

Au-delà de la contrainte : humaniser les soins et l'intervention de crise en santé mentale

Des réponses efficaces à notre portée

Mémoire déposé lors du mandat « Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 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



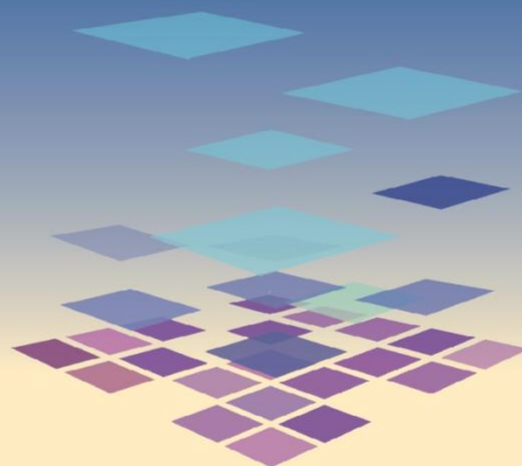
Lourdès Rodriguez del Barrio, PhD

CSSS - 067M
C.P. PL 23

Loi visant à mieux accompagner

les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque

VERSION RÉVISÉE



Au-delà de la contrainte : humaniser les soins et l'intervention de crise en santé mentale

Des réponses efficaces à notre portée

Recherche et rédaction

- Lourdes Rodriguez del Barrio, PhD, professeure titulaire, École de travail social, Université de Montréal, directrice de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) et du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions.
- Emilie Proteau-Dupont, PhD, École nationale d'administration publique, Estamira - Alliance de recherche et d'action Pratiques inclusives.
- William Thierry Tonye Bayiha, PhD, Sciences humaines appliquées, Université de Montréal, Estamira - Alliance de recherche et d'action Pratiques inclusives.
- Maximilien Bouchard, M.Sc., agent de recherche, Alliance de recherche Alternatives inclusives en santé mentale (ARAI) et Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions.

Édition

- Maximilien Bouchard
- Ana Ramos

Mise en forme

- Leslie Plumb

Comité scientifique (co-signataires)

- Ariane Boyer, PhD, psychologue et clinicienne-chercheuse, Clinique pédiatrique transculturelle, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions.
- Isabelle Courcy, PhD, professeure adjointe, Département de sociologie, Université de Montréal, membre de l'ÉRASME.
- Céline Cyr, M.Sc., comité citoyen, ARAI et Estamira - Alliance de recherche et d'action Pratiques inclusives.
- Audrey-Anne Dumais Michaud, professeure agrégée, École de travail social et de criminologie, Université Laval, membre de l'ÉRASME.
- Nathalie Godfrind, comité citoyen, ARAI et Estamira - Alliance de recherche et d'action Pratiques inclusives.
- Emmanuelle Houry, PhD, TS, professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal, membre de l'ÉRASME.
- Marie-Laurence Poirel, PhD, professeure agrégée, École de travail social, Université de Montréal, membre de l'ÉRASME.
- Jeanne-Marie Rugira, PhD, professeure, Département de psychosociologie et travail social, Université du Québec à Rimouski, membre de l'ÉRASME.

© ERASME et ESTAMIRA, 2026.

L'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME)

Depuis 1992, l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME) (Fonds de recherche du Québec Société Culture, FRQSC) a réalisé de nombreuses recherches, recherches actions et recherches évaluatives sur les pratiques, les services et les politiques en santé mentale au Québec et ailleurs. Plusieurs de nos projets visent à mieux connaître le rapport à soi, aux autres et au monde des premiers concernés, à saisir les effets des processus systémiques d'exclusion et à identifier les pratiques qui permettent l'appropriation de l'expérience et l'élargissement de la capacité d'agir, et dans certains cas, contribuer à les renforcer. Notre programmation antérieure visait à donner plus de place aux jeunes et à leurs proches. Depuis 2024, la programmation scientifique d'ÉRASME est portée par 20 membres réguliers, dont 13 chercheurs¹ universitaires provenant de 7 disciplines (anthropologie, psychopédagogie, sociologie, travail social, psychologie, psychiatrie, psychosociologie) affiliés à 6 universités (Université de Montréal, Université du Québec à Montréal, Université du Québec à Rimouski, Université McGill, Université TÉLUQ, Université Laval), et 7 provenant des milieux de pratique.

Autrice principale du mémoire

Lourdes Rodriguez del Barrio, PhD, est professeure titulaire à l'École de Travail social de l'Université de Montréal, directrice du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions, de l'Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture ÉRASME ainsi que de l'Alliance de Recherche internationale Université-Communauté Santé Mentale et Citoyenneté. Elle a été directrice scientifique de la recherche sociale du CIUSSS-NIM (2017-2022) et, actuellement, elle assume cette responsabilité au CIUSSS de l'Est-de-île de Montréal. Récemment, elle a assumé la direction scientifique de l'un des trois projets sélectionnés (FRQS, MSSS, FGB), celui de Montréal, pour l'implantation du Réseau intégré des services Aire Ouverte visant à rejoindre les jeunes (12 à 25 ans) et à prévenir l'aggravation de problèmes de santé et de santé mentale. Elle a fait partie de plusieurs comités gouvernementaux portant sur les politiques et programmes en santé et services sociaux. Le Comité de la santé mentale du Québec (MSSS) lui a confié le mandat pour l'élaboration du Cadre de référence sur la qualité des services de santé mentale dans la communauté. Pendant plus de 10 ans, elle a été présidente du Centre de crise L'Autre Maison et, par la suite, vice-présidente du Centre de crise le Transit. Elle a réalisé plus de 125 conférences internationales et nationales et publié une centaine d'articles, de livres, de chapitres et de rapports de recherche dont certains ont été primés.

En 2021, elle a mis en place l'Alliance de recherche et d'action sur les pratiques inclusives en santé mentale qui vise à l'expérimentation, à l'accompagnement par la recherche des pratiques d'intervention et de prévention des crises en santé mentale et l'identification des leviers pour agir contre les discriminations systémiques (Conseil des sciences humaines et sociales du Canada et Instituts en santé du Canada). Dans ce contexte, elle a organisé la formation Dialogue ouvert au Québec avec la participation d'experts dont Jaakko Seikkula, l'un des fondateurs, et un des chercheurs les plus reconnus internationalement dans le développement de cette approche.

¹ L'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte et n'a aucune intention discriminatoire.

Table des matières

INTRODUCTION	5
SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS.....	7
1. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES RISQUES ASSOCIÉS À L'ADOPTION DU PROJET DE LOI 23. 13	
1.1. Les personnes vivant avec un problème de santé mentale doivent être considérées comme des personnes à protéger, et non comme une source potentielle de danger.	13
1.1.1. La vaste majorité ne présente pas un danger pour autrui.....	13
1.1.2. Elles sont davantage exposées à la victimisation que la population générale	14
1.2. Les hospitalisations obligatoires ne réduisent pas le risque de danger pour soi-même.....	14
1.3. Le manque d'accessibilité et de continuité de services adéquats en santé mentale.....	16
1.3.1. Un manque d'accès et de financement des services sociaux et communautaires en santé mentale au Québec	16
1.3.2. La garde en établissement et la place dominante du traitement pharmacologique en psychiatrie	16
1.3.3. Le recours à la contrainte altère la relation thérapeutique	17
1.3.4. Le recours à des mesures d'exception touche particulièrement certains groupes sociaux sujets à des discriminations	18
2. PRATIQUES D'INTERVENTION ET DE PRÉVENTION DE CRISE AYANT DÉMONTRÉ LEUR EFFICACITÉ CLINIQUE ET ÉCONOMIQUE.....	19
2.1. Reconnaître et consolider l'accès à des pratiques alternatives efficaces	19
2.2. Le modèle prometteur du Dialogue ouvert et son expérimentation au Québec	20
2.3. Les approches collaboratives autour de la prescription et le suivi des prescriptions pharmacologiques en santé mentale	21
3. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE PROJET DE LOI 23	22
3.1. Agir pour maintenir le caractère exceptionnel de la Loi et promouvoir les pratiques volontaires	22
3.2. Maintenir le titre de la Loi P-38.....	23
3.3. Critères d'intervention pour le transport d'une personne contre son gré. Mieux définir et encadrer les pratiques d'évaluation de la « dangerosité ».....	24

3.4. Type de garde, modalités et délais de la garde temporaire : maintenir l'exigence d'une autorisation judiciaire préalable, réduire la durée et instaurer des mécanismes réguliers de révision des mesures imposées	26
3.5. Exigence pour Santé Québec pour l'élaboration d'une formation concernant le rôle et les responsabilités des personnes intervenantes d'un service en situation de crise	27
3.6. Mise en place d'un mécanisme de consultation et de concertation. Les acteurs et le processus d'action concerté.	27
3.7. Entente-cadre nationale concernant la protection des personnes présentant une altération de leur état mental et constitution des comités pour établir une gouvernance nationale et régionale quant à la protection de ces personnes	28
3.8. Les Directives psychiatriques anticipées afin de garantir le droit de la personne de consentir ou non aux soins dans le cas où elles seraient inaptes de façon temporaire à consentir aux soins en raison d'un trouble mental	29
3.9. Création d'une nouvelle section du tribunal administratif du Québec	31
ANNEXE 1	33

INTRODUCTION

Ce mémoire s'unit aux multiples initiatives portées quotidiennement par une grande diversité de personnes concernées, professionnelles, proches, et organisations publiques et communautaires afin d'agir pour répondre aux situations de détresse et de crise. Il s'inscrit dans une volonté collective de soutenir et de promouvoir des réponses respectueuses des droits, favorisant la sécurité, le rétablissement et la qualité de vie des personnes concernées et des communautés.

Il reconnaît la volonté gouvernementale et d'autres acteurs qui souhaitent, pour le Québec, un système de services « plus humain et adapté aux réalités des personnes qui souffrent, et de ceux qui les accompagnent » (Association des médecins psychiatres du Québec, 2026, p. 3).

Ce mémoire présente une analyse fondée sur des résultats de recherches qui évaluent les pratiques et l'organisation des services, en tenant compte des effets sur la vie des personnes concernées et de leurs proches. Ces recherches évaluatives, transformatives et participatives sont réalisées par des méthodes rigoureuses qui permettent de documenter **les expériences des services et leurs impacts sur la vie quotidienne des personnes, de leurs proches et de leurs communautés.**

À partir d'une analyse de la situation actuelle des services fondée sur leurs travaux de recherche, des chercheurs et des représentants du comité citoyen de l'équipe ÉRASME et de l'Alliance de recherche Alternatives inclusives en santé mentale (ARAI) ont contribué à la réflexion présentée dans ce mémoire concernant les effets potentiels du projet de loi 23 sur les personnes concernées et leurs proches.

En nous fondant sur ces recherches, nous considérons comme étant très préoccupants les risques associés à l'implantation immédiate des dispositions prévues au projet de loi 23 (PL23). Nous accueillons le projet de loi avec de sérieuses réserves.

Cependant, ce mémoire soumet à la Commission des modifications visant à atténuer les impacts négatifs potentiels et des voies pour assurer l'amélioration de l'accompagnement des personnes qui souffrent de problèmes en santé mentale et de leurs proches.

Il est essentiel de rappeler que les modifications suggérées par le PL23 concernent fondamentalement une loi d'exception, « portant déjà atteinte aux droits et libertés d'une personne ayant une problématique de santé mentale » (Protecteur du citoyen, 2026, p. 4). Dans ce contexte, toute modification législative devrait être examinée avec une attention particulière à ses effets sur les droits des personnes concernées.

Pour que ces mesures soient véritablement exceptionnelles, et suivant les orientations des organisations internationales et de la recherche scientifique (Commission européenne, 2021; Organisation des Nations Unies, 2019; Organisation mondiale de la Santé, 2022), les politiques et les services publics pour l'intervention et la prévention des

crises doivent être accessibles, adéquats et adaptés à la diversité des communautés locales (Institut québécois de réforme du droit et de la justice [IQRDJ], 2025, p. 85–88).

Dans ce sens, ce mémoire s’unit aux voix qui ont réclamé un moratoire actif qui priorise des actions immédiates de concertation afin de mieux répondre aux situations de crise au plus près des milieux de vie afin d’éviter le recours à la contrainte et que ce recours comble le manque d’accès équitable et approprié aux services adéquats.

En reconnaissant les nombreuses initiatives consolidées par le Plan d’action interministériel en santé mentale 2022-2026, nous considérons, avec l’Association des médecins psychiatres du Québec, qu’il faut « [t]out mettre en place pour éviter le recours à la LPP [Loi sur la protection des personnes] » (2026, p. 4). Nos travaux de recherche confirment la nécessité d’assurer un accès à des ressources de proximité psychosociales, psychothérapeutiques et communautaires adaptées aux besoins des personnes et de leurs proches. Réduire les défaillances systémiques et les obstacles dans l’accès à l’aide immédiate constitue une condition essentielle pour prévenir l’aggravation des situations de crise.

Ce mémoire propose **un modèle de réorientation et de consolidation des pratiques** visant à répondre aux situations de crise et de détresse intense au plus près des communautés. Ce modèle favorise l’action en réseau et mobilise la force des liens intersectoriels en santé mentale. Il s’inspire du modèle Dialogue ouvert, dont l’efficacité est reconnue à l’échelle internationale. Celui-ci a été expérimenté dans le cadre du projet **Crise-Famille**, porté par le Carrefour en santé mentale pour les familles et l’entourage, en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Est, le Centre de crise L’Accès et des chercheurs du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et de l’équipe ÉRASME. Il fait actuellement l’objet d’une adaptation et d’un enrichissement au Québec par des partenaires réunis au sein de l’Alliance de recherche et d’action Alternatives inclusives en santé mentale.

Les avantages documentés incluent un meilleur bien-être des proches et une véritable considération de leur savoir expérientiel, une meilleure coordination des actions et des interventions, une réduction de la judiciarisation des personnes et du retour à la garde en établissement conformément aux dispositions de la loi P-38 (CAP santé mentale, 2026, p. 30-38).

À partir des résultats de ces expérimentations, **nous constatons une forte réduction des demandes de garde en établissement par les familles et les proches.**

Le changement est possible grâce à la mobilisation des acteurs locaux, avec des investissements financiers raisonnables. Il s’agit principalement de consolider la formation et l’accompagnement pour assurer la fidélité au modèle et le soutien aux personnes professionnelles, intervenantes, proches et paires aidantes. Ce modèle est précisé dans ce mémoire.

Somme toute, notre principale recommandation est que les efforts de concertation nationale visent l’implantation de ces transformations et que ces dernières soient une condition pour l’application de toute réforme à la Loi P-38.

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS

Ce mémoire, rédigé par des chercheurs associés à l'équipe ÉRASME et à l'Alliance de recherche Alternatives inclusives en santé mentale (ARAI), présente une analyse critique du **projet de loi 23 (PL23)**, qui vise à modifier la Loi P-38. Voici un sommaire de chaque section et des recommandations.

1. Analyse du contexte et des risques associés à l'adoption du PL23

Cette section souligne que l'urgence d'agir par l'adoption du PL23 et les modifications proposées reposent sur une perception erronée de la dangerosité des personnes vivant avec un trouble de santé mentale.

- La primauté de la protection sur la dangerosité : les auteurs soutiennent que ces personnes doivent être vues comme des sujets à protéger plutôt que comme des menaces. Moins de 3 % des infractions violentes sont attribuables à des troubles mentaux, un niveau de risque comparable à celui de la population générale. À l'inverse, ces personnes sont trois fois plus susceptibles d'être victimes de violence que les personnes qui ne sont pas en situation de handicap lié à la santé mentale.
- Les dangers de l'hospitalisation involontaire : la recherche ne démontre pas que l'hospitalisation sous contrainte réduit le risque suicidaire. Elle peut même provoquer une « déstabilisation » profonde : perte de revenus (environ 19 %), instabilité du logement, rupture d'emploi et augmentation du risque de décès par surdose ou suicide dans les trois mois suivant l'évaluation. Cependant, on ne peut pas conclure à un lien causal entre l'hospitalisation involontaire et le risque suicidaire.
- Le manque de ressources comme moteur de la contrainte : une utilisation excessive de la Loi P-38 est souvent observée pour pallier le manque d'accès aux services sociaux et communautaires. La contrainte deviendrait alors un outil de gestion de la pénurie de services.
- Impacts discriminatoires : le recours aux mesures d'exception touche de manière disproportionnée les personnes âgées, les jeunes racisées, les immigrantes, le groupe LGBTQIA+, les autochtones et les femmes en raison de biais systémiques et de trajectoires de surmédicalisation.

2. Pratiques d'intervention et de prévention ayant démontré leur efficacité

Le mémoire propose de réorienter les pratiques vers des approches volontaires et collaboratives d'intervention et de prévention de crise qui ont démontré leur efficacité clinique et économique à l'international et au Québec. Le mémoire recommande, comme condition préalable à la réforme proposée, le financement d'un plan d'action incluant d'autres pratiques essentielles.

Ce changement implique principalement la réorientation des pratiques par le soutien à la formation, l'accompagnement du changement et la recherche évaluative. Ce qui est moins coûteux que le développement de nouvelles structures et services. Il est aussi proposé d'assurer l'accessibilité dans toutes régions du Québec.

- Dialogue ouvert : ce modèle international, axé sur l'aide immédiate (24h) et l'implication du réseau social, affiche un taux de rétablissement durable de 80 à 85 % en cas de psychose. Il permet une réduction majeure des hospitalisations (25 à 30 %) et de l'usage de neuroleptiques (seulement 35 % des patients en reçoivent, contre 100 % en traitement standard). Ses principes clés incluent la responsabilité d'une équipe stable et la continuité du soutien psychologique tant que la crise persiste. Il réduit les coûts liés aux hospitalisations, à la médicalisation et aux situations de handicap.
- Crise-Famille (Québec) : le Dialogue ouvert a été expérimenté au Québec par le Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage (CSMFE) et les partenaires de l'ARAI. L'ARAI assure la formation, la supervision et la recherche évaluative. Entre 2024 et 2025, on constate une forte réduction des demandes de garde en établissement (autour du 70%) formulées par les familles et les proches eux-mêmes, une fois qu'ils reçoivent ce type de soutien.

Autres pratiques et recommandations de consolidation

- La Gestion autonome de la médication (GAM). Cette approche collaborative favorise le pouvoir d'agir de la personne en l'impliquant activement dans les décisions concernant son traitement pharmacologique. En favorisant l'implication active, la GAM réduit les interruptions de traitement sans accompagnement. Elle permet d'aborder ouvertement les effets indésirables (sommeil, poids, humeur) et les risques liés à un arrêt non accompagné.
- Les groupes d'entraide et organismes alternatifs : ressources clés pour briser l'isolement et offrir un accompagnement dans le milieu de vie.
- Défense des droits et participation citoyenne : l'implication des organismes de défense des droits est jugée indispensable. À cela s'ajoute la nécessité de garantir la participation des personnes concernées, de leurs familles et de leurs proches, en tenant compte de leur diversité.

- Le principe « Rien sans nous, à propos de nous » : les auteurs insistent sur le fait que les personnes concernées et leurs proches doivent exercer une influence réelle sur les politiques et les services en assurant la représentation de leur diversité. Cette représentativité de la diversité doit se traduire concrètement par une participation élargie au sein des instances de gouvernance, comme la Table de concertation nationale et les comités, pour assurer que les perspectives plurielles soient entendues.

3.Recommandations

R1. Nous recommandons, comme condition préalable à l'adoption du projet de loi 23, la mise en place d'un plan d'action bien financé pour consolider et rendre accessible dans toutes les régions du Québec :

- **R1.1.** Les organismes et les approches alternatives d'intervention et de prévention de crise;
- **R1.2.** Les groupes d'entraide;
- **R1.3.** Les ressources alternatives d'accompagnement et de traitement dans la communauté;
- **R1.4.** L'intervention Crise-famille;
- **R1.5.** Le modèle d'intervention et d'action en réseau intersectoriel Dialogue ouvert tel que développé dans le cadre du projet Crise-Famille du Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage de la Rive-Sud de Montréal et par l'Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale.

R2. Nous recommandons de maintenir le titre de la Loi P38 « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui ».

R3. Mieux définir et encadrer les pratiques d'évaluation de la « dangerosité » par :

- **R3.1.** L'application systématique de critères uniformes;
- **R3.2.** La formation obligatoire des acteurs concernés;
- **R3.3.** Le suivi documenté et public de l'application du critère de dangerosité;
- **R3.4.** Le retrait du critère justifiant la mise sous garde temporaire sans le consentement de la personne de « risque de façon raisonnablement prévisible de subir une détérioration importante de son état mental » (article 7, point 1 du 2e alinéa).

R4. L'assujettissement de toute garde temporaire à une autorisation judiciaire préalable et d'en limiter la durée :

- **R4.1.** Retirer la possibilité d'une évaluation psychiatrique sans consentement de la personne sans autorisation judiciaire;
- **R4.2.** La réduction de la durée de la garde temporaire à un seuil n'excédant pas 120 heures;
- **R4.3.** La mise en place d'un mécanisme d'évaluation périodique et obligatoire par un médecin indépendant;
- **R4.4.** La recherche systématique du consentement de la personne concernée.

R5. La formation des personnes intervenantes en prévention et gestion de crise en santé mentale devrait inclure :

- **R5.1.** Les critères et les pratiques d'évaluation de la « dangerosité » et toutes les implications pour les pratiques associées à l'application de la loi;
- **R5.2.** L'information sur les droits et les recours des personnes et des meilleures pratiques pour favoriser leur protection dans le sens de l'initiative de l'OMS Quality Rights;
- **R5.3.** Les meilleures pratiques d'intervention et de prévention des situations de crise, des pratiques alternatives et communautaires disponibles et du modèle Dialogue ouvert afin de favoriser l'action collaborative en réseau incluant les personnes concernées, leurs proches et les personnes intervenantes concernées.

R6. Éliminer du projet de loi la possibilité de la mise en place d'un mécanisme de consultation et de concertation sans l'autorisation de la personne ou d'un tribunal.

Ou, si ce mécanisme est implanté :

R7. L'encadrement des mécanismes de concertation et de partage d'informations par des dispositifs de suivi indépendants :

- **R7.1.** L'établissement de balises strictes et claires quant à la gestion des données partagées (durée de conservation et modalités de suppression définitive);
- **R7.2.** La réalisation d'un bilan régulier et rigoureux des expériences d'intervention de crise avec les forces de l'ordre;

- **R7.3.** Intégrer, dans l'ensemble des mécanismes, une analyse différenciée intersectionnelle (ADS+).

R8. Afin de mieux accompagner et de protéger les personnes vivant des problèmes de santé mentale et humaniser les services, nous recommandons que cette entente-cadre nationale et les comités mandatés visent :

- **R8.1.** La réduction du recours à des mesures d'exception, l'évaluation et le suivi rigoureux de leur utilisation réalisée par des acteurs indépendants et la recherche scientifique;
- **R8.2.** L'évaluation de ses effets sur les groupes historiquement marginalisés ou surreprésentés dans l'application des mesures d'exception et des trajectoires de surmédicalisation en intégrant une analyse différenciée dans une perspective intersectionnelle (ADS+);
- **R8.3.** La consolidation des pratiques et de services adéquats et accessibles qui favorisent les mesures volontaires;
- **R8.4.** La prise en compte des perspectives plurielles et la participation élargie et représentative de la diversité des personnes concernées et de leurs proches;
- **R8.5.** La participation des organismes communautaires en intervention et défense des droits.

R9. Nous recommandons que le chapitre 11.3 sur les Directives psychiatriques anticipées soit abordé par un projet de loi distinct visant à l'élaboration concertée avec les personnes concernées, la recherche et les professionnels de la santé d'un programme et d'un processus pour leur mise en place :

- **R9.1.** La loi doit contempler la possibilité pour la personne concernée de demander, en tout temps, une révision légale des mesures anticipées.

R10. L'abandon du projet d'une section spécialisée du Tribunal administratif et le réinvestissement des budgets dans la formation et la réorientation des pratiques d'intervention et de prévention des situations de crise :

- **R10.1.** Le retrait définitif des dispositions du projet de loi 23 prévoyant la création d'une nouvelle section du tribunal administratif;
- **R10.2.** La réallocation intégrale de l'enveloppe budgétaire prévue vers le financement des alternatives à la contrainte, notamment, les services de crise et d'accompagnement psychosocial;
- **R10.3.** Maintenir les compétences juridictionnelles respectives de la Cour du Québec et de la Cour supérieure;

- **R10.4.** Le maintien de la possibilité de saisir la Cour supérieure du Québec pour toute décision relative à l'autorisation de garde, aux procédures de soins ou aux mécanismes d'appel.

1. ANALYSE DU CONTEXTE ET DES RISQUES ASSOCIÉS À L'ADOPTION DU PROJET DE LOI 23.

1.1. Les personnes vivant avec un problème de santé mentale doivent être considérées comme des personnes à protéger, et non comme une source potentielle de danger.

1.1.1. La vaste majorité ne présente pas un danger pour autrui

Les mesures exceptionnelles limitatives des droits ne devraient affecter qu'un pourcentage très limité de la population. Suivant les directives internationales de l'Organisation mondiale de la santé (Gooding, 2021), le gouvernement devrait viser à réduire ce pourcentage en soutenant le développement de modèles d'intervention alternatifs aux mesures coercitives.

Fonder les orientations législatives sur un nombre limité de cas exceptionnels et fortement médiatisés risque de renforcer une association inexacte entre santé mentale et violence (Commission de la santé mentale du Canada, 2013; Van Dorn et al., 2012).

La très grande majorité des personnes vivant avec un trouble de santé mentale ne commet pas d'actes violents : les infractions violentes attribuables à ces troubles, en l'absence de consommation de substances intoxicantes et sans antécédents de violence, représentent une proportion très faible de l'ensemble des infractions violentes, soit moins de 3 % (Van Dorn et al., 2012). Ce niveau de risque est comparable à celui observé dans la population générale (Marleau, 2023).

Malheureusement, on constate que bien que la grande majorité des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ne commettent pas de crimes et ne soient pas violentes, elles sont surreprésentées dans le système de justice pénale canadien (Pedneault et al., 2021). Cette réalité invite à dépasser les explications centrées sur la dangerosité individuelle pour s'intéresser également aux facteurs sociaux, organisationnels et systémiques qui contribuent à leur judiciarisation (Pedneault et al., 2021).

L'Institut national de santé publique du Québec (Laforest et Gagné, 2018) rappelle que les verdicts de non-responsabilité criminelle demeurent rares. Les situations les plus judiciarisées et associées aux troubles mentaux ne représentent qu'une très petite fraction très spécifique des trajectoires en santé mentale.

1.1.2. Elles sont davantage exposées à la victimisation que la population générale

Les personnes ayant des difficultés ou une incapacité liée à la santé mentale sont davantage exposées à la victimisation que la population générale (Statistiques Canada, 2018) : en 2014, 10 % d'entre elles déclaraient avoir subi de la violence au cours des 12 mois précédents, comparativement à 3,4 % des personnes sans incapacité liée à la santé mentale.

Les hospitalisations et les traitements coercitifs consolident ou provoquent des expériences traumatiques chez des personnes qui sont déjà dans des situations de vulnérabilité (IQRDJ, 2025, p. 49; Protecteur du citoyen, 2026, p. 15).

La littérature sur le profilage social montre également que les services policiers sont deux fois plus susceptibles d'interpeller des personnes présentant des symptômes liés à des problèmes de santé mentale que celles qui n'en manifestant aucun. Ils seraient aussi davantage enclins à porter des accusations contre elles (Bernstein et Seltzer, 2003, cités dans MacDonald et Dumais Michaud, 2015a). À cet égard, Tammy Seltzer (2005, citée dans MacDonald et Dumais Michaud, 2015a) a démontré que ces personnes sont arrêtées plus fréquemment, passent davantage de temps en détention et sont plus souvent victimes de violence ou de victimisation de la part d'autres détenus.

Une étude menée dans un tribunal de santé mentale à Montréal a exploré les expériences de personnes accusées ainsi que celles des acteurs du système judiciaire et clinique impliqués. Les résultats montrent que ces tribunaux, bien qu'ils visent à mieux encadrer les personnes ayant des troubles de santé mentale, peuvent produire une forme particulière d'exclusion sociale (MacDonald et Dumais Michaud, 2015b).

Ces distinctions sont essentielles afin d'éviter que la notion de risque ne soit élargie au point de renforcer la stigmatisation, la judiciarisation ou le recours à des mesures de contrainte.

1.2. Les hospitalisations obligatoires ne réduisent pas le risque de danger pour soi-même

La recherche scientifique, à ce jour, nous amène à affirmer qu'il n'y a pas de preuve solide que l'hospitalisation (surtout sous contrainte) réduit le risque de danger pour soi-même. Au contraire, elle peut être associée à un risque accru dans certains contextes (notamment après la sortie) (Chung et al., 2017; Greiner et al., 2025; Lundahl, 2025).

Les données de recherche montrent que le risque suicidaire est particulièrement élevé après l'hospitalisation. Cette observation doit toutefois être interprétée avec prudence. Les personnes hospitalisées, et plus encore celles faisant l'objet de mesures coercitives, présentent généralement un niveau de vulnérabilité et de risque plus élevé avant même

leur admission, ce qui limite la possibilité d'établir un lien direct entre l'hospitalisation et le suicide.

Cependant, la recherche empirique converge vers un constat important : **l'hospitalisation, particulièrement lorsqu'elle est imposée sous contrainte, n'est pas une stratégie de prévention du suicide.**

Une recherche récente (Emanuel et al., 2025), en Pennsylvanie, démontre que l'hospitalisation involontaire aggrave la situation des patients : elle double presque la probabilité de mourir par suicide ou par surdose dans les trois mois suivant l'évaluation, ainsi que la probabilité d'être accusé d'un crime violent durant la même période.

Cette étude identifie des mécanismes dits de « déstabilisation » (traduction libre d'Emanuel et al., 2025), notamment l'impact économique de l'hospitalisation sur le parcours de vie (baisse significative des revenus d'environ 19%; perturbations dans l'emploi, instabilité du logement et augmentation du recours à des refuges pour les personnes en situation d'itinérance). L'hospitalisation ne donne pas accès à un suivi médical ou psychosocial amélioré ou à une augmentation de l'adhésion au traitement psychopharmacologique à la sortie de l'hôpital.

Cette étude évalue aussi les coûts sociaux et économiques, qui sont considérables, et conclut à l'absence de bénéfices en ce qui concerne la stabilisation de la situation des personnes ou leur rétablissement. Les auteurs recommandent aux décideurs politiques la prudence face à l'assouplissement de l'accès aux hospitalisations involontaires qui nuisent aux populations plus vulnérables. Ils soulignent la nécessité de soutenir les services de suivi post-hospitalier, l'accès à des services dans la communauté et les interventions de crise préventives qui privilégient l'établissement d'un lien de confiance et la continuité de l'accompagnement personnalisé.

Au Québec, les données du MSSS (2025) indiquent que, pendant la période de 2020 à 2021, 3,7 % des personnes âgées de 15 ans et plus rapportaient avoir eu des idées suicidaires sérieuses. Ces données concernent l'ensemble de la population et ne sont associées à aucun diagnostic particulier de trouble de santé mentale. Le risque d'idéation suicidaire est en réalité particulièrement accentué lorsque les personnes sont confrontées à des facteurs sociaux et structurels tels que l'isolement, la précarité socioéconomique, la stigmatisation ou un accès insuffisant aux services de soutien et d'accompagnement (Institut national de santé publique du Québec, 2025).

Autrement dit, le choix collectif d'investir dans des mesures coercitives afin de réduire les risques de suicide chez les personnes aux prises avec un problème de santé mentale apparaît moins prometteur qu'un investissement soutenu dans les services de prévention du suicide, d'intervention et de prévention de crise dans les services sociaux et de santé et les organisations communautaires de proximité, ainsi que d'autres mesures qui agissent directement sur les déterminants sociaux de la santé.

Ces distinctions sont importantes afin d'éviter que la notion de risque ne soit interprétée de manière trop extensive, ce qui pourrait contribuer à renforcer la stigmatisation, la judiciarisation ou le recours à des mesures de contrainte.

1.3. Le manque d'accessibilité et de continuité de services adéquats en santé mentale

1.3.1. Un manque d'accès et de financement des services sociaux et communautaires en santé mentale au Québec

Le rapport de l'IQRDJ souligne une utilisation excessive de la loi P-38 et de l'hospitalisation forcée, révélant un système marqué par un manque d'accès aux services intermédiaires et de ressources communautaires (Fau et Boucher-Réhel, 2024, p. 11).

Au Canada, environ une personne sur cinq vit un problème de santé mentale chaque année et une proportion importante ne reçoit pas les services nécessaires (Canadian Institute for Health Information, 2025). Les données récentes soulignent, par ailleurs, des délais importants pour accéder aux services sociaux et communautaires ainsi qu'un manque de continuité des soins, notamment, à la suite d'une hospitalisation (Canadian Institute for Health Information, 2025).

Ces difficultés sont accentuées par un sous-financement relatif de la santé mentale au sein des budgets globaux de santé, réduisant l'accessibilité des services publics de santé mentale (Canadian Mental Health Association, 2024).

1.3.2. La garde en établissement et la place dominante du traitement pharmacologique en psychiatrie

Lors des hospitalisations forcées en psychiatrie, le traitement proposé est le plus souvent, exclusivement, psychopharmacologique. Action Autonomie (2024) souligne que la « garde en établissement est souvent l'occasion pour l'introduction ou l'imposition d'un ou plusieurs médicaments pharmaceutiques destinés à pallier les symptômes inhérents au diagnostic qui a été posé à la suite de l'évaluation de l'état mental de la personne concernée » (p. 85).

Ce rapport souligne aussi que « l'obtention d'un consentement libre et éclairé de la personne à la prise de la médication soit plus ou moins escamotée. [...] [L]a transmission d'une information claire, précise et compréhensible, pourtant essentielle à l'obtention du consentement, est très expéditive, sinon complètement absente » (Action Autonomie, 2024, p. 85-86).

Ce type de traitement occupe la place dominante dans les services publics en santé mentale. Entre 2020 et 2024, au Canada, les prescriptions d'antidépresseurs ont augmenté de 18 %, celles des antipsychotiques de 13 %, et les psychostimulants ont connu une hausse particulièrement marquée de 66 % (IQVIA, 2025).

Somme toute, un paradoxe s'observe : l'augmentation du recours aux traitements pharmacologiques coexiste avec un accès restreint aux interventions psychosociales, psychothérapeutiques, communautaires et préventives ainsi qu'aux ressources soutenant

les projets de vie (soutien aux études, au travail ou à la participation sociale), pourtant reconnues pour leurs effets positifs pour le rétablissement en santé mentale (Canadian Institute for Health Information, 2025; IQVIA, 2025; Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021; Organisation mondiale de la santé, 2022).

Un pourcentage important des personnes qui respectent leurs prescriptions vit, malgré tout, avec des symptômes et des difficultés. Sur le plan clinique, la médication psychiatrique possède une efficacité limitée et elle est associée à de nombreux effets indésirables qui peuvent avoir des impacts importants sur la capacité de rétablissement (ex. altérant le sommeil, l'humeur, l'attention, le poids et l'appétit) (Collins et al., 2024).

Un suivi médical régulier et rigoureux est indispensable. La recherche identifie les conditions, selon le point de vue des personnes concernées, afin que la médication puisse contribuer à un rétablissement durable, notamment : la possibilité de dialoguer avec les prescripteurs, l'ouverture d'espaces de réflexion sur le rôle de la médication dans le processus de rétablissement, l'accès à l'information sur les médicaments et leurs effets, ainsi que sur les risques d'un arrêt des médicaments sans accompagnement (Rodriguez del Barrio et al., 2001).

1.3.3. Le recours à la contrainte altère la relation thérapeutique

Au-delà des effets biologiques, le recours à la contrainte peut également altérer la relation thérapeutique en contribuant à une diminution de l'estime de soi, à une augmentation de l'anxiété et à l'apparition de symptômes post-traumatiques chez les personnes concernées (Bachelard et al., 2025). Il peut aussi générer une tension éthique et émotionnelle chez les professionnels, se traduisant par un sentiment de déshumanisation des soins et une rigidification des pratiques cliniques (Bachelard et al., 2025).

Les professionnels de la santé font également face à des dilemmes éthiques importants, liés à la tension entre les rôles de soin et de contrôle. Une étude s'étant attardée sur la perception des infirmiers travaillant en psychiatrie générale et en psychiatrie médico-légale conclut qu'une approche empathique, centrée sur la personne et les droits des patients, peut aider à réduire le recours à la coercition (Paradis-Gagné et al., 2025).

De manière générale, la recherche met en évidence une différence structurante entre les approches contraignantes et les approches volontaires en santé mentale. Les premières sont associées à des effets cliniques, sociaux et identitaires potentiellement négatifs (Silva et al., 2024), tandis que les secondes favorisent l'adhésion, le rétablissement et l'autonomie (Tinland et al., 2022).

Les mesures coercitives en santé mentale contribuent globalement à l'exclusion sociale, à la stigmatisation et à la restriction de la participation sociale des personnes concernées, surtout en matière d'emploi et de logement (St-Hilaire, 2011). Les hospitalisations involontaires peuvent accentuer la précarité par la perte d'emploi et la rupture des parcours de vie (Guibet Lafaye, 2016). Elles sont également associées à une diminution de l'autonomie et du pouvoir d'agir, à une satisfaction moindre des patients, à

l'incompréhension par les patients de leurs droits et à l'isolement social (Corderoy et al., 2025; Paradis-Gagné et al., 2023; Rodriguez del Barrio, 2005).

Enfin, de récentes études montrent aussi que l'hospitalisation involontaire est associée à des coûts plus élevés (Corderoy et al., 2025; Paradis-Gagné et al., 2023).

1.3.4. Le recours à des mesures d'exception touche particulièrement certains groupes sociaux sujets à des discriminations

Les personnes racisées, immigrantes et autochtones sont plus exposées à des diagnostics psychiatriques sévères et à des traitements intensifs à base d'antipsychotiques, dans un contexte marqué par des biais systémiques, des inégalités d'accès aux soins, ainsi que par les effets du colonialisme et des traumatismes intergénérationnels (Kirmayer et al., 2011; Kirmayer et al., 2014; Metzl et Hansen, 2014; Nelson et Wilson, 2017; Veling, 2013).

Les travaux de Denis Lafortune (2022) et les constats de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (2021, p. 250) soulignent les inégalités vécues par les jeunes autochtones et l'augmentation du recours aux mesures de contrôle depuis 2015, incluant une hausse de 22,7 % des isolements en cinq ans.

Soulignons également que le renforcement de la garde en établissement est aussi une réponse inadaptée à une variété d'expériences qui existent en santé mentale (personne atteinte d'une déficience intellectuelle, vieillissement, personne sous l'effet d'une substance, etc.) (Action Autonomie, 2024; Brosseau et al., 2026).

2. PRATIQUES D'INTERVENTION ET DE PRÉVENTION DE CRISE AYANT DÉMONTRÉ LEUR EFFICACITÉ CLINIQUE ET ÉCONOMIQUE

2.1. Reconnaître et consolider l'accès à des pratiques alternatives efficaces

Les pratiques psychosociales et alternatives en santé mentale d'intervention et de prévention des crises présentent des effets probants sur la réduction de la coercition, le rétablissement et l'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, leur intégration demeure inégale au Québec, où persiste une prédominance du modèle biomédical et hospitalo-centrique.

Ce mémoire propose des avenues concrètes et moins coûteuses pour répondre autrement aux situations de crise afin de réduire l'utilisation des mesures coercitives et de garder leur caractère exceptionnel. Ces avenues sont complémentaires à celles déjà prévues dans le Plan d'action interministériel en santé mentale (2022-2026).

Il s'agit d'abord de reconnaître et de consolider le déploiement équitable dans toutes les régions du Québec des approches d'intervention alternatives déjà présentes dans la communauté à travers les services d'une diversité d'organisations.

Ces approches s'appuient sur plusieurs composantes clés dont l'efficacité est documentée par la recherche : la qualité et la continuité de la relation avec les personnes intervenantes (Menear et al., 2023), la création d'environnements sécuritaires et accueillants favorisant l'engagement et le sentiment d'appartenance (Commission de la santé mentale du Canada, 2015; Seikkula et Trimble, 2005), la reconnaissance du savoir expérientiel, le soutien à l'autonomie de la personne (Commission de la santé mentale du Canada, 2015, 2020, 2021), ainsi que le maintien de l'espoir et de l'estime de soi par des activités porteuses de sens (Anthony, 2002; Provencher, 2002).

Elles impliquent également une prise de décision partagée et une utilisation prudente de la médication visant la dose minimale efficace (Bécharde et al., 2021; Roy et Coulombe, 2021), le soutien aux rôles sociaux significatifs tels que l'emploi ou les études (Lecomte, 2023; Menear et al., 2023; Pothier et al., 2021), l'implication des proches et des familles (Commission de la santé mentale du Canada, 2015, 2020, 2021; Piché et al., 2023; Seikkula et Arnkil, 2013), ainsi qu'un accompagnement continu en situation de crise permettant de préserver les liens et de réduire les ruptures relationnelles (Gooding, 2021; Khoury et Rodriguez del Barrio, 2015; Seikkula et Arnkil, 2013).

2.2. Le modèle prometteur du Dialogue ouvert et son expérimentation au Québec

Ce mémoire propose également de soutenir, par la formation et l'accompagnement de la recherche, la réorientation des pratiques misant sur le déploiement du modèle Dialogue ouvert dont l'efficacité est reconnue à l'échelle internationale, et qui fait actuellement l'objet d'une adaptation au Québec par des partenaires communautaires réunis au sein de l'Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale. Cette démarche se concrétise par l'expérimentation du projet **Crise-Famille**, porté par le Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage (CSMFE), en collaboration avec le CISSS de la Montérégie-Est (CISSSME), le Centre de crise L'Accès et des chercheurs du Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions et de l'équipe ÉRASME. À cet égard, nous soutenons la proposition présentée dans le cadre de cette Commission par le CAP (Réf).

Dans l'année 2024-2025, le CSMFE, en collaboration avec le CISSSME, ont proposé 578 heures de rencontres inspirées du Dialogue ouvert. Celles-ci ont permis de rejoindre 83 familles et 248 personnes. Durant cette période, le CSMFE constate une réduction très importante (plus de 70 %) du nombre de recours aux mesures involontaires.

Vous pouvez en apprendre plus sur cette expérimentation en visionnant le Midi-InterActions intitulé [Nouvelles alliances pour répondre autrement aux défis en santé mentale: L'approche Dialogue ouvert et son implantation au Québec](#) et la Grande Conférence de l'Alternative intitulée [Open Dialogue : Perspectives d'organismes communautaires qui cherchent à travailler autrement.](#)

Le Dialogue ouvert est un modèle d'intervention et de prévention des situations de crise reconnu pour ses résultats cliniques durables en santé mentale, notamment en cas de psychose. Il permettrait à 80 à 85 % des personnes de se rétablir durablement, avec une réduction importante des hospitalisations, des rechutes et de la médication antipsychotique (Seikkula et Olson, 2003, p. 403). Le modèle est également aligné sur une perspective non coercitive et respectueuse des droits de la personne (Commission européenne, 2021). Il a été développé par des hôpitaux, des services de première ligne en santé mentale et des organisations communautaires.

Dialogue ouvert a également un impact économique, réduisant les coûts associés aux soins et aux situations de handicap générées par les effets négatifs de certaines interventions. L'usage des neuroleptiques est en effet fortement réduit : seulement 35 % des patients en Dialogue ouvert en reçoivent contre 100 % en traitement standard (Seikkula et Olson, 2003, p. 415). La médication est utilisée de manière ponctuelle, négociée et à faibles doses, dans une logique de prudence clinique.

Le Dialogue ouvert favorise la prévention des crises, réduisant les hospitalisations de 25 à 30 % (Molyneaux et al., 2019; Tinland et al., 2022). Cette approche va dans le même sens que des approches préventives reposant sur des facteurs organisationnels, environnementaux et relationnels qui limitent le recours à la coercition (Goulet et al., 2023).

Dans cette approche, l'intervention se fait auprès de la personne première concernée et de son entourage. La famille, les ami·e·s et les autres membres du réseau social sont invités à participer à l'intervention. L'intervention commence dès le début de la crise. Le Dialogue ouvert s'articule autour de cinq principes qui orientent l'organisation des services (Seikkula et al., 2003) :

- **Aide immédiate** : cela implique de faire une rencontre d'intervention avec la personne concernée dans les vingt-quatre premières heures à partir du contact initial;
- **Perspective du réseau social** : avec la personne concernée, on détermine qui, dans des relations formelles ou informelles, peut la soutenir et qui inciter à participer au processus;
- **Flexibilité et mobilité** : les rencontres d'intervention s'adaptent aux besoins de la personne, de la famille et des proches, dans le respect de leur rythme et au lieu de leur choix, par exemple, à domicile;
- **Responsabilité** : l'équipe de professionnels impliquée dans l'intervention, dès le début, est celle qui demeure responsable de la poursuite des rencontres d'intervention;
- **Continuité psychologique** : l'équipe d'intervention reste disponible pour la famille tant et aussi longtemps qu'il n'est pas clair que les personnes sont hors de danger; l'idée est d'offrir un suivi à la famille tant que la situation demeure urgente et jusqu'à ce que les symptômes se dissipent; la durée n'est donc pas prédéfinie, l'équipe demeure disponible pour la famille tant que nécessaire.

Toutes les décisions sont prises de manière transparente avec la personne concernée et son entourage, sans hiérarchie clinique prédéfinie. Cette horizontalité favorise l'autodétermination et réduit l'imposition de traitements (Seikkula et Olson, 2003). Cela fait en sorte que le processus d'intervention s'opère dans un cadre prévisible et rassurant (Seikkula et Trimble, 2005). Ainsi, la personne et sa famille ne sont plus traitées comme des objets de l'intervention, mais bien comme des membres à part entière du processus de rétablissement, avec les intervenants professionnels (Desvignes et al., 2021; Seikkula et Olson, 2003). On valorise l'ensemble des perspectives impliquées, tandis que les professionnels adoptent une posture d'élaboration collective du sens et des actions (Seikkula et Olson, 2003, p. 409).

2.3. Les approches collaboratives autour de la prescription et le suivi des prescriptions pharmacologiques en santé mentale

Les approches collaboratives de gestion de la médication comme la GAM méritent une attention particulière afin d'outiller les professionnels de la santé concernés (prescripteurs, pharmaciens, infirmiers) ainsi que les personnes concernées ou leurs

proches. Dans une perspective globale de l'accompagnement, les intervenants psychosociaux doivent aussi connaître les effets de la médication sur les parcours de rétablissement et soutenir la personne dans ses démarches pour obtenir les ajustements nécessaires.

LA GAM montre des effets positifs sur le rétablissement, la qualité de vie et le pouvoir d'agir des personnes (Martinez Hernaez et al., 2020; Palombini et Rodriguez del Barrio, 2021; Rodriguez et al. 2014). La GAM, créée au Québec, a également été implantée et évaluée à l'international. Par exemple, elle a inspiré des initiatives internationales comme la Gestion collaborative de la médication en santé mentale et les plans d'action gouvernementaux au Brésil et en Espagne (Avarca et al., 2022; Ministerio de Sanidad, 2025; Palombini et Rodriguez del Barrio, 2021). Son application repose sur la collaboration entre les personnes directement concernées, les milieux communautaires, de défense des droits et de recherche (Rodriguez del Barrio et al., 2006; Rodriguez del Barrio et Poirel, 2007).

La littérature rapporte plusieurs effets associés à cette approche, dont une meilleure collaboration thérapeutique grâce à l'implication active des personnes concernées dans les décisions, réduisant les interruptions brutales de traitement (Pelletier et al., 2014). Dans la même perspective, on constate dans la psychiatrie contemporaine un intérêt croissant concernant le phénomène de la sur-prescription et la proposition de pratiques pour l'optimisation du traitement et la qualité en prescription (Adel et al., 2025; Gomez-Carrillo et al., 2023a et 2023b; Montagne, Rousseau et Gomez-Carrillo, 2026).

3. CONSTATS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE PROJET DE LOI 23

3.1. Agir pour maintenir le caractère exceptionnel de la Loi et promouvoir les pratiques volontaires

Pour ÉRASME, la garde en établissement et la garde temporaire doivent demeurer des mesures exceptionnelles. Elles ne doivent pas être généralisées puisqu'elles risquent de médicaliser des enjeux sociaux tels que le vieillissement, la crise du logement, l'itinérance et la précarisation des conditions de vie. Par ailleurs, elles ne doivent pas constituer la réponse au manque ou à la sous-utilisation de ressources communautaires alternatives et de services sociaux et de santé de première ligne.

Notre position rejoint, en la matière, celle du Protecteur du citoyen. L'organisme constate aussi l'utilisation inadéquate de la garde pour contourner le constat d'un manque ou une sous-utilisation de ressources dans la communauté (Protecteur du citoyen, 2026, par. 53).

Nous souscrivons également à l'analyse du Protecteur du citoyen, qui souligne que ce glissement pourrait contribuer à faire de la coercition un outil de gestion destiné à pallier le manque d'accès à ces services (Protecteur du citoyen, 2026, par. 48).

Les ressources financières actuellement envisagées, notamment pour la mise en place du Tribunal administratif spécialisé, devraient être réorientées en priorité vers les services de proximité, l'accompagnement psychosocial et l'intervention en situation de crise alternative et accessible.

Cette réallocation permettrait non seulement d'améliorer la réponse aux besoins des personnes concernées, mais aussi de renforcer la durabilité du système en réduisant le recours aux mesures d'exception. Or, le projet de réforme risque d'entraîner une augmentation des coûts pour le système de santé en accentuant le recours aux interventions psychiatriques spécialisées et aux hospitalisations, alors que les approches alternatives et communautaires apparaissent moins coûteuses et davantage axées sur le soutien dans le milieu de vie.

R1 Nous recommandons, comme condition préalable à l'adoption du projet de loi 23, la mise en place d'un plan d'action bien financé pour consolider et rendre accessibles dans toutes les régions du Québec :

- **R1.1** Les organismes et approches alternatives d'intervention et de prévention de crise;
- **R1.2** Les groupes d'entraide;
- **R1.3** Les ressources alternatives d'accompagnement et de traitement dans la communauté;
- **R1.4** L'intervention Crise-famille;
- **R1.5** Le modèle d'intervention et d'action en réseau intersectorielle Dialogue ouvert tel que développé dans le cadre du projet Crise-Famille du Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage de la Rive-Sud de Montréal et par l'Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale. Ce modèle est soutenu aussi par CAP santé mentale (2026).

3.2. Maintenir le titre de la Loi P-38

Le titre actuel du projet de loi 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 ») implique la mise en place de « mesures d'accompagnement » alors qu'il régle l'application des mesures restrictives des droits et non pas l'accès à des services.

La Loi P-38 ne doit s'appliquer qu'aux personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. En conséquence, le titre de la loi devrait refléter clairement cette portée limitée et ne pas laisser croire qu'elle vise l'ensemble des personnes ayant une altération de leur état mental.

R2 Nous recommandons de maintenir le titre de la Loi P-38 « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui ».

3.3. Critères d'intervention pour le transport d'une personne contre son gré. Mieux définir et encadrer les pratiques d'évaluation de la « dangerosité »

L'article 8 du projet de loi 23 prévoit de limiter le recours au transport involontaire d'une personne vers un établissement de santé et de services sociaux à deux situations précises. Il serait d'abord possible d'y recourir à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise lorsqu'il estime qu'il existe un danger pour la personne ou pour autrui. Il serait également possible d'y recourir à la demande d'un intervenant de ces services ou d'un professionnel de la santé ou des services sociaux assurant le suivi de la personne, lorsque celle-ci est inapte en raison de son trouble mental, qu'elle a formulé des directives psychiatriques anticipées prévoyant ce type de transport, et que cette mesure est nécessaire pour la mise en œuvre des soins auxquels elle a consenti.

Dans ce cadre, l'intervention policière serait désormais circonscrite aux demandes formulées par ces intervenants ou professionnels, excluant ainsi la possibilité pour les proches de solliciter directement un tel transport.

La Loi P-38 constitue un régime d'exception puisqu'elle autorise des atteintes importantes à des droits fondamentaux comme la liberté, l'intégrité, la dignité et la vie privée. Or, le projet de loi 23 propose, à l'article 8, de remplacer le critère du « danger grave et immédiat » justifiant le transport d'une personne vers un centre hospitalier à la demande d'un intervenant en situation de crise par celui d'une « situation où il existe un danger pour elle-même ou pour autrui ».

Dans le cadre de la garde temporaire, l'ajout du critère lié au risque raisonnablement prévisible de subir une détérioration importante de l'état mental, contrairement à la notion de danger grave et immédiat actuellement prévue par la loi P-38, apparaît plus difficile à objectiver et repose sur une appréciation clinique prospective, donc plus incertaine. Cette formulation demeure susceptible de faire l'objet d'interprétations variables selon les intervenants et les contextes.

Cette nouvelle formulation renvoie à une situation où la santé ou la sécurité de la personne ou d'autrui est compromise selon différents critères, dont le risque d'une atteinte

grave à l'intégrité physique. L'élargissement du critère d'intervention soulève des préoccupations quant à l'extension du champ d'application de la loi. Dans cette perspective, le changement proposé ne devrait pas avoir pour effet d'affaiblir le caractère exceptionnel de la Loi P-38.

L'assouplissement du critère de dangerosité proposé dans le projet de loi 23 favorise aussi une évaluation prospective du risque dont les critères ne sont pas suffisamment clairs, ni bien encadrés. Voici la section où on énonce les « conditions » qui définissent une situation de danger :

Chapitre 01. 7 al. 2 [O]n entend par « situation où il existe un danger » une situation où la santé ou la sécurité de la personne ou la sécurité d'autrui est compromise du fait que les conditions suivantes sont réunies : 1° la personne cause ou a causé une atteinte grave à son intégrité physique ou à celle d'autrui ou, en raison de son comportement, elle risque de façon raisonnablement prévisible de causer une telle atteinte ou de subir une détérioration importante de son état mental; 2° les faits constatés par le médecin ou par l'infirmière praticienne spécialisée ou portés à sa connaissance lui permettent raisonnablement **d'établir que cette atteinte, ce risque d'atteinte ou cette détérioration est lié, en tout ou en partie, à l'altération de l'état mental de la personne;** 3° **la mise sous garde temporaire de la personne est nécessaire pour éviter, selon le cas, que cette atteinte ne s'aggrave, que ce risque d'atteinte ne se matérialise ou que cette détérioration ne survienne².** »

Nous partageons la position de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ, 2026) selon laquelle un tel assouplissement risque d'accroître la subjectivité du jugement clinique. Appliqué dans l'état actuel des services, ce changement majeur risque de favoriser l'imposition de mesures contraignantes à des personnes qui auraient pu autrement être soutenues dans la communauté par des pratiques d'intervention et de prévention de situations de crise alternatives aux mesures d'exception. Le danger ne doit pas être présumé à partir d'un diagnostic, mais évalué selon des critères individualisés et documentés.

Sous ces considérations, les critères de « risque » et de « dangerosité » devraient être interprétés avec des balises rigoureuses pour garantir le caractère exceptionnel de son application.

Dans ce sens, nous recommandons de :

R3 Mieux définir et encadrer les pratiques d'évaluation de la « dangerosité » par:

- **R3.1** L'application systématique de critères uniformes;
- **R3.2** La formation obligatoire des acteurs concernés;

² Le surligné a été ajouté par les autrices et auteurs de ce mémoire.

- **R3.3** Le suivi documenté et public de l'application du critère de dangerosité;
- **R3.4** Le retrait du critère justifiant la mise sous garde temporaire sans le consentement de la personne de « risque de façon raisonnablement prévisible de subir une détérioration importante de son état mental » (article 7, point 1 du 2e alinéa).

3.4. Type de garde, modalités et délais de la garde temporaire : maintenir l'exigence d'une autorisation judiciaire préalable, réduire la durée et instaurer des mécanismes réguliers de révision des mesures imposées

L'évaluation psychiatrique et la privation de liberté peuvent être déclenchées sans contrôle préalable du tribunal, ce qui réduit le rôle de la supervision judiciaire à une vérification a posteriori plutôt qu'à une garantie préventive des droits fondamentaux. Le contrôle a posteriori fait, en effet, courir le risque d'une atteinte majeure aux libertés comme le soulignent le Protecteur du citoyen (2026, par. 73) et l'OTSTCFQ (2026, p. 6).

Le PL 23 demeure aussi peu explicite quant aux mécanismes de révision, de suivi et d'encadrement qui seraient mis en place afin de prévenir la prolongation indue des traitements imposés.

De plus, avec 168 heures possibles de garde temporaire, le projet de loi 23 va au-delà des recommandations de l'IQRDJ (2025) de 120 heures maximum.

Nous recommandons :

R4 L'assujettissement de toute garde temporaire à une autorisation judiciaire préalable et d'en limiter la durée.

R4.1 Retirer la possibilité d'une évaluation psychiatrique sans consentement de la personne sans autorisation judiciaire.

R4.2 La réduction de la durée de la garde temporaire à un seuil n'excédant pas 120 heures;

R4.3 La mise en place d'un mécanisme d'évaluation périodique et obligatoire par un médecin indépendant;

R4.4 La recherche systématique du consentement de la personne concernée.

3.5. Exigence pour Santé Québec pour l'élaboration d'une formation concernant le rôle et les responsabilités des personnes intervenantes d'un service en situation de crise

Nous appuyons l'exigence d'une formation obligatoire des personnes intervenantes des services d'aide en situation de crise prévue par le projet de loi 23. Par contre, nous élargissons la portée.

R5 La formation des personnes intervenantes en prévention et gestion de crise en santé mentale devrait inclure :

- **R5.1** Les critères et les pratiques d'évaluation de la « dangerosité » et toutes les implications pour les pratiques associées à l'application de la loi;
- **R5.2** L'information sur les droits et recours des personnes et des meilleures pratiques pour favoriser leur protection dans le sens de l'initiative de l'OMS Quality Rights;
- **R5.3** Les meilleures pratiques d'intervention et de prévention des situations de crise, des pratiques alternatives et communautaires disponibles et du modèle Dialogue ouvert afin de favoriser l'action collaborative en réseau incluant les personnes concernées, leurs proches et les personnes intervenantes concernées.

3.6. Mise en place d'un mécanisme de consultation et de concertation. Les acteurs et le processus d'action concerté.

Le partage de renseignements personnels prévu dans le cadre des mécanismes de concertation instaurés par le projet de loi 23 permet à de nombreux acteurs institutionnels d'échanger des informations confidentielles, parfois sans le consentement de la personne concernée. Il s'agit des acteurs institutionnels tels que Santé Québec, les corps policiers, le ministère de la Sécurité publique, le curateur public, le directeur des poursuites criminelles et pénales, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, et d'autres organismes.

Étant donné les risques d'un tel mécanisme, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité, ce partage d'information n'est pas suffisamment justifié, ni encadré.

Si la loi est adoptée, le décloisonnement souhaité doit faire l'objet d'une évaluation régulière et stricte réalisée par des mécanismes indépendants et autonomes (IQRDJ, 2025, p. 193). La concertation avec les forces de l'ordre doit, à ce titre, faire l'objet d'un

bilan rigoureux des expériences d'intervention mixte de crise afin de soutenir et d'identifier les meilleures pratiques de terrain et assurer la protection des droits.

Ce bilan doit intégrer une analyse différenciée selon le genre dans une perspective intersectionnelle (ADS+). Selon le Protecteur du citoyen et l'OTSTCFQ, cette mesure permettrait d'éviter que le partage des renseignements ne favorise le profilage et la stigmatisation des Autochtones par exemple. Nous recommandons donc :

R6 Éliminer du projet de loi la possibilité de la mise en place d'un mécanisme de consultation et de concertation sans l'autorisation de la personne ou d'un tribunal.

Ou, si ce mécanisme est implanté :

R7 L'encadrement des mécanismes de concertation et de partage d'informations par des dispositifs de suivi indépendants;

R7.1 L'établissement de balises strictes et claires quant à la gestion des données partagées (durée de conservation et modalités de suppression définitive);

R7.2 La réalisation d'un bilan régulier et rigoureux des expériences d'intervention de crise avec les forces de l'ordre;

R7.3. Intégrer, dans l'ensemble des mécanismes, une analyse différenciée intersectionnelle (ADS+).

3.7. Entente-cadre nationale concernant la protection des personnes présentant une altération de leur état mental et constitution des comités pour établir une gouvernance nationale et régionale quant à la protection de ces personnes

Le projet de loi 23 prévoit l'instauration de mécanismes de consultation et de concertation, notamment par la mise en place de processus d'action concertés (PAC), ainsi que la conclusion d'une entente-cadre nationale. Celle-ci doit définir les modalités et les limites encadrant le rôle et la collaboration des intervenants désignés dans ces mécanismes.

Toutefois, le projet de loi ne prévoit pas de dispositifs explicites d'évaluation indépendante, de publication des données ni de surveillance externe concernant l'utilisation de ces nouveaux pouvoirs.

Le principe qui doit prévaloir est « Rien sans nous, à propos de nous ». Dit autrement, les personnes concernées doivent pouvoir exercer une influence réelle et concrète sur l'élaboration des politiques et des services, tout particulièrement dans le domaine de la

santé mentale (Rodriguez del Barrio et al., 2006). Cette recommandation s'appuie à la fois sur l'exigence démocratique et sur la littérature scientifique. La participation constitue, en effet, un déterminant social de la santé (Poirier-Veilleux et al., 2019) et une condition de qualité des services, de pertinence et de justice sociale. Cette diversité devrait aussi être représentée au sein de la Table de concertation nationale qui sera constituée et chargée d'assurer l'implantation du projet de loi, son suivi et son évaluation.

R8 Afin de mieux accompagner et protéger les personnes vivant des problèmes de santé mentale et humaniser les services, nous recommandons que cette entente-cadre nationale, et les comités mandatés, vise :

- **R8.1** La réduction du recours à des mesures d'exception, le suivi et l'évaluation rigoureuse de leur utilisation réalisée par des acteurs indépendants et la recherche scientifique;
- **R8.2** L'évaluation de ses effets sur les groupes historiquement marginalisés ou surreprésentés dans l'application des mesures d'exception et des trajectoires de surmédicalisation (OTSTCFQ, 2026, p. 8-9; Protecteur du citoyen, 2026, par. 123-125) en intégrant une analyse différenciée dans une perspective intersectionnelle (ADS+).
- **R8.3** La consolidation des pratiques et services adéquats et accessibles qui favorisent les mesures volontaires.
- **R8.4** La prise en compte des perspectives plurielles et la participation élargie et représentative de la diversité des personnes concernées et de leurs proches.
- **R8.5** La participation des organismes communautaires en intervention et défense des droits.

3.8. Les Directives psychiatriques anticipées afin de garantir le droit de la personne de consentir ou non aux soins dans le cas où elles seraient inaptes de façon temporaire à consentir aux soins en raison d'un trouble mental

Les dispositions relatives aux directives psychiatriques anticipées (DPA) permettent à une personne apte vivant avec un trouble de santé mentale de déterminer à l'avance les soins auxquels elle consent ou refuse advenant une inaptitude future, incluant la garde temporaire et le transport sans consentement.

L'article 13.25 du projet de loi 23 prévoit que, lorsqu'une personne inapte à consentir aux soins manifeste un refus ou une résistance à des soins auxquels elle avait préalablement consenti dans ses directives psychiatriques anticipées, le professionnel de

la santé doit d'abord exclure la possibilité qu'il s'agisse d'un refus catégorique. Ce n'est que dans l'hypothèse d'un tel refus catégorique que l'autorisation du tribunal devient nécessaire. Dans ce contexte, la disposition pourrait amener les professionnels de la santé à minimiser certaines manifestations de refus ou de réserve, au profit d'un consentement antérieurement exprimé, cela au risque de ne pas reconnaître adéquatement la volonté actuelle de la personne.

La multiplication des acteurs impliqués dans les mécanismes de concertation et de partage d'informations, sans inclusion systématique de la personne concernée ou de ses proches, soulève des préoccupations quant à l'élaboration et au maintien des mesures anticipées en contexte de crise.

Dans le contexte actuel des services en santé mentale, le projet de loi ne permet pas de garantir adéquatement le respect des droits, ni la prise en compte de l'évolution de la volonté de la personne si celle-ci souhaite réviser ou retirer ces mesures. Il faut assurer l'actualisation du principe du consentement libre et éclairé en matière de Directives psychiatriques anticipées (DPA).

Pour qu'un tel principe puisse prendre corps, il faudrait passer d'une logique de référencement à une logique d'accompagnement et de coopération. Autrement dit, quelle que soit la situation, toute intervention sous contrainte devrait être systématiquement accompagnée d'un soutien psychosocial adapté qui favorise la collaboration avec la personne concernée.

Une utilisation adéquate des DPA exige aussi la continuité des services après une hospitalisation. L'objectif d'un accompagnement soutenu et personnalisé est d'éviter les ruptures de suivi et de favoriser un rétablissement durable.

Les bonnes pratiques fondées sur la recherche considèrent nécessaire de passer d'une logique de la référence d'un service à l'autre à une logique de la collaboration et de l'accompagnement. L'IQRDJ recommande aussi le renforcement d'un continuum de services communautaires et d'interventions précoces afin de réduire le recours à l'hospitalisation forcée et de favoriser des soins consentis (IQRDJ, 2025, p. 12-14).

Le respect du consentement libre et éclairé doit être réaffirmé comme principe fondamental, y compris dans les trajectoires de soins complexes. Les personnes en situation de détresse intense ou durant des états psychotiques peuvent rester aptes à prendre certaines décisions. Il ne faut pas les considérer comme ayant perdu complètement leur autonomie (Ambrosini et Crocker, 2009).

La continuité des services doit être définie à partir de l'expérience des personnes premières concernées et ne peut pas se réduire à une liste de ressources ou organismes donnée à la personne à la sortie de l'hôpital.

Dans la même logique, la continuité des services après une hospitalisation doit être assurée afin d'éviter les ruptures de suivi et de favoriser un rétablissement durable. Un accompagnement soutenu et personnalisé doit également être offert.

Une présence accrue d'intervenants sociaux permettrait d'assurer un contact entre les services dans une logique de collaboration pour garantir la continuité du point de vue de l'expérience des personnes.

Dans un tel contexte, on peut envisager positivement la mise en place des Directives anticipées pouvant intégrer :

- Les perspectives et volontés de la personne concernée avant, pendant et après l'hospitalisation afin de favoriser une relation thérapeutique fondée sur la confiance et le respect de l'autonomie.
- L'inclusion de mesures alternatives accessibles dans le plan de mesures psychiatriques anticipées souhaitées par la personne.

Il est risqué d'associer l'élaboration des mesures anticipées à un projet de loi qui vise la régulation des mesures d'exception.

À partir de ces constats, et en regard des effets cliniques, sociaux et identitaires délétères des approches sous contraintes, nous recommandons que :

R9 Le chapitre 11.3 sur les Directives psychiatriques anticipées soit abordé par un projet de Loi distinct visant à l'élaboration concertée avec les personnes concernées, la recherche et les professionnels de la santé d'un programme et d'un processus pour leur mise en place.

R9.1 La loi doit contempler la possibilité, pour la personne concernée, de demander, en tout temps, une révision légale des mesures anticipées.

3.9. Création d'une nouvelle section du tribunal administratif du Québec

Dans le cadre du projet de loi, certaines fonctions relatives aux recours, dont la contestation du maintien d'une garde régulière et d'autres décisions prises en vertu de la loi, seraient confiées à une formation administrative composée d'un avocat ou notaire, d'un professionnel de la santé mentale et d'un intervenant psychosocial.

Selon le Protecteur du citoyen (2026, p. 8), la compétence en matière de garde en établissement et d'autorisation de soins devrait demeurer sous la responsabilité d'un tribunal judiciaire, tel que la Cour du Québec ou la Cour supérieure.

À notre avis, la mise en place d'une nouvelle section du tribunal administratif n'assure pas les garanties légales nécessaires à la protection des droits et doit être retirée du PL-23.

Le financement prévu devrait être réorienté en priorité vers des alternatives à la contrainte accessibles (services de proximité, d'accompagnement psychosocial et d'intervention, et de prévention en situation de crise).

Concernant les mécanismes d'appel des décisions, l'IQRDJ recommande le maintien du rôle du juge (Cour du Québec ou Cour supérieure) afin de garantir le respect de la Charte des droits et libertés (IQRDJ, 2025, p. 148-151). La constitution d'un tribunal administratif n'a pas les mêmes obligations en ce sens.

Compte tenu de ce qui précède, nous recommandons :

R10 L'abandon du projet d'une section spécialisée du Tribunal administratif et le réinvestissement des budgets dans la formation et la réorientation des pratiques d'intervention et de prévention des situations de crise :

Plus particulièrement, nous recommandons :

R10.1 Le retrait définitif des dispositions du projet de loi 23 prévoyant la création d'une nouvelle section du tribunal administratif.

R10.2 La réallocation intégrale de l'enveloppe budgétaire prévue vers le financement des alternatives à la contrainte, notamment, les services de crise et d'accompagnement psychosocial.

R10.3 Maintenir les compétences juridictionnelles respectives de la Cour du Québec et de la Cour supérieure.

R10.4 Le maintien de la possibilité de saisir la Cour supérieure du Québec pour toute décision relative à l'autorisation de garde, aux procédures de soins ou aux mécanismes d'appel.

ANNEXE 1

Le projet [Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale](#) (Gouvernement du Canada, 2025) (ci-après nommé l'ARAI), implique une équipe de recherche interdisciplinaire de 10 de chercheurs affiliés à 6 universités québécoises et 6 collaborateurs internationaux. L'ARAI donne une place centrale à la perspective des personnes concernées et à celle de leurs proche par leur participation à toutes les étapes du projet par le biais du Comité citoyen et de la Communauté apprenante de recherche et d'action.

L'ARAI est une initiative de recherche, de mobilisation des connaissances et d'innovation qui a émergé du désir de mieux connaître et de contrer les discriminations systémiques en santé mentale. L'ARAI mobilise des organismes qui font partie de l'action communautaire autonome et agissent aux niveaux local, régional et provincial. Son objectif principal est d'accompagner, par la recherche, la cocréation d'alternatives inclusives dans la communauté. Ce projet de recherche-action participative a reçu un financement du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH 2022-2027).

Les problèmes de santé mentale ont été exacerbés par les crises globales et ils se manifestent de manière dramatique dans des situations de détresse intense. Le travail en silos et la fragmentation des services contribuent à accentuer la difficulté de faire face à cette situation. L'augmentation du recours à des mesures d'exception comme les hospitalisations forcées affecte particulièrement les groupes défavorisés (personnes migrantes, personnes en situation d'itinérance, victimes de violence dans les relations intimes, jeunes racisés, etc.).

Le premier objectif de l'ARAI est de documenter les pratiques alternatives pour répondre aux situations de crise et de souffrance intense et leur adaptation aux différentes réalités sociales. Dans ce cadre, nous avons réalisé une cartographie des modèles d'intervention de crise en santé mentale qui a confirmé le choix du [Dialogue ouvert](#). Il s'agit d'une approche innovante centrée sur l'action en réseau et l'ouverture du dialogue avec la personne affectée, ses proches, des membres de son entourage et les intervenants concernés. La proposition amène une transformation du rapport des services aux personnes, à leurs proches et à la communauté. L'inclusion de plusieurs acteurs mobilise des ressources personnelles et collectives dans un climat de respect et d'égalité.

La prise de parole sous cette forme de rencontre dialogique permet l'émergence de possibilités d'action souvent inattendues menant vers l'élargissement de la capacité d'agir, l'appropriation du pouvoir et un enrichissement profond de l'élaboration de l'expérience personnelle, collective et communautaire.

Un deuxième objectif de l'ARAI est de réaliser une étude de cas pour documenter l'expérience d'alternatives inclusives en cours de développement dans la région métropolitaine de Montréal avec des organisations partenaires. La mise en place, dans le

cadre de l'ARAI, de la formation accréditée [Pratiques dialogiques et participatives en santé mentale – Formation sur le Dialogue ouvert](#) a permis cette expérimentation.

Le Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage ([CSMFE](#)) a été le premier organisme à faire l'expérimentation du Dialogue ouvert. Soutenu par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est (CISSSME), le service Crise-Famille a soulevé l'intérêt de la Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec (CAP santé mentale) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a soutenu son implantation.

Dans l'année 2024-2025, le CSMFE, en collaboration avec le [CISSSME](#), ont proposé 578 heures de rencontres inspirées du Dialogue ouvert. Celles-ci ont permis de rejoindre 83 familles et 248 personnes. Durant cette période, le CSMFE constate une réduction très importante (plus de 70 %) du nombre de recours aux mesures involontaires. Vous pouvez en apprendre plus sur cette expérimentation en visionnant le Midi-InterActions intitulé [Nouvelles alliances pour répondre autrement aux défis en santé mentale: L'approche Dialogue ouvert et son implantation au Québec.](#)

Organismes qui sont en train d'implanter le Dialogue ouvert au Québec

- Alliance des Groupes d'Intervention pour le Rétablissement en santé mentale (AGIR)
- AMI-Québec
- La Bouffée d'Air du KRTB
- Carrefour en santé mentale pour les familles et l'entourage (CSMFE)
- Centre de crise L'Autre Maison
- Centre d'intervention de crise Tracom
- Diogène
- Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture (ÉRASME)
- Escouade 24/7
- Parents et amis du bien-être mental du Sud-Ouest de Montréal (PABEMSOM)
- Le Pavois
- PECH
- Prise II
- Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ)



Pratiques dialogiques et participatives en santé mentale - Formation sur le Dialogue ouvert



Comité organisateur : **Lourdes Rodriguez Del Barrio**, responsable de la formation ; **Maria Cristina Gonzalez Giraldo**, coordonnatrice et **Maximilien Bouchard**, coordonnateur.

Jaakko Seikkula



Docteur en psychologie, professeur à l'Université de Jyväskylä (Finlande) et à l'Université de Tromsø (Norvège). Il a participé à l'élaboration de soins de santé mentale avec les familles depuis le début des années 1980. Cette nouvelle approche a ensuite été renommée Dialogues ouverts. Depuis 1988, il a réalisé de nombreux projets de recherche sur l'efficacité de l'approche du Dialogue ouvert, en particulier autour de la psychose. Il a participé activement dans la publication, en tant qu'auteur unique et co-auteur, d'environ 190

articles scientifiques. Deux de ses livres ont été traduits en 15 langues.

Sofia Cálcena



Psychologue clinicienne. Formatrice en thérapie de couple et familiale, ainsi qu'en Dialogue ouvert (Dialogic Finlande). Elle possède une Maîtrise et une Certification internationale en pratiques collaboratives et dialogiques. Thérapeute individuelle, de couples et des familles en pratique privée. Membre de l'équipe de formateurs du programme de Dialogue ouvert de Rio de la Plata (Argentine-Uruguay) et de l'Institut Noos (Brésil). Consultante dans des projets sociaux connexes aux enfants et aux familles.

Carlos León



Docteur en Psychologie, Psychothérapeute, spécialisé en épistémologie et psychologie du développement, professeur et chercheur à l'Université de Genève entre 1987 et 2002. En 2011, après 26 ans de pratique en psychiatrie communautaire, il découvre le Dialogue ouvert. Convaincu que c'est le paradigme rêvé par des centaines de personnes concernées et de familles, il obtient la certification de formateur et superviseur en Finlande. Dans sa pratique privée, il apprécie les dialogues ouverts pour leur potentiel de transformation.

Leticia Rodriguez



Psychologue et thérapeute familiale gradué au Paraguay, Mme. Rodriguez a complété un doctorat en psychologie à l'Université libre de Bruxelles et à l'Institut Taos au Belgique. En plus, elle a suivi la "Formation de formateurs" en dialogues ouverts certifiée par l'organisme "Dialogic Partners de la Finlande en association avec ENFOQUE Niñez (Approche Enfance)". Actuellement elle est directrice de la Certification internationale en pratiques collaboratives - dialogiques (Instituts Taos et Houston Galveston). En plus, elle est membre fondatrice de l'organisation ENFOQUE Niñez. Cette organisation travaille dans les soins directs, la formation, la recherche et fait du plaidoyer pour des politiques publiques pour le bien-être des enfants et des adolescents séparés de leur famille. Elle est aussi enseignante et superviseure dans le programme de thérapie familiale de l'Université Catholique. Elle travaille aussi en tant que professionnelle au privée et comme formatrice invitée dans différents programmes à l'international.

Rocio Recalde



Psychologue à l'Université Catholique d'Assomption au Paraguay, spécialisée en thérapie familiale systémique et en psychodrame. Elle compte aussi avec une formation en thérapie Narrative et une maîtrise en Interventions systémiques, pratiques dialogiques et collaboratives de la Université Comunera. Mme. Recalde a reçu la certification International en pratiques collaboratives des Instituts Taos et Houston Galveston des États-Unis. Ainsi que la certification de « Formation de formateurs » de l'organisme Dialogic Partners de Finlande. Impliquée dans la Fondation « Alegria » pendant plusieurs années, elle partage actuellement son temps entre l'enseignement, la pratique privée et les programmes de Formation en Dialogue ouvert dans plusieurs pays.

Références bibliographiques

- Adel, L., Gomez-Carrillo, A., Mago, J., Lifshitz, M. et Dumas, G. (2025). Is sharing always caring? Entropy, boundaries and the plurality of psychotherapeutic process: Comment on « Nature heals: An informational entropy account of self-organization and change in field psychotherapy » by P. Sarasso et al. *Physics of Life Reviews*, 52, 250-252.
- Action Autonomie. (2024). *"J'méritais pas ça", Portrait de l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal.*
- Ambrosini, D. et Crocker, A. (2009). Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonomie. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 51-74.
- Anthony, W. (2002). Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 102–113.
- Association des médecins psychiatres du Québec. (2026). *POUR UN SYSTÈME MÉDICO-LÉGAL PLUS HUMAIN ET MODERNE EN PSYCHIATRIE - Mémoire Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux - 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.*
- Avarca, C. A. d. C., Serrano-Miguel, M., Vicentin, M. C. G. et Martínez-Hernández, Á. (2022). El modelo GAM (Gestión Autónoma de la Medicación) como generador de autonomía en salud mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 26, e210506.
- Bachelard, M., Lequin, P., El-Sanie, Y. et Morandi, S. (2025). De la contrainte vécue en psychiatrie à la justice réparatrice dans un contexte de formation interprofessionnelle en sciences infirmières et en médecine. *Nouvelles pratiques sociales*, 34(2), 1–10.
- Béchar, L., Corbeil, O., Malenfant, E., Lehoux, C., Stip, E., Roy, M.-A. et Demers, M.-F. (2021). Une approche de la psychopharmacologie des premiers épisodes psychotiques axée sur le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 113–137.
- Bernstein, R. et Seltzer, T. (2003). Criminalization of people with mental illnesses: The role of mental health courts in system reform. *UDC/DCSL L. Rev.*, 7, 143.
- Brosseau, F. A., Bonenfant, R. et Perrault, E. (2026). Bien tracer la ligne entre aide et contrainte. *Le Devoir*.
- Canadian Institute for Health Information. (2025). *Mental health and substance use services in Canada.*
- Canadian Mental Health Association. (2024). *The state of mental health in Canada 2024.*
- CAP santé mentale. (2026). *Mémoire portant sur le projet de loi n° 23 déposé à la Commission de la santé et des services sociaux Assemblée nationale du Québec - Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec.*
- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C. et Large, M. M. (2017). Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(7), 694–702.
- Collins, J. C., Wheeler, A. J., McMillan, S. S., Hu, J., El-Den, S., Roennfeldt, H. et O'Reilly, C. L. (2024). Side effects of psychotropic medications experienced by a community

- sample of people living with severe and persistent mental illness. *Health Expectations*, 27(6), e70122.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2013). *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail : Prévention des préjudices psychologiques et promotion de la santé mentale au travail.*
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.*
- Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *Mettre le rétablissement en pratique. Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.*
- Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Pratiques axées sur le rétablissement : Trousse de mise en œuvre.*
- Commission européenne. (2021). *Recueil de bonnes pratiques pour promouvoir les mesures volontaires dans les services de santé mentale.*
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). *Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes.*
- Conseil de recherches en sciences humaines. (2025). [Alliance de recherche et d'action Alternatives inclusives en santé mentale.](#)
- Corderoy, A., Kisely, S., Zirnsak, T. et Ryan, C. J. (2025). The benefits and harms of inpatient involuntary psychiatric treatment: A scoping review. *Psychiatry, Psychology and Law*, 32(5), 734–781.
- Desvignes, S., Lozier, M. et Beetlestone, E. (2021). Open dialogue, une écoute polyphonique. *Rhizome*, 79(1), 7–8.
- Emanuel, N., Welle, P. et Bolotnyy, V. (2025). *A danger to self and others: Health and criminal consequences of involuntary hospitalization.* Federal Reserve Bank of New York.
- Fau, V. et Boucher-Réhel, M. (2024). *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui — Analyse comparative (Rapport 2).* Institut québécois de réforme du droit et de la justice.
- Gómez-Carrillo, A., Kirmayer, L. J., Aggarwal, N. K., Bhui, K. S., Fung, K. P. L., Kohrt, B. A.,... et Lewis-Fernández, R. (2023a). Integrating neuroscience in psychiatry: a cultural–ecosocial systemic approach. *The Lancet Psychiatry*, 10(4), 296-304.
- Gómez-Carrillo, A., Paquin, V., Dumas, G. et Kirmayer, L.J. (2023b). Restoring the missing person to personalized medicine and precision psychiatry. *Frontiers in Neuroscience*. 17, 1–15.
- Gooding, P. (2021). *COMPENDIUM REPORT: GOOD PRACTICES TO PROMOTE VOLUNTARY MEASURES IN MENTAL HEALTH.* Council of Europe.
- Goulet, M.-H., Lessard-Deschênes, C., Pariseau-Légault, P., Breton, R. et Crocker, A. G. (2023). Community treatment orders: A qualitative study of stakeholder perspectives. *International journal of law and psychiatry*, 89, 101901.
- Greiner, C., Huber, J., Prada, P. et Large, M. (2025). Beyond risk: rethinking hospitalization for suicidal individuals. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1684927.
- Guibet Lafaye, C. (2016). L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs. *Revue française des affaires sociales*(2), 35–55.
- Institut national de santé publique du Québec. (2025). *Facteurs influençant le risque de comportements suicidaires.*

- Institut québécois de réforme du droit et de la justice. (2025). *Recommandations finales (Rapport 5)*.
- IQVIA. (2025). *Medication treatments for mental health disorders in Canada (2020–2024)*.
- Khoury, E. et Rodriguez del Barrio, L. (2015). Recovery-oriented mental health practice: A social work perspective. *British Journal of Social Work*, 45(suppl_1), i27–i44.
- Kirmayer, L. J., Gone, J. P. et Moses, J. (2014). Rethinking historical trauma. *Transcultural psychiatry*, 51(3), 299–319.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. et Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959–E967.
- Laforest, J. et Gagné, D. (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé – La violence conjugale*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lafortune, D. (2022). *Les jeunes en difficulté, un défi collectif*. Les Éditions du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
- Lecomte, T. (2023). *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Presses de l'Université du Québec.
- Lundahl, A. (2025). Suicide-preventive compulsory admission is not a proportionate measure—time for clinicians to recognise the associated risks. *Monash bioethics review*, 43(2), 319–332.
- MacDonald, S.-A. et Dumais Michaud, A.-A. (2015a). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161–177.
- MacDonald, S.-A. et Dumais Michaud, A.-A. (2015b). Social exclusion in a mental health court? *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 4(2), 51–75.
- Marleau, I. (2023). *Troubles mentaux sévères et risque de violence : évaluation et interventions*. Ordre des psychologues du Québec.
- Martínez-Hernández, Á., Pié-Balaguer, A., Serrano-Miguel, M., Morales-Sáez, N., García-Santesmases, A., Bekele, D. et Alegre-Agís, E. (2020). The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles : A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 247, 112811.
- Meneau, M., Gagnon, A., Rivet, S. et Gabet, M. (2023). Indicateurs de qualité des soins en santé mentale pour les approches centrées sur la personne et axées sur le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 29–65.
- Metzl, J. M. et Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine*, 103, 126–133.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec*.
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España (2025). [Plan de acción para la salud mental 2025-2027](#) Comisionado de Salud mental.
- Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. et Lloyd-Evans, B. (2019). Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych open*, 5(4), e53.
- Montagne, A., Rousseau, C. et Gómez-Carrillo, A. (2026). The fine line between the cure and the illness: the risks of prescriptive emotionality and sociality for youth mental health. *The Lancet Regional Health—Americas*, 53. PMID: 41403718.

- Nelson, S. E. et Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social science & medicine*, 176, 93–112.
- Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. (2026). *Notre positionnement sur le projet de loi 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*. Commission de la santé et des services sociaux Assemblée nationale du Québec.
- Organisation des Nations Unies. (2019). *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *A new benchmark for mental health systems*.
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Transforming mental health for all*.
- Palombini, A. et Rodriguez del Barrio, L. (2021). Gaining Autonomy & Medication Management, from Quebec to Brazil: a participatory commitment. *Saúde em Debate*, 45, 203–215.
- Paradis-Gagné, E., Holmes, D., Bernheim, E. et Cader, M. (2023). The judicialization of people living with mental illness: A grounded theory on the perceptions of persons involuntary admitted in psychiatric institution. *Issues in mental health nursing*, 44(12), 1200–1208.
- Paradis-Gagné, E., Pelosse, D., Pariseau-Legault, P., Brisebois, L. et Cader, M. (2025). Nurses' Experiences of Using Coercion in Forensic and Non-Forensic Settings: A Constant Comparative Analysis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 32(4), 838–849.
- Pedneault, C. I., Perley-Robertson, B., Mularczyk, K. et Prevost, H. (2021). *Approches pour traiter les maladies mentales graves dans le système canadien de justice pénale (2023-R001)*. Sécurité publique Canada.
- Pelletier, J.-F., D'Auteuil, S., Ducasse, C. et Rodriguez del Barrio, L. (2014). Participation publique et participation citoyenne des personnes utilisatrices de services en lien avec le Plan d'action en santé mentale 2005-2010: leur rôle de porte-parole. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 175–193.
- Piché, G., Villatte, A., Clément, M.-È., Morin, M.-H., Fournier-Marceau, M., Maybery, D., Reupert, A., Richard-Devantoy, S. et Cyr-Villeneuve, C. (2023). Pratiques centrées sur la famille chez les professionnels en santé mentale adulte: un portrait de la situation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 48(2), 121–150.
- Poirier-Veilleux, C., Touati, N. et Ruelland, I. (2019). *Une véritable Aire ouverte : la participation des jeunes pour changer les pratiques et l'organisation des services*. Série Carnet synthèse no 14 (numéro spécial Aire ouverte). Centre de recherche et de partage des savoirs InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.
- Pothier, W., Lecomte, T., Cellard, C., Delfosse, C., Fortier, S. et Corbière, M. (2021). La réinsertion professionnelle et le retour aux études chez les personnes en début d'évolution d'un trouble psychotique. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 161–187.
- Protecteur du citoyen. (2026). *Mémoire du protecteur du citoyen Présenté à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre des consultations particulières et publiques concernant 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*.

- Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35–64.
- Rodriguez del Barrio, L. (2005). Jongler avec le chaos. Effets de l'hégémonie des pratiques biomédicales en psychiatrie du point de vue des usagers. *Cahiers de recherche sociologique*(41), 237–255.
- Rodriguez del Barrio, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L. et Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté : Changer de perspective*. Presses de l'Université du Québec.
- Rodriguez del Barrio, L., Corin, E. et Poirel, M.-L. (2001). Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie: une voix ignorée. *Revue québécoise de psychologie*, 22(2), 1–23.
- Rodriguez del Barrio, L., Onocko Campos, R., Stefanello, S., Dantas dos Santos, D. V., Cyr, C., Benisty, L. et de Carvalho Otanari, T. (2014). Human rights and the use of psychiatric medication. *Journal of Public Mental Health*, 13(4), 179-188. Highly Commended Paper 2015, Emerald Publishing.
- Rodriguez del Barrio, L. et Poirel, M.-L. (2007). Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : La Gestion autonome des médicaments de l'âme. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 111-127.
- Roy, L. et Coulombe, S. (2021). Les pratiques intersectorielles auprès des personnes en situation ou à risque d'itinérance. *Nouvelles pratiques sociales*, 32(2), 280–299.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. et Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach : Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-Year Follow-Up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J. et Arnkil, T. E. (2013). *Open dialogues and anticipations: Respecting otherness in the present moment*. National Institute for Health and Welfare.
- Seikkula, J. et Olson, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family process*, 42(3), 403–418.
- Seikkula, J. et Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family process*, 44(4), 461–475.
- Seltzer, T. (2005). Mental health courts: A misguided attempt to address the criminal justice system's unfair treatment of people with mental illnesses. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(4), 570.
- Silva, B., Morandi, S., Bachelard, M., Bonsack, C. et Golay, P. (2024). Pathways to experienced coercion during psychiatric admission: a network analysis. *BMC psychiatry*, 24(1), 546.
- Statistiques Canada. (2018). *La victimisation avec violence chez les Canadiens ayant une incapacité liée à la santé mentale, 2014*.
- St-Hilaire, I. (2011). *Les difficultés d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat: Le point de vue des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et des travailleurs sociaux dans la région de Lanaudière sud* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel.
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C. et Auquier, P. (2022). Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(8), 752–759.

- Van Dorn, R., Volavka, J. et Johnson, N. (2012). Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(3), 487–503.
- Veling, W. (2013). Ethnic minority position and risk for psychotic disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(2), 166–171.