trop souvent sur cette conception erronée » (2009, p.14). Tout le monde a une santé mentale et peut devenir violent et présenter un danger à un moment ou un autre de sa vie.

La réprimande des citoyens et citoyennes

Sociologiquement, ce sont les policiers qui assurent de faire respecter notre système judiciaire. Une contravention avec une somme à payer en fonction de l'infraction commise est souvent remise lors d'une infraction. Les lois ont comme rôle de « maintenir l'équilibre

entre nos droits individuels et nos obligations en tant que membre de la société » (Gouvernement du Canada, 2021). Les personnes relatent recevoir, dans certains cas, de multiples contraventions, ne faisant qu'empirer leur situation. Ils ont besoin d'un accompagnement et de soutien alors que mêmes leurs droits ne sont pas respectés. Ce genre de situations favorisent à ce que les personnes tombent en crise. Par exemple, une personne en situation d'itinérance a reçu entre 2015 et 2018 plus de 235 contraventions moyennant une somme de plus de 25 000 \$ à payer (Sandreschi, M., 2023). Le fondement de notre société vient sanctionner un individu adoptant un comportement non acceptable en société. Michel Foucault, philosophe, a mentionné dans son cours « *La société punitive* » (1973) que chaque société a leurs propres moyens pour déterminer les peines accordées aux individus. Au-delà des actes criminels, d'autres actions posées peuvent causer des torts à la société ou faire courir un certain niveau de danger. L'objectif des sanctions est d'éviter que ces actions perdurent et affaiblissent la société (p.259). Dans le cas de la *P-38*, on tente d'éradiquer les comportements dangereux voire dérangeants pouvant nuire à l'ordre social. Foucault rajoute qu'il existe divers modèles punitifs selon les sociétés. Celui majoritairement adopté est l'emprisonnement. Il permet de contrôler les comportements pour faire respecter le cadre social.

L'hospitalisation forcée constituerait-elle également une forme de contrôle ? Il mentionne que l'enfermement est défini par certains critères, soit contrôler l'emplacement dans la société, modifier la conduite des individus afin de maintenir l'ordre et la régularité de ceux jugés « dangereux » et « agités », et exercer un pouvoir politique (p.262). Si nous analysons la loi *P-38*, amener la personne à l'hôpital assure de l'endroit où se situe la personne. Elle permet de contrôler les agissements par de multiples moyens pour éviter que la personne soit dangereuse. Enfin, c'est le gouvernement qui détermine ses modalités d'application. La principale différence avec l'enfermement d'autrefois est qu'il y a davantage de surveillance et de mesures de contrôles dans nos institutions en dehors des prisons, dont médicales (p.263). La principale différence est que la médecine contribue à cette mesure de contrôle qu'est l'enfermement (p.266). Est-ce vraiment ce que nous voulons en tant que société de demeurer dans cette culture de contrôle et de réprimande ? Est-ce qu'amener la personne contre son gré dans un hôpital, en réponse à un danger pour elle ou les autres, qui est majoritairement pris et vécu comme une expérience traumatisante et comme une

conséquence à leurs actes, constitue la meilleure option ? Cessons de toujours agir comme si nous réprimandions les individus en raison de leurs agissements alors qu'ils ont besoin d'un accompagnement et d'un suivi. Sommes-nous toujours dans un processus de désinstitutionalisation ?

Une approche coercitive, médicalisée et paternaliste

Premièrement, le cadre normatif de notre société influence le fonctionnement de nos institutions. Tel que déjà mentionné, la *Loi P-38* vient mettre à l'écart de la société un individu pour une durée quelconque puisqu'il ne cadre pas dans celle-ci. Nous vivons dans une société où la limite de la normalité est lorsque ça ne devient pas pathologique, donc qu'aucun diagnostic a été émis (Charest, R-M. 2011). L'individu étiqueté de « malade mental » adopte des comportements perçus anormaux comparé à un autre n'ayant aucun diagnostic. La normalité pourrait se définir comme la capacité d'une personne à s'adapter efficacement et dans le bonheur face à une situation. Cela signifie de ne pas se mettre en colère ou crier, être capable de maintenir une humeur stable, rester optimiste et considérer les autres (Jaccard, R., 2010, p.105 à 117). Comme cela l'a toujours été, lorsqu'une personne est jugée « anormale », nous tentons de favoriser son insertion en société en l'excluant. Les personnes nous disent vivre davantage d'exclusion qu'auparavant après avoir vécu une garde en établissement. Il y a plus de bénéfices pour la société d'amener l'individu à l'hôpital que pour ce dernier. C'est plus de l'ordre du juridique que du thérapeutique.

Deuxièmement, en raison des différentes failles concernant le respect des droits, la *Loi P-38* contribue à ce que la maladie ou problématique passe avant l'être humain, menant à l'institutionnalisation médicale des personnes. L'emphasis est mise sur le traitement sans prendre en considération les besoins (Roy, M., 2013, p.227). Il n'est pas seulement question de la loi *P-38*, mais de notre système public de santé et services sociaux. Les problèmes rencontrés par les individus sont envisagés selon le diagnostic et non les événements de vie et de société (Roy, M., 2013, p.227). L'axe biologique tend à prendre plus de place que les facteurs environnementaux. Ceci nous amène à la médicalisation. Qu'est-ce qui est

majoritairement offert aux personnes lorsqu'elles arrivent à l'hôpital : des antipsychotiques ou tout autre médicament. On vient médicaliser et régler le problème à la place de la personne en prescrivant de la médication. La médicalisation se veut au final prescrite afin de modifier les comportements et la personne jugée anormale ou dérangeante, pour qu'elle réponde aux normes sociales (p.232). Elle doit demeurer « malade » pour pouvoir continuer à garder un salaire lorsqu'elle est en arrêt de travail, pour garder son logement social ou pour pouvoir maintenir un suivi avec un psychologue (p.232). Ce phénomène mène à une médicalisation des problèmes individuels causés par des problèmes sociaux, une surconsommation de médicaments (accompagné de ses effets secondaires) ainsi qu'un contrôle social par la médication (René, O., 2013, p.5). Les expériences humaines et les émotions sont médicalisées et individualisées.

Une tendance à vouloir surprotéger les individus et à prendre les décisions pour la personne pour leur dit bien-être mène à des abus et à la perte des besoins réels des personnes. La *Loi P-38* est appliquée pour tenter d'apporter une réponse aux besoins des personnes qui vivent des problématiques de cause sociale n'ayant pas été prises en amont (Tullio, D., 2020, p.29). Nous pourrions mentionner que nous vivons dans une société paternaliste. Le paternalisme peut se définir « comme une mise à l'épreuve de la liberté d'action ou de décision d'une personne ou d'un groupe au nom du fait que l'on agit « pour son bien » » (CREMIS, 2024). Lors d'application d'une *P-38*, la liberté de prise de décisions de la personne n'est pas prise en compte. La critique de la société française qu'a émis le philosophe français Michel Foucault, est représentative de notre société québécoise d'aujourd'hui. Avec la désinstitutionalisation, les personnes jugées ayant des « troubles mentaux graves » sont passées des asiles pour aller dorénavant dans les hôpitaux. Amener les personnes dans ces établissements demeure une mesure de contrôle, mais davantage une forme de réprimande indirecte. Le contrôle d'autrefois d'amener les personnes en asile est passé à un « complexe médico-légal ». La prescription de médicaments est devenue les barreaux de la cellule pour certains. Le rôle de la surmédicalisation est d'effectuer une régulation des comportements afin de maintenir cette pérennité sociale, tout en tentant de diminuer les comportements jugés dangereux pour que tous agissent comme un bon citoyen typique (Blais, S., 2018). Les individus disent ressentir une pression d'être comme tout le monde. Ils remarquent qu'ils sont perçus comme étant différents. À titre indicatif, prenons

l'exemple de la prescription de psychostimulants au Québec chez les jeunes ayant un TDAH (si ce n'est pas réellement dû à leur alimentation ou à leur environnement de vie). Encore aujourd'hui, malgré la lancée d'une commission parlementaire il y a trois ans sur la surprescription de ce médicament chez cette tranche d'âge, cette dernière est toujours en hausse. En 2019, la consommation de psychostimulants était trois fois plus élevée au Québec que dans le reste du Canada. En 2022, près de 208 024 services pharmaceutiques associés aux psychostimulants ont été effectués auprès de jeunes de 11 à 15 ans (Dion-Viens, D., 2024). Au Canada, la dose quotidienne de la consommation d'antidépresseurs pour 100 habitants est de 12,2 (Gaudiaut, T., 2022). Ces chiffres reflètent l'ampleur de l'emprise silencieuse qu'exerce la médication sur les individus à partir d'en bas âge. Les alternatives à la médication sont mises de côté au profit d'un bénéfice économique et de rapidité (Blais, S., 2018). Les politiques dans les centres jeunesse en est un autre exemple. Des mesures tel un milieu carcéral comme des contentions, l'isolement et le retrait hors service, qui n'ont aucun caractère thérapeutique démontré suscitent des traumatismes, ne cessent d'augmenter depuis les dernières années (Lacoursière, A., Touzin, C., 2024). Une personne a dénoncé le système de privilège qu'il caractérise d'enfantin lorsqu'elle était hospitalisée. Si elle effectuait ce qu'on lui demandait, il regagnait des privilèges qu'il avait perdu à son entrée à l'hôpital. Un autre exemple de pratique paternaliste. Voici deux alternatives ne choisissant pas les réponses aux besoins des autres et misant sur l'accompagnement autrement que par la prescription de médicaments.

Heureusement, il existe des approches alternatives. En Norvège, il y a un hôpital où les lieux se rapprochent d'un milieu de vie. Il offre l'opportunité, à la demande des personnes, d'avoir des services sans médication. Les pratiques alternatives sont priorisées tout en tentant de maintenir la personne le plus possible dans son milieu. Il y a aussi le modèle Soteria, un projet pilote en Californie dans les années 1970. Il n'a pu voir le jour en raison d'un manque de financement. Ce projet avait comme objectif de maintenir la personne dans un environnement de vie chaleureux et au sein de la communauté. La majorité des personnes avaient une schizophrénie et l'accompagnement s'effectuait sans médication également. Pour en apprendre davantage sur ces deux alternatives, consulter la section sur l'élaboration des alternatives. Nous allons cependant aborder ici l'importance des groupes d'entraide et d'appartenance dans la prévention des crises et des hospitalisations. En effet,

le modèle Soteria se rapproche du fonctionnement d'un groupe d'entraide. La plupart des personnes fréquentant ces groupes vivent des enjeux de santé mentale et ont déjà été en psychiatrie. Le groupe apporte divers bienfaits dont une meilleure implication au sein de sa communauté, une meilleure dignité et confiance en soi, un sentiment de reprise de pouvoir dans leur vie et une autonomie dans les prises de décisions (Trainor, J. N., 1997, p.137). Le soutien obtenu de la part d'autres personnes qui ont sensiblement le même vécu a plus d'impacts dans leur vie qu'un suivi avec un professionnel. Le groupe aide les personnes à traverser les situations difficiles et de crise par l'adoption d'autres moyens que l'hospitalisation (Trainor, J. N., 1997, p.136). Le soutien par les pairs joue pour beaucoup dans la vie des individus.

Élaboration sur certaines des propositions d'alternatives

Approche Dialogue ouvert

Fondée en Finlande dans les années 1980, cette approche propose une manière alternative d'accompagner les personnes vivant des enjeux de santé mentale ou ayant vécu une situation de crise ou de psychose. Cette approche met l'accent sur l'implication des proches et/ou du réseau dans le cheminement vers l'atteinte d'un mieux-être. Elle minimise le recours à la médication pour privilégier l'écoute et le dialogue avec la personne. Un plan d'accompagnement est réalisé avec la personne après les premières 24 heures suivant leur accueil. On tente de travailler sur le réseau et l'environnement de vie, considérés comme des facteurs ayant mené à l'état de crise. Supposer que le problème se trouve chez la personne elle-même ne l'aidera pas à retrouver un équilibre. Il n'est pas obligatoire d'inclure le réseau de la personne dès le départ si elle s'y oppose. Tous, sur un même pied d'égalité, peuvent proposer leurs idées et échanger leurs réflexions. En termes de résultats, à la suite d'un accompagnement selon cette approche, 83% ont repris leurs études ou sont retournés sur le marché du travail, 77% ne présentaient plus de symptômes psychotiques résiduels, une réduction des hospitalisations a été observée, seulement 3% ont eu besoin de médicaments neuroleptiques, 82% ne présentaient aucun symptôme psychotique ou seulement des symptômes légers et le taux de rechute était de seulement 24% (Réseau de collaboration internationale en santé mentale, 2010). Sur 10 personnes accompagnées, 8

ont connu un rétablissement durable. Cette approche apporte une réduction significative du nombre d'interventions, des hospitalisations, des rechutes, de la consommation de médicaments, des symptômes chroniques et du stress (Prise II, 2021).

Système de santé axé sur la prévention de saines habitudes de vie

Le 30 janvier 2024, le gouvernement a forcé, sous bâillon, l'adoption du projet de *Loi 15* portant sur la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace* (Radio-Canada, 2023). La problématique actuelle que nous vivons dans notre société qui perdure depuis plusieurs décennies est que notre système de santé est axé sur la prescription de services et l'intervention, au détriment d'une approche préventive fondée sur les déterminants de la santé et la promotion de l'importance de l'adoption de saines habitudes de vie. La majorité des procédures et services offerts dans notre société servent à intervenir « en-dessous du pont » et soigner les personnes alors qu'une prévention aurait pu être effectuée. La *Loi P-38* illustre bien cette logique. Elle est appliquée pour intervenir sur le moment présent de la crise sans s'attaquer aux causes sous-jacentes.

Comment le nouveau système de santé ne favorisera guère l'adoption de pratiques préventives ? Tel qu'a mentionné le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (2023), la réforme comporte cinq lacunes majeures. Premièrement, elle vient davantage centraliser les services de santé du réseau public. La société d'État sera gérée par des gens d'affaire sous la supervision directe du gouvernement. L'État aura le dernier mot sur les décisions prises en santé. Deuxièmement, la voix des citoyens et citoyennes pourrait être encore plus difficile à être entendue. Il y aura une diminution du nombre de comités d'usagers dans les hôpitaux locaux, lesquels seront remplacés par un comité unique du CIUSSS. Cela risque de rendre plus difficile la participation citoyenne. Troisièmement, il y aura une augmentation de l'écart entre le réseau privé et public, augmentant les inégalités sociales. Ceux ayant les moyens financiers auront accès plus rapidement à des soins de santé en optant pour le privé. Quatrièmement, le financement des organismes communautaires sera davantage affecté. Le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) sera confié à une société d'État. Ceci pourrait occasionner une perte d'autonomie des organismes communautaires et moins d'équité quant au financement entre les groupes du communautaire. Cinquièmement,

aucune place n'est laissée à la prévention. La prescription de services et le traitement des maladies continuent à être privilégiés. Bien que le risque zéro soit impossible à atteindre, de nombreuses actions préventives pourraient être appliquées.

Centre de crise Gerstein

Le Centre de crise Gerstein, situé à Toronto, se déplace à la suite d'un appel, que ce soit chez la personne ou dans tout autre endroit sécuritaire dans la communauté, tant que cela se situe dans le territoire desservi. Des lits de crise sont disponibles à la ressource dans des chambres colorées dans trois établissements différents. L'un offre 10 lits pour des séjours de 3 à 5 jours. Un autre établissement dispose de lits pouvant être occupés jusqu'à 30 jours, 9 lits lors d'un référencement d'une ressource en santé mentale et de justice, et 5 lits pour des personnes en situation d'itinérance en situation de crise. Le troisième établissement compte 7 lits pour des personnes ayant une dépendance à une substance. Une autre équipe mobile répond aux préoccupations et situations qui surviennent dans la communauté dans le but d'éviter des escalades. Ils ont par ailleurs un partenariat avec le Service de police de Toronto pour répondre aux appels et se présenter sur les lieux à la place des policiers lorsqu'il s'agit d'appels liés à des enjeux de santé mentale. Enfin, ils ont un service communautaire de crise, un projet pilote de la ville de Toronto en partenariat avec divers organismes communautaires. Il est centré sur la personne et prend en compte les traumatismes. L'objectif de ce projet est d'éloigner les personnes des interventions policières et de les rapprocher des diverses ressources. Tous leurs services ainsi que ce projet pilote, ont été mis sur pieds selon les recommandations des personnes premières concernées ayant vécu des enjeux de santé mentale et/ou de consommation de substances (Centre de crise Gerstein, 2024).

Financement des organismes communautaires et des moyens alternatifs

Les organismes communautaires ne cessent de demander un rehaussement de leur financement, provenant principalement du PSOC. Nous avons de la difficulté à répondre aux besoins des personnes qui ne cessent d'augmenter. Cependant, il serait pertinent de mettre de l'avant des alternatives. À la base, ce n'est pas tout le monde qui a les moyens de payer les frais de la Régie de l'assurance maladie du Québec, ce qui ne devrait pas être le cas. Pour ceux qui en ont les moyens, seuls les services offerts par les médecins

omnipraticiens et spécialistes, les dentistes, chirurgiens, optométristes et pharmaciens, ainsi que les médicaments, sont couverts. Les frais ne sont pas couverts pour ceux qui désirent consulter un ergothérapeute au lieu de prendre des antidouleurs, effectuer des séances d'acupuncture pour réduire leur stress au lieu de prendre des antidépresseurs, ou bien aller consulter un diététiste pour perdre du poids (Gouvernement du Québec, 2020). Les médecines douces ne sont pas reconnues dans notre province. En conséquence, leur formation n'est pas offerte dans les institutions d'enseignement. Leur reconnaissance faciliterait l'accessibilité aux alternatives à la médecine moderne et améliorerait les conditions de travail de ces professionnels. En 2017, 71% des répondants étaient favorables à offrir plus de place aux médecines alternatives (Index Santé, 2017). Au Québec, étant donné que l'exercice physique ainsi que le temps passé en nature ont de grands bienfaits sur la santé mentale, certains médecins ont commencé à prescrire du temps à passer en nature. Seulement deux heures par semaine suffisent (Prescri-Nature, 2024). En France, des médecins peuvent prescrire des séances de yoga. On y revendique cependant que « si l'on considère que l'activité physique est médicament, il faut avoir exactement la même démarche que pour un médicament » étant donné que ce n'est pas remboursé par les assurances (Moley, M., Olivier, C., 2017), si l'activité physique choisir requiert des coûts. Bref, assurer un financement adéquat des ressources ainsi que des moyens alternatifs permettrait d'augmenter les opportunités en vue de prévenir des situations de crise et de favoriser un bien-être global.

Hôpital alternatif en Norvège

Cet hôpital situé à Asgard dispose d'une aile psychiatrique pour les personnes nécessitant un suivi psychologique. Il offre un accompagnement dans le cadre d'une réduction progressive de la médication et l'établissement d'autres mesures thérapeutiques que nous aborderons plus loin. L'accompagnement de la personne, lorsqu'elle séjourne à cet hôpital, se fait en collaboration avec les programmes locaux, le réseau de la personne, l'emploi, les loisirs, etc. Il y a une équipe multidisciplinaire composée d'infirmiers, éducateurs, de travailleurs sociaux, de psychologues, de kinésithérapeutes, d'art-thérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychiatres, de deux personnes premières concernées, ainsi que de trois autres personnes et d'un comité chapeautant l'organisation de l'établissement

composé de quatre usagers. Tous sont sur un même pied d'égalité et réfléchissent ensemble pour améliorer l'unité ou proposer de nouvelles initiatives. Cet établissement, situé en bord de mer, dispose de 8 lits. Les rendez-vous avec les patients ne se limitent pas à un bureau. Plusieurs se font à l'extérieur, voire dans d'autres lieux nécessitant parfois de prendre l'avion. La crise est perçue comme une occasion, tant pour la personne que pour l'intervenant, de découvrir et comprendre ce qu'elle traverse et de trouver des solutions sans recourir à la médication. La crise est un moment dans la vie qui peut permettre d'aller mieux et de vivre le moment, ce que les traitements médicamenteux peuvent empêcher de ressentir. Les hospitalisations, souvent lors de l'arrêt de médication, sont planifiées avec la personne quelques jours à l'avance, tout en prenant le temps de créer une relation de confiance. Aucun délai de séjour n'est imposé. La mise en place de solutions est réalisée par et pour la personne, que ce soit le sport, l'art thérapie, la musicothérapie, la méditation, les randonnées ou les bains glacés. Les personnes hospitalisées vont dans une cabane à l'extérieur pour échanger entre elles. Le dossier médical est utilisé comme un moyen d'expression, ouvert à la fois à la personne et à l'intervenant, chacun pouvant y apporter des modifications. L'équipe s'adapte aux besoins et aux demandes des personnes.

Lors des deux premières années d'existence de cette unité, parmi les 49 personnes, 26 ne prennent plus de médicaments, 11 ont diminué leur posologie, et seulement la moitié a été hospitalisée plus d'une fois. Cette unité est pensée pour et avec la personne. Elle « traite l'autre comme on aimerait être traité » (KinoPsy, 2020). Ce milieu et ses approches apportent plusieurs bienfaits. L'approche sans médication apporte une réduction des symptômes, de meilleures capacités interpersonnelles, une meilleure compréhension de leur propre souffrance, un meilleur espoir et motivation ainsi qu'une autonomie accrue (Blindheim, A., ..., 2020, p.2). Elle offre plus d'opportunités à la personne, améliore le dialogue et le lien de confiance avec l'intervenant, et permet une plus grande responsabilité personnelle, notamment en trouvant les stratégies qui lui conviennent le mieux (Blindheim, A., ..., 2020, p.9). Lorsque la médication n'est pas imposée et ne consiste pas la seule option offerte, laissant ainsi le libre choix à la personne, les répercussions sont plus bénéfiques à long terme dans leur vie. Les personnes rapportent se sentir mieux et plus longtemps lorsqu'elles ont la possibilité de prendre des décisions, plutôt que se faire prescrire de force la médication comme seule option.

Modèle Soteria et groupes d'entraide

À l'époque, les personnes ayant reçu un diagnostic étaient amenées dans de petites maisons communautaires dans lesquelles elles étaient accompagnées par des personnes ayant un savoir expérientiel, sous la supervision d'intervenants. L'objectif était d'offrir un mode de vie, comme à la maison, tout en mettant l'accent sur le développement des relations et des activités de la vie quotidienne, dans l'optique de travailler sur soi. Les personnes pouvaient venir et partir comme ils le souhaitaient. Tous contribuaient au fonctionnement quotidien et ce le plus possible selon un rapport égalitaire. Aucun neuroleptique n'était administré, sauf en cas de nécessité. Au lieu de recourir à des thérapies traditionnelles, les personnes pouvaient pratiquer de la méditation, s'adonner à des formes d'art ou même aller magasiner. Au cours des six premières semaines, comparé à un groupe ayant reçu un traitement médicamenteux, une amélioration des symptômes a été observée en moins de temps. Les personnes se portaient mieux que ceux traités à l'hôpital sous médication. Au final, 43% d'entre eux n'ont jamais eu recours à la médication (Ami-Québec, 2023). Ce projet proposait diverses alternatives adaptées à chaque personne, puisqu'elles pouvaient user des moyens qui leur convenaient le mieux. Cependant, le modèle Soteria n'est pas pour autant inexistant aujourd'hui. N'est-ce pas similaire au principe des groupes d'entraide ? Ne devrions-nous pas mettre de l'avant ces organismes et hausser leur financement afin que les personnes en crise, ou avant que la crise survienne, puissent briser leur isolement, échanger avec d'autres individus ayant un vécu en santé mentale et avoir accès ou connaître d'autres approches alternatives ?

Conclusion

Pour résumer les principaux constats entourant l'application de la *P-38.001*, son objectif premier est d'aider les personnes pouvant représenter un danger pour soi ou les autres. Malgré la réalisation de rapports et l'établissement d'un cadre de référence gouvernemental visant à garantir une application adéquate de la loi, elle continue d'être mal appliquée. Elle porte atteinte à plusieurs droits humains fondamentaux. Son application diffère tout dépendamment qui l'applique. Elle impacte la vision de la santé mentale. La loi davantage une finalité juridique que médicale. Très restrictive, elle est principalement appliquée afin

d'assurer la sécurité, sans prévoir un accompagnement (Fau, V., Boucher-Réhel, M., 2024, p.58-61). Nous pouvons se demander si la *Loi P-38* n'est pas devenue davantage une loi de contrôle social visant à maintenir un conformisme au sein de notre société. Les personnes vivant des inégalités sociales sont celles qui dérogent le plus de ce cadre normatif. Leur vécu a occasionné l'adoption de comportements visant à combler les difficultés rencontrées ce qui les font sortir de ce dit cadre. Pourtant, les lois et règlements de notre société sont présentes pour nous protéger et assurer une pérennité, et non pour créer des embûches supplémentaires dans la vie de certaines personnes. Comme le souligne Cristal Nelson, ce sont les autres qui déterminent si une personne est « incapable de fonctionner » en société et ce dont elle aurait besoin. Une personne dérangement sort du cadre du conformisme social. La personne peut se sentir bien, mais en raison des comportements adoptés, elle est pathologisée et on tente de la ramener à la « normalité ». Dans ces cas, des mesures coercitives sont adoptées sous prétexte d'agir pour le bien de la personne.

L'individualisation de la souffrance humaine est le chemin simpliste à pointer du doigt puisqu'il ignore les différents contextes sociaux influençant notre santé mentale. (Nelson, C., 2024). Nous vivons dans une société favorisant diverses formes de discrimination. Plus une personne est différente, que ce soit par son apparence, ses capacités ou sa manière de penser, plus elle est jugée inapte et est catégorisée (Drolet, M-J., 2022, p.90). Notre système de santé et de services sociaux tend davantage à évaluer l'autonomie individuelle sans prendre en considération les causes sociales et politiques se nomme du capacitisme. De plus, notre système considère également que ceux ayant un fonctionnement mental différent de la majorité des personnes sont perçus comme étant anomal, déficient en société et moins sains d'esprit. En raison de ces perceptions, plusieurs diagnostics sont émis. Le diagnostic devient alors une forme de contrôle social visant le conformisme. C'est ce qu'on appelle le sanisme. (Drolet, M-J., 2022, p.91). Par ailleurs, les personnes ayant des idées suicidaires sont souvent perçues comme incapables de raisonner ou de réfléchir rationnellement. Leurs paroles sont invalidées et peu écoutées. C'est ce qu'on nomme le suicidisme (Drolet, M-J., 2022, p.92). La *P-38* contribue à renforcer ces formes de discrimination.

Que faisons-nous lorsque toutes les options alternatives, dont celles qui ont été mentionnées précédemment, ont été essayé sans succès et qu'une *P-38* n'a pas apporté les résultats escomptés ? Que faisons-nous si la personne se retrouve exclue de tous les endroits où elle va ? Nous espérons que ce mémoire permettra de mettre de l'avant la prévention et qu'elle assurera l'application de diverses alternatives avant que la *P-38* soit appliquée. Il est crucial de normaliser et de démystifier la santé mentale, en tenant compte des impacts des enjeux sociaux et des événements de vie dans le maintien d'une bonne santé globale. Avec toutes les alternatives existantes ayant démontré leur efficacité, ce ne sont pas les opportunités de changement qui manquent! Pour y parvenir, nous nous devons de mettre la personne au centre des priorités. Avec des efforts conjoints, nous pouvons bâtir un système plus juste et respectueux des droits humains.

Références

- 1) Action Autonomie. (2024). Mes droits! *Le consentement aux soins*. Récupéré le 10 mai 2024 de : <https://www.actionautonomie.qc.ca/le-consentement-aux-soins/>
- 2) AGIDD-SMQ. (2009). Dans Publications, *La garde en établissement : une loi de protection... une pratique d'oppression*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.agidd.org/publications/la-garde-en-etablissement/#:~:text=loi%20de%20protection%E2%80%A6,une%20pratique%20d'oppression,elle%2Dm%C3%A4me%20ou%20pour%20au%20trui>
- 3) AGIDD-SMQ. (2022). Collectif de défense des droits de la Montérégie. Dans Documents et références, *La garde en établissement (Loi P-38). Guide de survie : La garde en établissement*. Récupéré le 03 mai 2024 de : https://www.cddm.qc.ca/wp-content/uploads/2022/12/29-mars-2022-Basse-resolution-GUIDE_survie-2022.pdf
- 4) Ami-Québec. (2023). Blog Partager et prendre soin, *Gérer la schizophrénie sans médicaments? Un aperçu du modèle Soteria*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://amiquebec.org/soteria/>
- 5) Association canadienne pour la santé mentale. (08 juillet 2022). Actualité, *L'importance de la promotion et de la prévention pour une population en bonne santé mentale*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://quebec.acsm.ca/importance-promotion-prevention-population-en-bonne-sante-mentale/>
- 6) Association pour la santé publique du Québec. (01 février 2024). Nouvelles. Dans Communiqué de presse. *Réduire la maladie au Québec est possible : un nouveau livre collaboratif*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://aspq.org/reduire-la-maladie-au-quebec-est-possible/>
- 7) Bachand, A.2012. *L'imposture de la maladie mentale : Critique du discours psychiatrique* (1^{ère} éd.). Montréal. Bibliothèque et archives nationales du Québec.
- 8) BC Parks Foundation (dir.). *Prescri-Nature*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://www.prescri-nature.ca/>
- 9) Beallhsen, M. (2023). *Abolir la contention* (1^{ère} éd.). France : Libertalia.

- 10) Beaulieu, M., Dusablon, S., Relais-femmes., Fontaine, A., Gauvain, A., Labbé, F., Lamoureux, H., Parazelli, M. (2012). Regroupement des organismes communautaires de la région 03. Dans Publications. *L'approche globale. Contexte et enjeux. Réflexions d'un collectif d'auteurs*. Récupéré le 31 mai 2024 de : http://www.roc03.com/files/Recueil_approche_globale.pdf
- 11) Bernheim, E, Ottawa, E. (2022-2023). Mirowatisiwin: vers le mieux-être à Manawan. *Revue d'études autochtones*, 52 (3), 125-132. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.erudit.org/fr/revues/reauto/2022-v52-n3-reauto09246/1110705ar.pdf>
- 12) Blais, S. (03 août 2018). Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Mots sociaux. Dans Paroles des membres. *Michel Foucault et les anormaux*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://www.otstcfq.org/mots-sociaux/actualites/michel-foucault-et-les-anormaux/>
- 13) Bleau, C., Dumont, J. (2012). *Regard critique sur l'accueil de la santé mentale au Québec*. Mémoire, L'Avant-garde en santé mentale, Québec, Canada. Récupéré le 14 juin 2024 de : <https://agsmlaprairie.org/wp-content/uploads/2019/08/2012-memoire.pdf>
- 14) Blindheim, A., Davidson, L., Garvik, L., H. Oedegaard, C., Soraa, O., ... Veseth, M. (08 août 2020). « Cela signifie tellement pour moi d'avoir le choix » : une étude qualitative fournissant des perspectives de première personne sur le traitement sans médicament dans les soins de santé mentale. *BMC Psychiatrie*, 20 (399). Récupéré le 14 juin 2024 de : <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-02770-2>
- 15) Boily, D., Gentile, D. (29 février 2024). Radio-Canada INFO. Santé. Dans Faits divers. *Triple meurtre en 24 heures : la coroner propose un tribunal en santé mentale*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2053021/danger-sante-mentale-shaikh-coroner#:~:text=Faits%20divers-,Triple%20meurtre%20en%202024%20heures%20%3A%20la%20coroner%20propose%20un%20tribunal,m%C3%A9canismes%20de%20pr%C3%A9vention%20au%20Qu%C3%A9bec>

- 16) Canada, Gouvernement du Canada (2021). *La nature de la loi*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/just/02.html>
- 17) Canada, Sécurité publique Canada (2022). *Prévention du crime – Résumé de recherche 2017-H01-CP – Santé mentale, maladie mentale et criminalité chez les jeunes*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2017-h01-cp/index-fr.aspx>
- 18) Canada, Statistique Canada (2018). *La victimisation avec violence chez les Canadiens ayant une incapacité liée à la santé mentale*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54977-fra.htm>
- 19) Centre de crise Gerstein (dir.) *Centre de crise Gerstein*. Récupéré le 20 juin 2024 de : <https://gersteincentre.org/>
- 20) Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent. (2023). À propos, *Rapport annuel*. Récupéré le 20 juin 2024 de : <https://centredecrisebsl.qc.ca/rapport-annuel/>
- 21) Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent. (2023). Nos services, *Escouade 24/7*. Récupéré le 20 juin 2024 de : <https://centredecrisebsl.qc.ca/deplacement-durgence-247/>
- 22) Charest, R-M. (06 mai 2011). Est-ce normal? *La Presse*, Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://www.lapresse.ca/vivre/societe/201105/06/01-4396896-est-ce-normal.php>
- 23) CHUM. (10 septembre 2021). Enseignement et académie. Dans Actualités du CHUM. *Reconnaître et combattre la malnutrition*. Récupéré le 10 mai 2024 de : <https://www.chumontreal.qc.ca/actualites/reconnaitre-combattre-malnutrition>
- 24) Clavel, É. (25 janvier 2023). Trouver un psychologue au Québec : par où commencer? *Noovo Info*. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://www.noovo.info/nouvelle/comment-trouver-psychologue-quebec.html>
- 25) Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2016). *Charte des droits et libertés de la personne simplifiée*. Récupéré le 09 mai 2024 de : https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/Charte_simplifiee.pdf

- 26) CREMIS (2023). Dans Événements du CREMIS. *Judiciarisation des personnes en situation d'itinérance : constats de recherche et de terrain*. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://cremis.ca/evenements/judiciarisation-des-personnes-en-situation-ditinerance-constats-de-recherche-et-de-terrain/?id=16578>
- 27) CREMIS. (2024). Dans Événements du CREMIS. *Le paternalisme, actualité et contestations : justice, jeunesse et psychiatrie*. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://cremis.ca/evenements/le-paternalisme-actualite-et-contestations-justice-jeunesse-et-psychiatrie/?id=21219>
- 28) CREMIS (2024). Dossiers thématiques. Dans Publications, *Pairs-aidants en santé mentale : de quoi parle-t-on?* Récupéré le 11 novembre 2024 de : <https://cremis.ca/publications/dossiers/lintervention-par-les-pairs-en-sante-mentale/pairs-aidants-en-sante-mentale-de-quoi-parle-t-on/>
- 29) Dion-Viens, D. (15 avril 2024). La prescription de psychostimulants pour le TDAH chez les jeunes repart à la hausse. *Le Journal de Québec*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://www.journaldequebec.com/2024/04/13/la-prescription-de-psychostimulants-pour-le-tdah-chez-les-jeunes-repart-a-la-hausse>
- 30) Drolet, M-J. (2022). Repérer et combattre le capacitisme, le sanisme et le suicidisme en santé. *Revue canadienne de bioéthique*, 5 (4). Récupéré le 28 juin 2024 de : <https://www.erudit.org/fr/revues/bioethics/2022-v5-n4-bioethics07538/1094701ar.pdf>
- 31) Fau, V., Boucher-Réhel, M. (27 septembre 2024). *Rapport de l'Institut québécois de la réforme et du droit de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*. Institut québécois de la réforme et du droit de la justice. Récupéré le 07 novembre 2024 de : <https://www.iqrdj.ca/docs/etude-P-38-Rapport-2-Analyse-comparative.pdf>
- 32) FIQ. (09 novembre 2018). Dans Infolettre. *La santé mentale et le syndrome de la porte tournante*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://www.fiqsante.qc.ca/2018/11/09/la-sante-mentale-et-le-syndrome-de-la-porte-tournante/>
- 33) Fleury, É. (08 mars 2023). Problèmes de santé mentale et violence : un lien à éviter, rappelle une psychiatre. *Le Soleil*. Récupéré le 07 juin 2024 de :

- <https://www.lesoleil.com/2020/11/03/problemes-de-sante-mentale-et-violence-un-lien-a-eviter-rappelle-une-psychiatre-198314527108bcb225a32d358e3ed807/>
- 34) Foucault, M. (1972-1973). Collège de France. Dans Résumés annuels. *Résumés des cours et séminaires du professeur*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://www.college-de-france.fr/fr/chaire/michel-foucault-histoire-des-systemes-de-pensee-chaire-statutaire/annual-summaries>
- 35) Gaudiaut, T. (08 septembre 2022). Statista. Thèmes. Dans Les Français et les médicaments. *Qui sont les plus gros consommateurs d'antidépresseurs?* Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://fr.statista.com/infographie/4032/plus-gros-consommateurs-dantidepresseurs-au-monde/>
- 36) Gaulin, D. (2021). Des savoirs en tension : la construction des savoirs en santé mentale et la place des savoirs autochtones dans l'organisation des services. *Revue canadienne de service social*, 38 (2), 87-111. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.erudit.org/fr/revues/cswr/2021-v38-n2-cswr06746/1086121ar/>
- 37) Girard-Bossé, A. (15 avril 2024). Agir vite pour une réinsertion rapide. *La Presse*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2024-04-15/intervention-en-sante-mentale/agir-vite-pour-une-reinsertion-rapide.php>
- 38) Goudreault, Z. (10 octobre 2023). De la prison à la rue, un cycle à briser. *Le Devoir*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.ledevoir.com/societe/799631/sans-abri-prison-rue-cycle-briser>
- 39) Grand quartier général de la Sûreté du Québec. (2021). Diffusion de documents. Dans Nombre de transports forcés (application de la P-38) sur le territoire desservi par la Sûreté du Québec, données ventilées par région administrative, et ce, pour la période de 2019 à 2021. *Votre demande en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (c. A-2.1) concernant la P-38*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://www.sq.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/2021-11-10-loi-p-38.pdf>
- 40) Guay, J. (N/D). Jérôme Guay. *Les adultes qui ont survécu à la maltraitance et à la négligence*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://jerome-guay.squarespace.com/les-adultes-qui-ont-survcu-la-maltraitance-et-la-ngligence>

- 41) Centre de crise Gerstein (réalisateur). (2022). *Canada : Un centre agit face aux crises de santé mentale* (vidéo). Humain Rights Watch. Récupéré le 28 février 2025 de : <https://www.hrw.org/fr/video-photos/video/2021/11/27/canada-un-centre-agit-face-aux-crisis-de-sante-mentale>
- 42) Igartua, K, J, De Villers, F. (29 février 2020). Santé mentale : la course malsaine au diagnostic. *La Presse*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-02-29/sante-mentale-la-course-malsaine-au-diagnostic>
- 43) Index Santé. (21 juin 2017). Outils santé. Dans Actualité santé, *Les Québécois en faveur d'un encadrement officiel des médecines alternatives complémentaires*. Récupéré le 18 novembre 2024 de : <https://www.indexsante.ca/nouvelles/401/les-quebecois-en-faveur-d-un-encadrement-officiel-des-medecines-alternatives-complementaires.php>
- 44) Institut Québécois de Réforme du Droit et de la Justice. (2024). Dans Communication, Actualités. *Appel à mémoires portant sur les enjeux entourant la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (p-38)*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.iqrdj.ca/docs/Appel-memoire-IQRDJ-P-38.pdf>
- 45) Jaccard, R. (2010). *L'exil intérieur*. France : Presses Universitaires de France. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://www.cairn.info/l-exil-interieur--9782130585114-page-105.htm#:~:text=C'est%20l'aptitude%20%C3%A0,une%20disposition%20de%20caract%C3%A8re%20heureuse.>
- 46) KinoPsy. (13 janvier 2020). Le Club de Mediapart. Dans Les blogs. *Le droit pour les patients à une psychiatrie sans médicament*. Récupéré le 14 juin 2024 de : <https://blogs.mediapart.fr/kinopsy/blog/130120/le-droit-pour-les-patients-une-psychiatrie-sans-medicament>
- 47) Lacrousière, A., Touzin, C. (04 mars 2024). Le recours aux mesures de contrôle va croissant. *La Presse*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.lapresse.ca/actualites/des-tannants-en-retrait-dans-des-cellules/2024->

- 03-04/centre-jeunesse-de-laval/le-recours-aux-mesures-de-controle-va-croissant.php
- 48) Le Groupe de travail canadien sur la malnutrition. (2016). Ressources. Dans Aperçu. Soins hospitaliers/INPAC. Récupéré le 10 mai 2024 de : <https://nutritioncareincanada.ca/resources-and-tools/hospital-care-inpac/overview>
- 49) Le Tournant. (2024). Dans Nos services, *Services de crise et de prévention du suicide*. Récupéré le 07 novembre 2024 de : <https://letournant.org/nos-services>
- 50) Lévèsque, F. (30 mai 2024). Québec dépose le projet de loi « Maureen Breau ». *La Presse*. Récupéré le 31 mai 2024 de : [https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2024-05-30/policriere-tuee-en-2023/quebec-depose-le-projet-de-loi-maureen-breau.php#:~:text=\(Qu%C3%A9bec\)%20Le%20ministre%20Fran%C3%A7ois%20Bonnardel,inaptitude%20%C3%A0%20subir%20leur%20proc%C3%A8s.](https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2024-05-30/policriere-tuee-en-2023/quebec-depose-le-projet-de-loi-maureen-breau.php#:~:text=(Qu%C3%A9bec)%20Le%20ministre%20Fran%C3%A7ois%20Bonnardel,inaptitude%20%C3%A0%20subir%20leur%20proc%C3%A8s.)
- 51) Lussier, J. (25 octobre 2010). Encyclopédie des traitements contre la folie d’hier à aujourd’hui. *La Presse*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.lapresse.ca/vivre/urbania/201010/25/01-4335847-encyclopedia-des-traitements-contre-la-folie-dhier-a-aujourd'hui.php>
- 52) Maison médicale Jean Jaurès. (2024). Consultations. Dans Psy 1^{ère} ligne. *Psychologue de 1^{ère} ligne*. Récupéré le 20 juin 2024 de : <https://jaures.be/consultations/psy-1ere-ligne>
- 53) Marceau, K. (réalisation) (2023). *Des voix dans ma tête* (documentaire). Dans PVP Doc IX Inc., *ICI Télé*, ICI Tout. Tv. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://ici.tou.tv/des-voix-dans-ma-tete>
- 54) Moley, M., Olivier, C. (01 mars 2017). Europe 1. Dans Santé. *Le sport sur ordonnance, qu’est-ce que c’est?* Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://www.europe1.fr/sante/le-sport-sur-ordonnance-quest-ce-que-cest-2991401#:~:text=Une%20s%C3%A9ance%20de%20yoga%2C%20des,entr%C3%A9e%20en%20vigueur%20ce%20mercredi.>
- 55) Nelson, C. (23 janvier 2024). Fou en Amérique, « *Déficiencia : qui dit qui?* » : *La question fondamentale du traitement de la santé mentale*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://www.madinamerica.com/2024/01/impairment-says->

- who/?fbclid=IwAR0b6BlIPFdb6UYDV4T_YF4xPP60XX8J3sMI4GYxt2upoluYdW9qm_xwqsM
- 56) Pacte de rue. (1996). Documentation. Travail de rue, Dans Le travail de rue en résumé par Pacte de Rue. *Résumé d'une pratique d'intervention sociale ATYPIQUE : « Le travail de rue »*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://www.pactederue.com/wp-content/uploads/2019/05/Le-travail-de-rue-en-r%C3%A9sum%C3%A9-par-Pacte-de-Rue.pdf?>
- 57) Pagé, J-C. (2018). *Les fous crient au secours! Témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal : Les Éditions Écosociété.
- 58) Paradis, M-H. (10 avril 2023). Barreau du Québec. Nouvelles. Dans Articles. *Les ordonnances de soins contre le gré d'une personne*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.barreau.qc.ca/fr/nouvelle/article/ordonnances-soins-contre-gre-personne/>
- 59) Paradis, M-H. (24 août 2023). Barreau du Québec. Nouvelles. Dans Articles. *Quand les problèmes de santé mentale ramènent à répétition devant la justice*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.barreau.qc.ca/fr/nouvelle/article/quand-problemes-sante-mentale-repetition-devant-justice/>
- 60) Picard, A. (2020). En-Tête, Reportage et santé mentale. *Un guide créé par des journalistes à l'attention des journalistes et des étudiants en journalisme*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.en-tete.ca/>
- 61) Prise II. (auteur) (2021). *Découvrir l'approche Open Dialogue* (vidéo). Dans *Vimeo*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://vimeo.com/536977285>
- 62) Québec, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale -Nationale (2024). *Droits aux services*. Récupéré le 09 mai 2024 de : <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos/cucr/vos-droits/services#:~:text=Le%20droit%20aux%20services%20ad%C3%A9quats,de%20mani%C3%A8re%20personnalis%C3%A9e%20et%20s%C3%A9cur>
- 63) Québec, Gouvernement du Québec. (2016). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services*. Récupéré le 14 juin 2024 de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-08W.pdf>

- 64) Québec, Gouvernement du Québec (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002036/>
- 65) Québec, Gouvernement du Québec (2021). *Combattre les préjugés sur les troubles mentaux*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/s-informer-sur-sante-mentale-et-troubles-mentaux/combattre-prejuges-troubles-mentaux#c1747>
- 66) Québec, Gouvernement du Québec (2022). *Programmes de suivi pour les personnes présentant un trouble mental*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://www.quebec.ca/sante/sante-mentale/trouver-aide-et-soutien-en-sante-mentale/programmes-de-suivi-pour-personnes-presentant-trouble-mental>
- 67) Québec, Gouvernement du Québec (2023). *Le ministre Lionel Carmant lance des travaux entourant l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-ministre-lionel-carmant-lance-des-travaux-entourant-lapplication-de-la-loi-sur-la-protection-des-personnes-dont-letat-mental-presente-un-danger-pour-elles-memes-ou-pour-autrui-47902>
- 68) Québec, Gouvernement du Québec (2024). *Code civil du Québec*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/ccq-1991>
- 69) Québec, Gouvernement du Québec (2024). *Chapitre P-38.001, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/P-38.001>
- 70) Québec, Gouvernement du Québec (2024). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Récupéré le 03 mai 2024 de : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>
- 71) Québec, Gouvernement du Québec (2024). *Types de corps de police du Québec*. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://www.quebec.ca/securite-situations->

- urgence/police-prevention-criminalite/structure-fonctionnement-police/types-corps-police
- 72) Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). *Droits et recours des personnes mises sous garde - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Récupéré le 09 mai 2024 de : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000383/>
- 73) Québec, Régie de l'assurance maladie du Québec. *Professionnels offrant des services couverts*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/professionnels-offrant-services-couverts>
- 74) Radio-Canada. (09 janvier 2016). Info. Dans Société. *Santé mentale : quand un père hospitalise son fils contre son gré*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/758647/sante-mentale-hospitaliser-contre-son-gre-loi-p-38>
- 75) Radio-Canada. (09 décembre 2023). Info. Politique, Dans Politique provinciale. *Le projet de loi 15 sur la réforme de la santé adopté à Québec*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2033671/quebec-pdl15-reforme-systeme-sante-bailon-#:~:text=Le%20projet%20de%20loi%2015%20sur%20la%20Loi%20visant%20%C3%A0,reprennent%20le%2030%20janvier%202024.>
- 76) Radio Canada. (23 février 2024). ICI Mauricie-Centre-du-Québec. Dans Justice et faits divers, Forces de l'ordre, Tragédie de Louiseville : la mort de Maureen Breau. *Mort de Maureen Breau : la SQ répond à beaucoup plus de cas de santé mentale*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2051772/maureen-breau-policiers-sante-mentale>
- 77) Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (23 mai 2023). Boîtes à outils. Dans Réforme du réseau de la santé. *Outil vulgarisé sur la réforme en santé – Projet de loi no 15*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://riocm.org/outil/outil-deduction-populaire-sur-la-reforme-de-la-sante-projet-de-loi-no-15/>

- 78) René, O. (mars 2014). AGIDD-SMQ. Dans Publications. *La vision critique en santé mentale : réalités et espoirs. Actes du colloque*. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://www.agidd.org/publications/la-vision-critique-en-sante-mentale-realites-et-espoirs-actes-du-colloque/>
- 79) Réseau de collaboration internationale en santé mentale. (2010). École de formation internationale, bibliothèque et ressource. Dans Développement et pratiques de services innovants. *Dialogue ouvert*. Récupéré le 21 juin 2024 de : <https://imhcn.org/bibliography/recent-innovations-and-good-practices/open-dialogue/>
- 80) Roy, L., Keays, N., J. Lemieux, A., Nicole, M., G. Crocker, A. (2022). Traumatismes complexes et services psycholégaux : vers des pratiques sensibles au trauma. *Santé mentale au Québec*, 47 (1). Récupéré le 11 novembre 2024 de : <https://shs.cairn.info/revue-sante-mentale-au-quebec-2022-1-page-19?tab=texte-integral>
- 81) Roy, M. (19 août 2013). L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale ». *Reflets*, 19 (1), 226-237. Récupéré le 24 mai 2024 de : <https://www.erudit.org/fr/revues/ref/2013-v19-n1-ref0782/1018047ar/>
- 82) Sandreschi, M. (31 mars 2023). 235 contraventions en quatre ans : un sans-abri ciblé par les policiers de Montréal. *Le Journal de Montréal*. Récupéré le 31 mai 2024 de : <https://www.journaldemontreal.com/2023/03/31/itinerance-un-sans-abri-cible-par-les-policiers-de-montreal>
- 83) Schreiner, M. (13 janvier 2015). ReSanté-Vous. Blog. Dans Article. *La contention physique : définition et risques*. Récupéré le 10 mai 2024 de : <https://www.resantevous.fr/blog/articles/alternatives-contention-physique/>
- 84) Szalavitz, M. (17 septembre 2024). Scientific American, *De nouveaux traitements s'attaquent à la toxicomanie et au traumatisme*. Récupéré le 11 novembre 2024 de : <https://www.scientificamerican.com/article/new-treatments-address-addiction-alongside-trauma/>
- 85) TANDEMplus. (auteur) (2017). *TANDEMplus – équipe mobile de crise à Bruxelles* (vidéo). Dans Vimeo. Récupéré le 20 juin 2024 de : <https://vimeo.com/185822187>

- 86) TANDEMplus. (2019). Je cherche de l'aide. Dans Soins mobiles de crise. *Rapport annuel : chiffres d'enregistrement 2013-2019*. Récupéré le 20 juin 2024 de : <https://hermesplus.be/fr/je-cherche-de-laide/tandemplus-lequipe-des-soins-de-crise-mobiles/>
- 87) Trainor, J. N., Boydell, K., Shepherd, M., Leff, A. (octobre 1997). Au-delà du paradigme du service : l'impact et les implications des initiatives des consommateurs/survivants. *Journal de réadaptation psychiatrique*, 21 (2). Récupéré le 07 novembre 2024 de : https://www.researchgate.net/publication/263916737_Beyond_the_Service_Paradigm_The_Impact_and_Implications_of_ConsumerSurvivor_Initiatives
- 88) Tullio, D. (2020). *La pierre d'assise de la garde en établissement : le critère de dangerosité*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada. Récupéré le 24 mai 2024 de : https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/17244/Tullio_Dalia_MSV_D_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- 89) Vallée, V. (25 mars 2023). Cessons de faire rimer santé mentale avec violence. *La Presse*. Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2023-03-25/cessons-de-faire-rimer-sante-mentale-avec-violence.php#:~:text=%C3%80%20la%20suite%20de%20l,semaine%20a%20%C3%A9t%C3%A9%20charg%C3%A9e%20%C3%A9motivement.>
- 90) Ville de Gatineau. (2024). Renseignement et services. Dans Police. *Unité d'intervention de crise (UNIC)*. Récupéré le 14 juin 2024 de : https://www.gatineau.ca/portail/default.aspx?p=guichet_municipal/police/unite_intervention_crise
- 91) Violeau, V. (N/D). Journal de réflexion sur le soin psychiatrique. Dans Soin. *Vers la mort du DSM ? Pamphlet contre l'approche catégorielle des troubles mentaux, et pour une approche processuelle : l'exemple de la schizophrénie*. Récupéré le 17 mai 2024 de : <https://soinsoin.fr/vers-la-mort-du-dsm-pamphlet-contre-lapproche-categorielle-des-troubles-mentaux-et-pour-une-approche-processuelle-lexemple-de-la-schizophrénie/>

92) Winter, F. (22 février 2024). La maison de verre de la santé mentale. *La Presse*.
Récupéré le 07 juin 2024 de : <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2024-02-22/la-maison-de-verre-de-la-sante-mentale.php>

Résumé du mémoire/faits saillants

1. Cadre légal et historique de la Loi P-38

- La *Loi P-38* permet la garde temporaire sans le consentement d'une personne si elle est jugée dangereuse dans l'immédiateté pour elle-même ou les autres. Initialement, cette loi visait à protéger la société et les individus, mais son application a souvent conduit depuis à des abus. La prise en compte de la personne dans les prises de décisions est plus difficile et sa mauvaise application occasionnent une perte de pouvoir dans la vie des personnes.
- Inspirée du « Grand Renfermement » du XVII^e siècle, la gestion des « malades mentaux » a évolué avec des vagues de désinstitutionalisation par la publication du livre d'un ex-détenu *Les fous crient au secours* dénonçant les conditions vécues en psychiatrie dans les années 1960 et l'adoption du Code civil moderne. Pourtant, les pratiques coercitives persistent.
- La notion de « dangerosité » reste vague, entraînant des interprétations subjectives et arbitraires. Ce critère d'application diffère selon la personne impliquée et ses antécédents, l'intervenant présent et le contexte ayant mené à l'application d'une *P-38*.

2. Impacts sur les droits fondamentaux

- Les personnes concernées signalent un manque d'accès à leurs droits et aux informations sur leurs traitements reçus.
- Le consentement aux soins est souvent ignoré, des traitements sont imposés parfois sans explications ou sous la menace. Ces derniers ne sont pas adaptés aux besoins réels des personnes.

- Les formes de contention (chimique, physique, psychologique, environnementale) sont fréquemment utilisées, causant des traumatismes physiques et émotionnels. Ces situations peuvent faire revivre des traumatismes antérieurs.
- La confidentialité n'est pas toujours respectée, avec des informations médicales parfois divulguées à des proches sans en justifier la pertinence ou à des avocats. La confidentialité n'est parfois pas respectée entre établissements et régions sociosanitaires.
- La qualité des services est inégale et les besoins fondamentaux (alimentation, sommeil, hygiène) sont négligés dans les établissements.

3. L'application de la P-38 auprès des communautés autochtones

- Discrimination systémique : transferts forcés, manque de services adaptés et mépris des pratiques culturelles.
- Le colonialisme persiste dans l'application de la loi, aggravant les traumatismes intergénérationnels.

4. Expériences vécues

- Les personnes concernées rapportent une perte d'autonomie, un sentiment de déshumanisation et une retraumatisation à la suite de leur hospitalisation sous P-38 alors que leur implication favoriserait leur autonomie (empowerment). Ceci nuit à l'instauration d'un travail en amont et à l'établissement d'un lien de confiance.

5. Autres problématiques

- Surmobilisation des policiers qui se font attribuer le rôle d'intervenants sociaux de première ligne pour pallier les failles de notre système de santé, ce qui dépasse leur mandat et compétences initiales. Cette situation aggrave les tensions et fait revivre des traumatismes.
- Phénomène de la « porte tournante » : le manque de prévention, le travail en silo et le manque de suivi post-hospitalisation conduisent à des réadmissions fréquentes,

à une détresse accrue et dans certaines situations des passages à l'acte. Les patients se retrouvent souvent isolés et sans ressources.

6. Recommandations de travail en amont

1. Renforcer la participation des personnes concernées :

- Valoriser leur savoir expérientiel et leur permettre de participer aux décisions les concernant (empowerment). L'accompagnement doit être centré sur le lien de confiance et éviter les dynamiques hiérarchiques perçues comme oppressives.
- Inclure les personnes significatives comme partenaires dans l'accompagnement et la prévention.

2. Adopter des approches sensibles au trauma :

- Former les intervenants pour mieux comprendre et répondre aux besoins des individus traumatisés.
- Réduire l'usage des contentions tout en prenant en compte le vécu des personnes et privilégier un accompagnement respectueux et égalitaire. Privilégier des interventions priorisant le respect de la personne, l'écoute active, le vécu et au rythme de la personne.
- Intégrer des pratiques comme la psychothérapie COPE pour réduire les impacts émotionnels et comportementaux en réponse à des traumatismes.

3. Promouvoir des alternatives communautaires :

- Financer les centres de crise, les groupes d'entraide, les travailleurs de rue et les équipes mobiles pour un meilleur accompagnement préventif.
- Favoriser la collaboration entre les organismes communautaires et le réseau public pour briser le travail en silo.

4. Redéfinir les critères de dangerosité :

- Établir des définitions claires et objectives pour éviter les abus.

- o Sensibiliser les citoyens et les médias à la réalité des enjeux de santé mentale pour réduire la stigmatisation, notamment en déconstruisant l'association entre santé mentale et dangerosité.
- o Démystifier les comportements de survie pouvant être adopté par certains consommateurs par exemple.

7. Modèles et approches qui ont fait leurs preuves

- **Approche Dialogue ouvert (Finlande)** : accompagnement centré sur l'écoute et la collaboration avec le réseau de soutien de la personne. Favorise la réduction des rechutes, des hospitalisations et de la médication, tout en augmentant les retours aux études ou à l'emploi.
- **Hôpital alternatif en Norvège** : environnement non médicalisé, respectant le choix des personnes de ne pas recevoir de médication, tout en maintenant l'accompagnement de la personne en prenant compte de ses besoins.
- **Modèle Soteria (Californie, années 1970)** : maisons communautaires favorisant un mode de vie familial et des activités quotidiennes, avec peu ou pas de recours aux neuroleptiques. Ce modèle privilégie la relation humaine et les alternatives à la médication. Se rapproche du principe des groupes d'entraide.
- **TANDEMplus (Bruxelles)** : équipe mobile de crise offrant un accompagnement personnalisé pour éviter les hospitalisations et soutenir les personnes en crise dans leur milieu de vie. Cette a démontré l'efficacité des suivis de crise pour éviter les réhospitalisations
- **Centre de crise Gerstein (Toronto)** : espace accueillant et non coercitif pour les personnes en crise, offrant des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.
- **Équipes mobiles UNIC (Gatineau) et Escouade 24/7 (Bas-Saint-Laurent)** : interventions conjointes entre intervenants sociaux et policiers pour gérer les crises de manière respectueuse et réduire les recours aux hospitalisations forcées. Ces initiatives démontrent qu'il est possible de réduire les interventions policières et d'améliorer la prise en charge. Il sera favorable d'effectuer un travail en amont sans que les policiers aillent à être appelé.

- **Les travailleurs de milieu et de rue** : mettre de l'avant l'accompagnement effectué dans la communauté et le milieu des personnes afin de favoriser un travail en amont.
- **L'Avant-garde en santé mentale** : groupe d'entraide et milieu de vie qui favorise le développement du regard critique et d'un réseau de soutien entre pairs.

8. Approches axées sur les pairs et l'appropriation du pouvoir

- **Groupes d'entraide** : espaces permettant aux personnes ayant des vécus similaires de partager leurs expériences, briser l'isolement et, la mise de l'avant de stratégies alternatives aux hospitalisations et favoriser le changement social.
- **Pairs-aidants** : formation et emploi de personnes ayant elles-mêmes vécu des enjeux de santé mentale pour accompagner et soutenir d'autres individus dans vivant des situations similaires.

9. Santé préventive et approches alternatives

Promotion de saines habitudes de vie dans notre système de santé : adoption de mesures préventives dans le système de santé, comme la promotion de saines habitudes de vie au quotidien et d'autres pratiques préventives favorisant une bonne santé globale. L'importance de mettre de l'avant les déterminants de la santé dans la prévention du maintien d'une bonne santé globale.

Conclusion

La réforme de la *Loi P-38* offre une occasion unique de repenser l'importance d'agir en prévention et d'assurer le maintien du filet de sécurité sociale pour éviter des situations dans laquelle la personne présente un danger. Ce mémoire plaide pour une approche centrée sur les droits humains, la prévention, et l'inclusion sociale. En adoptant des modèles qui ont démontrés des résultats positifs, en renforçant le rôle des communautés, en travaillant en amont avec les personnes qui démontrent des signes de détresse, sous consommation ou

désorganisées et en assurant une meilleure collaboration entre les diverses instances, il est possible de transformer le système actuel en une société plus humaine et à l'écoute des citoyens et citoyennes.