

Loi visant à mieux accompagner
les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque

**Mémoire 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**

The cover features a large stylized 'R' logo in blue and white. The text 'ReprésentACTION' is written in a blue, sans-serif font, with 'ACTION' in a larger, bold, yellow font. Below it, 'santé mentale' is written in a smaller, blue, sans-serif font. To the right of the logo, 'QUÉBEC' is written in white on a red rectangular background. Below the logo, the text 'PARTENARIAT POUR UNE PAROLE COLLECTIVE' is written in a small, blue, sans-serif font.

Santé mentale
Partenariat
Parole collective
Appropriation du pouvoir
Droits
Représentativité
Démocratie
Solidarité *Citoyenneté*
Participation
Droits *Partenariat*
Citoyenneté
Expertise
Délégation
Égalité

Présenté par ReprésentACTION santé
mentale Québec

Mémoire présenté à la Commission de la
santé et des services sociaux



2 juin 2026

« La parole du fou est généralement considérée comme nulle et non avenue. »

- Henry Dorvil

Table des matières

1. Qu'est-ce que ReprésentACTION santé mentale Québec?	5
1.1. Le fonctionnement	5
1.2. Le rôle du volet national.....	6
1.3. Nos revendications	6
2. Le contexte	7
3. Considérations générales	8
4. Analyse du projet de loi	8
4.1. Le titre de la loi	8
4.2. La trajectoire de garde	10
4.3. Processus d'action concertée et intervention policière.....	10
4.4. Directives psychiatriques anticipées	11
5. Après l'hospitalisation forcée	13
5.1. Le soutien post-hospitalisation	13
5.2. Les services psychiatriques	14
5.3. Les alternatives	14
5.4. La stigmatisation	15
5.5. Le traumatisme institutionnel	16
6. Le sous-financement de l'accompagnement volontaire	16
7. Nos recommandations	17
7.1. S'attaquer à la stigmatisation des médias	17
7.2. Diminuer le recours à l'hospitalisation.....	18
7.3. Assurer un meilleur soutien lors des séjours à l'hôpital	19
7.4. Lutter contre la violence et la coercition à toutes les étapes.....	22
7.5. Favoriser l'appropriation du pouvoir et la participation active des personnes premières concernées	23
Annexe	24

1. Qu'est-ce que ReprésentACTION santé mentale Québec?

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

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

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

1.1. Le fonctionnement

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

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

1.2. Le rôle du volet national

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

- **Rôle de soutien** : Les volets régionaux sont soutenus grâce à de la formation pour les personnes déléguées ou chargées de projet, du soutien personnalisé et des rencontres d'équipe. Du soutien est également offert aux organisations intéressées à implanter ReprésentACTION sur leur territoire.
- **Rôle de coordination** : Des activités qui mobilisent tous les volets régionaux sont organisées, comme des tournées de consultations sur divers sujets, le Mois de la parole collective ou encore les rencontres nationales.
- **Rôle de développement et promotion** : Nous poursuivons nos efforts pour faire connaître le projet, informer les personnes concernées et promouvoir la parole collective.
- **Rôle de porte-parolat** : Les personnes déléguées nationales élues par leurs pairs lors de rencontres nationales organisées aux deux ans consolident et portent la parole collective de l'ensemble des régions sur des instances nationales.

1.3. Nos revendications

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

- **Le respect des droits** : Présenter une vision critique de la « folie » et du modèle biomédical, respectueuse des droits fondamentaux de tout.e citoyen.ne, tout en dénonçant les abus de la psychiatrie ;
- **Le financement** : Revendiquer un financement récurrent à la mission des groupes fiduciaires, afin que chaque projet ReprésentACTION régional puisse porter une parole collective sans craindre la précarité ;
- **L'accessibilité** : Avoir accès à des ressources représentatives des besoins des personnes. Cette aide doit être porteuse des valeurs d'entraide et d'écoute, et permettre de briser l'isolement et d'accompagner les personnes à leur rythme ;
- **La lutte contre la stigmatisation** : Déconstruire les stigmas associés aux personnes psychiatisées, qui ont des conséquences négatives entre autres sur le masquage diagnostique¹, le logement, de l'emploi ainsi que dans différents contextes familiaux.

¹ « Le masquage diagnostique se définit comme l'attribution de symptômes de maladie physique à un trouble de santé mentale déjà diagnostiqué. La personne se retrouve alors avec un diagnostic de maladie physique ou un traitement qui, s'il correspond au problème, arrivera souvent trop tard. »

2. Le contexte

Ce mémoire, déposé à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre du 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*, est possible grâce à une tournée de consultations panquébécoise ayant eu lieu en 2024, rejoignant 10 régions du Québec ainsi que 300 personnes ayant subi des hospitalisations forcées, depuis l'adoption de la loi p-38.00, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* en 1998. Ces consultations ont été mises sur pied dans le but de soumettre un mémoire, représentatif de la parole collective des personnes premières concernées à l'Institut Québécois de Réforme du Droit et de la Justice (IQRDJ), qui a été mandaté par le ministre responsable des Services sociaux, Lionel Carmant, en 2023, afin de conduire une recherche sur l'application de la loi p-38.001.

Dès l'annonce du ministre Carmant au printemps 2023, nous craignons que les discours alarmistes relayés par les médias établissant un lien fallacieux entre des actes de violence et le moindre diagnostic en santé mentale ne créent un terreau fertile pour une réforme de la loi, qui ne serait pas dans l'intérêt des personnes premières concernées.

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

Il nous importait d'avoir un contre-discours aux préjugés selon lesquels les personnes qui commettent des crimes violents sont « nécessairement » « malades » ou qu'il faut enfermer les personnes « malades » plus facilement.³⁴ Il importait que les personnes

Boucher, A.-M. (2019). La crédibilité de nos maux. *L'autre espace*, 6(10), p.14.

https://www.rasmq.com/publications/LautreEspace/LautreEspace_2019_06_Vol10-1.pdf

² Godrie, B. et Rivet, C. (2019). Faire la preuve de sa crédibilité : diagnostics et groupes d'entraide dans la trajectoire de soins en santé mentale, *Revue du CREMIS*, 11(1), p. 23-27.

<https://cremis.ca/publications/articles-et-medias/faire-la-preuve-de-sa-credibilite-diagnostics-et-groupeentraide-dans-la-trajectoire-de-soins-en-sante-mentale/>

³Newman, A. et Fitzsimmons, E.G. (2022, 29 novembre). New York City to involuntarily remove mentally ill people from streets, *New York Times*.

<https://www.nytimes.com/2022/11/29/nyregion/nyc-mentally-ill-involuntary-custody.html>

⁴ Jean-François Plouffe, interviewé par Benoît Dutrizac. (2024, 2 septembre). « RÉPONDEZ À MA QUESTION! »: Dutrizac talonne solidement le porte-parole d'Action Autonomie. *QUB Radio*.

<https://www.tvplus.ca/qub/benoit-dutrizac/repondez-a-ma-question-dutrizac-talonne-solidement-leporte-parole-d-action-autonomie-1409869973>

elles-mêmes racontent leur histoire, afin que l'on voie le vrai visage des personnes hospitalisées contre leur gré.

3. Considérations générales

Tel qu'il est illustré avec la citation d'ouverture de ce mémoire, les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, particulièrement en situation de crise et d'autant plus si elles font parties de groupes marginalisés, sont d'emblée décredibilisées par le fait d'être identifiées comme « malades », voire « folles ». Leur parole et leurs expériences en psychiatrie sont balayées par des arguments paternalistes, plaidant que les soins et les hospitalisations forcés sont faits dans la bienveillance, bien que des milliers de personnes⁵ scandent les mêmes histoires traumatiques. Ce mémoire a pour objectif de faire entendre ces voix marginalisées qui devraient être les premières entendues lorsqu'un projet de loi les concernant est déposé.

La tournée de consultations a permis de mettre en évidence les dérives déjà observables dans l'application de la loi p.38.001. À la lumière des résultats obtenus, il nous apparaît évident que le projet de loi 23 viendrait légaliser les pratiques coercitives et autoritaires qui avaient déjà couru avec la loi p.38.001. Ainsi, nous prouverons dans l'analyse suivante que le projet de loi 23 ne répond pas du tout, voire viendrait amplifier les dynamiques de violences institutionnelles dont les personnes soumises à une mise sous garde font déjà les frais.

Finalement, deux éléments seront ajoutés à la fin de l'analyse du projet de loi : les conséquences sur la vie des personnes qui sortent d'une garde en établissement ainsi que l'absence de financement des services en santé mentale ainsi que de l'accompagnement communautaire. En effet, ces considérants ayant des impacts majeurs sur la vie des personnes ne sont pas abordés dans le projet de loi, accentuant ainsi la prise en charge hospitalocentriste de la crise, préconisée par le gouvernement.

4. Analyse du projet de loi

4.1. Le titre de la loi

Déjà que la notion de dangerosité, sous la p-38.001, est interprétée de manière assez souple par les intervenant.es qui l'appliquent, le projet de loi 23 vient modifier ce critère

⁵ AGIDD-SMQ. (2025). Quand la folie a le dos large : Déclaration commune contre un nouveau recul des droits (comprenant 1700 signataires). <https://www.agidd.org/declaration-commune/>

justifiant la garde en établissement, par « l'altération de l'état mental », si l'on se fie au nouveau titre de la loi.

Voici les raisons pour lesquelles les personnes nous ont rapporté avoir été amenées dans un établissement de santé de force sous p-38.001:

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

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

On peut croire que les motifs énumérés ci-haut légitimant injustement une garde en établissement sous p-38.001, résultant de difficultés rencontrées par une personne dans sa vie, lui amenant de la détresse psychologique, ou une « altération de son état mental », deviendraient alors monnaie courante advenant l'adoption de ce nouveau critère. Selon nous, la détresse humaine ne devrait en aucun cas justifier le retrait du droit fondamental à la liberté.

*« J'ai été victime d'une hospitalisation forcée, d'une arrestation violente (sans avoir commis aucun crime) et de nombreuses menaces et maltraitances en août 2023. J'étais en dépression profonde déclenchée par le décès de mon père. Je n'étais pas une menace pour les autres ni pour moi-même : **j'avais besoin d'aide, pas d'un emprisonnement.** [...] On ne m'a pas proposé de soins autres que médicamenteux. »*

4.2. La trajectoire de garde

« C'est surtout un problème que le fait de **faire valoir ses droits est de facto pris comme un signe de crise** par le psy et les juges. »

Lors de la tournée de consultations de 2024, les personnes affirmaient déjà que « le psychiatre est juge et médecin. » En ce sens, les juges penchent d'emblée du côté des psychiatres et prennent rarement en compte la

parole des personnes concernées. Ces dernières ont par conséquent le sentiment que de passer devant un juge ne sert qu'à respecter les procédures judiciaires, sans toutefois qu'une réelle justice ne soit exercée. Le projet de loi 23 venant alléger le processus judiciaire prévu par la p-38.001 vient accroître les pouvoirs accordés aux médecins psychiatres, sans offrir de contre-pouvoirs accessibles, justes et équitables aux personnes intimées.

Dans le même ordre d'idées, la motion venant garantir de l'aide juridique à toute personne subissant une garde en établissement rencontre aussi des limites. Les personnes qui ont eu recours à un.e avocat.e au privé plutôt qu'à l'aide juridique dans un processus de p-38.001 ont généralement dit avoir eu droit à une meilleure représentation. Cette situation est inquiétante, car cela signifie que les personnes à faible revenu n'ont pas droit à un traitement équitable.

Enfin, les personnes expliquent que les confidences qu'elles ont faites aux psychiatres sont utilisées contre elles à la cour, ce qui contribue à les maintenir sous garde. De sorte que le lien de confiance avec le personnel soignant est automatiquement rompu et que s'installe plutôt un climat de méfiance. « *Quand on te dit que tu peux sortir, on a peur que ce soit une menace.* » Cette méfiance envers les soignant.es serait donc accru si un plus grand pouvoir décisionnel face à la garde en établissement leur était octroyé.

« On [nous] impose des sanctions sévères [...] alors **qu'on n'impose même pas de telles obligations à des criminels.** »

4.3. Processus d'action concertée et intervention policière

« Les policiers sont arrivés comme si j'étais une criminelle en *bagnant* dans ma porte, super fort [...] J'ai même pas pu prendre une brosse à dents. Ils m'ont amenée direct à l'hôpital. Pis ç'a été... assez rough ! »

Actuellement, la police et les ambulancier.ères font souvent partie des premier.ères intervenant.es impliqué.es lors d'intervention de crise. Quelques personnes nous ont dit avoir eu une

meilleure expérience avec des policier.ères communautaires, ou avec des équipes mixtes. Ces dernier.ères ont fait preuve d'écoute et ont permis de désamorcer la crise sans coercition.

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

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

Selon les personnes ayant participé aux consultations, les intervenant.es des services policiers ou ambulanciers agissent de la sorte en raison d'un manque criant de formation en intervention de crise ou en santé mentale. Ils ne font jamais appel à des travailleur.euses communautaires de proximité ou à des centres de crise.

« La présence de la police à mon domicile a non seulement violé ma confidentialité, mais a également créé une situation extrêmement embarrassante. Imaginez l'angoisse de voir des véhicules de police stationnés devant chez soi alors que vous ne cherchez qu'un soutien. La panique et l'humiliation se sont mêlées, me laissant démunie face à une expérience que je n'aurais jamais imaginée vivre. »

Nous croyons que le processus d'action concertée participerait à exacerber la stigmatisation vécue par les personnes lors d'intervention de crise, de même que les interventions brutales à leur égard. En effet, des informations médicales sensibles et confidentielles ne devraient pas être partagées, surtout contre le consentement d'une personne, à des intervenant.es de première ligne telle que la police. Celle-ci intervient déjà de manière agressive envers des populations vulnérabilisées, en quoi détenir des informations sur le dossier psychiatrique d'une personne, suscitant d'emblée la stigmatisation, améliorerait les interventions sans produire du profilage social ?

4.4. Directives psychiatriques anticipées

Les directives psychiatriques anticipées représentent, selon nous, une grave entorse au droit au consentement au soins. Déjà, avec l'application actuelle de la garde en établissement, le consentement aux soins de la personne est tordu afin de répondre aux besoins des soignants.

« Le consentement aux soins est libre lorsqu'il est donné: de plein gré; sans que les facultés de la personne soient altérées, sans promesses ni menaces. »⁶ En revanche, il semble qu'il soit extrêmement difficile de refuser les soins proposés. En effet, plusieurs techniques sont utilisées afin que les personnes acceptent de prendre de la médication. Le chantage et la menace sont souvent employés : par exemple, on dit à la personne que si elle accepte la médication, elle pourra sortir plus vite. « *On me disait que si je refusais les traitements, je ne pourrais plus revoir mon fils.* » D'ailleurs, les personnes rapportent avoir peur des représailles si elles refusent des traitements: « *J'ai accepté pour ne pas tomber dans les mauvaises grâces du médecin.* »

Ainsi, les enjeux de pouvoirs informels et les techniques utilisées par les professionnel.les de la santé afin que les personnes consentent à des soins demeurent présents lorsque ces dernières doivent adhérer à des directives psychiatriques anticipées. Malgré qu'il soit inscrit dans le projet de loi que le consentement à ces directives doit être libre et éclairé à l'article 13.12, il n'en demeure pas moins qu'une « relation asymétrique et conséquemment des relations de pouvoir [...] »⁷ persiste entre la personne soignante et la personne « soignée ». De sorte que « la construction de la relation d'autorité que confère le savoir "savant" du professionnel induit des rapports d'oppression qui conduisent à dénier à un tiers la possibilité de se constituer en sujet épistémique à part entière en raison de discriminations et de

« J'ai été forcée à un suivi en santé mentale et à subir une P-38 qui a duré des années par des abus policier, des psychiatres. Cette pratique est encore active dans ma vie en me faisant dire: "Non non madame, c'est vous qui choisissez de suivre le traitement et la médication, on ne vous l'impose pas. Par contre si vous ne le suivez pas, vous me forcez à refaire une demande d'ordonnance de traitement à la cour. À vous de choisir." »

préjugés »⁸. Bref, on peut donc douter que ledit accompagnement professionnel teintera plutôt la volonté de la personne à savoir si elle souhaite, ou non, recevoir des directives psychiatriques anticipées en plus du contenu de ces dernières, forçant la personne à se soumettre à ce qui lui sera suggéré.

D'ailleurs, un flou persiste quant à l'article 13.20, à savoir que « les directives ne peuvent toutefois être modifiées que par l'énonciation de nouvelles directives conformément aux dispositions de la présente section ». Cela contrevient, selon nous, directement au droit au consentement aux soins, puisque les personnes qui voudraient simplement révoquer leurs directives psychiatriques anticipées sans toutefois en ajouter de nouvelles ne peuvent le faire. Rappelons que le consentement aux soins peut, en principe, être retiré à tout moment.

⁶ AGIDD-SMQ. (2009, avril). *La garde en établissement: une loi d'exception, une pratique d'oppression.* http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/protection_opp_web.pdf

⁷ Fainzang, S. (2015). *La relation médecins-malades : information et mensonge.* PUF.

⁸ Frey Bachelard, M., Silva, B., Golay, P., Morandi, S., Bonsack, C. et Chambaz, A. (2025). Alliance thérapeutique, entre rupture et jeux de pouvoir, une étude qualitative. *Santé mentale au Québec*, 50(1), 319-340. <https://shs.cairn.info/revue-sante-mentale-au-quebec-2025-1-page-319?lang=fr>.

De surcroît, nous questionnons le pouvoir réel d'une personne d'inscrire ses véritables directives psychiatriques anticipées, si ces dernières contreviennent à l'opinion clinique de la personne soignante. Par exemple, serait-il accepté qu'elle souhaite enregistrer ne pas vouloir être hospitalisée de force et privilégier des alternatives ?

En somme, non seulement le droit au consentement aux soins est bafoué lors de l'hospitalisation sous contrainte, mais les directives psychiatriques anticipées tendent à accroître l'emprise médicale sur les individus, et ce, bien avant l'apparition de la crise. En définitive, ces mécanismes privent les personnes de toute autonomie et de leur droit à l'autodétermination au moment où elles sont le plus vulnérables.

5. Après l'hospitalisation forcée

Un grand absent du projet de loi 23 est l'impact de l'hospitalisation forcée sur les personnes qui la subissent à la suite de cette dernière. Nous souhaitons décortiquer répercussions néfastes qui découlent de la garde en établissement et la manière dont elle aggrave l'isolement, les violences et les problèmes sociaux que rencontrent les personnes concernées et qui ne sont pas solutionnées par le projet de loi 23.

5.1. Le soutien post-hospitalisation

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

« Il m'est arrivé dans le passé des moments difficiles et j'ai été enfermé par mon plein gré ce qui est arrivé après ma sortie les idées noires étaient juste plus fortes et envie de consommer alors je suis en tout en accord que la P-38 n'aide en rien. »

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

5.2. Les services psychiatriques

À la fin de la garde, certaines personnes se voient référées à des services psychiatriques externes, tels que les suivis intensifs dans le milieu (SIM), les cliniques externes, les travailleurs.euses sociaux.ales, etc. Rappelons que c'est d'ailleurs pour recevoir ces services que des personnes tentent parfois d'être hospitalisées!

Par contre, les personnes déplorent ne pas avoir eu le choix dans les services proposés. De plus, les services sont distincts les uns des autres, ce qui fait que les personnes doivent chaque fois raconter leur histoire et développent peu de liens de confiance avec leur panoplie d'intervenants.es.

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

5.3. Les alternatives

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

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

5.4. La stigmatisation

« C'est tellement triste. Un de mes ami a développé une maladie qui lui créait des psychoses, et même en étant en crise, il était conscient que l'environnement [en unité psychiatrique] était malsain. Il est revenu à lui certes... Mais à quel prix? Ça lui a créé un traumatisme [...] Quand y'est sorti de là, il était misérable solide. Y'a encore peur de revivre ça un jour. Une autre personne que je connais, et qui a déjà été internée, a recommencé a mal allez après quelque temps. Sa pire crainte est d'être forcée à retourner à l'hôpital! »

En premier lieu, les personnes témoignent avoir été stigmatisées sur le plan de l'emploi. En effet, elles craignent que leurs collègues apprennent qu'elles ont subi une garde en établissement, de peur d'être jugées ou exclues. De plus, les gardes de longue durée peuvent nuire à l'emploi, particulièrement si on ne connaît pas leur durée exacte. En effet, puisqu'une garde autorisée doit être renouvelée aux 21 à 30 jours ouvrables, les personnes qui sont

hospitalisées durant plusieurs mois sans savoir si la garde sera renouvelée appréhendent de perdre leur travail.

En deuxième lieu, les personnes rapportent avoir été stigmatisées relativement au logement. Elles subissent de la discrimination de la part leurs voisins et de leur propriétaire, pouvant même mener à des évictions.

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

Enfin, les personnes subissent de la stigmatisation dans leur quotidien : « *En région, tout le monde se connaît, donc tout finit par se savoir.* » De plus, bien que les proches puissent être importants en fournissant un filet de sécurité et du soutien aux personnes concernées, ils peuvent aussi jouer un rôle coercitif dans la facilitation de l'application de la garde, ou en les stigmatisant après la garde. L'effritement des liens de confiance peut donc augmenter l'isolement. Finalement, certaines personnes qui avaient un suivi avec la Direction de la protection de la jeunesse affirment que cela leur a valu des jugements de la part des intervenant.es au sujet de leurs capacités parentales.

5.5. Le traumatisme institutionnel

Les personnes consultées ont toutes affirmé que la garde en établissement ne les a pas du tout aidées dans leur détresse psychologique, et qu'elle a même aggravé leur situation : « *Avant la garde, j'avais réussi à m'établir une bonne routine quotidienne. Toutefois, la garde a complètement chamboulé ma vie et il a été difficile pour moi de me remettre sur pieds.* »

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

« Les femmes sont les celles qui vivent le plus le sanisme, qui est tellement présent dans notre système de santé! Dès qu'on va consulter pour autre chose que notre santé mentale, et que c'est inscrit qu'on a un diagnostic XYZ en santé mentale dans notre dossier, on nous réfère automatiquement aux psychiatres, comme si tout ce qu'on ressentait dans nos corps était dû nécessairement par notre cerveau. Nous sommes celles qui utilisent le plus les systèmes de santé et de services sociaux. Nous sommes celles qui vivons de l'itinérance cachée, celles qui sont prêtes à partir n'importe quand, celles qui vivent énormément de violence, d'injustices, de crises de panique et d'anxiété, notamment en raison des enjeux qu'on vit collectivement (violence, pauvreté, etc.). Les électrochocs continuent aussi d'être utilisés comme traitement, alors que les femmes subissaient des lobotomies il n'y a pas si longtemps. **Et on est surpris quand je refuse d'être hospitalisée en psychiatrie ? Vraiment ?** »

6. Le sous-financement de l'accompagnement volontaire

Tel que mentionné ci-haut, le projet de loi 23 n'offre aucun soutien financier aux services volontaires ainsi qu'à l'accompagnement communautaire et renforce plutôt le recours à la force et la coercition. Toutefois, comme il a été démontré ci-haut, les personnes qui vivent une crise ne demande que du temps, de l'écoute et de naviguer dans la crise par des initiatives qui respectent leurs droits et leur dignité.

Ce choix politique contribue directement à amplifier les situations de crise plutôt qu'à les prévenir. En l'absence de soutien accessible, continu et respectueux, la détresse s'aggrave, les crises se multiplient et les interventions surviennent trop tard, souvent dans un climat d'urgence et de confrontation. Cette logique accentue le recours à la force, alimente la méfiance envers les institutions et renforce les dynamiques de violence institutionnelle déjà largement dénoncées par les personnes premières concernées. En marginalisant les approches volontaires au profit du contrôle et de la contrainte, le projet de loi 23 participe ainsi à la reproduction des crises qu'il prétend encadrer.

7. Nos recommandations

Nous recommandons ainsi d'abolir en tout point le projet de loi 23 et de maintenir la loi p-38.001 comme elle est actuellement. Par conséquent, à la lumière des résultats issus de la parole collective des personnes ayant subi une garde en établissement à travers la province, ReprésentACTION smQ a établi des recommandations permettant de réduire les impacts de la garde en établissement sur les personnes concernées, d'en diminuer son recours et de favoriser le respect des droits. L'objectif de nos recommandations est d'éliminer la violence du champ d'application de la garde en établissement à toutes les étapes, de la première intervention, à l'hospitalisation, puis à la sortie de l'hôpital. De plus, nous souhaitons favoriser des interventions qui sortent du paradigme de la médication comme seule réponse à la crise. Enfin, nos recommandations visent à réduire, voire à éliminer le recours à l'hospitalisation forcée.

De plus, nos consultations ont bien démontré que les problèmes se situent dans l'application de la loi p-38.001 et que celle-ci ne nécessite pas de réforme. Nous espérons que les recommandations qui suivent, accompagnées d'une véritable volonté de nos dirigeants d'investir dans la santé mentale, permettront d'éliminer le besoin de recourir à cette loi d'exception.

7.1. S'attaquer à la stigmatisation des médias

L'influence des médias est énorme dans le renforcement des préjugés sur le lien entre la violence et les problèmes de santé mentale. En ce moment, on constate une dérive dans la façon dont sont rapportés des crimes violents qu'on associe au moindre diagnostic. Entre autres, des groupes de femmes ont rapporté que cela peut avoir l'effet d'invisibiliser la violence faite aux femmes en masquant la véritable cause de cette violence par un diagnostic de santé mentale.⁹

NOUS RECOMMANDONS d'intensifier la sensibilisation des médias aux effets pervers de l'association entre santé mentale et violence, par exemple, grâce au guide *En-tête : Reportage et santé mentale*, et à des activités de sensibilisation pour les étudiant.es en journalisme et dans les congrès de journalistes.¹⁰

⁹ Claudine Thibaudeau. (2023, 27 août). Drame dans Lanaudière : « La violence conjugale n'est pas un problème de santé mentale ». *TVA Nouvelles*. <https://www.tvanouvelles.ca/2023/08/27/drame-dans-lanaudiere-laviolence-conjugale-nest-pas-un-probleme-de-sante-mentale>

¹⁰ En-tête: Reportage et santé mentale. (2020). *Un guide créé par des journalistes à l'attention des journalistes et des étudiants en journalisme*. <https://www.en-tete.ca/>

7.2. Diminuer le recours à l'hospitalisation

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

7.2.1. De l'écoute et des réponses accessibles

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

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

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

7.2.2. La bonification de l'offre de services pour prévenir les crises ou en sortir

NOUS RECOMMANDONS de miser sur une plus grande offre de services dans la communauté : des services doux, tels que des centres apaisants¹¹, permettant aux personnes de se reposer loin de tout souci, avant d'en arriver à une crise. Cette idée de centre apaisant est d'ailleurs une demande des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Elles parlent de centres de crise plus accueillants, qui n'ont pas de liste d'attente, ni de critères trop contraignants, de ressources qui savent composer avec les gens ayant des problèmes de consommation en plus de problèmes de santé mentale.

¹¹ Mois de la parole collective en santé mentale. (2023). *Notre centre apaisant de rêve*. <https://www.parolecollective.org/2023>

7.2.3. L'assurance que l'hospitalisation forcée demeure une loi d'exception

Comme on l'a démontré plus haut, cette loi semble constituer un outil de prédilection pour les intervenant.e.s de première ligne, plutôt qu'une pratique exceptionnelle.

NOUS RECOMMANDONS d'établir un protocole au sein du 811 afin que les premier.ères répondant.es soient obligé.es de faire appel à des intervenant.es de crise, comme des travailleur.euses de rue avant de conduire la personne de force dans un établissement de santé (voir aussi l'approche de l'Escouade 24/7 au point 4.4).

NOUS RECOMMANDONS que le *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux* qui régit l'utilisation de cette loi d'exception soit employé de manière systématique lors des interventions de crise.

7.2.4. Le rôle des proches

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

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

7.3. Assurer un meilleur soutien lors des séjours à l'hôpital

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

Les orientations énoncent ce qui doit être fait pour accélérer la désinstitutionnalisation et intégrer une approche communautaire fondée sur les droits en matière de soins de santé mentale. Il est notamment préconisé d'adopter une législation visant à remplacer progressivement les établissements psychiatriques par des systèmes de soutien communautaire

*et des services intégrés inclusifs, tels que l'aide au revenu et au logement, et les réseaux de soutien par les pairs.*¹²

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

7.3.1. Un meilleur accueil à l'urgence

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

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

7.3.2. Un meilleur suivi après la sortie de l'hôpital

Plusieurs personnes nous ont rapporté avoir été laissées à elles-mêmes à la sortie de l'hôpital, avec un suivi minimal, et retourner dans le même milieu qui leur a parfois valu d'être hospitalisées.

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

7.3.3. L'amélioration du soutien offert lors de l'hospitalisation

Plusieurs personnes nous ont rapporté combien les séjours à l'hôpital étaient vides de sens. Elles écoutent la télé, font du dessin. Certaines personnes ont eu le droit de parler avec les autres personnes hospitalisées et y ont trouvé un soutien significatif, d'autres avaient l'interdiction de créer des liens avec leur entourage. On se fait confisquer son

¹² Organisation mondiale de la santé. (2023, 9 octobre). *L'OMS et le HCDH publient de nouvelles orientations pour améliorer les lois visant à lutter contre les atteintes aux droits humains dans les soins de santé mentale.* <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2023-who-ohchr-launch-new-guidance-to-improve-laws-addressing-human-rights-abuses-in-mental-health-care>

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

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

Plusieurs initiatives ont été prises par le CSSS Pierre-Boucher afin de rendre les soins en intervention en santé mentale plus humains. Le CSSS s'est doté d'une nouvelle politique sur l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle. Cette politique vise, entre autres, à diminuer le recours à de telles mesures et à maximiser l'implication de l'utilisateur dans le processus décisionnel. Elle a permis une diminution significative du recours à la contention et à l'isolement en 2014. Une personne intervenante spécialisée en situation de crise a également été embauchée dans l'optique de favoriser des méthodes alternatives.¹³

7.3.4. Une meilleure information sur les droits

NOUS RECOMMANDONS d'améliorer la formation du personnel sur les droits des personnes, mais plus particulièrement sur le consentement aux soins, d'une part, et sur la garde en établissement, d'autre part.

Le personnel devrait accorder le respect le plus total au consentement libre et éclairé aux soins pendant la garde forcée. Les personnes doivent rester maîtres de leurs propres décisions et le personnel peut être un allié dans la protection de ce droit. On devrait également s'assurer que des membres du personnel ont reçu une formation sur la garde en établissement afin qu'ils accompagnent, au besoin, les personnes pendant ce processus anxiogène.

Ensuite, nous privilégions l'implantation de projets tels que *Pour une défense pleine et entière*, une initiative provenant du Collectif de défense des droits de la Montérégie. Ce projet vise à faire en sorte que toute personne admise en psychiatrie contre son gré soit rejointe de façon anonyme par une personne intervenante de l'organisme qui

¹³ AGIDD-SMQ. (2015). *Respect des droits en santé mentale: Prix Orange pour le CSSS Pierre-Boucher, Prix Citron pour le Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale*. <https://www.agidd.org/respect-des-droits-en-santementale-prix-orange-pour-le-csss-pierre-boucher-prix-citron-pour-le-ministere-de-emploi-et-de-lasolidarite-sociale/>

propose de l'accompagner dans le processus. Cette personne intervenante pourra lui offrir de l'information et des conseils, l'accompagner à la cour ou l'aider à faire appel.

7.3.5. Plus de personnel dans les unités psychiatriques

Nous constatons que plusieurs problèmes découlent directement du manque de personnel. Par exemple, nous savons que les contentions physiques et chimiques sont utilisées dans plusieurs cas parce qu'il est plus simple d'immobiliser les personnes que de prendre le temps de discuter et de tenter d'apaiser les crises. L'absence d'écoute, le sentiment d'être laissées à elles-mêmes, l'isolement ressenti par les personnes hospitalisées peuvent aussi être attribués au manque de personnel. Les nombreux règlements et interdictions qui n'ont pas de sens pour les personnes en sont probablement aussi la conséquence. Enfin, le stress lié au manque de personnel peut causer un traumatisme vicariant. Cet état cause, par exemple, un manque d'empathie ou la dépersonnalisation des personnes hospitalisées.

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

7.4. Lutter contre la violence et la coercition à toutes les étapes

7.4.1. Lutter contre la violence lors de l'intervention policière

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

NOUS RECOMMANDONS de développer des approches telles que celle de l'Escouade 24/7¹⁴ implantée dans le Bas-Saint-Laurent. Pour chaque appel d'urgence psychosociale (par exemple, au 811), un.e intervenant.e tente d'abord de désamorcer la crise au téléphone et peut se rendre sur place si l'intervention téléphonique n'est pas suffisante.

¹⁴ Centre de prévention et d'intervention de crise du Bas-St-Laurent. (2023). *Escouade 24/7*. <https://centredecrisebsl.qc.ca/deplacement-durgence-247/>

7.4.2. Lutter contre la violence lors du séjour à l'hôpital

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

NOUS RECOMMANDONS que les établissements se dotent d'un plan d'action visant la réduction, voire l'élimination des mesures de contrôle, d'isolement, de contention physique et chimique. Il existe de nombreux outils qui permettent de faire cette transition.

7.5. Favoriser l'appropriation du pouvoir et la participation active des personnes premières concernées

Nous considérons que les personnes premières concernées doivent avoir un rôle prépondérant dans les décisions sur les services qu'elles reçoivent. Les établissements prônent une approche centrée sur la « primauté de la personne », mais on continue d'observer une approche paternaliste (les professionnel.les savent ce qui est bon pour les patient.es, et se considèrent comme des expert.es en matière de santé mentale).

NOUS RECOMMANDONS que les établissements adoptent une approche visant l'appropriation du pouvoir¹⁵ par les personnes premières concernées. Les quatre piliers de cette approche sont :

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

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

¹⁵ Comité de pilotage du guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir. (2004) *Paroles et parcours d'un pouvoir fou. Guide pour une réflexion et un dialogue sur l'appropriation du pouvoir individuel et collectif des personnes utilisatrices de services en santé mentale.*
<https://www.representationsmq.org/s/Guide-sur-lappropriation-du-pouvoir1.pdf>

Annexe

La section suivante rassemble les témoignages reçus par près de 80 signataires de la Déclaration commune *Quand la folie a le dos large*, menée par l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et la Ligue des droits et libertés. Les témoignages proviennent en majorité de personnes ayant subi une hospitalisation forcée, mais aussi de proches et de professionnel.les de la santé et des services sociaux.

Nous avons décidé de les intégrer en entier, afin de mettre en lumière des voix peu écoutées dans les discours public, médiatique et politique entourant la réforme de la loi p-38.001. Elles sont nombreuses et il est faux de croire qu'il existe un consensus social entourant le projet de loi 23.

« J'ai été victime d'une hospitalisation forcée, d'une arrestation violente (sans avoir commis aucun crime) et de nombreuses menaces et maltraitance en août 2023. J'étais en dépression profonde déclenchée par le décès de mon père. Je n'étais pas une menace pour les autres ni pour moi-même: j'avais besoin d'aide, pas d'un emprisonnement. J'ai été hospitalisée deux mois contre mon gré. On m'a amenée en cour parce que je refusais la médication alors que j'étais à mon plus vulnérable et que je n'avais rien fait de mal. Aujourd'hui, j'ai un jugement d'ordonnance de traitement de trois ans! On ne m'a pas proposé de soins autres que médicamenteux. »

« Ma fille de 14 ans, au printemps dernier, suite à une consultation de routine avec sa pédiatre et dans le but de s'exprimer sur ce qu'elle ressentait, s'est vu prise dans un tourbillon instantané nous plaçant dans l'obligation de l'hospitaliser. Tandis que nous souhaitons de l'aide, de l'écoute et des ressources, elle a été dépouillée, enfermée et contrainte à ne pas être auprès des siens, sa famille, son chien, tout ce filet social qui lui permet au quotidien d'avancer... Tandis qu'elle voulait s'exprimer sur ce qu'elle ressentait et qu'elle l'a fait avec force et vulnérabilité, on n'a pas tenu compte de ses besoins et ils ont agi à partir des postulats erronés clichés et dépourvus d'une réelle sympathie pour sa situation. Cinq jours plus tard, et seulement deux visites limitées aux parents, elle a été « relâchée ». Je voulais savoir si du soutien allait nous être offert et ils nous ont dit: si vous voulez du soutien, elle doit rester internée... alors quoi? C'est tout un ou tout l'autre? Elle a fait preuve d'une sagesse et d'une résilience hors du commun: de se faire demander de se mettre toute nue toute nue, d'enfiler une jaquette bleue, de donner tous ses biens, et surtout, après 15 minutes, qu'on se fasse dire: « Bon, madame faudrait y aller là... vous pourrez la voir une heure dans deux jours. C'est à ce moment qu'il y a des visites: vous êtes chanceuses, ça arrive bientôt et c'est parce que

c'est le week-end. Sinon, c'est une fois par semaine le mercredi soir. » Et là, je me suis imaginé un jeune ou une jeune encore plus en détresse... et de le placer dans ces conditions aseptisées ne tenant pas compte du tout des particularités individuelles et des réels besoins humains de chaleurs et de sécurité profonde, et je me suis dit... Ce jeune ou cette jeune ne survivrait pas... Il dirait tout ce qu'il faut dire pour sacrer son camp, perdrait foi en ce système de santé et s'organiserait pour ne plus jamais y retourner... Et ça, ça signifie ne pas avoir accès aux services et à l'accompagnement nécessaire... »

« Les femmes sont les celles qui vivent le plus le sanisme, qui est tellement présent dans notre système de santé! Dès qu'on va consulter pour autre chose que notre santé mentale, et que c'est inscrit qu'on a un diagnostic XYZ en santé mentale dans notre dossier, on nous réfère automatiquement aux psychiatres, comme si tout ce qu'on ressentait dans nos corps était dû nécessairement par notre cerveau. Nous sommes celles qui utilisent le plus les systèmes de santé et de services sociaux. Nous sommes celles qui vivons de l'itinérance cachée, celles qui sont prêtes à partir n'importe quand, celles qui vivent énormément de violence, d'injustices, de crises de panique et d'anxiété, notamment en raison des enjeux qu'on vit collectivement (violence, pauvreté, etc.). Les électrochocs continuent aussi d'être utilisés comme traitement, alors que les femmes subissaient des lobotomies il n'y a pas si longtemps. Et on est surpris quand je refuse d'être hospitalisée en psychiatrie ? Vraiment ? »

« Pour avoir vécu ces mesures coercitives, je confirme que cela décuple la méfiance envers l'État et ses institutions... De plus, cela encourage à ne plus demander de l'aide quand on en a besoin... La santé mentale a le dos large: beaucoup trop... »

« Avouez l'ironie, c'est moi-même qui a téléphoné au service public du 8-1-1, sous la recommandation de mon médecin traitant, étant déjà sur la fameuse longue liste d'attente pour avoir des services psychosociaux que je n'ai pas depuis trop longtemps! Dépourvue de pouvoir, la seule façon que la travailleuse sociale de son évaluation terrain possède, c'est appliquer cette loi p-38 afin de se protéger elle-même selon son code déontologique, car c'est la loi qui lui impose d'agir inévitablement ainsi. Victime d'une hospitalisation forcée à cause il n'y a pas d'autres solutions étant donné que je suis malheureusement déjà en attente de services de notre cher Santé Québec. C'est grave! »

« Je l'ai presque vécu mais je n'ai pas été forcée... Par contre je suis laissée dans le système et je trouve que je n'ai pas d'aide concrète réellement... Plein de ressources mais ça reste très difficile... »

« J'aimerais transmettre mon témoignage complet car dans notre situation, malgré l'absence de diagnostic et de dangerosité, malgré les signalements effectués visant à nous protéger moi et mon enfant, malgré les dossiers de preuves majeurs et ce par divers témoins professionnels, nous avons été abusés dû à la loi p-38.001 provisoire sans témoignage et signification. »

« Cette intervention (P-38), que je juge injustifiée, a eu des conséquences graves pour moi et ma famille. Être menottée devant mes proches était non seulement inacceptable mais également déshumanisant. Le respect et la dignité, que chaque individu mérite, m'ont été complètement retirés lors de cette expérience. En quoi la réponse à un appel à l'aide doit-elle se traduire par une telle violence ? »

« Je comprends que la Loi P-38 peut avoir certaines utilités, mais elle est aussi très dangereuse. Elle peut causer beaucoup de dégâts, puis ç'a été le cas pour moi. »

« J'ai dit que je me sentais engourdie, que mon cœur allait vite. Ils m'ont laissée dormir à terre dans la salle d'attente [...] Je pense que c'est parce que je publiais sur Facebook qu'à un moment donné j'ai eu un test physique. J'ai eu un sentiment d'abandon médical et de perte de dignité étant donné le jugement des soignants sur mon état mental, ma crédibilité était remise en cause, incluant ma capacité de rendre compte de mes propres symptômes physiques. »

« Je suis stigmatisé et profilé dans le système public depuis mars 2018. J'ai passé un séjour du 9 au 15 mars en évaluation constante à l'hôpital X et à l'hôpital Y. Résultat: La SAAQ m'a suspendu mon permis de conduire pendant plus de 2 ans à la suite d'un accident et un refus de ma part à me plier à l'exigence d'un policier de remplir un rapport médical prouvant mes capacités à conduire. J'ai été traité comme un fou par l'administration publique depuis 2018 puisque ce séjour s'affiche partout dans le système. »

« Ça suffit les violences institutionnelles et le recul des droits... En tant que femme autiste ayant un SST dû aux mauvais traitements hospitaliers, je trouve que ce qu'on fait du Québec en ce moment est immonde et indigne d'une société de droit. »

« La présence de la police à mon domicile a non seulement violé ma confidentialité, mais a également créé une situation extrêmement embarrassante. Imaginez l'angoisse de voir des véhicules de police stationnés devant chez soi alors que vous ne cherchez qu'un soutien. La panique et l'humiliation se sont mêlées, me laissant démunie face à une expérience que je n'aurais jamais imaginée vivre. »

« Ma conjointe gère l'attente interminable d'être classée #1 dans la priorisation des services. En attendant, elle compense en buvant de l'alcool et en prenant de la drogue. Elle se désorganise souvent, peut faire peur des fois. Est-ce que ça veut dire que je la laisserais se faire isoler par une P-38? Jamais. »

« Le consentement est obligatoire. On ne peut mettre la même étiquette de dangerosité à tous ceux qui côtoient la santé mentale. La dépression, l'anxiété, l'angoisse ... Pourtant la santé mentale est un problème de société et non individuel. »

« Les policiers sont arrivés comme si j'étais une criminelle en "bagnant" dans ma porte, super fort [...] J'ai même pas pu prendre une brosse à dents. Ils m'ont amenée direct à l'hôpital. Pis ç'a été... assez rough ! »

« Quand je retourne à cet hôpital de Montréal, des fois, je croise des endroits, puis je me dis : même en parfaite santé comme je suis aujourd'hui, c'est rushant de pénétrer dans ces endroits-là. Imagine si, en plus, tu ajoutes une situation de crise avec laquelle tu deales. Quand j'ai vu l'état des lieux, je me suis dit : Je ne reste pas ici, il n'est pas question que je dorme ici. À un moment donné j'ai perdu « la raison » parce que je voulais absolument quitter l'hôpital et je me suis retrouvé sous contention physique et chimique. Le lieu lui-même produit de la souffrance additionnelle. Tu es au plus profond d'une expérience de vie qui ne se définit pas tellement c'est horrible, et tu es dans des conditions qui n'ont pas d'allure. »

« L'ivresse au volant tue 100 québécois par année : Est-ce qu'on va revenir à la prohibition ou à l'enfermement des gens soûls ? La stigmatisation est déjà tellement grande: est-on vraiment obligé de considérer les personnes souffrantes comme des parias ? J'ai travaillé une dizaine d'années en santé mentale, je suis moi-même diagnostiquée bipolaire et anorexique. J'ai été malade physiquement aussi (cancer) et l'écart entre la santé physique et mentale est déplorable. Quand est ce qu'on va réaliser comme société que nous n'avons pas deux santés? L'inégalité c'est non dans une société qui se dit "inclusive"! »

« Après avoir passé 45 minutes à tenter de m'expliquer avec des policiers et des intervenants, que j'aie été amenée à l'hôpital de force, qu'on m'ait contentionnée dans l'ambulance, évidemment que pendant "ma" garde préventive j'étais non seulement en crise mais aussi en criss! J'ai été confinée dans un aquarium, obligée d'être totalement nue en jaquette d'hôpital, pendant 3 jours, en garde à vue. Rien pour diminuer ma colère! Je me sentais comme un animal au zoo ! En plus, je suis fumeuse et je n'avais pas le droit d'aller fumer. C'est sûr que j'ai pétié quelques cochons pis que j'avais pas le commerce agréable! C'est sûr que toutes les observations de mon comportement pendant "ma" garde préventive ont été notées à mon dossier et ont servi dans l'évaluation de ma dangerosité pour la suite. Si seulement, pendant ces 3 jours on avait pris du temps pour jaser calmement avec moi, pour me mettre en contact avec une travailleuse sociale qui aurait pu m'orienter et me soutenir par rapport à ce que je vivais dans ma vie personnelle, le reste de mon histoire aurait été bien différente de ça je suis convaincue! Ma crise n'avait rien à voir avec mon diagnostic, je suis stable depuis plusieurs années! »

« Je suis détenu présentement contre mon gré à l'hôpital X lorsque, demandant l'aide policière, je fus conduit à l'hôpital X où à l'accueil de l'urgence l'on n'a pas voulu me situer mes droits d'usagers et l'on m'a répondu que lorsque la police me conduit ici ils n'ont d'autres choix que de me garder... »

« Je suis une personne autiste et handicapée physique. J'ai peur de me faire interner pour rien parce que parfois je tombe en crise dans des contextes sociaux. C'est important que les critères restent comme ils sont en ce moment. »

« J'ai été forcée à un suivi en santé mentale et à subir une P-38 qui a duré des années par des abus policier, des psychiatres. Cette pratique est encore active dans ma vie en me faisant dire: "Non non madame, c'est vous qui choisissez de suivre le traitement et

la médication, on ne vous l'impose pas. Par contre si vous ne le suivez pas, vous me forcez à refaire une demande d'ordonnance de traitement à la cour. À vous de choisir."»

« Je ne souhaite pas la réforme, c'est un recul - on va être à l'asile chez nous, dans la soumission aux psy et policiers et la pharmaco... Terrible ce qui s'en vient! »

« Je croyais que contacter le 8-1-1 était un geste anodin, synonyme de sécurité et de soutien. Après avoir suivi les recommandations de mon médecin traitant, j'ai malheureusement découvert que ce qui devait être un appel à l'aide s'est transformé en un véritable cauchemar. À ma grande stupéfaction, des policiers sont intervenus chez moi, malgré mes instructions claires de ne pas le faire. Ce moment m'a laissée profondément choquée et a brisé la confiance que j'avais en ces services. »

« Quand tu vas à l'urgence pour avoir de l'aide et de l'écoute car tu es sur le point de ne plus être capable... en précisant à plusieurs reprises que je suis autiste... et qu'au lieu de m'écouter on m'enlève tout ce que j'ai et qu'on m'attache à un lit dans une salle fermée car je "ne coopère pas" ... qu'on m'enlève tout ce qui me permet de me réguler... qu'on me traite comme si j'étais sous psychose au lieu de juste m'écouter... c'est clair que je vais redemander de l'aide après ça ... c'est clair que NON ! »

« J'ai tellement de fois demandé d'être hospitalisé, mais moi j'ai jamais fini dans un lit parce qu'il manquait tout le temps de place. Faque y me renvoyaient chez nous avec une prescription d'antidépresseurs qui marchaient jamais. »

« C'est exactement ce qui c'est passé à chaque fois... j'étais calme et tout ce que je faisais c'est pleurer... je ne criais pas je suis restée polie et c'est quand on m'a dépouillée de toutes mes choses sans explication sans avertissement que j'ai explosé... et que j'me suis ramassée en crise, attachée après un lit ... et tout est devenu 100 fois pire... là j'avais plus du tout confiance en eux donc je leur ai menti pour qu'il me laisse repartir et je n'ai jamais eu l'aide que je venais chercher... »

« Risque de compromission.... C'est tellement flou. C'est effrayant. On mérite des soins préventifs! C'est fini les pansements, il nous faut des solutions concrètes! L'hospitalisation forcée, ce n'est pas un soin, c'est un constant d'échec. Tout est dit.»

« Ça fait 3 ans que ma doc fait des demandes pour que je vois un psychiatre en urgence dans un délais de 3 semaines. Pendant ce temps-là ma situation empire. Mais je ne suis pas un danger pour moi ou les autres alors... fuck me I guess! »

« Les soins de prévention accessible, avant d'être en désorganisation! Une grande majorité des gens ont tenté d'aller chercher des soins de santé mentale, mais les délais, les critères et les approches manquant de compréhension amène les gens plus loin dans la désorganisation. »

« C'est surtout un problème que le fait de faire valoir ses droits est de facto pris comme un signe de crise par le psy et les juges. »

« Dans une ère où ça fait maintenant plus de 6 mois que je me cherche un psy (au privé car je sais que je ne trouverai jamais au public) alors que je prends de la médication sans suivi adéquat par aucun acteur du système de santé. C'est épuisant d'avoir un gouvernement qui ne fait aucune prévention nulle part et cherche seulement à éteindre des feux une fois qu'ils sont hors de contrôle. »

« On impose des sanctions sévères sur ces gens alors qu'on n'impose même pas de telles obligations à des criminels. Changeons les lois: appliquons les mêmes exigences qu'un P-38 à ceux qui commettent des crimes et diminuons les traumatismes et des gens en détresse. »

« La P38 est un vrai abus contre la personne. Ça ne devrait pas exister. J'ai déjà subi la P38 alors que je n'étais plus du tout un danger contre moi-même. Lorsqu'on te force à te rendre à l'hôpital pour rien, oui duh, c'est un traumatisme. Tu n'as plus aucun droit. Et si tu as le malheur de paniquer, car tu n'as plus aucun droit sur ta personne (même juste vouloir aller au toilette seule), on t'enferme seule dans une pièce sans rien. Je n'ai plus aucune confiance en la police depuis ce jour. C'est de l'abus extrême qui est utilisé de mauvaise façon. Et il n'y a rien de pire que la psychiatrie d'hôpital où il y a des gens très malade que tu aurais juste cru voir dans les films. Tout ça uniquement parce que j'ai fait une dépression. »

« Je croyais que contacter le 8-1-1 était un geste anodin, synonyme de sécurité et de soutien. Après avoir suivi les recommandations de mon médecin traitant, j'ai malheureusement découvert que ce qui devait être un appel à l'aide s'est transformé en un véritable cauchemar. À ma grande stupéfaction, des policiers sont intervenus chez moi, malgré mes instructions claires de ne pas le faire. Ce moment m'a laissée profondément choquée et a brisé la confiance que j'avais en ces services. »

« Je me suis admis à l'hôpital il y a quelques années pour risque de suicide. Quand il est venu le temps de partir, le docteur m'a dit "d'arrêter mes niaiseries"... »

« Le vrai problème est le manque de services et de soin pour la santé mentale... C'est le système qui nourrit les déficiences des gens et qui nous rend malades. »

« Et quand on en a besoin et qu'on le demande, on se fait répondre d'aller au privé !? »

« C'est intéressant de savoir qui décide qu'on doit être interné et pour qu'elles raisons? Y a eu tellement de femmes torturées pour rien dans ces places là... Le Québec glisse vers l'eugénisme et ça fait peur. »

« Il m'est arrivé dans le passé des moments difficile et j'ai été enfermé par mon plein gré ce qui est arrivé après ma sortie les idées noires étaient juste plus fortes et envie de consommer alors je suis en tout en accord que la P-38 n'aide en rien. »

« Ma fille est ainsi détenue abusivement dans un département de psychiatrie légale depuis 2019, pour avoir frappé une infirmière et proféré des menaces de mort, qu'elle n'aurait jamais mises à exécution. Si elle avait été accusée au criminel, elle n'aurait pas été enfermée pendant 5 ans! »

« Il y a tellement à dire. Déjà par rapport à la France où la famille doit toujours faire un rapport lors d'une garde, ce qui est bénéfique pour les impliquer dans les soins, la famille est rarement impliquée dans les demandes de garde au Québec. Également il y a dans la culture des sévices en psychiatrie un certain clivage, soit les patients acceptent, soit ils refusent. Refuser une hospitalisation ne veut pas nécessairement

dire qu'un service externe ne peut être mis en place. Malheureusement à l'urgence, si un patient avec un trouble mental refuse les soins, et qu'il n'y a pas de motif pour une garde, on le "responsabilise"... c'est-à-dire qu'on ne met aucun service. »

« Le manque d'alternatives à l'hospitalisation, qui s'accroît avec le manque de services en ambulatoire est criant. Il y a plusieurs autres enjeux: manque de prévention, psychiatrisation de problèmes sociaux, les unités sécurisées en psychiatrie qui invitent au refus (aucune activité, très peu de visite, locaux vétustes, aucun accès à l'extérieur, fermeture des fumoirs, etc.). L'impact social de diminuer le seuil pour forcer une garde semble très mal compris et l'utilisation de Luc Vigneault vers un agenda politique pour donner l'apparence de considérer la parole des patients alors que celui-ci est en conflit d'intérêt est totalement démagogique! »

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

« Dans un contexte d'augmentation de la détresse dans les rues de Montréal, je crains que cette tentative d'assouplissement des conditions d'application de la P-38 ne fasse que répondre à un besoin d'assainir les rues... Nous devons comme société prendre la responsabilité de ce phénomène en croissance et agir sur les déterminants sociaux de la santé. »

« Je suis étudiante au doctorat en psychologie communautaire à l'UQAM et je vais faire ma thèse sur la loi P-38 ! Étant intervenante dans un centre de crise et prévention du suicide, je suis touché par ce potentiel changement dans la loi, qui va à l'encontre de nos pratiques. Cette réforme nous fait peur, elle me fait peur. »

« Merci, il faut se battre encore et toujours pour garder l'humain comme préoccupation première dans une société où la déshumanisation prend de plus en plus de place dans nos structures qui évaluent la misère humaine et la santé en fonction de l'argent. »

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

« 13 années d'expérience en milieu hospitalier et 4 ans en tant que patient pour santé mentale. Je peux affirmer que les soins en santé mentale se dégradent et que les ressources sont inexistantes pour les personnes seules (l'écoute active vide sans aide concrète ne fait qu'augmenter l'anxiété). »

« La contrainte psychiatrique laisse des séquelles à vie sur les victimes, oui ce sont des victimes, et augmente drastiquement le risque de suicide ou de comportement dangereux. »

« Je suis intervenant en suivi alternatif en santé mental et je vois tous les jours les impacts de l'institutionnalisation de la santé mentale. Impossible que d'élargir la P-38 va aider quelqu'un! »

« Je n'en reviens pas que ce soit vraiment une loi proposée au Québec en 2025. En 1825, ok, mais aujourd'hui? Des polices et des psychiatres qui s'allient, ça ne peut que mal finir. »

« Une loi déjà trop coercitive et une excuse qui ne tient pas la route. Sur le terrain, on voit que la P-38 est utilisée par le corps médical sans qu'il y ait présence de dangerosité. »

« Liquider les droits sur l'intégrité des personnes quand le vrai problème est la crise de l'institution psychiatrique québécoise, c'est inacceptable! »

« Vraiment important de préserver les droits fondamentaux des personnes en contexte de resserrement de tout partout! »

« La demande d'une réforme me semble plutôt volontaire et administrativement structurée pour s'imposer où tout besoin se marchande. »

« Il faut plus d'intervenants en santé mentale hors des milieux cliniques et hospitaliers pour conserver un équilibre! »

« Les personnes atteintes de troubles mentaux ont souvent peur de la police en raison d'expériences traumatisantes avec la force constabulaire. Et la police elle-même a souvent peur de ces mêmes personnes, par manque de formation. Le cercle vicieux de cette peur réciproque entraîne son lot terrifiant de catastrophes humaines à la fois prévisibles et évitables. C'est ainsi qu'au Canada, la plupart des personnes tuées par la police étaient en crise. »

« Soyons clairs, les services publics en santé mentale font durs. Si vous êtes assez chanceux pour obtenir une place en hôpital de jour, soit un suivi de groupe sur six semaines à raison de trois rencontres par semaine, n'espérez pas avoir un soutien par la suite. Un mois et demi de suivi et hop, on vous retourne dans la nature, tout seul avec vos prescriptions et une promesse de prise en charge qui ne viendra jamais. Si vous n'avez pas de ressource privée, pas d'assurances, bonne chance! »

« J'ai accompagné ma mère devant un juge et c'était "insane". J'étais infirmière, je comprends comment la loi fonctionne et les critères pour une garde en établissement et elle ne les rencontrait clairement pas. Ils l'ont aussi empêché de sortir fumer dehors pendant 3 mois. J'ai vu de mes yeux vus que c'était une façon de contourner la liste d'attente... sauf que... maintenant elle est traumatisée: elle a vu, entendu et surtout subi des choses qu'elle ne croyait pas possible... elle me dit au moins une fois par mois, depuis 2 ans, qu'elle va s'enlever la vie si jamais qui que ce soit évoquait un retour en psychiatrie. »

« Je suis psy dans un hôpital psychiatrique. Effectivement, la proposition d'élargir la P38 est inacceptable. »

« Faudrait éventuellement aussi se battre pour des conditions de détention acceptable. Pour avoir visiter la psychiatrie en allant voir un proche à quelques reprises, je peux pas

comprendre comment on est supposé guérir a cet endroit. Comment c'est possible de ressortir mieux qu'avant notre entrée Ils sont peut-être plus psychotiques et/ou un danger immédiat, mais ça crée des traumatismes immenses qui resteront à vie. Tous, ou presque, vivent cette expérience comme étant très rude. C'est pas des conditions de détention acceptable pour guérir! Ça devrait réellement être mieux. Un bâtiment avec accès à l'extérieur pour prendre du soleil, une cour sécurisée mais accessible quand le patient est stable. Un endroit plus "familier" et moins "prison". Un endroit où ils pourront passer leurs crises certes, mais éventuellement reprendre la routine aussi. Un endroit où ils ont accès à l'extérieur me semble tellement minimal. Même les prisonniers ont accès au soleil! Évidement qui a des règles strictes sur l'aménagement, pour éviter que ce soit dangereux. Mais je pense réellement que ça aucun mausus de bon sens, cet environnement actuel. Tu sors de la, déprimé et traumatisé... Tous disent la même chose: Plus jamais! Tous ne veulent plus jamais y retourner. C'est supposé être un endroit où on se fait soigner!!! C'est pas normal tout ça. On est capable de faire mieux!! La seule activité qu'ils ont est de boire du café en quantité astronomique, et un papier et un crayon. Sevrage sec de nicotine, zéro soleil, ambiance morbide. Certains ont perdu le goût à la vie, et cet endroit n'est clairement pas ce qui vas les aider... C'est absurde, c'est barbare, c'est inhumain. J'aimerais tant voir une psychiatrie humaine, qui donne de l'espoir! Qui donne un brin d'envie d'en sortir, non pas dû aux conditions atroces, mais grâce au désir de reprendre sa vie en main!!! »

« Je n'ose même pas imaginer une jeune mère en sévère post partum, arriver dans ce type d'environnement, et espérer allez mieux... Se faire soigner dans un environnement si déprimant, pour guérir une dépression, entre autres, c'est juste carrément absurde. C'est incompréhensible d'être si mal traitée, si mal accueillie, dans un environnement si peu adaptée à une guérison ... Je crois qu'on devrait se questionner, en tant que société. Entre jadis, où ont lapidait des personnes malades, des "sorcières" etc., et aujourd'hui on les enferme dans un lieu qui fait faire de l'anxiété à n'importe qui. Je trouve qu'on n'a pas beaucoup évolué. On essaie de réduire la stigmatisation des maladies mentale, mais de l'autres sens, les personnes sont traitées encore comme des moins que rien, dans un environnement digne d'un exorciste, d'un film d'horreur... Tout pour empirer la paranoïa je dirais! Bref, tant et aussi longtemps qu'on ne prendra pas en charge de façon humaine la maladie mentale, la société continuera à les stigmatiser et on continuera d'éviter de consulter même en période vraiment noire. Et sans oublier le traumatisme, qui semble être pratiquement généralisé, suite à une hospitalisation en psychiatrie. Ce n'est pas normal de ressortir avec de nouveaux bagages négatifs. Bref, j'espère voir de mes yeux, avant de mourir, une amélioration considérable sur la façon de soigner les gens qui traversent une période difficile. »

« C'est très problématique! Cet environnement est atroce et à mes yeux, est incompatible avec une guérison. Au lieu d'assommer les patients avec ses médicaments super forts, les enchaîner à leur lit, les réduire à un être sans droit ni considération, on pourrait les traiter dans la dignité, avec humanité. Je suis certaine que ça serait hyper positif pour toute la société, sincèrement. »

« Je crois qu'on devrait envoyer ceux qui prennent des décisions, voir ce qui se passe dans d'autres pays. Exemple: la Norvège! Là où même leurs prisons sont humaines, avec un taux très bas de récidives. S'ils sont capables de traiter les prisonniers de façon humaine, digne, douce... et faire en sorte de minimiser les récidives en plus! Imaginez ce qu'on peut faire avec les gens malades si les conditions seraient adéquates pour guérir!! Si les traitements étaient humains, dignes, agréables et doux, je suis CONVAINCU que la santé mentale des gens irait mieux. De 1: On irait volontairement demander de l'aide beaucoup plus facilement car on saurait qu'on serait bien traité, et non mis dans un "trou" et contentonné et surmédicamenté. Et de 2; Ceux qui seraient profondément malades, pourraient ravoire une étincelle, un envi de s'en sortir et participeraient plus, à leur guérison. La compassion qu'on besoin les gens malades n'existe pas dans le système actuel. Ce n'est pas la faute des travailleurs, mais de l'environnement au grand complet. Quand on est traitée pire que du bétails, l'envie de s'en sortir est moindre. Certains se disent qui vont faire semblant de bien aller, seulement pour quitter. J'aurais probablement fait pareil, pour quitter au plus vite. »

« C'est tellement triste. Un de mes ami a développé une maladie qui lui créait des psychoses, et même en étant en crise, il était conscient que l'environnement était malsain. Il est revenu à lui certes... Mais à quel prix?!? Ça lui a créé un traumatisme, un dégoût, limite un ptsd, une dépression. Quand y'est sortie de là, il était misérable solide. Y'a encore peur de revivre ça un jour. Une autre personne que je connais et qui a déjà été internée, a recommencé a mal aller après quelque temps. Sa pire crainte est d'être forcé à retourner à l'hôpital! »

« Même l'entourage ose pu essayer de faire traiter pour le moment car au final, la solution offerte n'est pas humaine. Les suivis externes font pas de miracle mettons. C'est foutrement triste. Ce sont des gens malades! Y mérite des soins de meilleure qualité, qui vas permettre aux gens malades de vouloir un peu plus se faire soigner. Déjà que ce n'est pas évident leur faire comprendre qu'ils sont malades, s'il faut les enfermer dans des conditions atroces, oublie ça! Ils ne voudront jamais se faire soigner et avec raison! Faut que ça change! »

« Pour avoir visiter des connaissances dans 2 établissements différents, c'était aussi mon constat. Les personnes essayaient d'aller mieux et on leurs disaient non. L'un voulait faire du vélo stationnaire mais les appareils étaient sous clés et donc JAMAIS utilisés et l'autre voulait faire du Tai-Chi mais ça "dérangeait" les autres patients. Juste passé 15 minutes, le temps de la visite à faire des allers-retours dans le corridor c'est déprimant. Ça me fait penser aux restos qui ont des sièges inconfortables pour que les clients quittent rapidement sauf que là on les amène à dire "je vais bien" pour pas subir cet environnement. »

« La P38 doit être utilisée avec parcimonie. Les solutions dans la communauté doivent être la direction préconisée. Cela demande des ressources et des suivis et des centres de crises pour stabiliser les gens pour retrouver leur santé mentale et les réintégrer dans la société. »



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

514 523-3443, poste 4

parolecollective@agidd.org