

“



HOSPITALISER OU NÉGLIGER? Sortir d'un faux dilemme

Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et publiques sur le projet de loi no 23, Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui

”

Le lundi 1er juin 2026



Regroupement des
ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

Crédits

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

Illustration de la page 4: Clément de Gaulejac

Relecture : Dominic Dubois, Esther Hétu, et Mohamed Faraban Diakite (Auto-Psy Québec).

Remerciements particuliers: Aux participant-es de la démarche *Se donner du souffle* (2017-2020). Aux participant-es de l'atelier *Mesures d'exception* lors de l'AGA de juin 2024 du RRASMQ. Aux ressources ayant participé à la rencontre thématique sur les alternatives aux mesures d'exception en novembre 2024. Aux personnes qui ont contribué à l'appel de témoignages du printemps 2026. Aux personnes ayant partagé leur histoire via le formulaire de signature de la Déclaration *Quand la folie a le dos large*. Les membres du comité le Politique: Jade Albert (Vaisseau d'Or (des Moulins)), Pauline Beaudry (Virage Santé mentale), Peter Belland (Le Phare source d'entraide), Thomas Bilodeau (La Cordée), Yves Brosseau (L'Avant-garde en santé mentale), David Castrillon (Projet Inclusion), Mohamed Diakite Faraban (Auto-Psy), Lisette Dormoy (Vaisseau d'or (des Moulins)), Édith Lambert (L'Oasis de Lotbinière), Frédéric McDuff (le Rivage), Luc Parent (Prise II), Karlyn Perron (La Barre du Jour), Jean-François Plouffe (Action Autonomie).

Table des matières

PRÉSENTATION DU RRASMQ	4
INTRODUCTION	5
1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX SUR LE PROJET	7
1.1. L'importance de la prévention	7
1.2. La médication ne règlera pas tout.....	8
1.3. Des préjudices importants pour les personnes.....	9
1.4. Un seul consensus: le manque de ressources.....	13
1.5. Aggraver la situation: un risque bien réel.....	15
2. PRIVILÉGIER DES SOINS VOLONTAIRES, CHAQUE FOIS QUE C'EST POSSIBLE	17
2.1 En amont des crises, favoriser l'accompagnement dans la communauté et l'entraide.....	18
2.2 Face à la crise, privilégier la désescalade et les pratiques alternatives.....	19
2.3. Prendre soin du "autour" et du "après" la crise.....	23
3. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS SUR LE PL23	26
3.1. La modification du titre de la Loi.....	26
3.2. Ajout d'un préambule.....	27
3.3. Critère d'application de la Loi.....	28
3.4. La trajectoire de garde.....	31
3.5. Transfert des compétences en matière d'autorisations judiciaire de soins et de garde en établissement au Tribunal administratif du Québec.....	33
3.6. Processus d'action concertée, intervenant-es désigné-es et entente cadre.....	34
3.7. À propos des directives psychiatriques anticipées.....	35
3.8. Les droits, une note de bas de page?.....	39
CONCLUSION	41
Annexe 1 - Synthèse des recommandations.....	43
Annexe 2 - Balises législatives autour des Directives psychiatriques anticipées.....	45
Annexe 3 - Statistiques de l'escouade 24-7 du Bas-St-Laurent.....	46
Références.....	48



PRÉSENTATION DU RRASMQ

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

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

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

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

INTRODUCTION

Déposé en mars dernier, le projet de loi 23 a été présenté comme un projet "consensuel" dans la population. Pourtant, dès l'automne 2025, de nombreuses voix s'inquiétaient de cette possible réforme, via la déclaration *Quand la folie a le dos large*¹, signée par 165 organisations et près de 1400 personnes, et appelaient le gouvernement à renforcer l'accompagnement en santé mentale plutôt que la coercition. La consultation menée pendant deux ans par l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ) a tenu compte de l'ensemble des positions sur le terrain pour offrir des recommandations pondérées, dont la réforme tient malheureusement peu compte. Enfin, une multitude de personnes et d'organisations ont pris position publiquement dans les derniers mois, et des personnes qui ont été hospitalisées ont décidé de former le Collectif des personnes survivantes de la P-38 pour être entendues. D'entrée de jeu, nous tenons donc à rappeler que le projet de loi 23 ne fait l'objet d'aucun consensus et qu'il est dommage que les consultations en cours n'aient pas fait davantage de place aux différentes voix préoccupées par les enjeux qu'il soulève.

Lors de la conférence de presse du 24 mars dernier, le projet de loi 23 a également été présenté comme un projet aussi ambitieux et nécessaire que l'aide médicale à mourir. Alors que le Canada est déjà le pays occidental où les hospitalisations contraintes sont les plus fréquentes², et que le projet de loi va à l'encontre des recommandations de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on pourrait plutôt dire que, en matière d'innovations en santé mentale, c'est un des projets les moins progressistes que le Québec ait porté dans les trente dernières années. Dans les années suivant la désinstitutionnalisation au Québec, c'est vers nous que les regards se portaient, à l'international, afin de prendre connaissance des meilleures pratiques en termes d'accompagnement alternatif en santé mentale. Les groupes d'entraide, le suivi dans la communauté, les pratiques d'insertion socioprofessionnelle, la Gestion autonome de la médication (GAM) sont autant de pratiques qui ont permis de soutenir l'inclusion et le droit à l'autodétermination.

“ Le Québec a une histoire troublante d'institutionnalisation de personnes avec des limitations fonctionnelles de toutes sortes. Le changement proposé à la loi nous ramène vers cette époque de capacitisme et de psychophobie outranciers. Il faut des ressources, des services et un respect profond de la diversité capacitaire, plutôt qu'une énième attaque du gouvernement à l'encontre des droits de la personne. ”

Témoignage récolté via le formulaire *Quand la folie a le dos large*

Or, force est de constater que beaucoup d'inquiétudes pèsent aujourd'hui sur le respect des droits des personnes, mais aussi sur notre capacité collective à choisir l'entraide, l'*empowerment* et le soutien chaque fois qu'il est possible d'éviter la coercition et la violence. Ces inquiétudes sont nourries de l'effarant spectacle de la dégradation de notre filet social: une multitude de violences économiques se sont écrasées sur une large population (crise du logement, hausse du coût de la vie, privatisation de

¹ La Déclaration commune, de même que la liste de ses signataires, [se trouvent ici](#).

² WIPOND, Rob, 2 janvier 2026, "Why does Canada have such high rates of forced psychiatric hospitalizations?", The Globe and Mail, (*Lien dans les références*)

certains services publics, délitement des contre-pouvoirs démocratiques, etc.). Dans ce contexte, on ne peut que s'alarmer de voir se déployer des mécanismes de contrôle et de coercition envers des populations qui ont été fragilisées et qui sont maintenant blâmées pour leur colère, leur désorganisation, leurs mécanismes de survie ou d'apaisement. La réponse à cette précarisation de personnes déjà maltraitées par les institutions et le système économique: les enfermer, les médicamenter contre leur gré, avec toujours si peu de mécanismes d'accès à des soins volontaires et respectueux en amont et en aval de la crise. Dans ce contexte, notre mémoire est une invitation à éviter que l'adoption du projet de loi 23 viennent normaliser et étendre les usages abusifs de l'actuelle P-38, et à privilégier des alternatives qui ont déjà fait leurs preuves dans nos communautés.

1. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX SUR LE PROJET

1.1. L'importance de la prévention

Le projet de loi 23 a été présenté comme une réforme qui permettra d'agir davantage en amont des crises. Or, d'emblée, on devrait être troublé-es par le fait qu'un mécanisme d'exception, censé être un dernier recours lorsqu'aucune autre approche n'est possible, soit présenté comme un outil de prévention, qui permet maintenant d'agir plus tôt. Cette affirmation en elle-même démontre l'ampleur du manque de services sur le terrain, et le sentiment d'impuissance collective qui en découle: l'idée que la coercition est une réponse "préventive" ne peut émerger que face à l'expérience répétée de voir des personnes en détresse, en quête de soins, et qui sont laissées à elle-même ou sur des listes d'attentes jusqu'à ce que leur situation se détériore. En ce sens, le fait de présenter une mesure de dernier recours comme une approche "préventive" devrait à tout le moins éveiller une certaine prudence.

Dans la présentation du projet de loi 23, le 24 mars 2026, on a également assisté à un glissement supplémentaire autour de la notion de prévention, lorsqu'on prétend que cette pièce législative contribuera à prévenir la violence et les crimes liés aux enjeux de santé mentale. D'une part, ce discours contribue à augmenter la stigmatisation auprès de la population, puisque des événements dramatiques mais exceptionnels sont soulevés pour opposer les droits des personnes aux droits de la population en général, et viennent justifier un changement de cadre pour l'ensemble des personnes ayant des enjeux de santé mentale. D'autre part, c'est une promesse bien hasardeuse: la Colombie-Britannique, qui a pourtant des critères de mises sous garde plus permissifs et un taux d'hospitalisation plus élevé que le Québec, a connu dans les dernières années deux événements³ du même type, attribué au manque de ressources en santé mentale dans certaines régions. En ce sens, même avec un régime moins restrictif, l'élément le plus déterminant dans la prévention de l'escalade semble plutôt l'accès à des services en santé mentale dans les communautés.

Finalement, rappelons que la prévention de la violence dépasse l'enjeu de la santé mentale : l'essentiel des drames ayant eu lieu au Québec depuis 2025, qu'on pense aux féminicides, aux violences familiales, aux conflits violents entre jeunes adultes ou à la rage au volant ne seront pas évités par la mise en place du projet de loi 23. Or, ce qu'on appelle prévention primaire (agir sur les conditions de vie, l'éducation



³ LÉVESQUE, Dominique, 9 mars 2026, "Le drame de Tumbler Ridge met en lumière les besoins en santé mentale", Radio-Canada, (*Lien dans les références*)

émotionnelle, la prévention des discours haineux, par exemple), en santé publique, pourrait davantage contribuer à prévenir les drames que des mesures de prévention secondaire et tertiaires présentées dans ce projet de loi.

Les ressources alternatives que nous représentons agissent sur l'ensemble du continuum de la prévention et nous gagnerions à appuyer davantage les groupes d'action communautaire autonome qui, ensemble, soutiennent les personnes plus marginalisées. C'est en adoptant une approche globale visant à réaliser le droit à la santé, tel qu'entendu dans le PIDESC, qu'on pourra réellement faire une différence ensemble.

1.2. La médication ne règlera pas tout

Pour de nombreuses personnes qui ont participé aux consultations internes menées par le Regroupement au cours des dernières années, l'hôpital est vécu comme un univers assez froid, où les soignant·es ont peu de temps et d'écoute, où l'on est essentiellement laissé·e à soi-même et où les soins se concentrent sur la médication. Ce constat est notamment corroboré par la recherche qualitative menée par l'IQRDJ, dans laquelle les témoignages⁴, tant des patient·es que des soignant·es, mentionnent que l'hospitalisation offre très peu ou pas de soins au-delà de la médication. Lorsqu'on nous dit que la réforme permettra de soigner plus rapidement les personnes, ce qui réduira à terme les

hospitalisations, il faut donc comprendre que ce qu'on prévoit, c'est que ce sera essentiellement par l'accès à la médication (volontaire, ou de manière contrainte par l'obtention d'autorisations judiciaires de soins⁵) qu'on pourra stabiliser la situation des personnes et éviter les fameuses portes tournantes.

Or, même dans un contexte de traitement volontaire, la médication n'est pas une solution universelle: si elle peut être un outil précieux et efficace rapidement dans le cheminement de certaines personnes, pour d'autres, c'est un long processus d'essais-erreurs qui amplifient parfois les symptômes, et qui ne sont pas sans effets secondaires importants. En revanche, il existe très peu de données

“

C'est essentiel d'avoir une meilleure accessibilité aux soins en santé mentale pour une société et une communauté plus inclusive et paisible. Déranger est souvent une manière d'appeler au secours. L'aide, l'assistance doivent primer sur le contrôle et la coercition pour une solution envisageable aux problèmes...

”

Témoignage récolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

⁴ Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 18 septembre 2025, *Rapport 4. Étude quantitative*, déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux.

⁵ Comme le rappelle le Tribunal administratif du Québec, la loi P-38 “ne permet pas d'imposer des soins à la personne sous garde, et ce, contre son gré. Comme mentionné précédemment, elle n'est qu'une mesure de détention en présence d'un danger pour la personne elle-même ou pour autrui.[...] Cette réalité découle du Code civil du Québec qui prévoit qu'une personne ne peut être soumise sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. [...] Pour aller à l'encontre de ce consentement, une autorisation relative à des soins doit être obtenue de la Cour supérieure. Ce recours est distinct de celui de la LPP. Il vise un objectif bien différent, soit le droit d'administrer des soins contre le gré de la personne.” Tribunal administratif du Québec, 19 novembre 2024, *Mémoire du Tribunal administratif du Québec 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.9

probantes sur l'efficacité des traitements forcés en santé mentale⁶: certaines études démontrent une amélioration de l'état clinique à court terme, mais l'effet à long terme n'est pas démontré et les préjudices liés à la contrainte sont rarement pris en compte⁷. De fait, l'adhésion au traitement est un élément central dans son succès, et l'effet d'un traitement sera forcément limité si la personne n'est pas accompagnée dans la transformation des conditions qui ont contribué à la crise (conditions de vie, relations, dépendance, etc): il est donc essentiel d'écouter ce que disent les personnes à propos de leur propre traitement.

Rappelons enfin que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique clairement, dans son important rapport *Mental health, human rights and legislation : guidance and practice*, que la prescription de psychotropes ne devrait pas être banalisée, qu'elle devrait s'effectuer sans contrainte et qu'on devrait pouvoir offrir différentes alternatives aux personnes premières concernées. Dans le souci que le traitement pharmacologique soit utilisé à bon escient, l'OMS ajoute également :

«Psychotropic drugs should be prescribed only as a response to the fundamental needs of the person; **they must be administered exclusively for therapeutic purposes and never as punishment, or for the convenience of third parties**, or to meet the need for therapeutic support or special care.⁸» (*le surlignage en gras est de notre part*)

En ce sens, si l'élargissement du recours à l'hospitalisation contrainte, pour des situations qui ne sont plus strictement liées à la dangerosité, est principalement justifié par l'idée que les gens auront ainsi accès à des soins plus tôt, on devrait être particulièrement exigeant quant à la démonstration de l'efficacité de ce qui est proposé pour améliorer la qualité de vie des personnes. Dans le cadre des consultations actuelles, nous n'avons pourtant vu aucune démonstration empirique de l'effet à moyen et long terme des hospitalisations contraintes et des traitements amorcés, de manière volontaire ou contrainte, dans ce contexte.

1.3. Des préjudices importants pour les personnes

C'est un fait reconnu, les hospitalisations contraintes ont des conséquences majeures sur les personnes:

- D'un point de vue émotionnel, les différentes étapes de l'intervention peuvent créer des traumatismes importants. L'intervention policière, d'abord, peut être vécue comme

⁶ « L'autorisation judiciaire de soins fait partie des mesures coercitives dont l'efficacité clinique n'est pas démontrée, et dont les effets néfastes sont encore peu étudiés (Kisely et al., 2024; Haines et al., 2024), alors que nous savons qu'elles sont vécues difficilement et qu'elles sont considérées stigmatisantes lorsque nous tenons compte des perspectives des personnes premières concernées (Goulet et al., 2023). » Laboratoire sur la santé, les déviances et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, décembre 2024, *Les pratiques de soins en établissement de santé lors d'hospitalisations et de traitements involontaires : un angle mort du droit psychiatrique*, p.5

⁷ DOMINGUE, Jean-Laurent, professeur en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa, 14 mai 2026, allocution dans le cadre de la journée de réflexion "Traitements forcés au Canada", tenue à l'Université d'Ottawa

⁸ World Health Organization (WHO), 9 octobre 2023, *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*, p.58.

stigmatisante (association de sa situation avec une forme de criminalité, les voisin-es peuvent être témoins) et menaçante (les forces policières arrivent à plusieurs, armées et en uniforme, certaines interventions sont brusques, voire violentes), etc⁹. L'hospitalisation peut être vécue à différents degrés comme déshumanisante (obligation de se dénuder, retrait des effets personnels, incompréhension face aux démarches qui ne sont pas toujours expliquées, contentions physiques et chimiques imposées, perte d'intimité dans des lieux souvent bondés, isolement dans certains cas, peu ou pas d'activités thérapeutiques et d'accompagnement psychologique, limitation des communications avec l'extérieur, etc). Comme le rappelle le Tribunal administratif du Québec, la garde en établissement prévue par la loi P-38 "équivalait à une détention¹⁰": il y a quelque chose de fondamentalement troublant pour une personne qui n'a commis aucun crime, d'être privée de sa liberté et de voir sa voix réduite à l'expression de symptômes d'un trouble mental.

- D'un point de vue matériel, l'hospitalisation peut contribuer à une grande désorganisation: certaines personnes peuvent perdre leur emploi, leur logement, l'accès à la prestation régulière d'aide sociale selon la durée de l'hospitalisation, etc. Des personnes qui n'ont pas de cercle de soutien proche peuvent retrouver leur animal de compagnie décédé ou retrouver leur logement dans l'état où elles l'ont quitté (avec la nourriture qui s'est avariée, les objets liés à une tentative de suicide qui sont demeurés dans l'espace, ou les traces de l'intervention policière, etc.). Ces dimensions peuvent en elle-même ajouter des traumatismes à l'expérience de l'hospitalisation.
- Du point de vue des soutiens de la personne, l'hospitalisation peut contribuer à l'isoler de ses proches et de ses groupes de support (les communications avec l'externe et les visites sont souvent très limitées), et peut créer un bris de confiance avec ces personnes si elles sont à l'origine de la demande de mise sous garde. Mais la coercition affecte également le lien de la personne avec le personnel soignant: « Une récente revue parapluie démontre que la relation thérapeutique est grandement affectée par la coercition, tout en étant essentielle pour améliorer l'expérience des usagers qui en font l'objet (Aragonés-Calleja & Sánchez-Martínez, 2024). »¹¹

“

Mon conjoint a été interné en psychiatrie plus de trois mois à Sherbrooke malgré la situation familiale stable. Il ne représentait aucun danger pour sa famille ou pour qui que ce soit. Je suis sa conjointe depuis plus de 30 ans et j'en ressens toujours les dommages de ce que l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke m'a fait vivre il y a sept ans.

”

Témoignage recolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

⁹ La posture des intervenants fait alors toute la différence: «When people felt heard and included in decisions, and were treated fairly and with dignity, responses were more likely to be accepted as legitimate and perceived as positive experiences, even when coercive powers were exercised. By contrast, silencing, abrupt commands, or unexplained apprehension intensified feelings of coercion and criminalisation, undermining trust not only in police but also in mental health services» tiré de HUDSON, Emilie & all, 25 mai 2026, *From care to coercion. Service user and Carer Experiences of Police-Involved Mental Health Crisis Responses*.

¹⁰ Tribunal administratif du Québec, *op.cit.*, p.9

¹¹ Laboratoire sur la santé, les déviations et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, *op.cit.*, p.4

L'Association des médecins psychiatres du Québec a par ailleurs beaucoup mis de l'avant l'idée que l'anosognosie (présentée comme le fait de ne pas être conscient-e d'être malade) était la raison principale pour laquelle les personnes refusaient les hospitalisations et qui rendait nécessaire le recours à la contrainte. Sans remettre en question le fait qu'il existe des situations où des personnes ne sont pas pleinement conscientes de leur état, les raisons qu'évoquent les membres de nos ressources pour expliquer ce qui a conduit à une hospitalisation forcée sont beaucoup plus diversifiées et complexes, comme le constate également la recherche:

- Plusieurs P-38 débutent dans les faits par une demande de soins par la personne qui a donc bien conscience de sa détresse. « *Plusieurs d'entre eux [les participants] rapportent s'être rendus de leur propre initiative aux urgences pour diverses raisons, avant d'être hospitalisés contre leur gré en psychiatrie après avoir exprimé des hésitations ou refusé les services proposés. Ces demandes d'aide se transforment alors en épisodes où les difficultés de la personne sont amplifiées par les pratiques de soins.* »¹²
- Plusieurs personnes refusent l'hospitalisation ou des soins suite à de mauvaises expériences de traitement au sein du réseau de la santé, qui créent un bris de confiance et amènent les personnes à éviter de faire appel à des services même si elles en ressentent le besoin. « *En résumé, les données collectées suggèrent que les pratiques institutionnelles contribuent à la relation difficile que les usagers entretiennent envers les services qui leur sont destinés, ce qui peut entraîner une situation de non-recours.* »¹³
- Plusieurs personnes veulent éviter d'être envoyées à nouveau dans un hôpital après avoir fait l'expérience de conditions d'hospitalisation éprouvantes (vétusté des bâtiments, moisissures, rongeurs, surpopulation, etc.). « *[D]es patients qui ont vécu une dépression majeure, par exemple, refusent d'être réhospitalisés à Douglas « en raison de l'état des lieux ». Difficile, quand on est en détresse, de séjourner pendant des semaines dans une chambre avec trois ou quatre autres personnes, dont certaines agitées.* »¹⁴
- Plusieurs personnes, qui vivent différentes formes de précarité, veulent de l'aide mais ont peur des conséquences majeures que l'hospitalisation peut avoir sur leur vie. « *Ils soulignent également les conséquences parfois dramatiques d'une hospitalisation ou de traitements involontaires sur la sécurité du logement, l'emploi et la vie familiale : « On se heurte à certaines situations où le patient va fondre en larmes en disant que s'il reste hospitalisé il*

“ Les urgences psychiatriques sont faites pour nous faire décompenser davantage, ce qui n'est parfois pas un signe ou symptôme de maladie mentale, mais une réaction normale à une situation extrêmement stressante et traumatisante, soit l'urgence psychiatrique. ”

Extrait d'un témoignage reçu par le RRASMQ, 2026

¹² *Idem*, p.9-10

¹³ *Idem*, p.10

¹⁴ COUSINEAU, Marie-Eve, 16 avril 2025, « Vétusté de l'hôpital Douglas Le lieu lui-même produit de la souffrance », *La Presse*, (Lien dans les références)

va perdre sa maison, il va perdre son emploi, il ne pourra plus voir ses enfants » (Participant, infirmière). »¹⁵

Si les témoignages sur les effets nocifs des hospitalisations contraintes sont nombreux, les études sur le sujet sont toutefois peu nombreuses ou accessibles. Des données récentes tendent toutefois à démontrer que les hospitalisations contraintes augmentent, dans les trois mois suivants, le risque de mort par suicide, par surdose ou le risque de passage à l'acte pour des crimes violents¹⁶. Le risque évalué était si important que l'étude concluait que, pour les "judgment calls" (soit les cas où le jugement des psychiatres est partagé, et où il n'est pas évident pour tous-tes que l'hospitalisation est nécessaire ou au contraire qu'elle n'est pas du tout recommandée), il serait éthiquement préférable de ne rien faire du tout plutôt que d'hospitaliser de force, dans l'idée que l'intervention doit d'abord chercher à ne pas nuire. Évidemment, l'objectif est plutôt d'offrir des alternatives d'accompagnement, mais les constats faits par l'étude démontrent surtout que les préjudices posés par l'hospitalisation contrainte sont si sérieux, qu'il est essentiel de faire preuve d'une grande prudence dès lors qu'on envisage d'augmenter le recours à cette mesure. En ce sens, rappelons que le Rapporteur spécial de l'ONU sur la torture avait dénoncé la détention en établissement comme une forme de torture, et appelé les États à réaliser le droit à la santé tout en se conformant aux bonnes pratiques respectueuses des droits humains¹⁷.

Enfin, on en parle peu, mais l'usage de la coercition place également les soignant-es dans des positions éthiques difficiles qui ne sont pas sans conséquences. Dans nos consultations internes, de nombreuses personnes intervenantes ont nommé l'inconfort qu'elles ressentaient lorsque des interventions policières ont lieu dans les organismes, les effets sur les autres personnes qui fréquentent l'organisme et tout l'effort fait pour maintenir le lien avec la personne. Le personnel infirmier fait état d'un même malaise: « sur le plan individuel, les conflits moraux et la dissonance cognitive caractérisent le quotidien du personnel infirmier, qui doit concilier son rôle thérapeutique aux impératifs de sécurité des établissements psychiatriques (Jansen et al., 2020; Manzano-Bort et al., 2022; Wong & Bressington, 2022). »¹⁸ Il nous semble que pour l'ensemble des personnes impliquées dans ces processus, il serait préférable d'éviter la coercition chaque fois que c'est possible.

¹⁵ Laboratoire sur la santé, les déviances et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, *op.cit.*, p.14

¹⁶ «For individuals whom some physicians would hospitalize but others would not, the team has found that hospitalization nearly doubles the probability of being charged with a violent crime or dying by suicide or overdose in the three months after evaluation.» AFTAB, Awais, 4 novembre 2024, *Involuntary psychiatric hospitalization: a substack collection*, (Lien dans les références)

¹⁷ "Le droit à des soins de santé adéquats («droit à la santé») détermine les obligations des États à l'égard des personnes atteintes de maladie. Pour sa part, le caractère absolu et non dérogeable du droit d'être protégé contre la torture et les mauvais traitements suscite des restrictions objectives à l'égard de certaines thérapies. Dans le contexte des abus liés aux soins de santé, l'accent mis sur l'interdiction de la torture renforce l'exigence de redevabilité et établit un juste équilibre entre la liberté et la dignité de la personne et les préoccupations de santé publique. Ainsi, l'attention prêtée au cadre relatif à la torture permet d'éviter que les mauvais traitements ne soient justifiés par les défaillances systémiques, la pénurie de ressources ou l'insuffisance des services. Le manque de ressources peut expliquer que certains aspects du droit à la santé ne soient que partiellement réalisés, mais un État ne saurait justifier la non-exécution de ses obligations fondamentales, telles que l'interdiction absolue de la torture, en aucune circonstance.", MENDEZ, Juan, 1er février 2013, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/22/53, p.22

¹⁸ Laboratoire sur la santé, les déviances et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, *op.cit.*, p.4

1.4. Un seul consensus: le manque de ressources

Pour quiconque a consulté les contributions à la consultation de l'IQRDJ, il est clair qu'un seul consensus se dégage des positions de l'ensemble des acteur·ices impliqué·es : le manque de ressources en santé mentale conduit à des interventions qui auraient pu être évitées et il est impératif de renforcer le filet de base en santé mentale. Peu importe la législation en place, il est clair que la situation ne pourra pas s'améliorer sans des actions concrètes pour améliorer les conditions de vie de la population et l'accès rapide à des soins volontaires.

À la base, le cadre de référence de 2018 développe implicitement l'idée de déployer des centres de crises accessibles partout au Québec, en insistant sur le caractère exceptionnel de la garde. Dans les faits cependant, des centres de crises et autres ressources alternatives aptes à accueillir et accompagner la crise ne sont pas forcément disponibles dans l'ensemble des régions. Le manque de ressource est toutefois beaucoup plus large que ce seul aspect:

- La santé mentale est le parent pauvre du système de santé. Son budget représentait seulement 6,3% de l'ensemble du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2023-2024¹⁹. On constate que des investissements sont faits pour réduire les listes d'attente et améliorer les services; mais ils sont rapidement contrecarrés par des coupures qui réduisent et dé-structurent des services bien implantés (on peut penser à la fermeture de deux organismes importants de la région de Québec en 2025) ou des projets pilotes qui fonctionnent²⁰. Des psychiatres ont d'ailleurs exprimé des craintes importantes à cet égard, qui rejoignent les nôtres:

“En effet, nous, cliniciens en santé mentale, assistons à un phénomène de déshumanisation des soins, ceci à l'échelle de la province: coupures de lits d'hospitalisation et du soutien psychosocial pour les patients et leurs proches, fermetures des unités de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux, recentralisation des soins au sein des anciens «asiles» du Québec, abolition ou sous-financement des pôles de soins soutenant le rétablissement et l'accueil humains dans la communauté (centres et hôpitaux de jour ou de traitements communautaires, logements encadrés et/ou supervisés, organismes communautaires, etc.) au profit de services offrant des «épisodes de soins» «spécialisés». ”²¹

- Les délais d'attente pour de l'accompagnement volontaire sont importants. À Montréal, les délais sont de plus de 6 mois pour du soutien en dépendance et en santé mentale²². Dans

¹⁹ COUTURIER, Eve-Lyne, «Diagnostic de la crise en santé mentale et ses remèdes», Note de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 10 octobre 2023

²⁰ VALLET, Stéphanie et PINEDA, Améli, 23 avril 2025, “Une solution sans fonds pour les familles en santé mentale, Le Devoir, (Lien dans les références)

²¹ Réseau pour la Réflexion Critique en Psychiatrie (RRCP), 7 février 2025, *Lettre du RRCP au premier ministre*, (Lien dans les références)

²² GYULAI, Linda, 21 mai 2026, “Milton Park is a symptom of a broken system: Dealers give away fentanyl as rehab waits grow”, *The Gazette*, (Lien dans les références)

certaines régions, nos membres rapportent que l'accès à des professionnels (psychologues, psychiatres) est difficile par manque d'effectifs, et que l'accès même aux ressources communautaires est complexe en l'absence de transport collectif ou de fonds pour que les ressources puissent faire du *reaching out* dans des communautés plus isolées. On constate également qu'il manque des ressources en itinérance (refuges d'urgence, travail de rue, logement à bas seuil et avec accompagnement communautaire), ainsi que pour les aîné-es en perte d'autonomie, qui se retrouvent à être visé-s de manière disproportionnée par des hospitalisations à défaut de ressources qui répondraient plus spécifiquement à leurs besoins.

- Le manque de ressources en intervention de crise qui peuvent se déplacer dans le milieu de vie des personnes est un enjeu. Les policiers nomment eux-mêmes qu'ils finissent par être ceux qui interviennent à défaut de ressources plus appropriées.

L'association des directeurs de police du Québec (ADPQ) soutient que *“[c]ertains événements malheureux nous permettent d'affirmer que l'intervention de policiers en uniforme n'est pas toujours appropriée et place les agents à risque tant pour leur intégrité physique que professionnel. Le policier devrait intervenir en dernier recours. Il devrait être demandé en fonction des outils qu'ils possèdent et non pas dans le cadre d'une intervention psychosociale.”*²³ Dans le même sens, l'Association des policiers et policières provinciaux du Québec (APPQ) souligne que leurs *“membres policiers, [...] sont malgré eux des intervenants de première ligne en raison des ressources communautaires et cliniques nettement insuffisantes”*²⁴. L'Équipe de soutien aux urgences psychosociales (ESUP) note enfin que *“le législateur a exprimé une intention manifeste de protéger contre l'arbitraire lorsque ces agents doivent amener une personne dans un établissement de santé en vertu de cette loi. [...] Cependant, il apparaît que les ressources sur le terrain sont insuffisantes pour garantir la disponibilité des intervenants en crise requis à son application.”*²⁵

- En raison de l'état de la vétusté et de la surpopulation de plusieurs unités psychiatriques, les conditions d'hospitalisation contribuent trop souvent à la détresse plutôt que de l'apaiser. L'hôpital Maisonneuve-Rosemont a dû transférer son unité de psychiatrie en raison de l'état du bâtiment²⁶, l'état de l'hôpital Douglas a fait l'objet de plusieurs reportages et d'autres hôpitaux ont été signalés comme étant en mauvais état²⁷. Les employé.es des établissements de santé le disent: il manque de place et de personnel sur les étages, ce qui peut contribuer à une augmentation du recours aux mesures de contention²⁸. Plusieurs personnes sont renvoyées à la maison faute de capacité d'accueil, parfois avec des conséquences dramatiques²⁹, alors que

²³ Association des directeurs de police du Québec (ADPQ), 3 décembre 2024, *Proposition de l'Association des directeurs de police du Québec Pour une révision de la loi sur la protection des personnes (LPP)*, p.4-5

²⁴ Association des policières et policiers provinciaux du Québec (APPQ), décembre 2024, *Mémoire*, p.8

²⁵ Fraternité des policiers et policières de Montréal, 3 décembre 2024, *Mémoire 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.11

²⁶ GENTILE, Davide, 2 novembre 2018, “L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont transfère son unité psychiatrique à l'Institut universitaire en santé mentale”, *Radio-Canada*, (Lien dans les références)

²⁷ COUSINEAU, op.cit.

²⁸ Protecteur du citoyen, 19 septembre 2024, *Rapport annuel 2023-2024*, p.62

²⁹ TOUZIN, Caroline, 24 mai 2026, “Suicide lors de son hospitalisation à domicile “Pourquoi ne l'a-t-on pas écoutée?”, *La Presse*, (Lien dans les références)

plusieurs auraient eu besoin d'accueil, d'écoute et de soins. Augmenter les hospitalisations dans un contexte où les hôpitaux n'arrivent pas à répondre à la demande, c'est risquer de créer des conditions pour des abus, une augmentation de la détresse ou des dénis de soins.

- Finalement, le manque de ressources à la sortie de l'hospitalisation a des conséquences majeures. Des personnes dont l'état est stable demeurent hospitalisées, parfois pendant plusieurs mois, voire des années dans l'attente d'une place en hébergement de transition ou en CHSLD³⁰, ce qui contribue à engorger l'espace disponible dans les hôpitaux. Nous avons aussi reçu de nombreux témoignages sur le manque de suivi et d'accompagnement après l'hospitalisation: le bien-être de la personne repose alors largement sur le soutien des proches et du milieu communautaire lorsque ces supports existent, sinon elle est trop souvent essentiellement laissée à elle-même³¹.

Au vu de ces constats, il nous semble qu'avant d'augmenter le recours à des hospitalisations contraintes, nous avons collectivement l'obligation:

- de démontrer qu'il s'agit d'un dernier recours en offrant réellement des soins volontaires aux personnes qui en demandent.
- de s'assurer que les interventions d'urgences et les conditions d'hospitalisation ne contribuent pas à des abus ou à une augmentation de la détresse.
- de s'assurer que des ressources suffisantes en accompagnement et hébergement sont disponibles à la sortie de l'hôpital, pour que l'hospitalisation contrainte puisse prendre fin dès qu'elle n'est plus nécessaire, et que la sortie se fasse dans des conditions favorables au bien-être de la personne.

1.5. Aggraver la situation: un risque bien réel

Le projet de loi 23 propose de permettre des hospitalisations contraintes dans un plus grand nombre de situations, dans l'objectif de soigner plus rapidement les personnes en détresse et éviter l'aggravation des crises. Au vu des éléments développés ci-haut, nous craignons toutefois que l'augmentation du recours à la coercition contribue plutôt à accroître les problèmes sociaux auxquels on cherche à répondre:

- La contrainte est présentée comme une forme de prévention, ce qui contribue à brouiller la distinction avec les mesures de prévention primaires et secondaires. Or, celles-ci s'avèrent aujourd'hui nettement insuffisantes et il est urgent de les renforcer avant toute transformation législative.
- Les organisations favorables au projet de loi semblent miser sur le fait que les hospitalisations contraintes seront davantage liées à un traitement pharmaceutique. Cela présume que les personnes hospitalisées de force consentiraient à un traitement, ou que des autorisations judiciaires de soin seraient obtenues pour ces personnes. Or, l'efficacité clinique de traitements

³⁰ ARCHAMBAULT, Héloïse, 11 novembre 2025, "Coincés à l'hôpital depuis des mois, des patients ont coûté plus d'un demi-million\$", *Le Journal de Québec*, (Lien dans les références)

³¹ Julien Gendron-Tardif a d'ailleurs livré un vibrant témoignage des ruptures de soins dans le parcours de son frère: GENDRON-TARDIF, Julien, 1er avril 2025, "Manu se sentait partir", *La Presse*, (Lien dans les références)

forcés n'est pas démontrée et, même lorsqu'elle est prise volontairement, la médication peut avoir des résultats parfois mitigés.

- Les hospitalisations contraintes créent des traumatismes et peuvent contribuer à faire perdre à la personne sa stabilité matérielle: pour plusieurs personnes, elles augmentent donc la détresse et le risque d'une désorganisation. Selon certaines études, elles peuvent augmenter le risque de mort par suicide, par surdose ou les passages à l'acte violent dans les trois mois suivant l'hospitalisation³².
- Elles peuvent créer un bris de confiance entre la personne et ses proches (s'ils sont impliqués dans le processus) et entre la personne et les services de santé, contribuant à ce que la personne évite par la suite de nommer sa détresse, de demander du soutien et se montre d'autant plus réfractaire aux soins et à tout traitement. La détresse peut alors être davantage "cachée", ce qui favorise l'isolement et la détérioration de l'état de la personne.
- L'hospitalisation demeure un mécanisme temporaire. Élargir l'accès et allonger la mise sous garde, risque surtout d'augmenter le phénomène des portes-tournantes. Pour l'éviter, il faut avant tout agir sur les enjeux de fond : le manque de ressources dans les communautés, en amont et après la crise, ainsi qu'une action réelle sur les déterminants sociaux qui causent la détresse."

Certains pourraient considérer que, malgré ces constats, la contrainte demeure préférable à l'inaction face à des personnes en détresse. C'est précisément ce faux dilemme, et le sentiment d'impuissance qui en résulte, qui constitue, selon nous, la base du projet de loi 23. Or, le Canada affiche déjà le taux d'hospitalisation psychiatrique contrainte le plus élevé des pays occidentaux, sans que cela se traduise par de meilleurs résultats³³. De nombreuses alternatives existent d'ailleurs, et font déjà leurs preuves sur le terrain, au Québec: la section suivante en présente quelques-unes. Dans ce contexte, le RRASMQ invite le gouvernement à suspendre toute réforme législative de la P-38, et à investir plutôt dans le renforcement des ressources disponibles en santé mentale dans toutes les régions.

Recommandation A.1 - Suivre les recommandations de l'IQRDJ et d'une majorité des acteur·ices en présence, en renonçant à une réforme législative de la loi P-38 pour investir dans une première ligne qui répond rapidement à la détresse, par des soins de proximité volontaires et adaptés aux besoins et réalités des personnes.

³² EMANUEL, Natalia, Pim Welle, and Valentin Bolotnyy. July 2025. "A Danger to Self and Others: Health and Criminal Consequences of Involuntary Hospitalization." *Federal Reserve Bank of New York Staff Reports*, no. 1158, (Lien dans les références)

³³ Le recours à détentions psychiatriques d'urgence se chiffrerait à 317 pour 100 000 habitants, pour 83 en Angleterre et 14 en Italie. WIPOND, *op.cit.*

“

Moi-même j'ai vécu quelque chose avec le système de santé mentale du Québec. Je suis diagnostiquée tpl, anxiété généralisée et dépression chronique. Quand j'ai des épisodes de psychoses je n'ai pas de ressources car l'urgence psychiatrique des hôpitaux n'est pas adaptée, il n'y a pas d'autres services. Les listes d'attentes pour un suivi avec psychologue sont interminables. Je ne sais pas quoi faire, vers où me tourner.

”

Témoignage récolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

2. PRIVILÉGIER DES SOINS VOLONTAIRES, CHAQUE FOIS QUE C'EST POSSIBLE

“Though the literature in this area is sparse and often qualitative, recurrent themes include feeling punished, patronized, humiliated, spoken to as if they were children, being excluded from treatment decisions, and being assumed to lack capacity to be responsible for their own lives. Other problems include not being given sufficient information about their illness and treatment options, prognostic negativism, at times, feeling an unspoken threat of coercive treatment, which becomes overt in instances of mandated care.”³⁴

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est prévue comme un mécanisme d'exception. Elle représente un dernier recours lorsque les autres moyens de réponse à la crise ont échoué à enrayer le danger que représenterait la personne pour elle-même ou pour les autres. À l'heure actuelle pourtant, il n'y a aucune obligation de démontrer que des tentatives d'intervention ou de soutien alternatifs à une hospitalisation forcée ont été tentés ou offerts, et le projet de loi 23 propose d'élargir le recours à ce mécanisme pour éviter que les situations qui ne correspondent pas à un “danger grave et immédiat” soient laissées sans soin. Or, il

“

Victime de l'application de la P-38 dans un contexte où j' ai été victime de harcèlement et violence conjugale.

Au lieu de m'aider on m'a enfermée et privée de mes droits à une aide décente et appropriée à ma situation.

”

Témoignage récolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

³⁴ STUART, Heather et Julio Arboleda-Florez, août 2012, “From sin to science. Fighting the stigmatization of mental illness”, *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 57, no 8.

existe pourtant une variété d'approches alternatives dans le traitement de la crise, dont les effets sont documentés³⁵.

2.1 En amont des crises, favoriser l'accompagnement dans la communauté et l'entraide

- **Valoriser les groupes d'entraide**

Les études et l'expérience de nos groupes le démontrent: les groupes d'entraide, c'est une forme de prévention qui agit directement sur des facteurs de protection (lien avec les autres, sentiment d'appartenance, etc.), qui crée des relations de soutien mutuel. Ils forment un filet de sécurité continu autour de la personne, et lui permettent de cheminer dans ses difficultés personnelles sans y être réduite, en reconnaissant qu'elle est toujours aussi une personne qui peut contribuer au cheminement des autres et à sa communauté. En ce sens, ces groupes permettent souvent d'éviter le recours à l'hospitalisation, puisque les membres du groupe peuvent être bien placés pour reconnaître l'apparition des conditions défavorables pouvant provoquer la crise ou pour accueillir la personne lorsqu'elle est au plus mal.

- **Intervention des travailleur-ses de rue:** les interventions portées par des travailleur-ses sociaux-les ou de rue contribuent à tisser des relations de confiance avec les personnes, dans leur milieu, ce qui peut permettre d'identifier et d'adresser plus rapidement des besoins, ainsi que d'offrir des espaces de ventilation ou d'accompagnement qui permettent d'éviter une escalade vers une crise.

- **Assurer un accès rapide aux services publics en santé mentale**

Lorsqu'une personne demande de l'aide et n'en reçoit pas, elle risque de se tourner vers d'autres mécanismes d'adaptation, et de demeurer dans les conditions qui contribuent à sa détresse, d'où l'importance de prévoir une réponse rapide aux demandes d'aide volontaires. Lorsqu'une demande d'accompagnement, ou un référencement est fait auprès du réseau public, on doit pouvoir offrir, dans des délais rapides, plus que des auto-soins, une liste d'attente ou une référence floue vers un groupe communautaire. Les personnes qui le souhaitent doivent être rencontrées rapidement, pour un premier cycle d'accompagnement et d'évaluation des besoins, en personne.

- **Agir sur les causes structurelles de la détresse**

On a parfois l'impression que notre société cause davantage de détresse qu'elle en a la capacité de soigner. Il faut impérativement agir sur les causes sociales de la détresse (pauvreté, logement, alimentation, etc.) afin de s'assurer que les personnes accompagnées ne retournent pas dans un contexte pathogène, ou encore, que les personnes voient leur santé mentale protégée. En cela, le gouvernement du Québec doit adopter une approche fondée sur la

³⁵ GOODING, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). *Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

réalisation du droit de jouir de la meilleure santé mentale possible, en agissant ambitieusement sur les déterminants sociaux de la santé.

2.2 Face à la crise, privilégier la désescalade et les pratiques alternatives

«Most crisis interventions take place in emergency departments or psychiatric hospitals which often serve to exacerbate the situation (...). Traditionally, crisis interventions are dealt with under mental health laws or general health laws, and contain provisions on involuntary hospitalization or psychiatric emergencies. These procedures are either inherently coercive, or assume that there are no alternatives to the use of coercion. **Few opportunities are offered that help build trust and connections, and ultimately embrace crisis as an opportunity to learn and grow.**³⁶» (le surlignage est de notre part)

- Plusieurs principes généraux sont importants:

- **Avoir le temps** : ce point est CENTRAL. Pour accompagner une personne en crise, dont le système nerveux est en état d'alerte, qui rejoue peut-être des traumatismes, qui a peur : il faut prendre le temps. Dans toutes les régions du Québec, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il doit y avoir des intervenant·es, formé·es à l'approche alternative et à la désescalade de la crise. Un accueil humain, qui s'adapte à la personne et à son rythme, peut parfois faire la différence entre une crise qui se résorbe dans la communauté, ou une situation qui se termine à l'hôpital.
- **Donner des choix, à chaque étape** : Bien souvent, une personne forcée, c'est une personne qui résiste. Même dans des contextes où il y a une forme de contrainte (par exemple, il faut une évaluation ou un suivi), on peut permettre à la personne de choisir le lieu d'accueil, le type de traitement, certaines médications. Donner le choix respecte l'autodétermination de la personne, dans les limites d'un cadre rendu nécessaire par l'urgence. Et donner le choix, c'est aussi reconnaître la validité de la résistance d'une personne quand elle a pu vivre des formes de maltraitance ou de violence institutionnelle, ou si elle est dans un état de grande frayeur.

“

Moi-même j'ai vécu quelque chose avec le système de santé mentale du Québec. Je suis diagnostiquée tpi, anxiété généralisée et dépression chronique. Quand j'ai des épisodes de psychoses je n'ai pas de ressources car l'urgence psychiatrique des hôpitaux n'est pas adaptée, il n'y a pas d'autres services. Les listes d'attentes pour un suivi avec psychologue sont interminables. Je ne sais pas quoi faire, vers où me tourner.

”

Témoignage recolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

³⁶ WHO, *op.cit.*, p.64.

- **Miser sur les approches sensibles aux traumatismes**
Lors d'une crise, des approches respectueuses des droits évitent la revictimisation et permettent de ne pas ajouter des traumatismes au parcours des personnes. Une majorité des personnes qui expérimentent des états dits psychotiques ont des trajectoires incluant des violences et abus³⁷. L'hospitalisation forcée s'inscrit dans un cycle de revictimisation dans lequel, plutôt que d'aider la personne avec douceur et bienveillance, en respectant son rythme, on force des soins sur elle qui, par la nature du cadre dans lequel ils sont donnés, sont vécus comme une violence.

- **Éviter l'escalade en privilégiant l'intervention psychosociale:** plusieurs types d'initiatives existent:
 - **L'escouade 24-7 du Bas St-Laurent**, structurée sur le modèle des pompier-es volontaires, fait appel à une communauté d'intervenant-es sociaux-les formé-es à l'approche alternative en santé mentale. L'escouade se déploie sur l'ensemble du territoire du Bas St-Laurent et a réussi à faire en sorte que la plupart des crises se résolvent dans la communauté. Pour l'année 2025-2026, l'Escouade 24-7 a réalisé 326 interventions de crise, dont 230 ont été résolues directement dans le milieu. 24 personnes ont été amenées à un hébergement communautaire, 48 situations ont mené volontairement à des soins hospitaliers. Seulement 21 interventions se sont terminées par l'application d'une P-38 (les statistiques complètes de l'escouade se trouvent en annexe 2 de ce mémoire). Cette initiative nous semble très porteuse et gagnerait à inspirer les autres régions du Québec. Notez qu'à cet égard, nous privilégions les escouades d'intervenants sociaux aux escouades mixtes, de manière à ce que les policiers et policières n'interviennent que lorsque l'usage de la force est requis, en cohérence avec les recommandations de l'QRDJ et celles de l'Association des directeurs de police du Québec (ADPQ).³⁸

 - **Le modèle d'intervenant-famille du Carrefour en santé mentale des familles et l'entourage de Longueuil:** ce projet-pilote novateur a été développé par le biais d'un partenariat entre un centre de crise et un groupe de parents et proches, qui dégagent chacun un intervenant pour participer à l'intervention de crise. La directrice du Carrefour en santé mentale, Danièle Bédard, présente les grandes lignes de ce projet inspiré de l'approche *Open Dialogue*, dans une entrevue donnée à La Presse:

³⁷ Une étude montre ainsi que les patient-es psychiatriques avaient en moyenne 3,4 expériences adverses dans l'enfance (ACE), soit plus du double de la moyenne nationale et que 42 % en avaient quatre ou plus, comparativement à 15 % dans la population générale. Tiré de GORRELL, S., Nagamine, M., Austin, A., & Troop-Gordon, W. (2022). "Insights from expanded adverse childhood experiences screening in a hospital-based outpatient psychiatry service", *Journal of Psychiatric Practice*, 28(2), 128-136

³⁸ Extrait de leur mémoire déposé à l'QRDJ: "L'Association des directeurs de police du Québec est d'avis que les services policiers ne devraient pas avoir de rôle à jouer dans cette loi, et que leurs actions devraient se limiter à intervenir en assistance lorsque la situation le requiert. C'est dans la coordination des soins, le suivi des patients, les interventions de prévention auprès d'eux et le support des proches que la solution réside. Lorsque les policiers doivent intervenir dans le domaine de la santé, c'est que le système mis en place a échoué. Cela devrait être une exception." Association des directeurs de police du Québec, *op.cit.*, p.4.

«Le problème avec la loi P-38, c'est que souvent, les familles font hospitaliser leur proche et il ressort le lendemain. Notre projet-pilote vise à prévenir le recours à P-38. La co-intervention avec toute la famille, qui est basée sur le dialogue, peut aussi se poursuivre avec différentes options comme l'hébergement et l'accompagnement. La co-intervention permet aussi de rétablir les liens au sein de la famille.³⁹»

Dans cette même entrevue, Mme Bédard explique comment ce projet, en misant sur un dialogue ouvert entre les personnes qui entourent la personne vivant la crise, vient réduire l'hospitalisation de force dans 80% des cas. La personne est tout de même accompagnée, mais ce, sans coercition ni trauma dû à l'usage de la force.

- **Le modèle du Centre de crise Gerstein** : Ce centre de crise, situé à Toronto, peut se déplacer à domicile, suite à un appel, ou dans tout autre endroit sécuritaire dans la communauté. Des lits de crise permettent de séjourner, de 3 à 5 jours dans un certain établissement, dans une optique d'apaisement. Dans un autre établissement, des lits sont disponibles pour une durée de 30 jours, le temps de se déposer. Des lits sont également prévus pour les personnes en situation d'itinérance, d'autres, pour celles qui ont une dépendance à une substance. Une de leurs équipes intervient dans la communauté pour désescalader des situations, en partenariat avec les services policiers, de manière à prendre la place de ces derniers lorsqu'il s'agit de besoins en santé mentale. Leur service de crise communautaire vise à 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 pied à partir du point de vue des personnes premières concernées ayant vécu des enjeux de santé mentale et/ou de consommation de substances⁴⁰.
- De manière générale, l'intervention psychosociale est mieux reçue par les personnes que l'intervention policière. La vue d'un uniforme, les sirènes, ou le port d'armes par des policier-es peuvent accroître le sentiment d'urgence ou de menace. Le fait que l'intervention soit beaucoup plus visible pour les voisin-es contribue à un sentiment d'être exposé. Des ressources communautaires privilégient d'ailleurs, lorsque c'est possible, les taxis aux ambulances lors de transport à l'hôpital.

Des centres d'apaisement et des centres de crise qui accueillent la crise plus aiguë: Plusieurs personnes nous ont rapporté que les entrevues d'accueil dans les centres de crise peuvent les envoyer dans d'autres services, puisqu'elles sont trop (ou pas assez) en crise pour ces espaces. Parfois, elles ne sont pas accompagnées parce qu'elles ont des animaux dont elles ne veulent pas se séparer, ou parce qu'elles vivent également avec des enjeux de consommation. Mais quels espaces, dans la communauté, peuvent accueillir ces personnes? Des groupes, dont le Collectif des Laurentides en santé mentale, militent depuis des années pour la mise en place d'un centre d'apaisement inspiré du modèle Soteria par et pour, dont les effets sont

³⁹ COLLARD, Nathalie, 12 avril 2026, "Le petit projet qui donne de grands résultats", *La Presse*, (Lien dans les références)

⁴⁰ Informations tirées du site internet du Centre de crise Gerstein : <https://gersteincentre.org>

documentés⁴¹. D'autres souhaitent que l'accueil de la psychose puisse se vivre ailleurs et autrement, dans la communauté, où il y aurait une prise en charge différente, dans des services non-médicalisés. Finalement, il est important de mettre en place des lieux d'accueil à bas seuil, pour que les personnes les plus désaffiliées aient accès à de l'accueil et de l'accompagnement. Cette expertise existe déjà dans le milieu communautaire, il faut la reconnaître, la soutenir et la mettre en valeur.

- **Des séjours volontaires, à durée variable:** s'assurer de prendre le temps que la personne comprenne ce qui se passe, et privilégier les séjours volontaires, avec une flexibilité dans la durée. Dans certains centres de crise, bien que les intervenant-es essaient d'éviter au maximum le recours à une hospitalisation, il arrive qu'elle soit conseillée à certain-es résident-es, et l'équipe s'assure que la personne comprenne bien en quoi cette option est celle qui lui convient, et adhère à la solution. Une hospitalisation vécue de façon volontaire et consentie ne laisse pas les mêmes traces qu'une garde forcée. Valider, en tout temps, la compréhension et le consentement de la personne, de manière à ce qu'elle puisse participer et choisir, sans menace ni contrainte, redonne de la dignité et un sentiment d'emprise sur son existence.
- **Déploiement de l'approche Dialogue ouvert (Open Dialogue) :** l'Alliance de recherche et d'action sur les alternatives inclusives en santé mentale contribue, depuis 2023, au déploiement, dans le réseau communautaire, de l'approche *Dialogue ouvert*. Cette approche, développée en Finlande dans les années 1980, semble offrir des résultats très encourageants en matière d'accompagnement de ce qu'on appelle la psychose. La plupart des personnes suivies retourneraient à une vie active, il y aurait une diminution importante de la fréquence et de l'intensité de la crise, ainsi qu'une réduction des symptômes psychotiques. C'est une approche dont l'un des principes de base est de répondre à la demande (de la personne ou des proches) dans les 24h et de briser les silos, en engageant une équipe interdisciplinaire autour de la personne. Cette approche, fondée sur les travaux de Bateson et de l'école de Palo Alto, implique une forte tolérance à l'incertitude (pas de plan clair, pas d'«expert-e unique de la situation», mais une co-construction d'un espace sécuritaire pour faire entendre la polyphonie intérieure de chacun). L'approche mise sur un travail sur le réseau et l'environnement de vie, considérés comme des facteurs ayant mené à la crise. Une première cohorte est actuellement en formation au Québec, et un organisme de parents et proches qui s'y est formé s'en est inspiré également pour mettre en oeuvre une pratique d'intervenant-famille, diminuant ainsi le recours à la garde en établissement⁴².

⁴¹ CALTON, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), p.181-192. (Lien dans les références)

⁴² Extrait d'un article du journal *Le Devoir*: «Un des résultats les plus frappants de l'initiative concerne le nombre d'hospitalisations forcées en vertu de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (aussi appelée loi P-38). En deux ans, le nombre de cas recensés parmi les interventions auxquelles l'organisme a collaboré est passé de 80 à 60, puis à 4 par année selon les chiffres partagés par Danièle Bédard. Une diminution qui s'explique en grande partie par le fait que les personnes en crise ont accepté de recevoir de l'aide, de leur plein gré.» « Forcer une personne à être hospitalisée, souvent, ça ne fonctionne pas. Mais quand on l'informe de ses droits, qu'on l'accompagne et qu'on fait l'intervention dans le milieu, c'est beaucoup plus facile de convaincre la personne de venir avec nous à l'hôpital », explique Mme Bédard.», VALLET, *op.cit.*

- **Soutenir la personne pour mieux naviguer l'hospitalisation** : Une intervenante d'une ressource alternative de Lac-Mégantic raconte: «J'ai déjà eu à accompagner quelqu'un qui souhaitait être admis en psychiatrie en lien avec une grosse dépression, l'entente de voix, des idées noires; la personne avait peur d'elle-même et la personne a bien été accueillie, avec empathie, sauf que j'ai dû insister pour qu'elle soit admise. J'avais l'impression que, comme la personne n'était pas en crise visible, pas agitée, elle n'était pas vraiment prise au sérieux»⁴³. Le centre de crise L'Autre Maison propose également des accompagnements aux personnes et sent que cet accompagnement favorise un meilleur accueil au moment du triage ou de l'évaluation. De même, le centre de crise La Bouffée d'air considère que le fait de faire le pont entre l'infirmière au triage et le médecin permet de faire en sorte que la personne ne soit pas oubliée et soit accueillie diligemment. Ces exemples rejoignent l'esprit de la proposition de l'IQRDJ de prévoir un intervenant pivot au sein de l'hôpital pour informer et accompagner la personne dans toute sa trajectoire.

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

- **Offrir un suivi à moyen terme après un séjour en centre de crise ou une hospitalisation**
Les centres de crise offrent différents services d'accompagnement pour assurer une continuité et maintenir un suivi à moyen terme avec la personne lorsqu'elle quitte l'hébergement d'urgence. Même lorsque le séjour est court et qu'une éventuelle évaluation ne mène pas à une garde autorisée, un accompagnement doit être assuré, puisque les personnes ont vécu un choc. Plusieurs centres font également des relances téléphoniques auprès des personnes qui ont été hospitalisées ou qui ont utilisé leurs services pour s'assurer de garder un filet de sécurité actif auprès de ces personnes. Pour limiter le phénomène des portes tournantes, un accompagnement thérapeutique (allant bien au-delà du seul suivi médicamenteux) est essentiel, tout comme un soutien concret dans l'après-crise sont essentiels. Une de nos ressources, L'Avant-garde en santé mentale nomme dans un mémoire déposé à l'IQRDJ :

«Les personnes de notre groupe en situation d'itinérance 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.»⁴⁴

“

Pour avoir vécu ces mesures coercitives, je confirme que cela décuple la méfiance envers l'Etat et ses institutions...De plus, cela encourage à ne plus demander de l'aide quand on en a besoin...

”

Témoignage recolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

⁴³ Témoignage recueilli lors de la rencontre thématique du RRASMQ du 6 novembre 2024.

⁴⁴ L'Avant-garde, groupe d'entraide et d'éducation populaire en santé mentale et hébergement en itinérance, 29 novembre 2024, *Pourquoi ne pas opter pour d'autres options et agir ailleurs et autrement en situation de dangerosité ?*, p.26

- **Prendre soin du retour dans le milieu de vie**

Le retour dans son milieu de vie après une garde peut être angoissant. En guise d'exemple de ce que permet l'autonomie des groupes lorsque vient le temps de développer des innovations répondant aux besoins de la communauté, un groupe d'entraide a développé un projet pour s'assurer que la sortie de garde se passe au mieux pour les personnes. Il y a quelques années, les membres du groupe d'entraide La Barre du Jour (Bellechasse) ont vécu un deuil des plus difficiles : un membre de la ressource est sorti d'hospitalisation pour retrouver le noeud coulant accroché au milieu du salon, et s'est enlevé la vie. Personne n'avait été avisé de sa sortie. Le fait de ne pas avoir pu l'aider a bouleversé les membres du groupe d'entraide qui se sont réunis pour voir comment ils et elles pourraient faire en sorte d'adoucir ce moment de transition charnière. Les membres ont alors conçu l'idée de développer l'**Escouade SOS**, pour intervenir, avec le consentement de la personne hospitalisée, dans son environnement de vie. Durant une hospitalisation, les membres du groupe d'entraide iront s'assurer de la sécurité et des soins d'un animal domestique, faire un peu de ménage, refaire le lit et, le jour de la sortie, déposer des plats cuisinés par le groupe, et cuire des biscuits sur place pour y laisser trace d'une odeur réconfortante. Les demandes spécifiques sont faites par la personne auprès de l'équipe qui s'assure de la liaison et sont répondues en respectant la confidentialité des personnes.

Prendre soin du retour, c'est également, dans le souci de s'assurer que personne ne se retrouve à la rue suite à une hospitalisation, de financer suffisamment les **hébergements post-crise**, les ressources d'**hébergement de transition** de même que les **logements sociaux avec soutien communautaire**. En ayant la possibilité de faire une sortie d'hôpital dans un milieu de vie digne et sécuritaire, on assure à la personne la meilleure transition vers la communauté.

“

Ma fille de 14 ans, au printemps dernier, suite à une consultation de routine avec sa pédiatre et dans le but de s'exprimer sur ce qu'elle ressentait, s'est vue prise dans un tourbillon instantané nous plaçant dans l'obligation de l'hospitaliser. Tandis que nous souhaitions de l'aide, de l'écoute et des ressources, elle a été dépouillée, enfermée et contrainte à ne pas être auprès des siens, sa famille, son chien, tout ce filet social qui lui permet au quotidien d'avancer... tandis qu'elle voulait s'exprimer sur ce qu'elle ressentait et qu'elle l'a fait avec force et vulnérabilité, on n'a pas tenu compte de ses besoins et ils ont agi à partir des postulats erronés clichés et dépourvu d'une réelle sympathie pour sa situation.

Cinq jours plus tard, et seulement deux visites limitées aux parents, elle a été « relâchée ». Je voulais savoir si du soutien allait nous être offert et ils nous ont dit: si vous voulez du soutien, elle doit rester internée... alors quoi?? C'est tout un ou tout l'autre?? Ma fille est bien entourée et après beaucoup de travail avec elle, elle s'en sort progressivement. Elle a fait preuve d'une sagesse et d'une résilience hors du commun: de se faire demander de se mettre tout nu tout nu, d'enfiler une jaquette bleue, de donner tous ses biens, et surtout, après 15 minutes, qu'on se fasse dire: « bon, madame faudrait y aller là... vous pourrez la voir une heure dans deux jours. C'est à ce moment qu'il y a des visites: vous êtes chanceuses, ça arrive bientôt et c'est parce que c'est le week-end. Sinon, c'est une fois par semaine le mercredi soir. »

Et là, je me suis imaginé un jeune ou une jeune encore plus en détresse... et de le placer dans ces conditions aseptisées ne tenant pas compte du tout des particularités individuelles et des réels besoins humains de chaleurs et de sécurité profonde, et je me suis dit... ce jeune ou cette jeune ne survivrait pas... il dirait tout ce qu'il faut dire pour sacrer son camp, perdrait foi en ce système de santé et s'organiserait pour ne plus jamais y retourner... et ça, ça signifie ne pas avoir accès aux services et à l'accompagnement nécessaire... j'ai longtemps travaillé dans le domaine psychosocial jeunesse et je peux vous garantir que ce que j'ai vu... c'était pas du beau... je pourrais en parler longtemps, je pourrais en faire un témoignage si vous avez besoin... ça n'a aucun sens ce qui s'est passé. »

”

Extrait d'un témoignage reçu dans le formulaire Quand la folie a le dos large, 2026

3. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS SUR LE PL23

Tel qu'indiqué plus tôt, le projet de loi 23 n'adresse pas les problèmes qui résultent du manque de ressources et risque d'augmenter les situations de crises qu'il souhaite adresser. Nous recommandons donc qu'il soit complètement retiré au profit d'un investissement massif dans les ressources de première ligne et l'accompagnement volontaire. Toutefois, dans le cas où il serait adopté, nous avons tout de même identifié des propositions de modifications qui, selon nous, contribueraient à atténuer les impacts négatifs que nous anticipons. C'est dans cet esprit que nous vous partageons les préoccupations et recommandations suivantes.

3.1. La modification du titre de la Loi

L'article 1 du PL23 remplace le titre de la « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.0001) » par « Loi sur la protection des personnes présentant une altération de leur état mental ».

On retrouve dans cette formulation quelque chose de similaire à que le RRASMQ dénonçait déjà en 1997, en lien avec le titre de la loi P-38 prévu initialement par le gouvernement, soit la « Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale » que le RRASMQ dénonçait en 1997:

« le projet de loi [doit annoncer] clairement les limites de son champ d'intervention. Il s'agit de protéger seulement les personnes qui, aux prises avec des problèmes de santé mentale, présentent un danger imminent pour elles-mêmes ou leur entourage. Ce dont on veut se protéger, c'est de la dangerosité et non des « malades ». Le projet de loi ne concerne donc que « certaines » personnes éprouvant des problèmes de santé mentale contrairement à ce que pourrait en laisser supposer le titre actuel du projet. [...] Il nous semble impérieux que le titre du projet de loi indique précisément quelles sont les personnes concernées par sa juridiction et interdise ainsi l'application des mesures d'exception qu'il prévoit sous le seul prétexte d'un diagnostic de « maladie » mentale.⁴⁵»

Nous sommes toujours en accord avec cette perspective. Le titre d'une loi oriente son interprétation et son application: dans la mesure où le projet de loi 23 prévoit que la P-38 soit désormais appliquée dans un contexte où il "existe un danger", le titre de la loi devrait clarifier que ce sont ces situations qui sont visées par la loi et non l'ensemble des personnes présentant une altération de leur état mental.

Recommandation B.1 – Maintenir le titre initial de la « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.0001) »

⁴⁵ RRASMQ, Mémoire déposé dans le cadre des consultations sur le projet de loi 39, 1997. p.4-5

3.2. Ajout d'un préambule

L'article 2 du projet de loi 23 prévoit l'ajout de "considérants" avant le chapitre I de la loi P-38. Nous saluons cet ajout et les principes qui y sont énoncés. Nous nous inquiétons toutefois du fait qu'il n'existe actuellement aucune instance chargée d'évaluer la cohérence de l'application de la P-38 avec ces principes. Or, dans la mesure où nous anticipons qu'il y a un risque réel que le projet de loi renforce un usage excessif des mesures de contraintes en l'absence d'alternatives accessibles, il est essentiel qu'une instance soit chargée de s'assurer que soient respectés, dans l'application de la loi, les principes de privilégier les interventions de nature consensuelle et préventive, et du caractère exceptionnel de la prise de mesures coercitives à l'égard d'une personne.

“

J'ai connu la garde fermée d'un mois en 2008 suite à une tentative de suicide et j'acceptais de recevoir les soins appropriés et une thérapie avec un psychologue malgré tout ça garde forcée où j'ai subi des atrocités indescriptibles...L'été dernier j'ai été très malade et j'étais en delirium et ils voulaient m'envoyer dans un CHSLD. Depuis j'ai retrouvé mes facultés, je prends mes médicaments et suis suivie par un médecin et psychiatre. J'ai peur qu'ils disent que j'étais sénile ou autre et veulent m'enfermer. Je connais des personnes aussi qui ont subi des abus importants. Je n'ose m'imaginer ce qui en serait avec les modifications qu'ils veulent apporter à la Loi P-38??

”

Témoignage récolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

Dans le même sens, il n'existe actuellement aucun mécanisme centralisé de compilation des recours à la P-38, de la durée des gardes, des populations visées, etc. Ce sont les groupes de défense des droits en santé mentale qui assurent dans chaque région la compilation de ces données. Dans son "portrait quantitatif des gardes en établissement au Québec", l'IQRDJ fait état des différentes démarches de demandes d'accès à l'information nécessaires pour dresser le portrait⁴⁶, et de la difficulté d'obtenir des données complètes et comparables. Par exemple, certains établissements n'avaient pas de chiffres pour certaines années, n'ont pas répondu dans le délai imparti à la demande d'accès à l'information, ou ont présenté des données qui différaient parfois de celles présentées dans leur rapport annuel de gestion.

Il nous semble étonnant qu'une loi d'exception, qui suspend des droits fondamentaux de personnes dans des contextes de grande vulnérabilité, ne fasse pas déjà l'objet d'un suivi public de son application et de ses impacts psychosociaux. Dans le cadre d'une réforme aussi majeure, c'est toutefois une responsabilité urgente que l'État mette en place des moyens concrets pour s'assurer que l'application respecte les intentions pour lesquelles elle est mise en place, ainsi que les droits des personnes.

Recommandation B.2 - Mandater une instance chargée de compiler et rendre publiques les données concernant les recours à la P-38, ainsi que d'évaluer la cohérence de l'application concrète de la loi aux principes énoncés.

⁴⁶ Institut québécois de réforme du droit et de la justice, Rapport 1- Portrait général et revue de la littérature. Rapport de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux p. 29-38

3.3. Critère d'application de la Loi

Les articles 7 et 8 du projet de loi 23 prévoient la modification du critère d'application de la loi, respectivement pour la mise sous garde temporaire et le transport par un agent de la paix. Actuellement, le transport à un établissement de santé et la mise sous garde préventive ne peuvent être déclenchés que lorsque «l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui ». Le projet de loi 23 remplace cette formulation par un critère de compromission, qui permet le recours à ces dispositions de la P-38 lorsque « cette personne se trouve dans une situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui ».

L'IQRDJ recommandait pourtant formellement de maintenir le critère de dangerosité et de privilégier plutôt le renforcement de l'accès aux soins:

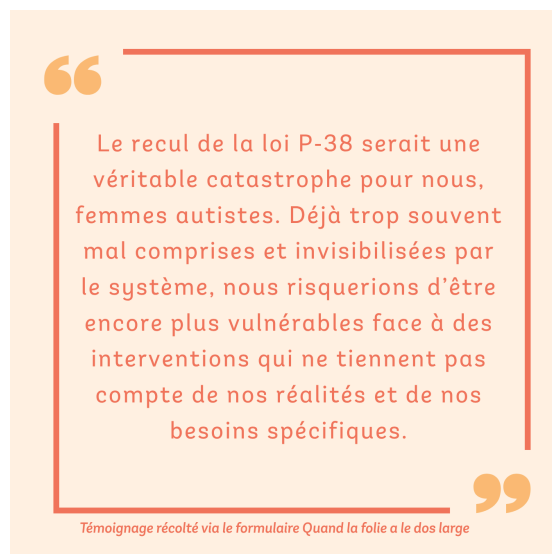
“Le critère actuel traduit ainsi une logique d'exception. L'ajout de la gravité et de l'immédiateté dans le cas de l'intervention sociopolicière se justifie par l'absence de contrôle judiciaire préalable et par le caractère urgent de l'intervention. Comme il a déjà été dit : plus l'intervention est rapide et intrusive, plus l'exigence doit être élevée pour éviter les interventions abusives. Dans cette perspective, le maintien de la perspective actuelle qui définit la dangerosité comme préalable à toute intervention policière ou médicale en vertu de la P-38 apparaît constituer une garantie essentielle contre les dérives potentielles et un rempart contre l'utilisation de la garde en établissement à de simples fins de contrôle social. En ce sens, le critère de dangerosité agit comme une balise permettant de préserver l'équilibre entre protection et respect des droits fondamentaux des personnes concernées. Il ne devrait pas être élargi pour compenser les limites du réseau de soins et du réseau social, mais mieux encadré de manière à s'assurer de son application rigoureuse”⁴⁷.

Cette recommandation rejoint plusieurs de nos constats et inquiétudes autour de la modification du critère:

1. **Le recours à la P-38 n'est déjà plus exceptionnel:** on constate déjà environ 20 000 utilisations⁴⁸ de la procédure par année au Québec. Un élargissement du critère laisse présager un recours encore plus important à ce mécanisme.

⁴⁷ Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 10 décembre 2025, *Rapport 5. Recommandations finales*, déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux. p.27-28

⁴⁸ Addition des gardes préventives (p.31) et des gardes provisoires (p.34). Il aurait fallu ajouter les gardes autorisées mais les chiffres (p.38) incluent les demandes et les prolongations, ce qui peut peut-être porter à confusion. Ces derniers chiffres ne sont donc pas inclus dans le total indiqué. Institut québécois de réforme du droit et de la justice, *Rapport 1, op.cit.*



2. La P-38 s'applique déjà à des situations où d'autres moyens auraient été plus appropriés:

L'application de la P-38, même avec le critère de dangerosité actuel, inclut une grande diversité de situations qui dépasse largement la notion de dangerosité grave et immédiate. L'élargissement du critère viendrait donc consacrer le fait qu'on applique des mesures coercitives à des situations où d'autres moyens auraient pu être déployés. C'est un constat rapporté par nos groupes, mais aussi confirmé par la recherche et certains dossiers de cour:

« Il y a un consensus au sein de la doctrine et de la jurisprudence, sur le fléau grandissant associé à la confusion entre la dangerosité et la dérangerosité. La Cour du Québec, dans la décision *Hôpital Maisonneuve-Rosemont c. C. J.*, dénonce la tendance des intervenants à assimiler les comportements qui causent du « dérangement » à des comportements dangereux. [...] Cette tendance est observée dans les résultats de l'étude de 100 décisions d'admissions de garde involontaire menée par la chercheuse Emmanuelle Bernheim. Celle-ci constate que l'examen du danger et de la menace significative se concentre sur le mode de vie, y compris les relations avec les proches ou les voisins, le logement, l'emploi ou les études, la consommation de drogue ou d'alcool, ainsi que l'alimentation, les dettes et la sexualité. Divers faits y sont interprétés comme des preuves de danger, comme des disputes familiales, des pratiques d'évangélisation importunant les gens jour et nuit, le sans abrisisme ou la vie dans un appartement insalubre, la négligence de l'hygiène, le départ en voyage sans informer les proches, le fait de ne pas verrouiller les portes, ou les risques d'incendie. Parmi ces 100 décisions analysées, seulement quatre étaient basées sur des comportements mettant en danger les individus visés par la garde ou leurs proches »⁴⁹.



3. La P-38 s'applique déjà de manière disproportionnée sur certaines populations:

essentiellement par manque de ressources appropriées. En élargissant le critère d'application de la loi, on risque de renforcer la stigmatisation de certaines populations, notamment:

- **Les personnes en situation d'itinérance et/ou de dépendance:** « L'application de la P-38 par les policiers semble poser un problème particulier au centre-ville de Montréal. Il n'est pas rare pour certaines urgences de recevoir de 5 à 10 patients amenés par les policiers à la fermeture du métro. Ces patients sont souvent désorganisés, en délire, mais aucunement dangereux pour eux-mêmes ou autrui.⁵⁰ À Montréal, « les personnes en situation d'itinérance pourraient être jusqu'à 65 fois plus à risque que l'ensemble de la population montréalaise d'être mises sous garde (Action Autonomie, 2024). »⁵¹
- **Les aîné-es en perte d'autonomie:** « Les avocats et avocates ont observé cette tendance, expliquant que cela découle souvent de la perte d'autonomie de ces personnes

⁴⁹ *Ibid.*, p.58-59

⁵⁰ Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ), 1er décembre 2024, *Mémoire de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec 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)*, p.4

⁵¹ Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), 29 novembre 2024, *Mémoire de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*, p.8

âgées qui ne sont pas encore placées en établissement. La notion de danger est alors très largement entendue, par le fait que les conditions médicales liées à la vieillesse, comme la démence, augmentent les risques tels que les chutes, les incendies ou la dilapidation de leurs biens. »⁵²

- **Les personnes en situation de pauvreté/marginalité :** « Emmanuelle Bernheim a observé des audiences lors desquelles l'approche de protection prédomine sur l'autonomie d'un patient : les juges croient que l'hébergement en établissement s'apparente à « offrir gîte et couvert aux personnes internées », ou encore, considèrent un séjour psychiatrique comme un « moindre mal » en raison de la difficulté à évaluer la dangerosité. »⁵³

En plus de ces considérations générales sur le changement du critère, **nous nous inquiétons en particulier de l'ajout de la notion de risque de "détérioration importante de son état mental", qui est "liée, en tout ou en partie, à l'altération de l'état mental de la personne"**. Non seulement cette notion nous apparaît floue et ouvre la porte à un grand nombre de situations, mais elle est également très subjective et sujette à l'interprétation personnelle des personnes impliquées.

Lors de la présentation du projet de loi le 24 mars 2026, un des exemples mentionnés par le psychiatre Mathieu Dufour de ce que permettrait le nouveau critère, était un cas où une personne "arrête sa médication ou l'envisage". Évidemment, un sevrage rapide de médication n'est jamais souhaitable et peut avoir des conséquences importantes pour les personnes. Une personne qui prend de la médication peut toutefois avoir des préoccupations légitimes à l'égard de sa médication (amplification de certains symptômes, effets secondaires importants, sentiment de perte de soi, etc.) et souhaiter trouver de l'écoute et du soutien auprès des professionnels qui l'accompagnent.

Trouver des solutions aux effets secondaires, explorer d'autres médicaments ou des traitements alternatifs, planifier la réduction ou le retrait éventuel de la médication devraient être des éléments dont une personne peut discuter avec un psychiatre sans crainte d'être soumise à la contrainte. Nos groupes accompagnent un grand nombre de personnes dans le cadre de démarches de *Gestion autonome de la médication* (GAM) ainsi qu'un groupe d'entraide autour des autorisations judiciaires de soin (AJS), avec l'objectif que les personnes se sentent mieux outillées pour identifier leurs enjeux et leurs besoins, et pour communiquer avec leur équipe traitante pour améliorer leur qualité de vie. Cet élément du nouveau critère nous inquiète particulièrement puisque, pour éviter un risque dont l'évaluation est plutôt large et subjective, on se retrouve à restreindre les personnes dans la prise d'autonomie, la recherche de solutions mieux adaptées à leur besoin ou le partage de préoccupations légitimes qui contribueraient ultimement à leur mieux-être.

« J'ai été victime d'une P38 en 2024 lorsque j'ai eu une crise de tentative de suicide. On a communiqué avec le centre de crise, la femme qui a répondu n'a pas laissé mon conjoint décider. C'était hospitalisation forcée ou police pour 10 heures d'anxiété en ressortant. J'ai eu un stress post-traumatique, mon psychiatre s'en foutait. »

Témoignage récolté via le formulaire *Quand la folie a le dos large*

⁵² Institut québécois de réforme du droit et de la justice, Rapport 1, *op.cit.*, p.64

⁵³ *Ibid.*, p.125

Dans le cas où les critères proposés aux articles 7 et 8 du projet de loi 23 seraient adoptés par le gouvernement, il serait essentiel de retirer à tout le moins de l'article 7 les trois mentions de "détérioration de l'état mental", en cohérence avec la formulation du critère à l'article 8.

Enfin, l'article 8, permet également le transport par un agent de la paix déclenché à partir des directives psychiatriques anticipées énoncées par la personne: **dans ce critère, nous nous inquiétons du fait que la formulation prévoit l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins.** Contrairement à l'autorisation judiciaire de soin (AJS), qui repose sur une évaluation de l'aptitude de la personne à consentir aux soins, les mécanismes prévus à la P-38 reposent uniquement sur une évaluation de risques pour une personne considérée comme étant juridiquement apte.

Nous comprenons bien que l'objectif de cette disposition est de permettre l'opérationnalisation des directives anticipées lorsque les critères qui y sont identifiés sont atteints, mais la formulation actuelle ouvre une brèche en permettant à un·e intervenant·e d'un service d'aide en situation de crise ou un·e professionnel·le de la santé ou des services sociaux d'évaluer si une personne est inapte à consentir à des soins, sur la seule base du fait que cette personne aurait énoncé des directives anticipées. Cela crée une confusion entre les deux recours (la mise sous garde, basée sur un danger, et l'autorisation judiciaire de soin, basée sur l'inaptitude) et crée un risque important pour les personnes qui choisiraient d'énoncer des directives anticipées alors que ces dernières ne constituent pas un renoncement à sa capacité à consentir ou non à des éléments qui n'y auraient pas été prévus. Dans le cas où les critères proposés aux articles 7 et 8 du projet de loi 23 seraient adoptés par le gouvernement, il serait essentiel, dans l'article 8,

- **de modifier "la personne est inapte à consentir aux soins en raison de son trouble mental"** pour indiquer plutôt que les comportements de la personne correspondent aux critères qu'elle a elle-même identifiés pour la mise en œuvre de ses directives psychiatriques anticipées,
- **de modifier "si, en raison de ce trouble mental, elle est inapte, de façon temporaire, à consentir aux soins"** pour indiquer plutôt qu'elle y a donné son consentement si certains critères qu'elle a elle-même identifiés sont atteints.

Recommandation B.3 - Maintenir le critère d'un danger « grave et immédiat » pour justifier le transport d'une personne par un agent de la paix à un établissement de santé en vertu de la P-38 et pour justifier son placement sous garde temporaire.

3.4. La trajectoire de garde

La loi P-38 permet actuellement à un·e psychiatre ou à un·e infirmier·ère spécialisé·e de déclencher une garde préventive d'un maximum de 72h lorsque l'état mental d'une personne constitue un danger grave et immédiat pour elle-même et pour autrui (qui peut être suivie d'une garde provisoire d'un maximum de 96h suite à une demande autorisée par un juge). Comme il s'agit d'une privation de liberté importante d'une personne qui n'a commis aucun délit, le délai doit être court et justifié. Le délai actuel de la garde préventive doit permettre deux examens d'évaluation de la dangerosité et une notification

d'au moins 48h dans le cas où une demande de garde provisoire était déposée. C'est en ce sens que, pour limiter les procédures et permettre un délai suffisant pour les différentes étapes de la garde notamment, l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice recommande de fusionner la garde préventive et la garde provisoire en une garde temporaire d'un maximum de 120 heures (5 jours) sans passage devant un juge.

Le projet de loi 23 retient la fusion des deux gardes en proposant toutefois, aux articles 7 et 21, une garde temporaire, qui peut durer jusqu'à 168h (7 jours) sans que la personne ne soit vue par un juge. Il précise également que ce délai peut encore être allongé si la fin de la garde tombe sur un samedi ou un jour férié, et que la fin de la garde est alors remise au prochain jour ouvrable. Il nous semble que le projet de loi prévoit ainsi une mise sous garde particulièrement longue pour une personne qui n'a, on le répète, commis aucun délit, et qui n'a, pour toute cette période, aucun moyen de faire valoir son point de vue auprès d'une instance neutre. Alors qu'aucune explication n'a été présentée pour justifier un tel élargissement de la garde sans passage devant un juge, nous sommes d'avis que la recommandation de l'IQRDJ devrait être suivie.

Nous nous inquiétons également du fait

- que l'article 7 du projet de loi permette de soumettre une personne "à une évaluation psychiatrique sans son consentement et sans l'autorisation du tribunal". Le recours à la P-38 est basé sur la dangerosité de la situation, et ses dispositions permettent déjà un examen de la personne pour l'évaluer de ce point de vue. Le droit de consentir à des soins (incluant des examens de sa condition) relève plutôt de l'aptitude de la personne à prendre des décisions pour elle-même: l'ajout de cette disposition crée une confusion entre deux recours pour lesquels les éléments à observer, et la preuve à faire, sont complètement distincts.
- que l'article 42 du projet de loi favorise la comparution en visioconférence alors que c'est une pratique qui peut fortement contribuer à rendre difficile la compréhension et la participation de la personne à l'audience.

Il nous semble que l'accumulation d'éléments qui ont ainsi des impacts sur le respect des droits fondamentaux des personnes contribue à créer ce qui ressemble progressivement à un régime de droit distinct pour les personnes ayant des enjeux de santé mentale. Cela devrait commander une grande prudence dans l'évaluation du projet de loi.

Recommandation B.4 - Limiter à un maximum de 120 heures la garde temporaire permise sans passage devant un juge.

Recommandation B.5 - Retirer la possibilité de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique sans son consentement et sans l'autorisation d'un juge.

Recommandation B.6 - Privilégier que l'audience se déroule en personne et dans les conditions nécessaires pour que la personne puisse assurer pleinement sa défense (droit à la justice), dans le respect de sa dignité.

3.5. Transfert des compétences en matière d'autorisations judiciaire de soins et de garde en établissement au Tribunal administratif du Québec

L'unification des tribunaux sous l'égide du Tribunal administratif du Québec (TAQ) nous semble une idée risquée. En cela, nous partageons les constats émis dans le rapport final de l'IQRDJ, en décembre 2025, qui avait analysé cette possibilité, et l'avait écarté pour trois raisons principales: 1) le maintien des compétences juridictionnelles développées par la Cour du Québec et la Cour Supérieure; 2) le risque qu'en raison de la composition du TAQ, certaines décisions puissent sembler manquer d'impartialité; et 3) l'importance d'un contre-pouvoir judiciaire lorsque les décisions concernent les droits fondamentaux de personnes en situation de vulnérabilité.

«D'une part, cette proposition risquerait d'affaiblir le contre-pouvoir judiciaire nécessaire à la protection des droits reconnus aux personnes concernées. À ce titre, les tribunaux judiciaires représentent un véritable garant dans le processus de garde en établissement. Si la décision d'imposer une ordonnance de garde repose en partie sur l'évaluation médicale de la dangerosité, elle implique également des considérations de nature strictement juridiques, fondées sur le respect du principe selon lequel la privation de liberté d'une personne ne peut trouver appui sur le seul fait qu'on estime agir dans son meilleur intérêt. L'autonomie décisionnelle – au cœur des chartes québécoise et canadienne – étant en jeu, l'intervention d'une autorité judiciaire reste indispensable et présente plus de garanties qu'une décision prise par une juridiction administrative dont la fonction est de décider des litiges nés entre un citoyen et une administration publique.⁵⁴»

Nous tenons également à souligner un point de vigilance face à ces changements. Il a été constaté que les critères d'évaluation de la dangerosité, comme les critères de l'évaluation de l'inaptitude (l'opposition, le refus, la désobéissance peuvent être interprétés comme de l'inaptitude) demeurent dans la pratique un peu flous et soumis à une subjectivité certaine. De plus, la mise sous garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins sont deux mécanismes qui ne poursuivent pas les mêmes objectifs (gestion du risque posé par une personne vs traitement médical de la personne) et contraignent la personne sur des aspects importants de son intégrité. Or, comme l'ont démontré les groupes en défense de droits⁵⁵, il y a déjà une certaine confusion dans la pratique entre les deux, qui entraîne des abus importants pour les personnes premières concernées. Le transfert de compétence en la matière ne devrait pas contribuer à la confusion ou à la simplification de ces recours.

Recommandation B.7 – Que la ministre

- **B.7.1** Renonce à la création de la Section de l'intégrité de la personne au TAQ;
- **B.7.2** Maintienne le pouvoir de révision du TAQ tel que prévu dans la Loi P-38;
- **B.7.3** Maintienne les compétences juridictionnelles respectives de la Cour du Québec et de la Cour supérieure ou, à défaut, confie l'examen de toute requête de garde en établissement et d'autorisation judiciaire de soin à l'UN de ces deux tribunaux.
- **B.7.4.** Précise et distingue la différence entre une demande de garde et une demande de

⁵⁴ Institut québécois de réforme du droit et de la justice, Rapport 5, *op.cit.* p.56.

⁵⁵ Institut québécois de réforme du droit et de la justice, Rapport 1, *op.cit.* le résumé bien aux p. 67-69

soin, et précise la procédure entourant l'examen de ces demandes, en exigeant que ces requêtes soient examinées indépendamment.

3.6. Processus d'action concertée, intervenant-es désigné-es et entente cadre

Le projet de loi 23 crée de nouveaux mécanismes, le processus d'action concertée et l'entente cadre, qui n'ont pas fait l'objet de présentations, ni de consultations détaillées. À cet égard, nous souhaitons soulever quelques préoccupations. Tout d'abord, pour une loi dite *de soin*, il nous semble singulier d'inclure *de facto* le ministre de la Sécurité publique et le directeur des poursuites criminelles et pénales dans l'article 13.2 dans la liste des organismes pouvant nommer un-e intervenant-e désigné-e. Nous craignons que cette association entre la sécurité publique et la notion de santé mentale participe à nourrir le préjugé à l'effet que les personnes vivant avec un problème de santé mentale seraient plus dangereuses que les autres.

D'autres aspects de l'article 10 suscitent des questionnements:

- Les critères pour déclencher un processus d'action concerté (article 13.4) ne font plus aucune référence à une situation de danger et diffèrent des critères pour la mise sous garde, ce qui peut créer de la confusion et nous éloigne de l'objectif initial de la loi P-38.
- L'article qui précise que "seuls les renseignements personnels qui sont nécessaires à la concertation" (article 13.5) nous semble beaucoup trop flou et large quant à la nature exacte des renseignements personnels pouvant être partagés.
- L'article 13.7 devrait être entièrement retiré: il ouvre de nombreuses possibilités de déclencher un processus d'action concerté sans le consentement de la personne, à partir de critères questionnables. Par exemple, l'intervenant désigné est appelé à évaluer si la personne "a une capacité limitée à juger des répercussions sur sa santé ou sur sa sécurité" (sur la base de quelle expertise? avec quels critères?) et le fait qu'une personne soit "réticente à solliciter des services pouvant lui venir en aide, notamment en raison d'une méfiance à l'égard de tels services" devient une raison pour déclencher le processus sans son consentement si l'intervenant désigné juge qu'il est préférable pour la personne que le processus soit déclenché. Enfin, l'article prévoit que "l'intervenant désigné ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli de bonne foi en application du présent article"; les personnes n'auront alors aucun recours alors que les critères sont arbitraires et que le déclenchement de ces processus pourrait les exposer à la divulgation de renseignements extrêmement sensibles à leur sujet à un nombre inconnu de personnes. Le consentement des personnes à cette divulgation (qui peut mener à du profilage et de la stigmatisation) devrait être primordial.

De plus, nous nous interrogeons quant à l'implication du milieu communautaire dans le cadre de l'action concertée: sommes-nous inclus dans la notion de "groupement"? Comment s'articulera cette action concertée avec le principe de l'autonomie des groupes communautaires, au fondement de l'action communautaire autonome? Quelle obligation y aura-t-il de partager des informations sur les personnes que nous accompagnons? Comme le souligne l'IQRDJ, il existe déjà un nouveau cadre juridique entourant le partage des renseignements de santé: il nous semble qu'il aurait été préférable d'en examiner d'abord les effets et d'en assurer le déploiement, notamment par « le développement de

guides et d'outils concrets facilitant sa compréhension et son application ; la sensibilisation et la formation continue des intervenants⁵⁶», avant d'élaborer un nouveau cadre dont il est difficile pour l'instant de bien saisir l'application.

Du côté de l'entente cadre, il nous semble essentiel qu'un comité de travail, impliquant les groupes communautaires en intervention et en défense de droit, et des personnes ayant vécu une mise sous garde en vertu de la P-38, œuvre à définir les modalités de cette entente pour tenir compte de la perspective de l'ensemble des personnes et organisations concernées par l'application de la loi.

3.7. À propos des directives psychiatriques anticipées

Les Directives psychiatriques anticipées (DPA) peuvent sembler *a priori* une belle avancée pour le respect de l'autonomie et de l'autodétermination des personnes, en permettant aux personnes d'énoncer, à l'avance, des directives, tant prescriptives (traitement souhaité) que prospectives (traitement non-souhaité), afin de s'assurer de la nature véritablement thérapeutique et respectueuse de l'accompagnement qui sera imposé dans des situations de crise. Or, ce type de mesures fait l'objet de très peu de données puisque ces directives ne s'apparentent pas en tous points aux directives médicales énoncées par une personne âgée vivant une perte cognitive, par exemple.

Notons que ces directives peuvent être hautement utiles et appréciées par les personnes elles-mêmes, si elles sont planifiées et respectées en conformité avec les principes d'autonomie et de respect de la dignité inhérente des personnes. Rappelons également, comme le soulignent Ambrosini et Crocker, que si le traitement est imposé, «cela engendre un sentiment d'impuissance, une résistance au traitement et peut entraîner la judiciarisation. Par contre, la discussion transparente et le dialogue permettent aux praticiens d'offrir des traitements qui correspondent aux perceptions subjectives des patients quant à leur rétablissement⁵⁷.» Ainsi, ces directives, si elles sont développées dans un processus décisionnel partagé avec la personne première concernée, peuvent réellement constituer une avancée.



Or, il semble que certaines dimensions du projet de loi viennent court-circuiter les bénéfices possibles de la mise en oeuvre de ces directives psychiatriques anticipées :

⁵⁶ Institut québécois de réforme du droit et de la justice, Rapport 5, *op.cit.* p.83

⁵⁷ AMBROSINI, D.L. et A.Crocker, (2009) «Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie», dans *Santé mentale au Québec*, Volume 34, numéro 2, automne 2009, p.54.

L'élaboration des directives

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé invitent à baliser la mise en place de ces directives qui peuvent inclure les options de traitement, le support souhaité, les lieux de soin ou de répit, et l'option de recevoir du soutien depuis la maison. Ces directives peuvent également inclure des indications autour de la vie quotidienne, comme le soin des animaux de compagnie ou les factures à payer. Cet aspect est particulièrement intéressant en ce qu'il permettrait d'éviter bien des inquiétudes aux personnes vivant un épisode de santé mentale plus incapacitant, tout en leur permettant une pratique d'*empowerment*.

Des modèles inspirants, comme le Plan de crise conjoint (*Joint Crisis Plan*), mis en place en Angleterre, encouragent les personnes à « négocier des préférences de traitement et à mieux comprendre les perceptions de contrôle (Sutherby et al., 1999).⁵⁸ » En France, l'organisation Psycom a mis en place la pratique du GPS, qui balise l'usage des directives anticipées en psychiatrie⁵⁹. Dans ce modèle, l'élaboration des directives avec un-e professionnel-le n'est pas nécessaire, et on précise que « lorsque « mon GPS » est rédigé avec un professionnel référent, il est important que cela se fasse dans le cadre de la décision partagée ». Dans cette perspective, les DPA sont utilisées d'abord pour la personne, pour lui permettre de négocier et mieux comprendre et communiquer ses besoins. Nommons également d'autres modèles porteurs, comme le Wellness Recovery Action Plan (WRAP) dont l'usage est d'abord centré autour des besoins de la personne⁶⁰. Ce qu'on constate, dans la mise en oeuvre de ces pratiques respectueuses des droits, c'est que le processus d'élaboration lui-même est thérapeutique, en ce qu'il permet une conscientisation des mécanismes menant à la crise, et qu'il facilite les discussions avec les proches et le personnel soignant. La Gestion autonome de la médication (GAM) a été également réfléchi d'après les mêmes principes et est une pratique reconnue par le réseau de la santé, ici comme ailleurs.

L'Organisation mondiale de la santé ajoute qu'il est essentiel que les personnes puissent modifier, aussi souvent que nécessaire, ces directives, de manière à mieux représenter l'aide souhaitée selon les circonstances de vie de la personne⁶¹. Soulignons finalement que les DPA ne devraient pas être formulées dans un climat de coercition, ni avoir pour objectif de faciliter des traitements forcés dans le futur. Comme le précise l'OMS,

«Some argue that these self-binding directives would allow individuals who have experience of episodic crises to better anticipate some of the potential problems in implementing their advance directives, and avoid any unwanted consequences (230, 231). Others consider that their legalization poses a risk for all service users, since people using mental health services may be pressured to establish this type of clause, leading to a legitimization of coercion. Self-binding directives remain

⁵⁸ *Ibid.*, page 59.

⁵⁹ Voir le site de PsyCom : [Directives anticipées en psychiatrie – mon GPS – Psycom – Santé Mentale Info](#)

⁶⁰ COPELAND, Mary Ellen, 2002, *The Wellness Recovery Action Plan 'WRAP' "Taking control of your wellness"*, (Lien dans les références)

⁶¹ WHO, *op.cit*, p.60-61.

*an area of law which requires more research, practice and engagement with people with lived experience to understand the full human rights implications.*⁶²»

La possibilité d'un refus catégorique

Rappelons que les personnes qui vivent des états de grande intensité ou de détresse ne sont pas complètement privées de leur capacité de choisir. Comme le soulignent Ambrosini et Crocker, «les personnes qui rédigent une DPA sont encore capables d'indiquer leurs préférences de traitement et de comprendre leurs choix même durant des épisodes psychotiques (Srebnik et Russo, 2007)»⁶³ Ajoutons que, d'après ces mêmes auteurs :

*«Les personnes souffrant de maladie mentale font rarement appel aux DPA pour refuser tout traitement médical (Swanson et al., 2006), et il ne faut pas considérer les personnes qui souffrent d'un épisode de psychose aiguë comme étant en perte totale d'autonomie, étant donné que les personnes affichant des symptômes psychotiques peuvent rester aptes à prendre certains types de décisions, mais pas dans tous les domaines.»*⁶⁴

Ces données de recherche viennent rejoindre le point de vue des personnes ayant traversé une crise et qui indiquent qu'elles auraient aimé avoir le temps de se démêler et de se déposer, et qu'on les écoute vraiment. Certaines personnes ont également fait entendre l'inquiétude que leurs directives anticipées puissent s'imposer contre leur volonté, alors que la crise pourrait être d'une autre nature que celle qui aurait précédé la mise en place de DPA. En cela, soulignons que les bonnes pratiques, en matière de législation en santé mentale respectueuse des droits humains, vont dans le sens d'une priorité à la volonté de la personne exprimée au moment-même:

*«The advance directive's purpose is not substitution of the person's will and preferences. If the person refuses to follow the advance directive, or chooses a different option while the advance directive is in effect, priority must be given to the person's will and preferences as expressed at the moment.»*⁶⁵

C'est un réel changement de culture auquel on doit travailler, dans le contexte. Comme le souligne le rapport de Melbourne, une seule rencontre entre un patient et un professionnel n'est pas à même de contrebalancer une culture de la prise de décision dominée par le professionnel⁶⁶. En cela, Ambrosini et Crocker insistent sur l'importance de renforcer l'autonomie des bénéficiaires de ce type de mesure:

*«L'autonomie n'est pas simplement un principe éthique; les prestataires de soins de santé sont tenus par la loi d'offrir aux patients des services de santé mentale qui favorisent leurs choix autonomes. Au lieu de percevoir la loi comme obstacle qui divise les soignants et les patients, on peut au contraire la concevoir comme agent thérapeutique qui peut servir de levier à un changement social positif qui permet aux personnes vivant avec un problème de santé mentale de s'approprier le pouvoir d'acquiescer une plus grande autonomie.»*⁶⁷

⁶² *Ibid.*, p.61.

⁶³ AMBROSINI, *op.cit.*, p.58.

⁶⁴ *Ibid.*, p.56.

⁶⁵ *Ibid.*, p.62.

⁶⁶ Extrait du Rapport du Melbourne Social Equity Institute: «one meeting between patients and professionals is unlikely to be sufficient to counteract a culture of professional dominance in decision making where this prevails», GOODING, *op.cit.*, p.83.

⁶⁷ AMBROSINI, *op.cit.*, p.66.

«Stabiliser son état»

Nous avons reçu, au travers des années, plusieurs témoignages de personnes indiquant que leur *stabilisation*, dans le contexte hospitalier, passait par des doses parfois fortes de médicaments. Dans l'article 29, on mentionne « y compris des services d'aide en situation de crise axés sur l'intervention psychosociale visant à désamorcer une crise vécue par une personne, à stabiliser son état et à fournir, à celle-ci et à ses proches, toute aide requise compte tenu de la situation ». Nous tenons à souligner, dans le cadre de ce mémoire, que les personnes doivent se faire proposer plusieurs alternatives accessibles dans l'optique de retrouver cette stabilité. Certaines personnes ne souhaitent pas prendre une médication forte et préféreront, par exemple, vivre avec certaines voix, tout en fréquentant un groupe d'entendeurs de voix les soutenant dans leurs stratégies. D'autres préféreront une médication plus forte. Mais cette marche vers un nouvel équilibre doit s'ancrer dans les valeurs de primauté de la personne, et dans une perspective d'appropriation du pouvoir.

Il semble exister une corrélation entre l'usage de mécanismes d'exception et l'utilisation de médication psychotrope pour stabiliser les personnes, comme si ces mesures faisaient partie d'un même système. Ainsi, oeuvrer à des alternatives à la médication participe d'une même culture des droits que celle qui cherche à travailler dans le sens du principe de la primauté de la personne⁶⁸. Nous souhaitons également souligner l'importance d'offrir de l'accompagnement conséquent autour de la médication, alors que certaines personnes peuvent vivre des effets secondaires pénibles ou limitatifs, et voir de nouvelles difficultés s'ajouter avec l'arrivée des effets secondaires, qu'il ne faut pas minimiser. Rappelons qu'un dialogue ouvert sur la médication permet d'éviter que la personne n'y apporte des modifications par elle-même, sans soutien⁶⁹.



Le registre national et la confidentialité

Voir ses directives anticipées déposées dans un registre national dont la gestion est entre les mains du ou de la ministre peut apparaître menaçant. En effet, qui souhaiterait voir ses données médicales personnelles (et possiblement stigmatisantes) accessibles à l'échelle nationale, à une diversité de personnes? Pourtant, rien n'oblige à tenir un registre national des directives anticipées ni à ce que la gestion en soit confiée au ministre, tel que prévu dans les articles 13.29 et 13.30. Dans le modèle du GPS, l'accès aux directives fait l'objet d'un encouragement au partage auprès des personnes de

⁶⁸ «Several studies discussed possible correlations between rates of seclusion and physical or mechanical restraint on the one hand, and the use of psychotropics, neuroleptics and so on (forced or otherwise) on the other. Flammer and Steiner, in Germany, reported that [r]estriction of involuntary medication [following the 2013 Constitutional Court rulings] was associated with a significant increase in use of mechanical coercive measures and violent incidents'», GOODING, *op.cit.*, p.92.

⁶⁹ «Although discontinuation may not seem at first glance to be an alternative to coercive practice, there is some evidence to suggest that many service users chose to keep discontinuation a secret from mental health professionals to avoid perceived negative consequences such as involuntary treatment», *Ibid.*, p.90.

confiance (droit à la confidentialité) et d'une modalité d'archivage modulée selon les souhaits de la personne⁷⁰.

Au vu de ce survol des données accessibles et des positions des grandes organisations internationales, il nous semble imprudent d'enchaîner maintenant ces mesures au sein d'un projet de loi aux nombreuses incidences. Cependant, si le gouvernement choisit d'aller de l'avant avec l'adoption de ce projet de loi, nous croyons que certains articles devraient impérativement être revus, notamment:

- que soit modifié le libellé «*si elle consent ou non aux soins qui pourraient être requis pas son état mental*» par «*quels sont les soins et accompagnement auxquels elle consent, et quels sont ceux qu'elle refuse*». **(Article 13.11)**
- que soient indiqués les éléments qui seront inclus dans le formulaire **(article 13.12)**
- que soit ajouté: «*,un intervenant psychosocial ou un pair-aidant, dans un contexte de décision partagée*» après «*assistée par un professionnel de la santé*» **(Article 13.13)**
- que soient précisées ou retirées les conséquences d'un refus (Article 13.14 no.5)
- que soient reformulé ainsi : **Les directives anticipées peuvent être versées...** plutôt que **doivent être versées** . *Phrase suivante, remplacer par: **Ce dernier peut également, avec le consentement libre et éclairé de la personne visée, les verser au registre...** (Article 13.19)*
- que **soit retiré l'article 23.2** donnant au ministre un pouvoir d'orientation sur l'exercice des responsabilités entourant la loi et le formulaire de DPA, et que ce pouvoir soit donné à un comité d'experts.

Recommandation B.8 – Que le chapitre 11.3 sur les Directives psychiatriques anticipées soit retiré du projet de loi, et que soit rapidement proposé un projet de loi distinct visant la mise en place d'un programme et d'un comité de travail incluant le milieu de la recherche, des personnes premières concernées et des professionnels de la santé. Que ce comité de travail développe le formulaire prescrit, les balises de formulation et le cadre légal entourant son application.

3.8. Les droits, une note de bas de page?

«Ainsi, il est aujourd'hui admis que l'autonomie et l'autodétermination d'une personne, y compris son droit de participer aux décisions médicales qui la concernent, sont essentielles à sa santé.⁷¹»

Le projet de loi 23 ne fait presque plus référence aux droits des personnes et aux groupes de défense de droits, alors que ces organismes sont clairement mandatés par la Politique de santé mentale du Québec (1989) pour accompagner les personnes et s'assurer qu'elles ne fassent pas l'objet de discrimination fondée sur leur *handicap*, tel que défini par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

⁷⁰ «Encourager les personnes concernées et les proches et/ou leur personne de confiance (avec l'accord de la personne concernée) à partager « mon GPS » avec les équipes qui les accompagnent, les médecins généralistes et les psychiatres libéraux.» et « La diffusion et l'archivage de « mon GPS » sont extrêmement importants pour garantir l'application des directives exprimées par la personne concernée. Savoir si la personne a rédigé « mon GPS » et où il se trouve (espace d'archivage dédié) est une question fondamentale pour que les équipes puissent avoir connaissance des mesures d'anticipation préconisées par la personne, notamment en cas d'hospitalisation. • « mon GPS » peut être intégré au dossier patient ou tout dossier de suivi de parcours. Quand c'est le cas, cela peut être indiqué dans la fiche identité patient ou fiche d'accueil, etc »

⁷¹ ONU, avril 2019, *Rapport du rapporteur spécial sur le droit à la santé*, p.5

Dès l'intervention policière et le transport involontaire, la personne devrait recevoir les coordonnées du groupe en défense des droits de sa région et être en mesure de les contacter si elle le souhaite afin d'avoir accès à un accompagnement qui s'assure de sa compréhension et du respect de ses droits.

En abolissant l'annexe sur les droits, le projet de loi 23 se drape d'une bienveillance qui ne peut remplacer une culture des droits humains. Ainsi, nous recommandons de maintenir et de mettre à jour cette annexe et de s'assurer que soient mises en place des mesures permettant d'œuvrer à la réalisation des droits humains dans les services de santé. En cela, la démarche *Quality Rights* de l'Organisation Mondiale de la Santé pourrait être obligatoire dans les établissements de santé et de services sociaux, afin d'œuvrer à ce changement de culture⁷².

“

Mon fils s'est enlevé la vie six jours après avoir été renvoyé de l'urgence où il s'est adressé avec un intense sentiment de détresse et des idées suicidaires. Patient du même hôpital, il venait juste d'obtenir son congé définitif avec un traitement nouveau aux effets secondaires (ABILIFY) Ni lui, ni nous ses proches n'étions au courant des effets intolérables de sa médication. À l'urgence, après une attente de plus de huit heures, il a été examiné par une équipe et la psychiatre à l'urgence est passée outre ses symptômes: souffrance physique, idées suicidaires, Elle lui a demandé s'il avait des plans pour passer à l'acte, il a répondu non. Elle lui a suggéré de s'adresser à son équipe du centre du jour, le lendemain après-midi, car elle avait jugé qu'il ne constituait pas de danger pour lui-même ni autrui. ! Elle a ajouté aussi que sa souffrance était d'ordre psychiatrique et que cela était courant chez les gens atteints de troubles psychiatriques!

”

Témoignage recolté via le formulaire *Quand la folie a le dos large*

Recommandation B.9 -

- **B.9.1** Que l'annexe sur les droits soit maintenue et mise à jour, en collaboration avec l'Association des groupes d'intervention en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ);
- **B.9.2** Que l'usage des mesures de contrôle en psychiatrie fasse l'objet d'une comptabilisation régulière et périodique obligatoire dans les établissements, et que la compilation nationale de ces données soit rendue publique;
- **B.9.3** Que soit mis en place un comité de travail national sur les alternatives aux mesures de contrôle visant à clarifier les protocoles d'application ainsi que les traces à laisser aux dossiers, et à proposer des alternatives applicables en milieu de soin, tout en documentant les ressources nécessaires pour les mettre en oeuvre;
- **B.9.4** Que la formation *Quality Rights* (OMS) soit obligatoire pour les gestionnaires des établissements de santé et services sociaux.

⁷² Démarche *Quality Rights*, Organisation mondiale de la santé : [2qrfllyer_11.10.-2023_fr.pdf](#)

CONCLUSION

En conclusion, nous tenons à réitérer l'importance de l'action sur les conditions de vie des personnes et de l'accès à des soins et de l'accompagnement volontaire lorsque les personnes en demandent. Au vu notamment des statistiques selon lesquelles une personne a d'autant plus de chance de faire l'objet d'une P-38 qu'elle est en situation de pauvreté ou d'itinérance⁷³, il y a un risque important que des mécanismes, comme ce que propose le projet de loi 23, participent à une médicalisation de problèmes sociaux qui découlent des inégalités sociales et de l'accès défaillant à un logement décent, à de la nourriture, à des soins de santé adaptés, à des recours adéquats et fonctionnels pour des situations de harcèlement, violence conjugale, précarité économique, infestation d'un logement, etc.

Plusieurs instances font d'ailleurs ces mêmes constats et recommandations. On peut penser aux récents rapports du rapporteur spécial de l'ONU sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible⁷⁴. Dans le même sens, l'Organisation mondiale de la santé rappelle qu'un focus sur les diagnostics et la réduction des symptômes ne peut améliorer les choses si on néglige les déterminants sociaux qui affectent la santé mentale des gens:

«Mental health and well-being are strongly associated with social, economic, and physical environments, as well as poverty, violence, and discrimination. However, most mental health systems focus on diagnosis, medication, and symptom reduction, neglecting the social determinants that affect people's mental health.⁷⁵»

Ces instances viennent confirmer ce qu'on entend bien sur le terrain. Au Québec comme ailleurs, nous vivons une époque où les droits que nous pensions acquis sont de plus en plus fragilisés. Les droits fondamentaux qui garantissent nos libertés individuelles et collectives sont mis à mal par des décisions politiques qui, tout en augmentant les inégalités sociales, prétendent ensuite régler les problèmes sociaux qui en découlent par "la loi et l'ordre". On crée ainsi des précédents inquiétants, qui renforcent les injustices et fragilisent le tissu social dans un cercle vicieux: chaque fois que nous acceptons de

“

On veut que le gouvernement cesse de considérer les problèmes sociaux et économiques comme des enjeux de sécurité publique au lieu de les considérer comme des enjeux de SANTÉ PUBLIQUE!!! Cessez de criminaliser et de judiciaireiser la souffrance, qui est souvent elle-même causée par le système.

”

Témoignage récolté via le formulaire Quand la folie a le dos large

⁷³ «À Montréal, c'est dans les quartiers où se concentrent à la fois les indices de défavorisation matérielle (revenu, éducation, emploi) et sociale (fragilité du réseau, vie en solo, isolement) que l'on compte le plus grand nombre de requêtes pour une évaluation psychiatrique, en vertu de la loi P-38.», GAUVREAU, Claude, 26 octobre 2015, "Les fous dans la cité", Actualités UQAM, (Lien dans les références)

⁷⁴ Organisation des Nations Unies (ONU), 12 avril 2019, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, (Lien dans les références) À ce propos, voir le mémoire déposé par le RRASMQ lors du passage du rapporteur spécial à Montréal en novembre 2018.

⁷⁵ Organisation mondiale de la santé, *Mental health, human rights and legislation. Guidance and practice*, 2023, p.xvii.

tronquer les droits humains, nous ouvrons la porte à l'érosion graduelle de notre société démocratique⁷⁶.

En ce sens, ne faisons pas cette erreur: nous enjoignons le gouvernement du Québec à ne pas adopter le projet de loi 23 et à mettre en place des mesures ambitieuses pour s'assurer que la coercition demeure une mesure exceptionnelle, qu'on respecte les droits et la dignité des groupes les plus marginalisés, et qu'ensemble, on choisisse de prendre véritablement soin des personnes en détresse dans nos communautés.

⁷⁶ Extrait de la déclaration commune *Quand la folie a le dos large*

Annexe 1 - Synthèse des recommandations

Recommandation A.1 - Suivre les recommandations de l'IQRDJ et d'une majorité des acteur-ices en présence, en renonçant à une réforme législative de la loi P-38 pour investir dans une première ligne qui répond rapidement à la détresse, par des soins de proximité volontaires et adaptés aux besoins et réalités des personnes.

* * *

Recommandation B.1 - Maintenir le titre initial de la « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.0001) »

Recommandation B.2 - Mandater une instance chargée de compiler et rendre publiques les données concernant les recours à la P-38, ainsi que d'évaluer la cohérence de l'application concrète de la loi aux principes énoncés.

Recommandation B.3 - Maintenir le critère d'un danger « grave et immédiat » pour justifier le transport d'une personne par un agent de la paix à un établissement de santé en vertu de la P-38 et pour justifier son placement sous garde temporaire.

Recommandation B.4 - Limiter à un maximum de 120 heures la garde temporaire permise sans passage devant un juge.

Recommandation B.5 - Retirer la possibilité de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique sans son consentement et sans l'autorisation d'un juge.

Recommandation B.6 - Privilégier que l'audience se déroule en personne et dans les conditions nécessaires pour que la personne puisse assurer pleinement sa défense (droit à la justice), dans le respect de sa dignité.

Recommandation B.7 - Que la ministre

- **B.7.1** Renonce à la création de la Section de l'intégrité de la personne au TAQ;
- **B.7.2** Maintienne le pouvoir de révision du TAQ tel que prévu dans la Loi P-38;
- **B.7.3** Maintienne les compétences juridictionnelles respectives de la Cour du Québec et de la Cour supérieure ou, à défaut, confie l'examen de toute requête de garde en établissement et d'autorisation judiciaire de soin à l'UN de ces deux tribunaux.
- **B.7.4.** Précise et distingue la différence entre une demande de garde et une demande de soin, et précise la procédure entourant l'examen de ces demandes, en exigeant que ces

requêtes soient examinées indépendamment.

Recommandation B.8 - Que le chapitre 11.3 sur les Directives psychiatriques anticipées soit retiré du projet de loi, et que soit rapidement proposé un projet de loi distinct visant la mise en place d'un programme et d'un comité de travail incluant la recherche, des personnes premières concernées et des professionnel.les de la santé. Que ce comité de travail développe le formulaire prescrit, les balises de formulation et le cadre légal entourant son application.

Recommandation B.9 -

- **B.9.1** Que l'annexe sur les droits soit maintenue et mise à jour, en collaboration avec l'Association des groupes d'intervention en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ);
- **B.9.2** Que l'usage des mesures de contrôle en psychiatrie fasse l'objet d'une comptabilisation régulière et périodique obligatoire dans les établissements, et que la compilation nationale de ces données soit rendue publique;
- **B.9.3** Que soit mis en place un comité de travail national sur les alternatives aux mesures de contrôle visant à clarifier les protocoles d'application ainsi que les traces à laisser aux dossiers, et à proposer des alternatives applicables en milieu de soin, tout en documentant les ressources nécessaires pour les mettre en oeuvre;
- **B.9.4** Que la formation *Quality Rights* (OMS) soit obligatoire pour les gestionnaires des établissements de santé et services sociaux.

Annexe 2 - Balises législatives autour des Directives psychiatriques anticipées

(tirées de WHO, p.53)



Examples of what the law can say

- ⦿ Every person of legal age shall have a right to make advance directives with regard to health care interventions specifying any or all of the following: i) the way the person wishes to be supported and treated; ii) the way the person wishes not to be supported or treated; iii) the individual or individuals, in order of precedence, they want to appoint as their nominated representative or supporter to make or communicate decisions on their behalf. The document shall state the moment or circumstances in which the advance directives enter into force.
- ⦿ An advance directive may be made by a person irrespective of their past mental health diagnosis or treatment.
- ⦿ An advance directive can be expressed in written documents, a recorded video or audio format.
- ⦿ A person retains the right to make health care decisions directly after the advance directive has been drafted.
- ⦿ An advance directive may be modified or revoked at any time by the person concerned. Any new decision related to mental health care and treatment shall override any previously written or documented advance directive.
- ⦿ An advance directive shall be binding on all providers of medical services who apply medical procedures.
- ⦿ Mental health services have the duty to inform service users of their right to make an advance directive, provide information related to it, and ensure access to support for its development.
- ⦿ The health authority shall implement a central registry to store advance directives for swift access by health care providers, the person concerned, and their nominated representatives or supporters.
- ⦿ Mental health practitioners who adhere to advance directives and respect the will and preference of service users shall not be held legally responsible for any unsatisfactory outcomes that may occur, and will be indemnified from any unforeseen consequences arising from adhering to advance directives.

Annexe 3 - Statistiques de l'escouade 24-7 du Bas-St-Laurent

(notez que le tableau a été scindé en deux pour en faciliter la lecture)

Tableau 1- Les MRC, provenance de la référence et types de crises

Période du 1er octobre 2018 au 31 mars 2026



ESCOUADE 24 7-STATISTIQUES DES DÉPLACEMENTS


Périoc

INTERVENTION	SECTEUR					TOTAL	PRÉSENCE SÛRETÉ DU QUÉBEC		MRC								PROVENANCE DE LA RÉFÉRENCE					TYPE DE CRISE			PROBL PART
	Années	1	2	3	4		Par année	OUI	NON	MATANE	MATAPÉDIA	LA MITIS	RIMOUSKI-NEGETTE	LES BASQUES	TÉMISCOUATA	RIVIÈRE-DU-LOUP	KAMOURASKA	811	AAOR	BOUFFÉE D'AIR	CPSICBSL	Déplacement urg ences	PSYCHOSOCIALE	PSYCHOPATHOLOGIQUE	
octobre-mars 2018-2019	24	41	12	20	97	37	55	13	11	14	26	5	7	12	9	27	13	2	53	0	49	30	15	43	
2019-2020	43	113	30	59	245	116	126	21	20	24	89	15	14	28	32	72	13	1	155	56	94	76	57	92	
2020-2021	28	90	25	52	195	91	104	14	14	23	68	9	19	24	25	63	7	5	118	25	83	80	27	82	
2021-2022	28	109	29	55	221	128	93	14	13	22	87	13	20	36	16	59	6	4	150	27	91	91	35	111	
2022-2023	39	147	23	59	268	130	138	26	13	28	120	7	17	37	20	100	7	5	154	50	103	107	52	99	
2023-2024	44	102	36	71	253	140	112	34	10	30	72	9	26	45	26	130	5	6	111	37	90	106	50	97	
2024-2025	59	140	35	91	325	160	162	36	23	40	100	10	23	53	40	130	4	4	186	40	124	146	46	158	
2025-2026	74	157	31	70	332	113	217	53	21	43	113	8	27	44	22	158	5	5	163	67	107	149	70	144	
					1936	915	1007	211	125	224	675	76	153	279	190	739	60	32	1090	302	741	785	352	826	
					1936																				

Moy/année

Tableau 2- Les problématiques particulières, la durée des déplacements et des interventions et les conclusions de l'épisode.

Période du 1er octobre 2018 au 31 mars 2026



ESCOUADE 24 7-S Période du **01 octobre 2018** au **31 mars 2026**

INTERVENTION	SECTEUR				TOTAL	PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES			MINUTES		CONCLUSION				GENRE						
	1	2	3	4		Par année	PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES	MINUTES	CONCLUSION	GENRE											
Années	1	2	3	4	Par année	PROBLÉMATIQUES PARTICULIÈRES			MINUTES		CONCLUSION				GENRE						
octobre-mars 2018-2019	24	41	12	20	97	43	10	44	25	90	65	5	20	5	34	58	4				
2019-2020	43	113	30	59	245	92	7	146	20	86	162	16	49	11	106	120	0				
2020-2021	28	90	25	52	195	82	17	96	27,25	84,25	141	11	34	5	98	104	0				
2021-2022	28	109	29	55	221	111	11	99	27,768	95,712	157	7	44	11	113	131	0				
2022-2023	39	147	23	59	268	99	19	148	25,868	102,84	181	16	59	8	121	191	0				
2023-2024	44	102	36	71	253	97	8	149	29,665	87,781	175	9	49	19	160	196	0				
2024-2025	59	140	35	91	325	158	7	161	30,356	91,425	188	22	78	26	165	225	0				
2025-2026	74	157	31	70	332	144	7	181	29,457	88,8	230	24	48	21	159	251	61				
					339	899	221	477	1936	826	86	1024	27,509	89,4	1299	110	381	106	956	1276	65
					1936					262,7						2297					

Moy/année

Références

AFTAB, Awais, 4 novembre 2024, *Involuntary psychiatric hospitalization: a substack collection*, <https://www.psychiatrymargins.com/p/involuntary-psychiatric-hospitalization>

Ambrosini, D.L. et A.Crocker, (2009) «Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie», dans *Santé mentale au Québec*, Volume 34, numéro 2, automne 2009, pp.51-74.

ARCHAMBAULT, Héloïse, 11 novembre 2025, "Coincés à l'hôpital depuis des mois, des patients ont coûté plus d'un demi-million\$", *Le Journal de Québec*, <https://www.journaldequebec.com/2025/10/30/coinces-a-lhopital-depuis-des-mois-des-patients-ont-coute-plus-dun-demi-million>

Association des directeurs de police du Québec (ADPQ), 3 décembre 2024, *Proposition de l'Association des directeurs de police du Québec Pour une révision de la loi sur la protection des personnes (LPP)*

Association des policières et policiers provinciaux du Québec (APPQ), décembre 2024, *Mémoire*

Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ), 1er décembre 2024, *Mémoire de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec 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)*

COUSINEAU, Marie-Eve, 16 avril 2025, « Vétusté de l'hôpital Douglas Le lieu lui-même produit de la souffrance », *La Presse*, <https://www.lapresse.ca/actualites/2025-04-16/vetuste-de-l-hopital-douglas/le-lieu-lui-meme-produit-de-la-souffrance.php>

CALTON, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047>

COLLARD, Nathalie, 12 avril 2026, "Le petit projet qui donne de grands résultats", *La Presse*, <https://www.lapresse.ca/contexte/modernisation-de-la-loi-p-38/sante-mentale-l-occasion-ratee-par-quebec/2026-04-12/sante-mentale/le-petit-projet-qui-donne-de-grands-resultats.php>

COPELAND, Mary Ellen, 2002, *The Wellness Recovery Action Plan 'WRAP' "Taking control of your wellness"*, <https://www.getselfhelp.co.uk/docs/WRAP.pdf>

COUTURIER, Eve-Lyne, «Diagnostic de la crise en santé mentale et ses remèdes», Note de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, 10 octobre 2023

[Déclaration commune Quand la folie a le dos large](#)

DOMINGUE, Jean-Laurent, professeur en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa, 14 mai 2026, allocution dans le cadre de la journée de réflexion "Traitements forcés au Canada", tenue à l'Université d'Ottawa

Emanuel, Natalia, Pim Welle, and Valentin Bolotnyy. 2025. "A Danger to Self and Others: Health and Criminal Consequences of Involuntary Hospitalization." Federal Reserve Bank of New York Staff Reports, no. 1158, July.

Fraternité des policiers et policières de Montréal, 3 décembre 2024, *Mémoire 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*

GAUVREAU, Claude, 26 octobre 2015, "Les fous dans la cité", Actualités UQAM, <https://actualites.uqam.ca/2015/folie-mentale-fole-sociale-indissociables-revele-ouvrage-marcelo-otero/>

GENDRON-TARDIF, Julien, 1er avril 2025, "Manu se sentait partir", La Presse, <https://www.lapresse.ca/dialogue/temoignages/2025-04-01/sante-mentale-et-criminalite/manu-se-sentait-partir.php>

GENTILE, Davide, 2 novembre 2018, "L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont transfère son unité psychiatrique à l'Institut universitaire en santé mentale", Radio-Canada, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1133411/hopital-transfert-psychiatrie-demenagement-montreal>

GOODING, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). *Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review*. Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.

Gorrell, S., Nagamine, M., Austin, A., & Troop-Gordon, W. (2022). *Insights from expanded adverse childhood experiences screening in a hospital-based outpatient psychiatry service*. Journal of Psychiatric Practice, 28(2), 128–136.

GYULAI, Linda, 21 mai 2026, "Milton Park is a symptom of a broken system: Dealers give away fentanyl as rehab waits grow", *The Gazette*, <https://montrealgazette.com/news/milton-park-is-a-symptom-of-a-broken-system-dealers-give-away-fentanyl-as-rehab-waits-grow/>

Hudson, Emily et Lessard-Deschênes, C., Dumais Michaud, A-A, Goulet, M-H, «From Care to Coercion: Service User and Carer Experiences of Police-Involved Mental Health Crisis Responses», *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol.35, Issue 3, Juin 2026.

Laboratoire sur la santé, les déviations et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, décembre 2024, *Les pratiques de soins en établissement de santé lors d'hospitalisations et de traitements involontaires : un angle mort du droit psychiatrique*

L'Avant-garde, groupe d'entraide et d'éducation populaire en santé mentale et hébergement en itinérance, 29 novembre 2024, *Pourquoi ne pas opter pour d'autres options et agir ailleurs et autrement en situation de dangerosité ?*

LÉVESQUE, Dominique, 9 mars 2026, "Le drame de Tumbler Ridge met en lumière les besoins en santé mentale", Radio-Canada,

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2236247/tumbler-ridge-conseillers-sante-mentale>

Institut québécois de réforme du droit et de la justice, Rapport 1- Portrait général et revue de la littérature. *Rapport de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*

Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 18 septembre 2025, Rapport 4- Étude qualitative. *Rapport de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*

Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 10 décembre 2025, Rapport 5- Recommandations finales. *Rapport de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux*

Melbourne Social Equity Institute, Gooding, Piers, B. McSherry, C. Roper et F. Grey, *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review*, Commissioned by the United Nations Office at Geneva to inform the report of the United Nations Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, University of Melbourne, 2018.

MENDEZ, Juan, 1er février 2013, *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/22/53

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) , 29 novembre 2024, *Mémoire de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*

Organisation des Nations Unies, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, par Juan E.Mendez, A/HRC/22/53, 26 pages, 1er février 2013. ([Document Viewer](#))

Organisation des Nations Unies, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, par Dainius Pūras, A/HRC/35/21, 24 pages, 27 mars 2017.

Organisation des Nations Unies, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, (angle déterminants sociaux)* par Dainius Pūras, A/HRC/41/34, 21 pages, 12 avril 2019, ([Document Viewer](#))

Protecteur du citoyen, 19 septembre 2024, *Rapport annuel 2023-2024*

RRASMQ, Mémoire déposé dans le cadre des consultations de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice, 2024.

RRASMQ, Mémoire déposé dans le cadre des consultations sur le projet de loi 39, 1997.

RRASMQ, *Un changement de paradigme nécessaire en santé mentale*. Mémoire déposé au Rapporteur spécial de l'ONU, novembre 2018.

Réseau pour la Réflexion Critique en Psychiatrie (RRCP), 7 février 2025, *Lettre du RRCP au premier ministre*, <https://www.le388.ca/blogs/lettre-du-rrcp-au-premier-ministre>

STUART, Heather et Julio Arboleda-Florez (2012), "From sin to science. Fighting the stigmatization of mental illness", *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 57, no 8, août 2012

TOUZIN, Caroline, 24 mai 2026, "Suicide lors de son hospitalisation à domicile "Pourquoi ne l'a-t-on pas écoutée?"", *La Presse*, <https://www.lapresse.ca/actualites/troubles-de-sante-mentale/elle-voulait-etre-hospitalisee-elle-est-morte-chez-elle/2026-05-24/suicide-lors-de-son-hospitalisation-a-domicile/pourquoi-ne-l-a-t-on-pas-ecoutee.php>

Tribunal administratif du Québec, 19 novembre 2024, *Mémoire du Tribunal administratif du Québec 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*,

VALLET, Stéphanie et Pineda, Améli, 23 avril 2025, "Une solution sans fonds pour les familles en santé mentale", *Le Devoir*, <https://www.ledevoir.com/actualites/societe/870418/enquete-solution-fonds-familles-sante-mentale>

WIPOND, Rob, 2 janvier 2026, "Why does Canada have such high rates of forced psychiatric hospitalizations?", *The Globe and Mail*, <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canada-forced-psychiatric-hospitalization-rates/>

World Health Organization, *WHO Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*, 2021

World Health Organization (WHO), 9 octobre 2023, *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*.