

Mémoire sur mes expériences en rapport avec la Loi P-38 et mes recommandations sur les modifications qui auraient avantage à être apportées dans le cadre du projet de loi 23

Par Philippe Legault

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>QUI JE SUIS</b> .....	<b>4</b>
<b>POURQUOI CE MÉMOIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. RÉSUMÉ</b> .....	<b>4</b>
1.1 MANQUE DE TRANSPARENCE : .....	4
1.2 DÉFINITION FLOUE DE LA "DANGÉROSITÉ" : .....	5
1.3 ABSENCE DE PROTOCOLE STANDARDISÉ : .....	5
1.4 DES MOTIVATIONS DU PERSONNEL MÉDICAL POUR M'HOSPITALISER.....	5
1.5 MES RECOMMANDATIONS.....	6
<b>2. OBJECTIFS DU MÉMOIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>3. MES EXPÉRIENCES EN RAPPORT AVEC LA P-38</b> .....	<b>6</b>
3.1 RÉTROSPECTION QUALITATIVE .....	6
<b>3.2 TABLEAU DES DROITS RESPECTÉS/NON RESPECT</b> .....	<b>7</b>
<b>3.3 RÉCIT DES HOSPITALISATIONS</b> .....	<b>8</b>
MA PREMIÈRE HOSPITALISATION EN 2001 .....	8
<i>Suivi à l'hôpital de jour où on me donne une définition de ce qu'est la maladie</i> .....	8
<i>Début du suivi en consultation externe de psychiatrie</i> .....	8
<b>4. ANALYSE DES LACUNES SYSTÉMIQUES</b> .....	<b>9</b>
4.1. MANQUE DE TRANSPARENCE ET D'INFORMATION.....	9
4.2 CONSTAT ACCABLAN ET DOCUMENTÉ .....	10
4.3 DÉFINITION FLOUE DE LA "DANGÉROSITÉ" .....	10
4.4 ABSENCE DE PROTOCOLE STANDARDISÉ .....	10
4.5 EFFETS PERVERS SUR LA RELATION PATIENT-SYSTÈME .....	11
<b>8. CONCLUSION</b> .....	<b>11</b>
<b>MES EXPÉRIENCES</b> .....	<b>12</b>
8.2 EXPÉRIENCES DURANT L'HOSPITALISATION .....	13
8.3 RESPECT DES DROITS.....	13
8.4 EFFETS À LONG TERME SUR LA SANTÉ MENTALE : .....	13
8.5 LES ÉLÉMENTS MIS EN CAUSE DANS LES MOTIFS DES HOSPITALISATIONS .....	14
<b>MES RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>14</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>16</b>
LE MÉMOIRE QUE J'AI RÉDIGÉ SUR LE SITE DE L'IQRDJ .....	16
LA LOI P-38 .....	16
RAPPORT SERVICES SOCIAUX DE L'INESS .....	16
PORTAIT URGENGE HOSPITALISATION .....	16
MODÈLE DE PROTOCOLE G32 .....	16
BREVETS US6470214 EN RAPPORT AVEC LA TECHNOLOGIE V2K .....	16
BREVET WO2005055579A1 POUR UN SYSTÈME DE PRODUCTION DE TÉLÉPATHIE ARTIFICIELLE .....	16

# Introduction

[Un résumé du mémoire se trouve à la section 2 aux pages 4, 5 et 6](#)

Ce mémoire s'appuie sur mon expérience personnelle pour documenter les lacunes procédurales de cette loi et proposer des modifications législatives concrètes dans le cadre du projet de loi 23. Mon parcours est marqué par cinq hospitalisations sans avoir été informé clairement des motifs de ces procédures et de mes droits en tant que patient. Je présente aussi des statistiques accablantes et une description de l'application de la Loi P-38 dressant un portrait du sort des personnes considérées dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui qui subissent des gardes en établissement.

La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38) vise à protéger les individus en crise. Le but de cette loi est la sécurité du corps, à l'occurrence se protéger des agressions. Pourtant, son application actuelle soulève des questions fondamentales quant au respect des droits des patients. Dans la pratique réelle des établissements de santé, l'utilisation au recours à la P-38 rassure l'État et les gens qui ont peur de la personne qui subit la mise sous garde en établissement. Le personnel médical a lui aussi peur de subir des violences et est épuisé. En position de force au nom de l'autorité, le personnel médical exerce un droit de regard sur les traitement et le sort du patient usager des services de santé, au sens des relations humaines, n'est pas en position de prendre des décisions sur les soins de santé et sa liberté d'agir. De plus, la P-38 est appliquée comme moyen de contrôle coercitif. Les personnes qui siègent en tant que juge lors des demandes de mise sous garde où des personnes est dangereuse accordent les requêtes de P-38 parce qu'ils ne veulent pas être impliqué là-dedans la plupart du temps. En laissant passer le danger que la personne présente, il y a une possibilité que le tribunal soit considéré responsable si un incident se produit.

L'application de la Loi P-38 révèle des manquements systématiques aux obligations légales en matière d'information, de transparence et de recours. Les rapports médicaux sont fréquemment copiés à partir d'un autre servant de modèle de rédaction. Ces violations, loin d'être isolées, sont confirmées par des décisions du tribunal administratif du Québec (TAQ). Elles illustrent l'urgence de réformer la Loi P-38 pour garantir un équilibre entre protection et respect des droits fondamentaux.

## Qui je suis

Je suis un citoyen québécois ayant été hospitalisé à cinq reprises entre 2001 et 2012. Mon parcours, marqué par des violations répétées de mes droits (délais non respectés, absence d'information, coercition), m'a permis de constater les défauts structurels de cette loi. Malgré ces obstacles, j'ai obtenu deux attestations d'études collégiales (AEC) et un diplôme d'études collégiales (DEC), et j'ai été récompensé pour mon comportement exemplaire par l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal en 2017.

Cette distinction, tout comme mon parcours académique, démontre que les mises sous garde ne sont pas toujours justifiées par un danger réel. Mon expérience met en lumière l'arbitraire des décisions et l'urgence d'une meilleure application de la Loi P-38 pour éviter des hospitalisations abusives.

## Pourquoi ce mémoire

1. Documenter les manquements à la Loi P-38 à travers mon expérience, en les reliant aux obligations légales (ex. : Section 1 de la Loi P-38 sur le droit d'être informé, art. 7 sur les délais).
2. Analyser les causes systémiques de ces violations : absence de protocole standardisé, définition floue de la "dangerosité", manque de transparence.
3. Proposer des modifications législatives pour le projet de loi 23, afin de garantir un équilibre entre protection et respect des droits.

Mon témoignage s'inscrit dans une démarche collective. Des organismes comme Action Autonomie ou la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) soulignent régulièrement les mêmes lacunes dans l'application de la Loi P-38. Ce mémoire se veut un appel à l'action pour les corriger.

## 1. Résumé

Mon expérience révèle trois problématiques majeures dans l'application de la Loi P-38 :

### 1.1 Manque de transparence :

- Délais de 72h pour la signification de la requête judiciaire systématiquement non respectés (Section 1 du chapitre III de la Loi P-38).
- Absence d'information sur les motifs de la garde, les droits du patient (ex. : droit à un avocat) et les effets des traitements (art. 10 de la Loi P-38).
- Non-remise des rapports psychiatriques et des jugements du TAQ, privant le patient de recours.

## 1.2 Définition floue de la "dangerosité" :

Les motifs des hospitalisations reposent souvent sur des oui-dire (ex. : inquiétudes de la famille) ou des perceptions subjectives (ex. : "risque de violence"), sans critères objectifs. La technologie V2K (télépathie synthétique), bien que non reconnue médicalement, a été utilisée comme preuve de dangerosité sans évaluation approfondie.

## 1.3 Absence de protocole standardisé :

- Les étapes menant à une mise sous garde varient selon les établissements, sans cadre uniforme, comme le protocole G32.
- Les mesures coercitives (contentions, médication forcée) sont appliquées sans justification écrite ni possibilité de contestation immédiate.

Ces lacunes aggravent la détresse des patients et minent la confiance dans le système de santé mentale. Elles appellent une réforme urgente de la Loi P-38.

## 1.4 Des motivations du personnel médical pour m'hospitaliser

Des oui-dire et des affirmations non vérifiées et peu vérifiables ont amené le personnel hospitalier à considérer justifier une hospitalisation à plusieurs reprises.

Les expériences d'hospitalisation se résument à un constat de mesures de contrôles coercitifs exercés sur le patient usagé des services en santé mentale. Les délais et mon droit d'être informé en rapport avec mes hospitalisations n'ont pas été respectés.

Ce sont des expériences stressantes qui laissent de mauvais souvenirs et mines l'image des soins en santé mentale. Les hospitalisations sont des faits qui restent tout au long de la vie de la personne.

Le but des mesures prises par le personnel médical n'est pas de soigner ou d'apaiser, mais de contrôler la personne en limitant ses mouvements. Le patient doit consommer des médicaments qui gèlent ses émotions. Toutes ces mesures de mise à l'écart sociale et de limitation des mouvements physiques ont des conséquences lourdes sur la personne. Ces mesures diminuent chez la personne :

1. La valeur de ce que la personne exprime
2. Ses capacités psychomotrices
3. Ses capacités cognitives

## 1.5 Mes recommandations

1. Une meilleure application de la loi P-38
2. L'utilisation d'un vocabulaire sur la dangerosité explicite, justifiable et compréhensible pour tous.
3. Un accès à une liste de termes prédéfinis décrivant chaque comportement dangereux, même s'il y en a 150 qui entrent dans un cadre concret de dangerosité pour la personne concernée ou pour autrui.
4. Si un cas d'hospitalisation pour dangerosité est hors de la liste, il devrait être documenté et supervisé par plusieurs personnes non impliquées dans les interventions médicales auprès de la personne. Il faudra considérer la version de la personne concernée, exemple, test des facultés cognitives et psychomotrices.
5. Utiliser une définition uniformisée et logique pour toutes personnes concernées par la mesure de mise sous garde en établissement.
6. Que la mise sous garde reste une mesure d'exception.
7. L'application du modèle de protocole G32.

## 2. Objectifs du mémoire

- Analyser l'impact de l'application de la Loi P-38 sur mes droits en tant que patient psychiatrique.
- Fournir des perspectives nouvelles aux professionnels de la santé mentale sur l'importance de mieux informer les patients concernant leurs droits, la nature des traitements, et leurs effets secondaires, pour garantir un traitement respectueux.
- Proposer des recommandations pour une application de la Loi P-38 plus équilibrés, intégrant la prise en compte des choix des patients.

## 3. Mes expériences en rapport avec la P-38

### 3.1 Rétrospection qualitative

Ce mémoire adopte une approche qualitative rétrospective, analysant mes cinq hospitalisations sous la loi P-38 entre 2001 et 2012. Cette méthode permet de :

- Revisiter les événements clés avec du recul.
- Identifier les violations légales (ex. : non-respect des art. 10 de la Loi P-38).
- Formuler des recommandations.

## 3.2 Tableau des droits respectés/non respect

Hospitalisations	Été 2001	Été 2005	Printemps 2012	Été 2012	Automne 2012
	Droit respecté				
Droit du patient en rapport avec la Loi P-38	Oui ou non				
J'ai été signifié d'une requête judiciaire d'une mise sous garde.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
Délai de signification de 72 heures respecté	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Réception du jugement de mise sous garde de la cour.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Le personnel médical m'a informé du lieu où je serai gardé, du motif de la garde, et de mon droit de communiquer avec mes proches et un avocat.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Le personnel m'a informé du diagnostic médical.	Non	Oui	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
On m'a informé des motifs de ma garde.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
On m'a laissé parler à un avocat quand j'ai voulu le faire.	Oui	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
J'ai accepté d'être évalué par un psychiatre.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Deux rapports psychiatriques par deux psychiatres m'ont été produits et remis.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
J'ai été mis au courant d'une garde en établissement.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Oui
Réception d'un rapport sur l'état mental nécessitant toujours la mise sous garde après 21 jours.	Non	Non	Pas de mise sous garde	Non	Non
Fin de la garde avec une remise d'un certificat médical ou par la décision du tribunal ou du tribunal administratif du Québec	Non	Non	Pas de mise sous garde	Oui	Non

## 3.3 Récit des hospitalisations

### Ma première hospitalisation en 2001

Une intervention policière et ambulancière arrive chez moi et un des policiers me demande de les suivre. Arrivé à l'hôpital, un des membres du personnel me dit : « Savez-vous pourquoi vous êtes ici? On va vous emmener au deuxième étage et on va vous mettre sous médication. » L'hospitalisation a duré au moins un mois.

### Suivi à l'hôpital de jour où on me donne une définition de ce qu'est la maladie

- Quelque chose de sournois, de négatif, d'inattendu, une perte de contrôle avec la réalité.
- Changement de perception.
- Détérioration d'un organe.

### Début du suivi en consultation externe de psychiatrie

Je rencontre un psychiatre un sur rendez-vous. Le psychiatre me dit : « T'est backé Philippe. J'te back. La médication. » S'en suivent des rencontres en psychiatrie où on entend mes doléances par rapport à mes projets de vie, mes difficultés et mes succès. En 2004, une travailleuse sociale de la consultation externe de psychiatrie fait la démarche pour que j'obtienne l'aide sociale.

En 2005, lors d'une hospitalisation, j'ai été soumis à une injection de médicament et à une contention physique pendant environ 20 minutes, sans explication écrite des motifs contrairement à l'art. 11 de la Loi P-38. Cette hospitalisation a eu lieu à la suite d'une arrestation pour accusations d'avoir résisté au travail d'un huissier, ainsi qu'à l'arrestation. À la suite de mon arrestation, j'ai été reconduit à l'hôpital par une travailleuse sociale et un policier. En 2009, j'ai obtenu un acquittement pour les accusations criminelles portées contre moi en 2005.

Pendant : À mon arrivée, le personnel médical n'a fourni aucune information sur les motifs de mon hospitalisation, les droits dont je disposais, ou les traitements envisagés. Cette omission viole l'art. 10 de la Loi P-38, qui impose une obligation d'information claire et immédiate. Un membre du personnel des urgences m'a dit « Vous êtes dans la rue monsieur. On vous offre l'hospitalité ». J'ai clairement exprimé ma demande de m'aider à me trouver un logement et que je n'avais besoin de rien d'autre.

Quelques jours plus tard, un psychiatre m'a informé que mon état justifiait de me garder hospitalisé, sans me remettre de rapports écrits ni m'expliquer les critères de "dangerosité" utilisés : « On trouve que vous n'allez pas bien, on va vous garder. » Lorsque j'ai demandé à consulter un avocat, ma demande a été refusée, ce qui contrevient à l'art. 12 de la Loi P-38 (droit de communiquer avec un avocat).

Après : En 2009, j'ai été informé que les accusations portées contre moi en 2005 avaient mené à un verdict d'acquittement (dossier [numéro]). Cette décision remet en question la légitimité de l'hospitalisation psychiatrique qui a suivi, fondée sur des allégations non prouvées.

## 4. Analyse des lacunes systémiques

### 4.1. Manque de transparence et d'information

Les violations documentées dans mon parcours (délais non respectés, absence de remise des rapports, etc.) ne sont pas des cas isolés. Elles découlent de lacunes structurelles dans la Loi P-38 :

- Art. 10 (information au patient) : Souvent ignoré, comme en témoignent les décisions du TAQ le tribunal a annulé une mise sous garde pour défaut d'information.
- Art. 7 (délai de 72h) : Rarement appliqué, faute de mécanismes de vérification.
- Art. 14 (droit à un avocat) : Les refus de communication avec un avocat sont fréquents, comme le souligne Action Autonomie dans son rapport de 2022.

Ces manquements aggravent la détresse des patients et minent la légitimité des hospitalisations.

## 4.2 Constat accablant et documenté

Ces éléments documentent un manque d'application uniforme des mesures coercitives au Québec, où les pratiques varient considérablement d'un établissement à l'autre malgré un cadre légal commun. Le Cadre de référence ministériel (2005) n'impose pas de protocole unique, mais demande aux établissements d'élaborer leurs propres règles, créant une mosaïque de pratiques. L'AGIDD-SMQ déplore l'absence d'un outil provincial standardisé pour suivre ces mesures depuis 2002, empêchant toute analyse systémique. Le Protecteur du citoyen a documenté des écarts récurrents : utilisation de la contention sans danger imminent, manque d'information aux patients, et absence de documentation. Dans l'affaire de l'Hôpital du Centre-de-la-Mauricie (rapport 2024), plusieurs manquements graves ont été identifiés, incluant des usages non déclarés de médicaments comme mesures de contrôle. Cette variabilité s'accroît en période de crise (hausse marquée des mesures durant la pandémie) et reflète un défaut de leadership gouvernemental dans l'application uniforme des droits fondamentaux en psychiatrie.

Selon un rapport sur les services sociaux de l'INESS, au Québec, les hommes sont surreprésentés dans les hospitalisations psychiatriques, surtout chez les 20-44 ans, et que les personnes âgées le sont aussi, avec une forte hausse des séjours après 65 ans. Les données MED-ÉCHO du MSSS montrent une surreprésentation des hommes dans plusieurs groupes d'âge pour les hospitalisations de courte durée, incluant les soins psychiatriques, surtout entre 20 et 39 ans.

## 4.3 Définition floue de la "dangerosité"

La Loi P-38 ne définit pas clairement ce qui constitue un "danger pour soi ou pour autrui". Cette ambiguïté conduit à des interprétations arbitraires, comme dans mon cas : En 2001, mon hospitalisation a été justifiée par l'inquiétude de ma famille, sans évaluation objective de mon état. En 2012, la mention de la technologie V2K dans mes propos a été interprétée comme un signe de dangerosité, alors qu'aucun critère médical ne le confirmait. Cette subjectivité est confirmée par la jurisprudence dans des jugements du tribunal administratif du Québec qui ont annulé des mises sous garde au motif que la "dangerosité" n'était pas suffisamment démontrée.

## 4.4 Absence de protocole standardisé

Le protocole G32, bien que reconnu comme une bonne pratique, n'est pas obligatoire dans la Loi P-38. Cela donne comme résultat :

1. Les étapes menant à une mise sous garde varient selon les établissements.
2. Les mesures coercitives (contentions, médication forcée) sont appliquées sans cadre uniforme.

3. Pourtant, des études (ex. : rapport de l'INESSS 2021) montrent que l'application d'un protocole standardisé réduit les hospitalisations abusives et améliore la confiance des patients.
4. Les tribunaux comme le TAQ (Tribunal Administratif du Québec) et les autres tribunaux de la Cour du Québec sont sollicités. Aussi, si l'hospitalisation est liée à une discrimination (par exemple, basée sur un diagnostic psychiatrique sans fondement), elle peut faire l'objet d'une plainte devant la CDPDJ. La méfiance généralisée dans le système crée également des risques pour les professionnels qui doivent naviguer entre sécurité publique et respect des droits individuels, les commissaires aux plaintes et à la qualité de services des centres de santé, le Collège des médecins et les organismes de défense des droits des patients en santé mentale.

#### 4.5 Effets pervers sur la relation patient-système

Les lacunes de la Loi P-38 ont des conséquences durables :

- Méfiance envers la psychiatrie : Comme en témoigne mon cas, les patients évitent de consulter par crainte de la coercition.
- Autocensure : Certains cachent leurs symptômes pour éviter une hospitalisation (phénomène documenté par la CDPDJ en 2019).
- Stigmatisation : Les hospitalisations sous contrainte renforcent l'idée que les personnes en crise sont "dangereuses", alors que la majorité ne l'est pas.

## 8. Conclusion

La Loi P-38, conçue pour protéger, est trop souvent appliquée de manière à violer les droits fondamentaux des patients. Mon expérience, comme celle de nombreux autres usagers, révèle des lacunes systémiques qui appellent une réforme urgente. Des gens abusent du système tant au niveau institutionnel qu'en tant qu'usagers et opportunistes de toutes sortes. Les situations où les usagers ont réellement besoin des ressources et des soins sont mal pris en charge dans beaucoup de cas. Le personnel est épuisé. Les patients sont mécontents. Des diagnostics sont collés aux patients de tout bords tout côtés pour toutes sortes de raisons soulevant des questions sur la pertinence de l'application des soins et des mises sous garde en établissement. Est-ce que les institutions ne nieraient pas l'évidence qu'au bout du compte que c'est l'argent le réel problème?

Les modifications proposées dans ce mémoire visent à :

- Garantir une transparence totale dans les procédures de mise sous garde.
- Éviter les hospitalisations abusives grâce à un cadre légal clair.
- Rétablir la confiance entre les patients et le système dans le domaine des soins de santé mentale.

Je demande à la Commission des institutions de l'Assemblée nationale d'intégrer ces recommandations au projet de loi 23, afin que la Loi P-38 devienne un outil de protection équilibrée, et non de coercition arbitraire.

Ce mémoire a été réalisé par une personne. Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les droits des patients ne soient plus sacrifiés au nom de la protection.

## Mes expériences

- Consultations en clinique externe de psychiatrie.
- Le psychiatre de la clinique externe a procédé à une vérification de la dangerosité.
- Le psychiatre de la clinique externe me propose de recevoir la médication prescrite par voie intramusculaire (injectable). J'ai accepté.
- Un accompagnement vers le retour sur le marché du travail s'en suit à partir d'un programme de réinsertion et l'aide d'une éducatrice spécialisée.
- Réussite d'études académiques aux collégiales dans deux AEC et un DEC dans un collège public autre que ceux dans lesquels j'ai vécu des échecs scolaires.
- J'ai demandé de diminuer la médication prescrite jusqu'à éventuellement l'arrêter et ça m'a été refusé. On m'a même menacé d'ordonnance judiciaire de soins si je ne la prenais pas.
- Déménagement dans une autre région démographique.
- Changement de psychiatre qui accepte de diminuer la médication prescrite à ma demande.
- J'ai toujours des problèmes gastro-intestinaux et j'ai un diagnostic de cancer du foie se nommant hémangioendothéliome épithélioïde datant d'été 2024. Des douleurs au ventre ne seraient pas étrangères à ce diagnostic, selon l'oncologue. La suite dira si le personnel médical a manqué en faisant un masquage diagnostique. Ils n'ont pas fait d'investigation en automne 2012 lorsque je me suis présenté pour nausée aux urgences.

## 8.2 Expériences durant l'hospitalisation

- Ressenti initial : Impression d'avoir perdu mes droits, avec un sentiment de culpabilité.
- On m'a changé d'aile de bâtiment à l'étage de la psychiatrie plusieurs fois.
- Interactions avec le personnel médical : Absence d'information sur la raison des hospitalisations, des effets des traitements prescrits, et des possibles effets secondaires.
- Traitements prescrits : Médication visant à faire en sorte que le patient entend moins de voix et réduire la dangerosité perçue, entraînant une fatigue diurne.
- Rapports médicaux avec un contenu à faible valeur médicale. Des extraits des rapports médicaux que j'ai vus passer en automne 2012 mentionnent :
  1. Deviens procédural.
  2. N'a aucune réflexion critique.
  3. Très grand risque de très grande violence.

## 8.3 Respect des droits

1. Discussions avec le personnel : Mes préoccupations sur mes droits n'ont reçu que peu de réponses.
2. En été 2012, lors du début de mon hospitalisation, un infirmier m'a remis un document informatif sur l'existence de l'organisme Action Autonomie.
3. Information légale : Absence d'information sur le droit de contester les hospitalisations ; recours à un avocat en 2012 pour contester les mises sous garde.
4. Je n'ai pas reçu les jugements relatifs aux décisions du tribunal en rapport avec la mise sous garde.

## 8.4 Effets à long terme sur la santé mentale :

1. Méfiance accrue à l'égard de la psychiatrie.
2. Volonté de maintenir un comportement irréprochable pour éviter les suivis et les prescriptions.
3. Moments marquants : Contentions, pressions pour prendre les traitements médicamenteux. Il y a eu absence de transparence sur les effets secondaires. On m'a dit que c'était un stimulant alors qu'au contraire, c'est un tranquillisant (ça calme) selon une pharmacienne.
4. En janvier 2018, le psychiatre qui me suivait en consultation externe après les hospitalisations a déclaré que le fait que j'avais dernièrement communiqué avec un avocat est un comportement de méfiance de la psychiatrie et le psychiatre modifie les fréquences des injections aux trois semaines au lieu d'aux quatre semaines.

## 8.5 Les éléments mis en cause dans les motifs des hospitalisations

1. Mes proches s'inquiètent.
2. Des rumeurs circulent autour de moi de la part de mes proches et ceux qui me connaissent et m'ont déjà connu.
3. Une première hospitalisation pour une situation décrite comme une crise de santé mentale.
4. Des corps ambulanciers et une travailleuse sociale qui déterminent la nécessité de me reconduire à l'hôpital.
5. Manifestation de phénomènes à travers la technologie V2K, moyen de communication transcrânienne que le personnel médical ne comprend pas et ne maîtrise pas non plus. Ce moyen de communication permet discuter avec une personne par télépathie synthétique. [Une référence sur un brevet lié à la V2K de trouve à la fin du mémoire.](#)

## Mes recommandations

1. Une meilleure application de la P-38 permettant de minimiser ou mieux, d'éviter l'application non pertinente d'une mise sous garde en établissement.
2. Un resserrement des contrôles de l'application de la loi P-38 dans le but de rester dans le besoin premier de la sécurité du corps humain.
3. L'utilisation d'un protocole de standardisation des étapes menant à la mise en place d'une P-38 pour chaque patient.
4. L'utilisation de la sémantique des mots alentour de la dangerosité d'une personne pour exprimer un vocabulaire clair qui décrit en quoi la personne est dangereuse.
5. Définition légale de la "dangerosité".
6. Que l'expression de la dangerosité d'une personne s'exprime de manière uniformisée et logique pour toutes personnes concernées par la mesure de mise sous garde en établissement soit, le patient et le personnel des institutions amenés à intervenir auprès de la personne concernée.
7. Une application légale et obligatoire du protocole G32 pour chaque démarche de mise sous garde en établissement.
8. Que la mise sous garde reste une mesure d'exception justifiée hors de tout doute dans l'intérêt de la personne.
9. Cesser de déshumaniser les soins de santé avec des traitements psychiatriques à la chaîne fondés sur la peur individuelle ou collective.
10. Donner un maximum d'occasion pour l'utilisateur des services de santé mentale de réaliser une démarche constructive pour le faire avancer dans son projet de vie.

11. Réaliser des audits sur les mises sous garde en considérant les acteurs institutionnels et les patients. Cela implique de repasser la conformité des mises sous garde dans leurs justifications et les résultats positifs qu'ils apportent concrètement.
12. Modifier l'art. 10 de la Loi P-38 pour imposer :
  - La remise systématique au patient, dans les 24h suivant sa mise sous garde :
    - Du jugement motivé (en langage clair).
    - Des deux rapports psychiatriques (même en cas de refus d'évaluation).
    - D'un guide des droits (incluant les recours possibles, ex. : TAQ, Action Autonomie).
    - La consignation écrite de toute mesure coercitive (contentions, médication forcée), avec justification détaillée.
    - Créer un mécanisme d'audit annuel piloté par un organisme comme le Protecteur du citoyen ou la CDPDJ, avec :
      - Publication des taux de conformité par établissement.

## Annexes

Le mémoire que j'ai rédigé sur le site de l'IQRDJ

[Mémoire sur mes expériences vécues en psychiatrie en rapport avec la Loi P-38  
Rédigé dans le cadre de la consultation de l'IQRDJ](#)

La Loi P-38

[P-38.001 - Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger  
pour elles-mêmes ou pour autrui](#)

Rapport services sociaux de l'INESS

[Portait urgence hospitalisation](#)

Modèle de protocole G32

[Modèle de protocole de mise sous garde en établissement de santé et de services  
sociaux des personnes dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui en raison de  
leur état mental](#)

Brevets US6470214 en rapport avec la technologie V2K

[Method and device for implementing the radio frequency hearing effect](#)

Brevet WO2005055579A1 pour un système de production de télépathie artificielle

[Système de production de télépathie artificielle](#)