

# CONSULTATION NATIONALE: LOI P-38.001

DECEMBRE 2024

Mémoire concernant la réflexion sur l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*

Présenté à l'institut Québécois de  
Réforme du Droit et de la Justice





# TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Qu'est-ce que ReprésentACTION smQ?</b> .....	<b>4</b>
1.1. Le fonctionnement .....	5
1.2. Les rôles du volet national .....	5
1.3. Nos revendications .....	6
<b>2. Notre démarche</b> .....	<b>7</b>
2.1. Le contexte .....	7
2.2. La démarche .....	7
2.3. Les participant.e.s .....	8
2.4. L'activité clé en main .....	9
<b>3. Résultats et analyse</b> .....	<b>10</b>
3.1. Avant la garde en établissement .....	10
3.2. Pendant la garde en établissement .....	13
3.3. Après la garde en établissement .....	18
<b>4. Recommandations</b> .....	<b>21</b>
4.1. S'attaquer à la stigmatisation par les médias .....	21
4.2. Diminuer le recours à l'hospitalisation .....	22
4.3. Assurer un meilleur soutien à l'hôpital .....	23
4.4. Lutter contre la violence et la coercition à toutes les étapes .....	26
4.5. Favoriser l'appropriation du pouvoir et la participation active des personnes premières concernées .....	27
<b>5. Annexe</b> .....	<b>28</b>
<b>6. Bibliographie</b> .....	<b>30</b>

# 1

## Qu'est-ce que ReprésentACTION smQ?

ReprésentACTION santé mentale Québec (smQ) est une structure provinciale qui soutient, régionalement, la participation active des personnes utilisatrices de services en santé mentale, en préconisant une prise de parole collective issue d'un processus démocratique. Cette structure est soutenue par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

Cette initiative permet aux personnes de se rencontrer et de s'exprimer sur ce qu'elles vivent dans les services en santé mentale, sur les améliorations qu'elles souhaitent et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir, tout en favorisant la création de liens et le partage de vécus. Ce modèle permet aussi d'établir un rapport de force entre le savoir expérientiel des personnes ayant été psychiatisées, et l'expertise académique ou professionnelle de celles gravitant dans les services en santé mentale. Effectivement, ReprésentACTION favorise la reconnaissance de la participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en santé mentale, les plaçant au centre des enjeux qui les touchent. L'AGIDD-SMQ propose ce modèle de participation citoyenne depuis 2006.

L'AGIDD-SMQ a pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de tout.e citoyen.ne. L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.



## 1.1. Le fonctionnement

Des rencontres rassemblant les personnes utilisatrices de services en santé mentale sont organisées quatre à six fois par année dans chaque région. C'est là que se forme la parole collective. Actuellement, dix régions du Québec sont représentées par ReprésentACTION. Ces rencontres servent trois objectifs :

- **Donner de l'information**, grâce à un.e invité.e qui viendra parler d'une thématique (par exemple : le logement, les services en santé mentale, la stigmatisation, les droits, etc.);
- **Discuter et débattre** de ce que les participant.e.s vivent et souhaitent au niveau des services et des ressources en santé mentale, ainsi que du développement des travaux effectués aux instances décisionnelles;
- **Élire** les personnes déléguées.

## 1.2. Les rôles du volet national

Le volet national de ReprésentACTION santé mentale Québec est assumé par l'AGIDD-SMQ. Ses principaux rôles sont:

- **Rôle de soutien** : Les volets régionaux sont soutenus grâce à de la formation que ce soit pour les personnes déléguées ou chargées de projet, du soutien personnalisé et des rencontres d'équipe. Également, du soutien est offert aux organisations intéressées à implanter ReprésentACTION sur leur territoire.
- **Rôle de coordination** : Des activités qui mobilisent tous les volets régionaux sont organisées, comme des tournées de consultations sur divers sujets, le *Mois de la parole collective* ou encore les rencontres nationales.
- **Rôle de développement et promotion** : Nous continuons nos efforts pour faire connaître le projet, informer les personnes concernées et promouvoir la parole collective.

## 1.3. Nos revendications

Lors de la 6e rencontre nationale de ReprésentACTION ayant eu lieu au printemps 2023, quatre revendications ont été formulées par les personnes prenant part au projet (personnes déléguées, chargées de projet et fiduciaires), à la suite d'un atelier de parole collective. Ainsi, ces priorités brossent un portrait des enjeux chers à ReprésentACTION et dressent un cadre au sein duquel l'équipe à la permanence de ReprésentACTION smQ planifie ses actions. Ces revendications sont:

- **Le respect des droits:** Porter une vision critique de la « folie » et du modèle biomédical, respectueuse des droits fondamentaux de tout.e citoyen.ne, tout en dénonçant les abus de la psychiatrie;
- **Le financement:** Revendiquer un financement récurrent à la mission des groupes fiduciaires, afin que chaque projet ReprésentACTION régional puisse porter une parole collective sans craindre la précarité;
- **L'accessibilité:** Avoir accès à des ressources représentatives des besoins des personnes. Cette aide doit être porteuse des valeurs d'entraide et d'écoute, permettre de briser l'isolement et d'accompagner les personnes à leur rythme;
- **La lutte à la stigmatisation:** Déconstruire les stigmas associés aux personnes psychiatisées, ayant des conséquences négatives entre autres au niveau du masquage diagnostique<sup>1</sup>, du logement, de l'emploi ainsi que dans différents contextes familiaux.



Mobilisation nationale TOUCHE PAS À NOS DROITS 2024



Rencontre nationale de ReprésentACTION 2023

# 2

## Notre démarche

### 2.1. Le contexte

Dès les premières rumeurs concernant la réflexion sur l'application de la Loi P-38.001, l'AGIDD-SMQ était prête à mobiliser les personnes premières concernées, via le volet de participation citoyenne, ReprésentACTIONsmQ.

Nous craignons que les discours alarmistes relayés par les médias établissant un lien fallacieux entre des actes de violence et le moindre diagnostic en santé mentale ne créent un terreau fertile pour une réforme de la loi, ou de son application, qui ne serait pas dans l'intérêt des personnes premières concernées.

Il était primordial pour nous que la parole des personnes premières concernées soit entendue parmi les voix de tous.tes les autres acteur.trice.s impliqué.es dans l'application de la loi. Ces autres voix peuvent être jugées plus crédibles que celles des personnes ayant subi une hospitalisation contre leur gré, ces dernières subissant des préjugés qui affectent grandement la crédibilité de leur parole.<sup>2</sup>

Il importait pour nous d'avoir un contre-discours aux préjugés selon lesquels les personnes qui commettent des crimes violents sont « nécessairement » « malades » ou qu'il faut enfermer les personnes « malades » plus facilement<sup>3 4</sup>. Il importait que les personnes elles-mêmes racontent leur histoire, afin que l'on voit le vrai visage des personnes hospitalisées contre leur gré.

### 2.2. La démarche

C'est ainsi qu'à partir du mois de mars 2024, nous avons appelé les groupes de défense des droits ainsi que les groupes de parole collective de la province à organiser des consultations pour recueillir la parole des personnes ayant vécu des hospitalisations forcées.

Nous avons créé un outil d'animation clé en main<sup>5</sup> pour que les groupes organisent une consultation de façon autonome. Nous nous sommes parfois déplacées afin d'offrir nous-mêmes l'atelier ou pour assister à une consultation donnée par un groupe.

Nous avons offert à tous les groupes la possibilité d'inviter des chercheuses de l'Institut Québécois de Réforme du Droit et de la Justice (IQRDJ) pour que la parole des personnes premières concernées leur soit accessible directement.

De mars à octobre 2024, nous avons recueilli la parole des personnes provenant de 10 régions du Québec en plus d'avoir offert une consultation en ligne ouverte à tous.tes. Cela représente plus de 300 personnes qui se sont exprimées sur le sujet des hospitalisations forcées.



Consultation P-38 en Abitibi 2024

Sachant qu'il y a des dizaines de milliers d'hospitalisations forcées par année dans la province<sup>6</sup>, il est préoccupant de constater que les commentaires recueillis font état de tant d'interventions violentes qui portent atteinte à la dignité ou brisent la confiance des personnes envers le système de santé. Est-il raisonnable de penser que beaucoup d'autres personnes ont pu vivre des expériences similaires et que ces personnes n'en parlent pas parce qu'elles n'en ont pas la force ou essaient d'oublier cet épisode de leur vie? Si nous généralisons ces expériences à l'ensemble des personnes ayant vécu une garde en établissement depuis l'entrée en vigueur de la Loi P-38.001 en 1998, le portrait qu'on peut faire de la situation à partir des témoignages des plus de 300 personnes consultées est extrêmement préoccupant.

## 2.3. Les participant.e.s

Nous avons insisté auprès des groupes afin qu'une majorité de personnes premières concernées soit présente lors des consultations. Cela a été le cas en général, durant les activités tenues par les groupes: les personnes ayant vécu une garde contre leur gré étaient bien représentées. La garde pouvait être plus ou moins récente, mais nous n'avons pas remarqué de différence de traitement sur ce critère. Les personnes de tous âges, genres et communautés culturelles étaient représentées.



Consultation P-38 dans Lanaudière 2024

## 2.4. L'activité clé en main

L'activité que nous avons élaborée et qui a été offerte dans plusieurs groupes était composée d'une partie d'information et d'une partie de discussion.

### **PARTIE INFORMATION**

Pour élaborer notre consultation, nous nous sommes basées sur le document *La garde en établissement: Une loi de protection... une pratique d'oppression* produit par notre association en 2009.<sup>7</sup> Nous avons notamment repris les quatre dérapages quant à l'application de la loi qui y étaient identifiés :

- La nature exceptionnelle de la garde en établissement n'est pas respectée;
- La notion de dangerosité n'est pas interprétée de manière restrictive;
- Les droits à la représentation et à l'information sont brimés;
- Le droit au consentement libre et éclairé aux soins est contourné.<sup>8</sup>

Nous voulions attirer l'attention des personnes présentes sur ces dérapages afin de vérifier s'ils sont toujours présents aujourd'hui. Sans surprise, la situation est toujours la même et nous pouvons encore constater le peu de considération que l'on fait du respect des droits des personnes mises sous garde.

Nous avons également sensibilisé les participant.e.s à l'importance de leur participation à la démarche, étant donné le contexte social énoncé ci-haut. Nous avons présenté un bref historique de la Loi P-38.001 et des démarches citoyennes qui ont contribué à ce que la loi actuelle respecte au mieux les libertés fondamentales des citoyen.ne.s.



Consultation P-38 en Outaouais 2024

### **PARTIE DISCUSSION**

La partie discussion de l'activité visait à susciter des témoignages au sujet de trois moments charnières vécus par les participant.e.s : avant la garde, pendant la garde et après la garde en établissement. Ces témoignages sont la base des résultats présentés en troisième partie.

# 3

## Résultats et analyse

Les résultats des consultations sont divisés de la même manière dont la démarche a été effectuée, c'est-à-dire qu'ils décrivent les enjeux rencontrés par les personnes concernées avant, pendant et après la garde en établissement. Cela dit, certains constats observés sont généralisés à toutes les expériences colligées.

« [L]a parole du fou est généralement considérée comme nulle et non avenue ».<sup>9</sup> En effet, nous avons noté que les personnes subissant le processus de la Loi P-38.001 n'ont aucune crédibilité aux yeux des acteur.trice.s impliqué.e.s dans l'application de la loi. Que ce soit parce qu'elles sont en crise ou jugées comme étant « malades », leur parole est constamment occultée sous le prétexte que la « folie » les empêche d'exercer toute capacité de jugement ou de raison: « *Ils voient le choc culturel comme une maladie.* » (Montréal) Cela semble ainsi justifier un manque d'écoute de leurs besoins, de leur rythme, en plus d'excuser la violation de leurs droits de sorte à les catégoriser comme des citoyen.ne.s de seconde zone.

Les résultats décrits ci-dessous témoignent aussi d'une violence institutionnelle sans nom, que ce soit au niveau des forces policières, des services psychiatriques et du système judiciaire.

### 3.1. Avant la garde en établissement

#### LA NOTION DE DANGÉROSITÉ

*En soi, la maladie mentale ne fait pas foi de la dangerosité d'une personne, celle-ci devant être évaluée à partir de la preuve présentée au tribunal et non reposer sur le préjugé selon lequel une personne qui présente une maladie mentale est ou doit être dangereuse. De la même façon, les craintes fondées sur les antécédents de la personne ne justifient pas d'emblée de la mettre sous garde. Le meilleur intérêt de la personne, son besoin de recevoir des soins ou encore son inaptitude ou le fait qu'elle soit dérangement pour l'entourage ne sont pas non plus des facteurs suffisants pour la mettre sous garde en établissement de santé et de services sociaux.<sup>10</sup>*

Toutefois, ces considérations ne sont pratiquement jamais prises en compte lorsque les personnes sont amenées de force à l'hôpital, selon nos résultats. En effet, à l'exception d'une poignée de témoignages, les personnes consultées ont jugé ne jamais avoir représenté un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, malgré un état de crise ou de psychose, par exemple. Elles nous ont affirmé avoir toujours été conscientes et capables d'interagir avec les premier.ère.s répondant.e.s.

Voici les raisons pour lesquelles les personnes nous ont rapporté avoir été amenées dans un établissement de santé de force:

- Parce qu'elles ont vécu des difficultés au niveau de leur santé mentale, sans toutefois juger représenter un danger pour elle-même ou pour autrui, comme un état dépressif, vivre de la colère, de l'anxiété ou être en psychose;
- Parce que les proches ont appelé le 911 (par inquiétude ou à la suite d'une dispute);
- Parce que les voisin.e.s ont téléphoné la police, jugeant que les personnes étaient dérangeantes (en faisant du ménage la nuit, des petits travaux, etc.);
- Parce qu'elles ont feint des idées suicidaires afin d'avoir des services à la suite de l'hospitalisation;
- Parce qu'elles ont appelé le 811 afin d'avoir des services;
- Parce qu'elles venaient de subir une agression physique ou sexuelle et on ne les croyait pas;
- Parce qu'elles ont subi du masquage diagnostique;
- Parce qu'elles refusaient de prendre une médication;
- Parce qu'elles avaient besoin d'une place où dormir;
- Parce qu'elles ont été menacées d'accepter par les premier.ère.s répondant.e.s.

De plus, nous avons constaté que certaines se rendent d'elles-mêmes à l'hôpital puisqu'elles ont besoin d'aide, mais que lorsqu'elles expriment leur souhait de quitter, une garde en établissement est alors déclenchée. C'est pourquoi, certaines personnes ayant déjà été hospitalisées aux unités psychiatriques hésitent avant d'appeler de façon volontaire, lorsqu'elles sont en détresse, au 811 ou au 911, par appréhension de ce qu'elles pourraient subir: « *Je sais quand je rentre, je sais pas quand je sors.* » (Montréal)

**« Ils voient le choc culturel comme une maladie. »**

De sorte que nous avons relevé que dans une grande majorité des cas, la notion de « danger [qui] suppose une menace à la vie, comme dans les cas de suicide ou d'homicide »<sup>11</sup> n'est pratiquement jamais appliquée avant que les intervenant.e.s de première ligne ne décident d'emmener de force une personne à l'hôpital. Ainsi, le caractère exceptionnel de la loi est dilué, semblant plutôt correspondre à un outil d'intervention courant, selon les expériences que nous avons recueillies.

## LES INTERVENTIONS POLICIÈRES ET AMBULANCIÈRES

Les policier.ère.s et les ambulancier.ère.s font souvent partie des acteur.trice.s qui interviendront en premier lorsqu'on considère qu'une personne est un danger pour elle-même ou pour autrui. Quelques personnes nous ont nommé avoir eu une meilleure expérience avec des policier.ère.s communautaires, ou avec des équipes mixtes. Ces dernier.ère.s ont su démontrer de l'écoute et désamorcer la crise sans coercition.

Par contre, de nombreuses personnes ont plutôt rapporté des histoires d'une grande brutalité de la part des premier.ère.s répondant.e.s : « *Ils arrivent avec une mission.* » (Bas-St-Laurent) Saccage et fouille de l'appartement, membres fracturés durant l'intervention, insultes, jugements et demandes de se mettre à nu représentent un éventail des violences subies par les personnes concernées à travers la province. Sans compter le rapport de force important qu'il peut y avoir entre plusieurs policier.ère.s armé.e.s (voire jusqu'à une dizaine) pour une seule personne. Enfin, il faut souligner que des personnes en situation de handicap se voient parfois refuser l'accès à leurs outils de soutien par les agent.e.s, comme leurs lunettes spécialisées, leur canne, etc. Ce genre d'interventions brutales déclenchent ou exacerbent la crise chez les personnes concernées.

**« Est-ce qu'on m'a traitée avec dignité et respect? Ils m'ont shootée et je n'ai rien vu. »**

Nous avons eu peu de témoignages concernant les ambulancier.ère.s. Toutefois, ceux que nous avons reçus ne sont pas plus reluisants. En effet, certaines personnes ont dit avoir été auscultées de force en plus d'avoir été victimes de contentions physiques et chimiques. « *Est-ce qu'on m'a traitée avec dignité et respect? Ils m'ont shootée et je n'ai rien vu.* » (Québec).

Selon les participant.e.s des consultations, les intervenant.e.s des services policiers ou ambulanciers agissent de la sorte à cause d'un manque criant de formation en intervention de crise ou en santé mentale. Ceux.elles-ci ne réfèrent jamais à des travailleur.euse.s communautaires de proximité ou à des centres de crise. De manière à ce que les personnes consultées jugent que la Loi P-38.001 représente un outil de prévention de la crise pour les premier.ère.s répondant.e.s, plutôt qu'une loi exceptionnelle à appliquer en cas de danger grave et immédiat. « *Tu as gagné cette fois-ci* » (Outaouais) a dit un policier à une personne après que l'intervenant.e du 811 juge qu'une P-38 n'était pas nécessaire.

## L'ARRIVÉE À L'HÔPITAL

Arrivées à l'établissement de santé, les personnes ont parfois eu l'impression que le rapport des agent.e.s de police aux infirmier.ère.s « contamine » leur jugement. Certain.e.s ont rapporté que la version des policier.ère.s est parfois exagérée ou fallacieuse. De façon à ce qu'on a l'impression que l'idée du personnel soignant est déjà faite. Ainsi, même si on ne représente pas un danger pour soi-même ou pour autrui, les employé.e.s de l'hôpital agissent comme si c'était le cas. Puisque cela attise la colère et la confusion chez les personnes hospitalisées, celles-ci sont alors mises en contention, car elles sont jugées comme étant en crise.

**« On me disait que si je refusais les traitements, je ne pourrais plus revoir mon fils. »**

## 3.2. Pendant la garde en établissement

### LES DROITS

#### Le droit à l'information

Il faut mettre l'accent sur le fait que les personnes hospitalisées ne sont jamais informées de leurs droits et recours lorsqu'elles sont sous garde. Dans un seul cas, une personne s'est fait offrir le dépliant *Droits et recours des personnes mises sous garde* du Ministère de la santé et des services sociaux.<sup>12</sup> Ce sont majoritairement les organismes communautaires en défense et en promotion des droits en santé mentale qui informent les personnes de leurs droits et recours en cas de garde. Il semble d'ailleurs que non seulement les personnes ne sont pas informées de leurs droits, mais elles sont maintenues dans l'ignorance, voire même dupées. Par exemple, on n'informe pas les personnes de la durée de la garde en établissement, ou même qu'elles sont tout simplement sous garde en établissement! Cette attitude de la part du personnel soignant sera davantage détaillée ci-dessous et des exemples seront fournis.

#### Le droit au consentement aux soins

« Le consentement aux soins est libre lorsqu'il est donné: de plein gré; sans que les facultés de la personne soient altérées, sans promesses ni menaces. »<sup>13</sup> Par contre, il semble qu'il soit extrêmement difficile de refuser les soins proposés. En effet, plusieurs techniques sont utilisées afin que les personnes acceptent de prendre de la médication. Le chantage et la menace sont souvent employés, par exemple, on dit à la personne que si elle accepte la médication, elle pourra sortir plus vite. « *On me disait que si je refusais les traitements, je ne pourrais plus revoir mon fils.* » (Estrie) D'ailleurs, les personnes expriment avoir peur des représailles si elles refusent des traitements: « *J'ai accepté pour ne pas tomber dans les mauvaises grâces du médecin.* » (Estrie)

## Le droit au respect et à la dignité

Le respect et la dignité, en plus de constituer des droits humains, paraissent être des notions particulièrement négligées au sein des unités psychiatriques. Effectivement, l'atteinte à l'intégrité des personnes hospitalisées est une expérience généralisée auprès des participant.e.s.

D'abord, au niveau de la dignité physique, plusieurs personnes racontent avoir uriné dans leurs sous-vêtements, puisqu'elles étaient en contention physique depuis de nombreuses heures et qu'on refusait de les détacher pour qu'elles puissent aller aux toilettes. De plus, l'intimité est omise de multiples façons. Entre autres, plusieurs personnes expliquent avoir été forcées de se mettre en jaquette, parfois même obligées de se changer devant un.e gardien.ne ou un.e membre du personnel soignant. Aussi, les personnes sont régulièrement forcées de partager leur chambre avec un.e inconnu.e, ce qui nuit au sentiment de sécurité. Enfin, encore une fois, les personnes en situation de handicap n'ont pas toujours accès à leurs outils de soutien. Tous ces exemples reflètent non seulement une atteinte aux droits d'être traité.e avec respect et dignité, mais aussi l'humiliation à laquelle les personnes sont soumises.

**« Le cachot [les ailes psychiatriques]: jaquette, privé de tout, tu n'es plus un citoyen, tu n'es plus rien. »**

Il est primordial d'appuyer sur le fait qu'une majorité des personnes rencontrées ont déjà été victimes de violence, que ce soit des abus physiques ou sexuels ou des violences dans l'enfance. De sorte que ces atteintes à la dignité en milieu psychiatrique amplifient leurs traumatismes et leur détresse, selon leurs récits. « *Le cachot [les ailes psychiatriques]: jaquette, privé de tout, tu n'es plus un citoyen, tu n'es plus rien.* » (Chaudière-Appalaches)

## LES CONDITIONS GÉNÉRALES D'HOSPITALISATION

### Les soins

En premier lieu, divers enjeux sont rencontrés au niveau de la médication. En réalité, en plus d'entraves du droit au consentement libre et éclairé, la médication qui est offerte aux personnes est par moment différente de celle qui leur est déjà prescrite ou va à l'encontre de cette dernière et nécessite parfois de faire des sevrages drastiques, ce qui n'aide en rien la santé mentale des personnes hospitalisées.

Tel que mentionné précédemment, il arrive que l'administration de la médication soit forcée « *Cinq membres du personnel m'ont tenue, pendant qu'on m'injectait un médicament contre mon gré, en ne m'informant pas du nom de ce dit médicament.* » (Mauricie-Centre-du-Québec) D'ailleurs, maintes personnes nous ont mentionné que la médication était la seule option qu'on avait à leur donner.

En second lieu, les mesures de contentions s'avèrent être utilisées fréquemment. Au niveau de l'isolement, quelques personnes nous ont raconté y avoir été contraintes pendant plusieurs jours, par exemple durant toute la durée de la garde préventive. En ce qui a trait aux contentions physiques et chimiques, les personnes peuvent demeurer attachées de nombreuses heures, ou recevoir une injection sans être prévenues, parfois devant les autres patient.e.s et/ou se la faire administrer à nu. « *Ce ne sont pas des soins, seulement de la contrainte.* » (Montréal)

### **Les relations avec le personnel et l'aide reçue**

D'emblée, les personnes racontent que le climat instauré par le personnel soignant est centré autour de la peur, de la menace et de l'obéissance. Plusieurs disent que le fonctionnement qui est mis en place est presque carcéral. Par exemple, tout est contrôlé: les repas, le coucher, les moments où les personnes peuvent sortir, le nombre de cigarettes auxquelles elles ont le droit par jour, à qui elles ont le droit de parler, les appels sont filtrés, etc. On peut donc déduire que les relations patient.e.s/soignant.e.s sont loin des liens de confiance, basés sur une attitude d'écoute, de réassurance et de sécurité, ce qui est pourtant ce dont les personnes expriment avoir besoin.

Pour exemplifier davantage le climat de peur, exacerbé par un système de menaces et de punitions établi par les employé.e.s de l'hôpital, les personnes expriment devoir « *jouer leur jeu* » (Montérégie) afin que tout se passe bien.

**« Ce ne sont pas des soins, seulement de la contrainte. »**

De sorte à ce que les personnes se sentent obligées d'adhérer aux conditions énoncées par le personnel, comme accepter d'aller en résidence intermédiaire après l'hospitalisation ou de prendre une médication, de crainte de voir leurs portions de repas réduites, de ne pas pouvoir aller fumer, de devoir rester toute une journée dans leur chambre (ou au contraire, de ne pas y avoir accès), de ne pas pouvoir recevoir de visite, etc. C'est donc un système de punitions/récompenses auquel les personnes se doivent de se soumettre.

D'autres contraintes sont utilisées si les personnes font valoir leurs droits, en ce sens que nous devons rappeler que refuser une médication et demander d'être traité.e avec dignité et respect sont des droits humains et que de les faire respecter ne devrait en aucun cas valoir des conséquences oppressives.

D'abord, les mesures de contrôle en sont un moyen, telles qu' élaborées ci-haut, mais aussi l'usage de propos désobligeants à l'égard des personnes: « *Je te fais mal parce que tu me fais chier* » s'est fait dire une citoyenne de Montréal par une infirmière lors d'une injection. Les personnes ont l'impression que le personnel provoque des situations de crise afin de les punir.

En conséquence, les personnes abordent « des stratégies afin de contrer les « *manipulations* » (Lanaudière) du personnel hospitalier. Les personnes comprennent qu'elles doivent obéir, puisque les employé.e.s exercent un pouvoir de coercition sur elles, tout en les tenant dans l'ignorance, en utilisant des stratégies de manipulation et en les isolant. « *Tu fais ton temps pis t'attends que ça passe.* » (Montréal)

De façon presque unanime, les personnes nous disent n'avoir reçu aucune aide, même qu'au contraire, on les empêche de parler. Celles-ci ont constaté que le personnel soignant ne semble pas disposé ou formé pour intervenir en relation d'aide avec les patient.e.s. Certain.e.s personnes, après avoir tenté de parler de leur détresse auprès des infirmier.ère.s, se sont fait donner encore plus de médication. Au final, c'est lors des discussions avec les autres patient.e.s que les personnes se sentent le plus écoutées.

**« “Je te fais mal parce que tu me fais chier.” »**

D'ailleurs, il est évident que la situation de détresse des personnes n'est pas perçue comme nécessitant de l'aide, mais plutôt comme des comportements ayant besoin d'être contraints et arrêtés: « *Nos comportements sont dérangeants pour le psychiatre.* » (Montréal) Le personnel hospitalier semble ainsi revêtir un rôle d'expert en ce qui a trait aux besoins des personnes: « *Ils se voient comme des experts donc tu dois être d'accord avec eux.* » (Lanaudière) Les patient.e.s sont donc dans l'incapacité de nommer les soins ou l'aide qu'elles souhaiteraient avoir, car leur parole est constamment décrédibilisée, du fait qu'elles sont vues comme « *malades* » et incapables de juger par elles-mêmes, ou parce qu'elles ne sont pas reconnues comme étant expertes de leur vécu.

Finalement, les activités qu'il y a à faire lors de la garde sont assez minces. « *Un moment donné, on est tanné.e.s de faire juste des mandalas!* » (Bas-St-Laurent) Cela dit, les activités qui sont offertes lorsqu'un.e technicien.ne en loisirs est présent.e sont très appréciées et permettent aux personnes de s'occuper et d'alléger les conditions d'hospitalisation. Le quotidien est, par contre, assez morne. Les personnes n'ont presque pas le droit de sortie, ni de téléphone et le sommeil est interrompu et « *la bouffe est infecte.* » (Montréal)

Somme toute, les personnes nous ayant nommé avoir eu une relativement bonne expérience d'hospitalisation sont celles qui sont d'abord allées dans un établissement de manière volontaire, lorsqu'elles obéissent au personnel soignant ou qu'elles ont des proches qui leur rendent visite et qu'elles ne sont pas seul.e.s.

## LES AUDIENCES

**« Le psychiatre est juge et médecin. »**

### Les délais

D'abord, les délais prescrits dans la Loi P-38.001 ne semblent pas respectés par les établissements. Généralement, les personnes affirment que cela a pris beaucoup plus de 72h avant de passer à la cour, en ce qui a trait à la garde préventive. Cela signifie que les personnes sont gardées contre leur gré dans un établissement de santé et perdent leur droit à la liberté sans qu'un juge ne l'ait ordonné pendant plus de trois jours.

De plus, il semble qu'il soit pratique courante de recevoir l'ordonnance de cour dans des délais très serrés, ce qui laisse peu de temps pour les personnes de se trouver un.e avocat.e. Par exemple, les personnes reçoivent les papiers le vendredi, pour comparer le lundi. De sorte que les bureaux d'avocat.e.s sont fermés durant la fin de semaine et qu'il est presque impossible d'être représenté.e. Le pire cas est celui d'une personne ayant reçu l'ordonnance de cour seulement une heure avant sa parution.

### La représentation

Advenant le cas où les personnes réussissent à être représentées d'un.e avocat.e, le parcours n'est pas moins laborieux. En effet, les personnes rapportent ne pas avoir reçu une défense adéquate. Par exemple, les avocat.e.s ne disent tout simplement rien en leur faveur, ne prennent que quelques minutes avant l'audience pour discuter de la stratégie de défense, tentent de les convaincre de prendre la médication, etc. Certain.e.s semblent stigmatiser les personnes en raison de leur psychiatisation et ainsi entraver une défense appropriée: « *Mon avocat m'a dit de ne pas venir en cour parce que ça pourrait être anxiogène pour moi.* » (Montréal) Il faut noter que les personnes ayant eu recours à un.e avocat.e au privé plutôt qu'à l'aide juridique ont généralement dit avoir eu droit à une meilleure représentation. Cela est inquiétant, car ça signifie que les personnes à revenus plus modiques n'ont pas droit à une justice équitable.

De surcroît, lors de la parution, les personnes affirment que « *le psychiatre est juge et médecin.* » (Montréal) En ce sens, les juges penchent d'emblée du côté des psychiatres et prennent rarement en compte la parole des personnes concernées. Ces dernières ont par conséquent le sentiment que de passer devant un juge ne sert qu'à respecter les procédures judiciaires, sans toutefois qu'une réelle justice ne soit exercée.

Enfin, les personnes expliquent que les confidences qu'elles ont faites aux psychiatres sont utilisées contre elles à la cour, justifiant de les détenir en gardes provisoire ou autorisée. De sorte que le lien de confiance avec les soignant.e.s est automatiquement rompu, créant plutôt une méfiance envers ceux.elles-ci. « *Quand on te dit que tu peux sortir, on a peur que ce soit une menace.* » (Montérégie)

## 3.3. Après la garde en établissement

### SOUTIEN POST-HOSPITALISATION

D'abord, il est important de mettre en valeur le fait que de nombreuses personnes terminent une garde sans aucun soutien, ni références, ni filet de sécurité. Elles sont laissées à elles-mêmes pour trouver des ressources à leur sortie. Pour cette raison, les personnes expriment que lorsque les périodes de crises et les raisons les ayant poussées à être hospitalisées (précarité financière, enjeux au niveau du logement, problèmes familiaux) se reproduisent, elles doivent souvent être ré-hospitalisées par manque d'aide dans la communauté.

Ensuite, le soutien au logement est primordial lorsqu'on parle des déterminants sociaux de la santé mentale. C'est une aide nécessaire afin que les personnes ne se retrouvent pas à la rue et qu'elles puissent avoir un chez soi permettant d'éviter ou de minimiser les périodes de crise. De manière à ce que malgré qu'il y ait parfois de l'accompagnement au logement qui soit offert à la sortie de l'hôpital, la crise du logement fait que les personnes se retrouvent fréquemment dans des hébergements non-adaptés à leur situation ou insalubres.

### SERVICES PSYCHIATRIQUES

Lors de la fin de la garde, certaines personnes se voient référées à des services psychiatriques externes, tels que les SIM, SIV, cliniques externes, travailleur.euse.s sociaux.ales, etc. Rappelons que c'est d'ailleurs pour recevoir ces services que des personnes tentent parfois d'être hospitalisées!

Par contre, les personnes déplorent ne pas avoir eu le choix dans les services proposés. De plus, les services sont distincts les uns des autres, ce qui fait que les personnes doivent perpétuellement raconter leur histoire d'une place à l'autre et développent peu de liens de confiance avec leur panoplie d'intervenant.e.s.

Enfin, il est intéressant de constater que les personnes préfèrent les suivis psychosociaux, telles que des rencontres avec un.e travailleur.euse sociale.e, plutôt que biomédicaux. Ces services permettent davantage d'apporter de l'aide au niveau de leur environnement et des causes de leur détresse et des potentielles crises.

**« Quand on te dit que tu peux sortir, on a peur que ce soit une menace. »**

## LES ALTERNATIVES

Parfois, les personnes reçoivent une liste d'organismes pouvant leur venir en aide. Parmi ces organismes, on trouve des ressources d'entraide alternatives et en promotion-vigilance des droits en santé mentale.

Les personnes ayant fréquenté ces ressources expliquent qu'elles leur ont permis de briser leur isolement et de participer à la vie citoyenne. En effet, ce sont des milieux de vie où les personnes sont perçues autrement que par le filtre de la « maladie » et sont plutôt accueillies comme des personnes à part entière. Les personnes consultées expriment que de ne pas avoir à dévoiler leurs diagnostics pour être membres de ces ressources leur permet d'être accueillies pour ce qu'elles sont, selon leurs besoins, leurs rêves, etc. « *Si on m'avait proposé des alternatives comme la Bonne étoile [groupe d'entraide alternatif et en promotion-vigilance des droits en santé mentale], ça aurait changé ma vie.* » (Lanaudière)

## LA STIGMATISATION

En premier lieu, les personnes témoignent avoir été stigmatisées au niveau de l'emploi. En effet, les personnes craignent que leurs collègues apprennent qu'elles ont subi une garde en établissement, de peur d'être jugées ou exclues. Aussi, les gardes de longue durée peuvent nuire à l'emploi, d'autant plus si on ne connaît pas sa durée exacte. Effectivement, puisqu'une garde autorisée doit être renouvelée aux 21 à 30 jours ouvrables, les personnes qui sont hospitalisées durant plusieurs mois sans savoir si la garde sera renouvelée appréhendent de perdre leur travail.

En second lieu, les personnes rapportent avoir été stigmatisées relativement au logement. Elles sont discriminées par leurs voisins et leurs propriétaires, cela pouvant même leur causer des évictions.

**« Si on m'avait  
proposé des  
alternatives comme  
la Bonne étoile  
[groupe d'entraide  
alternatif et en  
promotion-  
vigilance des droits  
en santé mentale],  
ça aurait changé  
ma vie. »**

Également, lorsqu'il est question de ressources intermédiaires, les personnes sont d'avis que ce ne sont pas des lieux conviviaux. Ce sont plutôt des milieux contrôlés où les personnes subissent parfois de la menace et du chantage de la part des intervenant.e.s. De plus, les personnes n'ont pas le contrôle de leur médication, de leur argent, ni même de leur consommation de cigarettes.

Finalement, les personnes subissent de la stigmatisation dans leur quotidien: « *En région, tout le monde se connaît, donc tout finit par se savoir.* » (Bas-St-Laurent). De plus, bien que le rôle des proches peut être significatif dans l'apport d'un filet de sécurité et de soutien autour des personnes concernées, ces dernier.e.s peuvent aussi jouer un rôle coercitif dans la facilitation de l'application de la garde, ou en les stigmatisant à la suite de celle-ci. L'effritement des liens de confiance peut donc mener une personne à être d'autant plus isolée. Enfin, certaines personnes qui avaient un suivi avec la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) affirment que cela leur a valu des jugements de la part des intervenant.e.s au niveau de leurs capacités parentales.

## **LE TRAUMATISME INSTITUTIONNEL**

Tout d'abord, les personnes consultées ont toutes affirmé que la garde en établissement ne les a en rien aidées relativement à leur détresse psychologique, voire même qu'elle a aggravé leur situation: « *Avant la garde, j'avais réussi à m'établir une bonne routine quotidienne. Toutefois, celle-ci [la garde] a complètement chamboulé ma vie et il a été difficile pour moi de me remettre sur pieds.* » (Estrie)

Qui plus est, on juge que la psychiatrie fait subir des traumatismes inutiles. Cela a pour conséquence que les personnes préfèrent se désaffilier du système public que de risquer de retourner en psychiatrie. Elles évitent les hôpitaux, n'appellent jamais au 811 et se méfient de l'entièreté du personnel du réseau de santé et de services sociaux. « *La psychiatrie est plus traumatisante que la violence conjugale.* » (Lanaudière)

**« La psychiatrie est plus traumatisante que la violence conjugale. »**

# 4

## Nos recommandations

À la lumière de ces résultats issus de la parole collective des personnes ayant subi une garde en établissement à travers la province, ReprésentACTION smQ a établi cinq recommandations permettant de minimiser l'application de la loi de la protection de la personne, de réduire ses impacts sur les personnes concernées et de favoriser le respect des droits. L'objectif de nos recommandations est d'éliminer la violence du parcours d'application de la loi P-38.001 dans toutes les étapes, de la première intervention, à l'hospitalisation, puis à la sortie. De plus, nous souhaitons favoriser des interventions qui sortent du paradigme de la médication comme seule réponse à la crise. Enfin, nos recommandations visent à réduire, voire à éliminer le recours à la Loi P-38.001.

Quant à la loi elle-même, nous ne recommandons pas de modifications. Nos consultations ont bien démontré que les problèmes se situent au niveau de l'application; pensons par exemple à son caractère exceptionnel peu respecté. Nous espérons que les recommandations suivantes, avec une véritable volonté de nos dirigeants d'investir dans la santé mentale, permettraient d'éliminer le besoin de recourir à la loi.

### 4.1 S'attaquer à la stigmatisation des médias

L'influence des médias est énorme pour renforcer les préjugés quant au lien entre la violence et les problèmes de santé mentale. En ce moment, on constate une dérive dans la façon dont sont rapportés des crimes violents qu'on associe au moindre diagnostic. Entre autres, des groupes de femmes ont rapporté que cela peut avoir l'effet d'invisibiliser la violence faite aux femmes en masquant la véritable cause de cette violence avec un diagnostic en santé mentale.<sup>14</sup>

#### **NOUS RECOMMANDONS**

D'intensifier la sensibilisation des médias aux effets pervers de l'association entre santé mentale et violence. Par exemple, via le guide *En-tête: Reportage et santé mentale*,<sup>15</sup> des activités de sensibilisation pour les étudiant.e.s en journalisme et dans les congrès de journalistes.

## 4.2. Diminuer le recours à l'hospitalisation

Nous constatons que l'accès aux services est très difficile pour de nombreuses personnes qui cherchent de l'aide. Dans nos consultations, plusieurs personnes hospitalisées contre leur gré se sont présentées à l'urgence d'elles-mêmes, dans le but de recevoir de l'aide pour leur détresse psychologique. Dans la majorité des cas, ces séjours ont généré de la colère et de l'amertume et ont pu causer une perte de confiance envers les services hospitaliers et d'autres ressources auxquelles ces personnes ont fait appel dans un moment de détresse, telles que le 811.

Les recommandations suivantes visent à diminuer le recours aux hospitalisations en bonifiant les services accessibles dans la communauté et prévenir les crises.

### DE L'ÉCOUTE ET DES RÉPONSES ACCESSIBLES

Comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises, les personnes en situation de crise ont besoin de parler et d'être écoutées. Il existe plusieurs services d'écoute téléphoniques et ils sont appréciés dans plusieurs cas. Cependant, ils sont nettement insuffisants pour assurer un suivi ultérieur.

**NOUS RECOMMANDONS** d'élargir l'offre de services psychosociaux accessibles à tous.tes, comme des psychologues et des travailleurs sociaux.

**NOUS RECOMMANDONS** de même que le gouvernement reconnaisse la réponse offerte par les groupes d'entraide communautaires et alternatifs comme étant tout aussi valable que celle offerte dans les services institutionnels, de façon à ce que leur financement soit conséquent

### BONIFIER L'OFFRE DE SERVICES POUR PRÉVENIR OU SORTIR DES CRISES

**NOUS RECOMMANDONS** de miser sur une plus grande offre de services dans la communauté. Des services doux, tels que des centres apaisants,<sup>16</sup> permettant de se reposer loin de tout souci, avant d'en arriver à une crise. Cette idée de centre apaisant est d'ailleurs une demande des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Des centres de crise plus accueillants, qui n'ont pas de liste d'attente, ni de critères trop contraignants. Des ressources qui savent composer avec les gens qui ont des problèmes de consommation en plus de problèmes de santé mentale.

## **S'ASSURER QUE LA LOI P-38.001 DEMEURE UNE LOI D'EXCEPTION**

Tel que démontré ci-haut, cette loi semble constituer un outil de prédilection pour les intervenant.e.s de première ligne, plutôt qu'une pratique exceptionnelle.

**NOUS RECOMMANDONS** d'établir un protocole au sein du 811 afin que les premier.ère.s répondant.e.s soient obligé.e.s de faire appel à des intervenant.e.s de crise, comme des travailleur.euse.s de rue avant d'appliquer la Loi P-38.001 (voir aussi l'approche de l'Escouade 24/7 au point 4.4).

**NOUS RECOMMANDONS** que 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* qui encadre l'utilisation de cette loi d'exception soit employé de manière systématique lors des interventions de crise.

## **LE RÔLE DES PROCHES**

Nous avons constaté que le rôle des proches des personnes premières concernées au sujet de la garde est ambigu. Parfois, leur implication favorise la mise sous garde et la coercition, tandis qu'à d'autres moments, ils apportent un soutien, une écoute et une réassurance qui permettrait d'éviter l'application de la Loi P-38.001.

**NOUS RECOMMANDONS** Que le rôle des proches soit plus ou moins important en fonction des besoins et demandes des personnes concernées, tout en portant une attention particulière au respect du droit à la confidentialité et à la primauté de la personne.

## **4.3. Un meilleur soutien lors des séjours à l'hôpital**

Nous croyons que les séjours hospitaliers ne constituent pas la meilleure réponse à la majorité des besoins des personnes en situation de crise et nous visons, tout comme l'Organisation mondiale de la santé, une transition des ressources investies actuellement dans les institutions psychiatriques vers les services communautaires :

*Les orientations énoncent ce qui doit être fait pour accélérer la désinstitutionnalisation et intégrer une approche communautaire fondée sur les droits en matière de soins de santé mentale. Il est notamment préconisé d'adopter une législation visant à remplacer progressivement les établissements psychiatriques par des systèmes de soutien communautaire et des services intégrés inclusifs, tels que l'aide au revenu et au logement, et les réseaux de soutien par les pairs.<sup>17</sup>*

En attendant, cela ne signifie pas que l'on ne puisse faire quelques recommandations pour que les séjours soient mieux vécus par les personnes les subissant. Nous avons entendu à quel point les séjours à l'hôpital sont mal vécus par de très nombreuses personnes. Dans plusieurs cas, ces séjours ont brisé le lien de confiance envers l'institution et ont ajouté des traumatismes en plus des ceux déjà vécus.

### **AMÉLIORER L'ACCUEIL À L'URGENCE**

De nombreuses personnes nous ont rapporté s'être senties complètement perdues et laissées à elles-mêmes lors de leur arrivée à l'urgence. On ne leur a pas expliqué ce qui était en train de se passer et dans plusieurs situations, on ne leur disait pas non plus la raison pour laquelle elles étaient là. Cela accroît le sentiment de panique qu'elles ressentent.

**NOUS RECOMMANDONS** aux établissements d'avoir une personne ressource dédiée à l'accueil psychiatrique, ce qui répondrait à une demande fréquente de la part des personnes premières concernées.

### **AMÉLIORER LE SUIVI APRÈS LA SORTIE DE L'HÔPITAL**

Plusieurs personnes nous ont rapporté avoir été laissées à elles-mêmes à la sortie de l'hôpital, avec un suivi minimal, retournant dans le même milieu leur ayant parfois valu d'être hospitalisé.e.s.

**NOUS RECOMMANDONS** d'améliorer le suivi afin de vérifier que les personnes aient accès aux ressources qu'elles désirent. Ce suivi devrait être à long terme, jusqu'à ce que la personne elle-même décide de l'arrêter.

### **AMÉLIORER LE SOUTIEN OFFERT LORS DE L'HOSPITALISATION**

On nous a rapporté combien les séjours à l'hôpital étaient vides de sens pour plusieurs personnes. On écoute la télé, on fait du dessin. Certaines personnes ont eu le droit de parler avec les autres personnes hospitalisées et y ont trouvé du soutien significatif, d'autres avaient l'interdiction de créer des liens avec les autres.

On se fait confisquer son téléphone et le nombre d'appels que l'on peut faire est limité. On nous parle de la solitude, du manque d'intimité, de la dignité, voire même de violences psychologique et physique. Plusieurs nous ont dit que l'hospitalisation est pire que la prison.

**NOUS RECOMMANDONS** d'améliorer les services offerts lors du séjour à l'hôpital afin qu'ils soient tout simplement plus humains. Idéalement, cela signifierait l'abolition du recours à toute mesure de contrôle dans les établissements de santé. Cela dit, actuellement, il existe des précédents qui permettrait de limiter leur usage:

*Plusieurs initiatives ont été prises par le CSSS Pierre-Boucher afin de rendre les soins en intervention en santé mentale plus humains. Le CSSS s'est doté d'une nouvelle politique sur l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle. Cette politique vise, entre autres, à diminuer le recours à de telles mesures et à maximiser l'implication de l'utilisateur dans le processus décisionnel. Elle a permis une diminution significative du recours à la contention et à l'isolement en 2014. Une personne intervenante spécialisée en situation de crise a également été embauchée dans l'optique de favoriser des méthodes alternatives.<sup>18</sup>*

## **OFFRIR DE LA MEILLEURE INFORMATION SUR LES DROITS**

**NOUS RECOMMANDONS** d'améliorer la formation du personnel sur les droits, mais plus particulièrement sur le consentement aux soins, d'une part, et sur la Loi P-38.001, d'autre part.

Le personnel devrait accorder le respect le plus total au consentement libre et éclairé aux soins pendant la garde forcée. Les personnes doivent rester maîtres de leurs propres décisions et le personnel peut être un allié dans la protection de ce droit. On devrait également s'assurer que des membres du personnel soient formé.e.s sur la Loi P-38.001 afin d'accompagner, au besoin, les personnes pendant ce processus anxiogène.

Ensuite, nous privilégions l'implantation de projets tels que *Pour une défense pleine et entière*, une initiative provenant du Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM). Ce projet vise à faire en sorte que toute personne admise contre son gré en psychiatrie soit rejointe de façon anonyme par un.e intervenant.e de l'organisme qui propose de l'accompagner dans le processus. Elle pourra lui offrir de l'information et des conseils, l'accompagner à la cour ou l'aider à faire appel.

## AVOIR PLUS DE PERSONNEL DANS LES UNITÉS PSYCHIATRIQUES

Nous constatons que plusieurs problèmes découlent directement du manque de personnel. Par exemple, nous savons que les contentions physiques et chimiques sont utilisées dans plusieurs cas parce que leur utilisation est plus simple que de prendre du temps pour discuter et tenter d'apaiser les crises. L'absence d'écoute, le sentiment d'être laissé.e à soi-même, l'isolement ressenti par les personnes hospitalisées peuvent aussi être attribués au manque de personnel. Les règlements et interdictions interminables et qui sont absurdes pour les personnes en sont probablement aussi la conséquence. Finalement, le stress lié au manque de personnel peut leur causer un traumatisme vicariant<sup>19</sup> chez celui-ci. Cet état cause, par exemple, un manque d'empathie ou la dépersonnalisation des personnes hospitalisées.

**NOUS RECOMMANDONS** que les établissements s'assurent que le personnel dans les unités de psychiatrie soit en nombre suffisant pour répondre adéquatement aux besoins des personnes hospitalisées.

## 4.4. LUTTER CONTRE LA VIOLENCE ET LA COERCITION À TOUTES LES ÉTAPES

### LUTTER CONTRE LA VIOLENCE LORS DE L'INTERVENTION POLICIÈRE

Nous avons entendu trop de témoignages de personnes ayant été interpellées avec une force abusive par des policier.ère.s. Si les projets d'escouades mixtes sont un pas dans la bonne direction pour réduire le recours à la violence et espérer une désescalade des crises, les témoignages des personnes qui les ont rencontrées sont assez mitigés. Nous ne croyons pas que la réponse systématique aux appels d'urgence psychosociale devrait être une intervention policière. Des intervenant.e.s communautaires pourraient mieux résoudre de nombreuses situations.

**NOUS RECOMMANDONS** de développer des approches telles que celle de l'Escouade 24/7<sup>20</sup> implantée au Bas-Saint-Laurent. Pour chaque appel d'urgence psychosociale (par exemple, au 811), un.e intervenant.e tente d'abord de désamorcer la crise par téléphone et peut se rendre sur place si l'intervention téléphonique n'est pas suffisante.

## LUTTER CONTRE LA VIOLENCE LORS DU SÉJOUR À L'HÔPITAL

Nous avons également entendu de nombreux témoignages faisant état de la violence à l'intérieur même de l'hôpital. Que ce soit par les gardien.ne.s de sécurité ou par les mesures de contrôle comme la contention et l'isolement, nous devons nous rappeler que ces violences sont faites dans de nombreux cas à l'encontre de personnes ayant déjà subi des violences antérieurement à leur hospitalisation. Combien de personnes vivant de la détresse psychologique suite à un traumatisme vont chercher de l'aide pour se faire répondre par encore plus de violence?

**NOUS RECOMMANDONS** que les établissements se dotent d'un plan d'action visant la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle, d'isolement, de contention physique et chimique. De nombreux outils existent déjà, permettant de faire cette transition.

## 4.5. FAVORISER L'APPROPRIATION DU POUVOIR ET LA PARTICIPATION ACTIVE DES PERSONNES PREMIÈRES CONCERNÉES

Nous considérons que les personnes premières concernées doivent avoir une place prépondérante dans les décisions sur les services qu'elles reçoivent. Les établissements prônent une approche centrée sur la « primauté de la personne », sans pourtant que l'on voit cesser l'approche paternaliste (les professionnel.le.s savent ce qui est bon pour les patient.e.s, se considérant comme « expert.e.s » en matière de santé mentale).

**NOUS RECOMMANDONS** que les établissements adoptent une approche visant l'appropriation du pouvoir. Les quatre piliers de cette approche sont :

- Avoir la possibilité de faire des choix libres et éclairés;
- Participer activement aux décisions qui ont un impact sur la vie;
- Pouvoir actualiser son potentiel de croissance personnel, professionnel et social;
- Pouvoir connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits.

Nous croyons que cette approche, basée sur les droits, permet d'éviter deux écueils des services en santé mentale : le paternalisme dans les soins ainsi que les méthodes coercitives. De plus, cette approche met véritablement la personne au centre des soins en visant son autonomie pleine et entière.

# 5

## Annexe

### 5.1. Rassemblement national P-38

Nous souhaitons rendre accessible le texte que l'équipe de ReprésentACTION smQ a rédigé et lu lors du rassemblement national *Touche pas à nos droits!* organisé par l'AGIDD-SMQ le 13 novembre 2024. Ce texte se veut un hommage à la parole collective des personnes ayant participé aux consultations au sujet de la Loi P-38.001. Ce dernier résume leurs savoirs expérientiels et démontrent efficacement les problèmes des pratiques oppressives entourant cette loi d'exception.

#### **VOUS AVEZ ÉTÉ 300 À NOUS DIRE**

Depuis les 7 derniers mois, 20 consultations auprès des personnes ayant subi des P-38 ont été offertes, dans 10 régions du Québec. En tout, vous avez été plus de 300 personnes à nous partager vos expériences de garde en établissement, afin qu'ensemble, on puisse forger une parole collective dénonçant les abus dans l'application de cette loi d'exception, trop souvent d'oppression.

On veut vous dire MERCI de nous avoir fait confiance. On va se battre pour que nos histoires soient au cœur des décisions qui vont se prendre par rapport à la loi. On va se battre pour que notre dignité soit de la première importance. On va toujours dire qu'on est des PERSONNES et des CITOYEN.NE.S, pas des maladies, et encore moins des dangereux!

Vous avez été 300 à avoir été forcé.e.s à rester à l'hôpital;

Vous avez été amené.e.s parce que votre routine nocturne de ménage dérangeait vos voisins;

Parce que vos propos semblaient délirants aux oreilles de vos proches;

Parce qu'une personne de confiance jugeait vos capacités parentales;

Parce que votre psychiatre ne savait pas comment accueillir votre détresse;

Parce que vous avez été victimes de masquage diagnostique;

Parce qu'on ne vous croyait pas quand vous disiez avoir besoin d'écoute, de temps, de chaleur humaine;

Parce que vous veniez tout juste d'être agressé.e.s dans la rue, parce que vous veniez d'être violé.e.s;

Mais vous avez été près de 300 à nous dire ne JAMAIS avoir représenté.e.s un danger pour vous-même ou pour autrui.

Vous avez été 300 à être resté.e.s quelques jours, quelques semaines ou quelques mois à l'hôpital contre votre gré;

Dans certains cas, vous n'aviez plus votre téléphone, vous n'aviez plus vos vêtements, vous n'aviez plus vos affaires;

Vous étiez privés d'intimité, mais vous vous ennuyez quand même;

Vous avez colorié des mandalas, des mandalas, *pis encore des maudits mandalas*;

Vous avez subi des commentaires désobligeants du personnel;

Vous avez été éloigné.e.s de votre entourage, de vos enfants;

Vous avez subi des agressions par des agent.e.s de sécurité;

Vous avez été piqué.e.s et médicamenté.e.s contre votre gré;

On vous a menti.e.s, manipulé.e.s, isolé.e.s, contentionné.e.s;

Vous avez été laissé.e.s dans le noir et parfois délibérément trompés quant à vos droits.

Vous avez été 300 personnes à nous dire que non seulement l'hospitalisation forcée n'a servi à rien;

Mais elle a, dans de nombreux cas, empiré votre situation;

Vous a laissé.e.s sans aide et sans toit;

Vous a marqué.e.s au fer rouge de la « folie »;

Vous a traumatisé.e.s à vie;

A rompu votre confiance envers le système de santé;

Est-ce qu'on peut dire que 300 voix, c'est anecdotique?;

Que 300 histoires de maltraitance, de brutalité et de violence, ça veut rien dire?;

Que 300 vies bouleversées, c'est insignifiant?;

Vous avez été 300 voix à nous dire *TOUCHE PAS À NOS DROITS!*

*TOUCHE PAS À NOS DROITS!*

*TOUCHE PAS À NOS DROITS!*

# 6

## Bibliographie

1. « Le masquage diagnostique se définit comme l'attribution de symptômes de maladie physique à un trouble de santé mentale déjà diagnostiqué. La personne se retrouve alors avec un diagnostic de maladie physique ou un traitement qui, s'il correspond au problème, arrivera souvent trop tard. » Boucher, A.-M. (2019). La crédibilité de nos maux. *L'autre espace*, 6(10), p.14. [https://www.rasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace\\_2019\\_06\\_Vol10-1.pdf](https://www.rasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace_2019_06_Vol10-1.pdf)
2. Godrie, B. et Rivet, C. (2019). Faire la preuve de sa crédibilité : diagnostics et groupes d'entraide dans la trajectoire de soins en santé mentale, *Revue du CREMIS*, 11(1), p. 23-27. <https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/faire-la-preuve-de-sa-credibilite-diagnostics-et-groupes-dentraide-dans-la-trajectoire-de-soins-en-sante-mentale/>
3. Newman, A. et Fitzsimmons, E.G. (2022, 29 novembre). New York City to involuntarily remove mentally ill people from streets, *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2022/11/29/nyregion/nyc-mentally-ill-involuntary-custody.html>
4. Jean-François Plouffe, interviewé par Benoît Dutrizac. (2024, 2 septembre). « RÉPONDEZ À MA QUESTION! »: Dutrizac talonne solidement le porte-parole d'Action Autonomie. *QUB Radio*. <https://www.tvaplus.ca/qub/benoit-dutrizac/repondez-a-ma-question-dutrizac-talonne-solidement-le-porte-parole-d-action-autonomie-1409869973>
5. ReprésentACTION smQ. (2024). *Consultation P-38: Atelier de consultation*. <https://drive.google.com/drive/folders/1aa3NpEDrklfs6tGVogFHyLjsr1nXuEWY>
6. Action autonomie. (2024). « J'méritais pas ça » Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'île de Montréal. *Action autonomie*, p.18. <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>
7. AGIDD-SMQ. (2009, avril). *La garde en établissement: une loi d'exception, une pratique d'oppression*. [http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection\\_opp\\_web.pdf](http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection_opp_web.pdf)
8. Idem, p. 11.
9. Dorvil, H. (2006). Prise de médicaments et désinstitutionnalisation. Dans Collin, J., Otero, M., Monnais, L. et Coignard-Friedman, R. (dir.), *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine: regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 35-66.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (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*, p.22. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>
11. Ibid.
12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Droits et recours des personnes mises sous garde*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-27F.pdf>
13. Op cit., p.22.
14. Claudine Thibaudeau. (2023, 27 août). Drame dans Lanaudière : « La violence conjugale n'est pas un problème de santé mentale ». *TVA Nouvelles*. <https://www.tvanouvelles.ca/2023/08/27/drame-dans-lanaudiere--la-violence-conjugale-nest-pas-un-probleme-de-sante-mentale>
15. En-tête: Reportage et santé mentale. (2020). *Un guide créé par des journalistes à l'attention des journalistes et des étudiants en journalisme*. <https://www.en-tete.ca/>
16. Mois de la parole collective en santé mentale. (2023). *Notre centre apaisant de rêve*. [https://www.parolecollective.org/2023/#réf\\_2023](https://www.parolecollective.org/2023/#réf_2023)
17. Organisation mondiale de la santé. (2023, 9 octobre). *L'OMS et le HCDH publient de nouvelles orientations pour améliorer les lois visant à lutter contre les atteintes aux droits humains dans les soins de santé mentale*. <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2023-who-ohchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care>
18. AGIDD-SMQ. (2015). *Respect des droits en santé mentale: Prix Orange pour le CSSS Pierre-Boucher, Prix Citron pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale*. <https://www.agidd.org/respect-des-droits-en-sante-mentale-prix-orange-pour-le-csss-pierre-boucher-prix-citron-pour-le-ministere-de-lemploi-et-de-la-solidarite-sociale/>
19. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2024). *Le traumatisme vicariant ou quand les traumatismes des soignés deviennent ceux des soignants*. <https://www.oiiq.org/le-traumatisme-vicariant-ou-quand-les-traumatismes-des-soignes-deviennent-ceux-des-soignants>
20. Centre de prévention et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent. (2023). *Escouade 24/7*. <https://centredecrisebsl.qc.ca/deplacement-durgence-247/>
21. Comité de pilotage du guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir. (2004) *Paroles et parcours d'un pouvoir fou. Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale*. <https://www.representationsmq.org/s/Guide-sur-lappropriation-du-pouvoir1.pdf>



4837 rue Boyer #210,  
Montreal, Qc H2J 3E6

438 520-4443  
514 523-3443, poste 105

[representation@agidd.org](mailto:representation@agidd.org)  
[parolecollective@agidd.org](mailto:parolecollective@agidd.org)