

**La loi P-38**

**Évaluons sa dangerosité**

# ACTES

## Forum sur la Garde en établissement

**Organisé par**



Action Autonomie

**UQÀM**

Service aux collectivités  
Université du Québec à Montréal

**Avec la collaboration de:**



AUTO – PSY  
(RÉGION DE QUÉBEC)



**Le 23 mai 2007**



• Liste des « ÉvaluateurEs de la loi » du Forum sur la Garde en établissement.....	3
• Avant-propos .....	5
• Mot de bienvenue Comité CAGE, Gabrielle Major et Claudelle Cyr .....	7
• Présentation d'ouverture « Les lacunes, les droits et les besoins des personnes en lien avec la P-38 » Action Autonomie, Caroline Stewart .....	10
• Présentation d'un point de vue sociologique « Dangereux mentaux civils à Montréal : Qui sont-ils? Que font-ils? » Marcelo Otero ... ..	17
• Entrevue vidéo d'un point de vue du SPVM Michael Arruda .....	33
• Présentation d'un point de vue juridique Me Jean-Pierre Ménard.....	37
• Présentation d'un point de vue alternatif communautaire en santé mentale « Rapport de force et approche axée sur les forces » Benoît Côté, PECH.....	39
• Présentation multimédia de la parole citoyenne - Denise M. Blais et Lucie Fortin .....	42
• Introduction des thématiques des ateliers : « L'équilibre du pouvoir » et « L'accueil » Claudelle Cyr.....	46
• L'atelier : « L'Équilibre du pouvoir » Francine Genest et Lucille Caron; Catherine Ganivet et Ghislain Goulet; Linda Bourgeois et Louise Baron .....	47
• L'atelier : « Un accueil qui nous rentre pas (en) dedans » - Denise Brouillard et Manon Guillemette; Francine Genest et Lucille Caron; Céline Cyr et Sylvain Chartrand. ....	51
• Plénière - Claudine Laurin .....	55
• Remerciements & Mot de la fin Denise M. Blais .....	58
• Lancement de la recherche - « La loi P-38.001 Protection ou coercition : Point de vue des personnes interpellées » Carmen Fontaine, Denise M. Blais, Nicole Cloutier, Marcelo Otero, Laurie Kirouac.....	59
• Exposition d'œuvres d'art : nomination des 3 gagnantEs	



## Liste des organismes qui ont pris part au Forum sur la garde en établissement

- Association pour la défense des droits sociaux du Montréal Métropolitain (ADDS MM)
- Association Québécoise des Parents et Amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM)
- L'Auberge Madeleine
- Auto-Psy (région de Québec)
- Avocats et Avocates en pratique privée
- Cactus
- Centre Hospitalier Les Sommets, Ste-Agathe-des-Monts
- Bureau d'aide juridique de Montréal
- Bureau d'aide juridique Laurentides-Lanaudière
- Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de Montréal (CAAP)
- Centre de crise L'Autre Maison
- Centre de crise Le Transit
- Centre d'intervention de crise en santé mentale Tracom
- Centre de soir Denise-Massé
- Centre St-James
- Centre Hospitalier de St-Mary
- CLSC des Faubourgs
- CLSC Mercier-Anjou
- CSSS Antoine-Labelle
- CSSS Cavendish
- CSSS de l'Ouest de l'Île
- Collectif de défense des droits de la Montérégie
- Collectif des Laurentides en santé mentale
- Diogène
- Droits et Recours Laurentides
- Groupe de promotion et de défense de droits en santé mentale (GPDDSM 02)
- L'Endroit de Laval
- Fédération des OSBL d'habitation de Montréal (FOHM)
- Frères et Sœurs d'Émile-Nelligan
- Hôpital Douglas
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital Louis-H. Lafontaine
- Maison Jacques-Ferron
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- Parrainage Civique de la Banlieue Ouest de l'Île
- PECH
- Projet PAL
- Protecteur du Citoyen
- Société québécoise de schizophrénie
- Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM)
- Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM)
- Service de Police de la Ville de Montréal
- UPS-J - CSSS des Faubourgs
- Université de Montréal
- Université du Québec à Montréal (UQAM) - Département de sociologie et Services aux collectivités
- Le Y des femmes



## Liste des « ÉvaluateurEs de la loi » du Forum sur la Garde en établissement

M. Abdou	Francine Doyon	Nancy Melançon
Diane Allard	Jacques Dubé	Jean-Pierre Ménard
Stéphanie Archambault	Manon Duhamel	Angelina Méndez
Michael Arruda	Daniel Émond	Andrée Michaud
Louise Baron	Wilfrid Essiambre	Matthew Munro
Odette Beaudoin	Carmen Fontaine	Monique Normandeau
Anne-Marie Beaulieu	Loïse Forest	Marcelo Otero
François Billette	Lucie Fortin	Mitsu Pagé
Denise M. Blais	Manon Gagnier	Suzelle Parent
Kevin Boire	Josiane Gagnon	Renée Pelletier
Roger Boisvert	Catherine Ganivet	Sylvie Pelletier
Linda Bourgeois	Benjamine Gill	Marc Perron
Claire Brodeur	Annick Gauthier	Béatrice Perryon
Denise Brouillard	Dominique Gauthier	Richard Petitclair
Cécile Brunelle	Francine Genest	Diana Pizutti
Christiane Cadieux	Hella Geoffroy	Dominic Proulx
Julie Caron	Claude Gingras	Michèle Provost
Lucille Caron	Yorick Godin	Annie Rainville
Patrick Caron	Ghislain Goulet	Jocelyne Richard
Diane Carrière	Manon Guillemette	Paul Richard
Jason Champagne	Jacinthe Harvey	Louise Riopel
Lucie Champagne	Geneviève Houle	Sébastien Rivard
Nicole Chaput	Monique Jarry	Sally Robb
Micheline Charest	Philippe Jean	Pascale Robitaille
Sylvain Chartrand	Jean-Claude Judon	Monique Rocheleau
Anne-Marie Chatel	Penelope Karavalas	Mylène Rodier
Nicole Cloutier	Laurie Kirouac	Patricia Rodrigue
Réal Cloutier	Martine Klein	Lourdes Rodriguez
Julie Corbeil	Suzanne Labrecque	Christiane Samuel
Daniel Cossette	Laurent Lachance	Jean-Pierre Surette
Benoît Côté	Richard Lacharité	Nathalie Séréda-Bazinet
Stéphanie Côté	Jean-François Lacoste	Anne-Marie Sheppard
Louis-Michel Côté	Ian-Kristian Ladouceur	Anne St-Antoine
A.R. Courtemanche	Pierre-Ghislain Lafortune	Caroline Stewart
Florence Creamer	Marise Lapointe	Jacques St-Onge
Céline Cyr	Claudine Laurin	Isabelle Sylvain
Claudelle Cyr	Karine Lavoie	Moïse Talib
Micheline Cyr	André Leduc	Marie-Claire Tanguay
Pauline Cyr	Brigitte Létourneau	Diane Tardif
Christine Delorme	Viviane Lew	Catherine Trottier
Christiane Deschênes	Anne Lortie	Jean-Bernard Trudeau
André Desjardins	Frédéric Mailhot	Aline Valade
Marjolaine Despars	Gabrielle Major	Jérôme Vermeille
Suzanne Dépatie	Gilles Marsolais	Lison Vézina
Maria D'onofrio	Francine Martin	Marie-Sony Weche
Marika Douville	Daniel McCabe	
Huguette Doyon	Hélène Mcgregor	
	Kelly McKenzie	

# Avant-propos

## Un printemps nommé garde en établissement

Le sujet était sérieux et les échanges furent fructueux. Le tout était empreint de solidarité et de l'importance de réfléchir ensemble pour trouver des solutions qui répondent aux besoins des gens et qui respectent, en tout temps, leurs droits. L'atmosphère de cette journée rendait bien l'esprit dans lequel se sont déroulées les kyrielles d'activités qui ont mobilisé les participantEs afin de concrétiser ce projet.

Alors que le paysage médiatique connu galvaude si souvent mythes et préjugés, ainsi ceux entourant une soit-disant trilogie : problèmes de santé mentale – inaptitude – dangerosité, l'événement allait apporter d'autres couleurs au sujet.

### Les « Évaluateurs de la loi »

Lecteurs et lectrices, joignez-vous au rang des « ÉvaluateurEs de la loi P-38.001 » comme les participantEs à ce Forum qui ont accepté de mettre à profit leurs expertises diverses.

Nous avons pu compter sur les « ÉvaluateurEs de la loi » suivantEs : des personnes vivant ou ayant vécu un ou des problèmes de santé mentale, des travailleurEs du réseau de la santé, des travailleurEs du milieu communautaires, des membres ou représentantEs d'associations et de regroupements, du Service de Police de la Ville de Montréal, du réseau juridique et du milieu universitaire.

### Les premiers passeurs du bâton à relais

Cet événement a été organisé par **Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal** en collaboration avec **Droits et recours Laurentides** et **Auto-psy (région de Québec)**. Le Comité d'Action sur la Garde en Établissement (comité CAGE) a été responsable de développer le contenu des ateliers du Forum sur la Garde en établissement. Par ailleurs, nous avons pu compter sur le **Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal**, qui n'a jamais échappé le bâton quand on leur a passé!

### Les objectifs du Forum

Le Forum sur la Garde en établissement avait pour but de dresser un constat sur l'application de la **Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, la Loi P-38.001**. Ce portrait citoyen, sociologique et juridique a été complété par l'exploration d'alternatives, de pistes de solutions et de réflexions sur les droits des personnes dans le but d'éviter le recours à la garde en établissement – une loi censée être d'exception. À cet effet, les thématiques des ateliers, « établir l'équilibre du pouvoir »

et « l'accueil » ont orienté les réflexions en reprenant les préoccupations des personnes utilisatrices, entre autres.

### **Des libertés encore bien fragiles...**

C'est en 1998 que la *Loi sur la protection du malade mental* était modifiée pour devenir la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, la Loi P-38.001. Lors de son adoption, le Ministre de la santé de l'époque, Jean Rochon, s'était engagé à en faire l'évaluation 3 ans plus tard.

Voici un aperçu des travaux d'Action Autonomie sur le thème de la garde en établissement qui ont été faits depuis :

- Recherche conjointe avec le GRASP à partir des ordonnances au palais de justice de Montréal pour l'année 1996 « La psychiatrie en mal de justice ».
- 1997 : tournée de consultation auprès des personnes concernées et organismes communautaires autour de la révision de la Loi de protection du malade mental. Collaboration à la présentation d'un mémoire à la commission parlementaire portant sur le projet de loi 39.
- Tournée de formation et sensibilisation en lien avec la mise en place de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.
- Participation aux travaux de mise en place d'UPS-J, organisme mandaté pour assumer le rôle d'intervenant en situation de crise pour l'île de Montréal.
- Réalisation d'une deuxième étude portant sur les ordonnances de garde en établissement au palais de justice de Montréal pour l'année 1999 : « Quand la liberté ne tient qu'à... »
- 2000 : Réalisation d'une tournée de consultation et d'un constat régional sur les pratiques entourant l'utilisation de la garde en établissement.
- 2001 : Réalisation d'un forum régional sur la garde en établissement
- 2005 : Réalisation d'une troisième étude sur l'application de la Loi de protection à partir des ordonnances émises au palais de justice de Montréal pour l'année 2004 : « Des libertés bien fragiles »
- 2006-07 : Recherche en collaboration avec les services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal, intitulée : « La P-38.001 Protection ou coercition: le point de vue des personnes interpellées. »

Ainsi, il faudra demander cette évaluation à travers divers travaux pour qu'en 2007 le Ministre de la santé actuel, Philippe Couillard, la débute. Le contexte était donc opportun pour prendre connaissance et échanger sur les constats de l'application de la loi P-38.001. De plus, Action Autonomie a réalisé une tournée de consultation

sur la garde en établissement auprès de personnes utilisatrices de services de santé mentale, d'intervenantEs et travailleurEs en provenance des milieux communautaires, d'associations, d'avocatEs et d'un représentant du Service de police de Montréal. C'est au total plus de 200 personnes qui se sont exprimées sur l'application de la loi sur la garde en établissement! Les résultats de cette initiative ont été communiqués durant la tenue de ce Forum, et se retrouvent donc dans ces actes.

### **Pour couronner le tout : une recherche et un concours d'œuvres d'art**

La journée du Forum s'est terminée sur deux activités très attendues : le lancement de la recherche : « **La P-38.001 Protection ou Coercition - Point de vue des personnes interpellées** » et la remise des prix pour le Concours d'œuvres d'arts.

La recherche a été commandée par Action Autonomie et faite en collaboration avec le Service aux collectivités de l'UQAM, les chercheurs Marcelo Otero et Henri Dorvil et la chargée de recherche Laurie Kirouac de l'UQAM. Pour ce qui est du concours, les règles concernant les œuvres demandées stipulaient qu'elles devaient s'inspirer du sujet du Forum, la garde en établissement, et optionnellement, des thématiques de « l'accueil » ou de « l'équilibre du pouvoir ». Ces représentations artistiques complètent notre portrait citoyen de la garde en établissement car elles incarnent « l'expérience » de l'internement involontaire vécue de l'intérieur. Les trois gagnantEs ont été choisiEs par les participantEs au Forum.

Le présent document tente de rendre compte, le plus fidèlement possible, de la teneur des conférences, des échanges et discussions qui ont eu lieu dans le cadre du *Forum sur la Garde en établissement « La loi P-38.00 - Évaluons sa dangerosité »* tenu à l'Université du Québec à Montréal le 23 mai 2007. Les actes ont été réalisés, parfois à partir des textes fournis par les conférenciers et conférencières, parfois à partir de notes prises sur place. Ils comprennent également la synthèse des ateliers présentée en plénière.

### **Le 23 mai 2007 - Un jour dans la vie de la P-38.001 au Québec ...**

- **Le Mot de bienvenue du Comité CAGE - Gabrielle Major et Claudelle Cyr**

Bonjour, mon nom est Claudelle Cyr et je suis conseillère en défense des droits à Action Autonomie. Au nom du comité *CAGE*, je voudrais vous souhaiter la bienvenue au Forum sur la garde en établissement. Le comité *CAGE*, Comité d'action sur la garde en établissement, s'est impliqué très activement dans l'élaboration de ce forum. Tantôt, je céderai la parole à Mme Gabrielle Major qui vous parlera brièvement des implications du comité, mais sans plus tarder, je voudrais vous présenter les membres qui le composent :

Laurent Lachance, membre d'Action Autonomie  
Lucille Caron, accompagnatrice à Auto-psy (région de Québec) : groupe de défense des droits  
Manon Guillemette, conseillère en défense des droits, Droits et Recours Laurentides  
Lucie Fortin, du Collectif des Laurentides  
Denise M. Blais, présidente d'Action Autonomie  
Roger Boisvert, administrateur d'Action Autonomie  
Julie Corbeil, conseillère en défense des droits collectifs, Projet PAL  
Michael Hogan, agent de recherche pour « Des libertés bien fragiles »  
Claudine Laurin, directrice de la FOHM  
Michèle Provost, membre des Frères et Sœurs d'Émile Nelligan et représentante de l'organisme auprès de plusieurs des partenaires de son réseau.  
Gabrielle Major, coordonnatrice des Frères et Sœurs d'Émile-Nelligan.

Je lui cède maintenant la parole.

Bonjour, comme Claudelle vient de vous le dire, je suis coordonnatrice des Frères et Sœurs d'Émile-Nelligan. Les Frères et Sœurs d'Émile-Nelligan est un groupe de défense des droits collectifs en santé mentale dont le territoire couvre tout le Québec. C'est un mandat que nous partageons avec les organismes locaux qui défendent les droits individuels. Mais nous sommes aussi, et surtout, un organisme formé uniquement de personnes qui ont vécu, vivent ou vivront peut-être encore des épisodes de désorganisations émotionnelles profondes qui les ont menées à une quête de sens et nous tentons, par le partage de nos vécus et de nos moyens pour nous en sortir, d'apporter un peu de mieux-être dans nos vies et celles de nos pairEs. Il n'y a pas d'intervenantEs chez nous. Que du « par et pour ».

Bien, maintenant que mon petit moment de publicité pour Les Frères et Sœurs d'Émile-Nelligan est passé, revenons au but de mon intervention : Le comité *CAGE* (admirez la pertinence de son nom...) a été en quelque sorte le comité aviseur ou le comité *au contenu*, si vous préférez, de ce forum. *CAGE* a vu le jour en 2001 alors que nous pensions que la Loi P-38.001, dont nous parlerons tout au long de cette journée, serait évaluée tout comme s'y était engagé le législateur au moment de son adoption en 1998. Le comité existe dans sa forme actuelle depuis mars 2006. Comme vous pouvez le constater, il est composé autant de travailleurEs d'organismes que de personnes citoyennes portant, pour l'occasion, le chapeau d'utilisatrices des services. De par la diversité des partenaires qui le composent, cela a permis des échanges riches et constructifs qui, nous l'espérons, sauront trouver écho auprès des différents acteurs et actrices interpellés par l'application de la loi qui nous préoccupe aujourd'hui.

Lorsque le comité a été remis sur pied, le but visé était de travailler sur la construction d'une tournée de consultation sur la garde en établissement. Cette tournée a rapidement pris la couleur d'un débat sur les valeurs qui entourent les pratiques en santé mentale, mais plus spécifiquement, évidemment, sur les pratiques psychiatriques. Nous avons entendu plus de 200 personnes provenant des régions de Montréal, Laval, Québec et des Laurentides. Sous peu, vous prendrez connaissance de ce qui est ressorti de cette tournée qui nous a ai-



dées à préparer le contenu des ateliers du Forum. Le comité a donc été le bâtisseur du document qui a servi au débat.

Le comité *CAGE* a aussi été le maître-d'œuvre des ateliers de cet après-midi. Le choix des thématiques des ateliers, **L'accueil** et **L'équilibre du pouvoir**, est venu des commentaires recueillis au cours de la tournée. À partir des propos entendus, nous avons donc pensé et créé les animations. Nous espérons qu'elles vous plairont et que vous pourrez vous en servir au sein de vos organisations, établissements ou auprès de vos intervenantEs et de votre entourage.

Avant de terminer, j'aimerais qu'on donne une bonne main d'applaudissements aux membres du comité qui ont travaillé très fort au cours de la dernière année, et particulièrement depuis les cinq derniers mois.

Merci et bon forum

- **Présentation d'ouverture « Les lacunes, les droits et les besoins des personnes en lien avec la P-38.001 » Action Autonomie – Caroline Stewart**

Bonjour, je m'appelle Caroline Stewart et je suis coordonnatrice aux dossiers collectifs et aux représentations d'Action Autonomie, le collectif pour la promotion et la défense des droits en santé mentale de Montréal. Il me fait énormément plaisir de nous voir tous réunis ici aujourd'hui, sous le titre d' « **ÉvaluateurEs de la Loi sur la garde en établissement** ». C'est le rôle que nous jouerons tout au long de la journée.

Tout d'abord, laissez-moi vous présenter Action Autonomie. Nos pratiques sont d'ordre individuel et collectif en offrant, entre autres, l'aide et l'accompagnement aux personnes dans leurs démarches de droits. Au cœur de notre organisme, nous retrouvons une vie associative, des comités de travail où les membres sont actifs, tout autant que dans les représentations politiques où des administrateurEs et des membres assurent la représentation du groupe aux tables des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), à l'Agence de santé et de services sociaux, au Ministère de la santé et services sociaux et dans les hôpitaux, entre autres.

Bien que nous accompagnions les personnes dans la défense de leurs droits dans différents domaines, notre majeure est en santé et services sociaux comme les dossiers suivants: le droit de contester une garde en établissement, incluant celui d'avoir accès à un avocatE en aidant, entre autres, les personnes à se préparer à leur audition; le consentement aux soins; le libre choix de l'établissement et les démarches entourant les plaintes à différentes instances.

### **Les trois types de garde en établissement**

L'automne dernier, nous avons décidé de remettre le dossier de la garde en établissement sur la place publique en créant un débat sur les valeurs et les conditions entourant la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (Loi P-38.001)*. Précisons que La Loi P-38.001 est celle qui permet d'interner une personne contre son gré lorsqu'une évaluation de dangerosité pour elle-même ou pour les autres est prouvée. On parle aussi de détention civile, d'internement involontaire ou anciennement de cure fermée.

Elle comprend 3 types de garde :

#### **La garde préventive**

Si le danger est jugé grave et immédiat, un médecin peut, sans autorisation du tribunal et sans évaluation psychiatrique, garder quelqu'un contre son gré pour une durée d'au plus 72 heures. La personne demeure titulaire de tous ses autres droits. L'établissement doit aussi aviser le Directeur des services professionnels ou le Directeur général de l'établissement à chaque garde préventive.

Ce qu'on remarque est que les gens ne sont pas informés du pourquoi ils doivent rester à l'hôpital, de quelle dangerosité il s'agit, de leur droit de contester la garde, de leur droit d'appeler quelqu'un. Souvent, les personnes n'ont pas accès facilement à un avocat. Aussi, comme l'avis au Directeur des Services Professionnels n'est pas comptabilisé, (il peut se faire par téléphone ou fax) il est impossible de savoir combien de gardes préventives chaque centre hospitalier a fait durant l'année. Quand cela concerne des droits contenus dans les Chartes des droits et libertés, il nous apparaît fondamental que le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) mette en place, dès cette année, un outil de compilation auprès des établissements, ce qui lui permettra d'évaluer annuellement l'ampleur du recours à la garde préventive, dans un objectif de diminution, garantissant ainsi son caractère exceptionnel.

### **La garde provisoire**

Est celle qui oblige une personne à subir une évaluation psychiatrique pour juger de sa dangerosité pour elle-même ou pour les autres. Elle est ordonnée par un juge de la Cour du Québec. Si la requête est faite par le centre hospitalier, ce dernier a l'obligation de signifier la personne par huissier au moins 2 jours avant l'audition (si elle est faite par toute personne intéressée, la personne doit tout de même être signifiée à son domicile par huissier). La personne aura aussi le droit d'être présente à la cour afin de défendre son point de vue.

Malheureusement, la personne n'aura pas souvent l'opportunité de se faire entendre à cette étape. De peur de la stresser davantage si on lui dit la démarche amorcée, ou de peur qu'elle se désorganise, ou encore pour l'épargner, la personne n'est que rarement signifiée. À ce titre, les hôpitaux font très peu de requêtes de garde provisoire. Est-ce que c'est parce que les gens consentent aux examens ? Pourtant ils contestent leur garde. Des questions demeurent.

### **La garde autorisée**

À partir de 2 examens qui concluent à la dangerosité, une garde autorisée est ordonnée par un juge de la Cour du Québec. Habituellement, elle est demandée pour une durée entre 21 et 30 jours. Par contre, si elle dure plus de 21 jours, un nouvel examen doit avoir lieu le 21<sup>ème</sup> jour et ensuite tous les 3 mois. L'hôpital a l'obligation, à cette étape, de remettre à la personne un document annexé à la loi et intitulé : *Document d'information sur les droits et recours d'une personne sous garde*. Les démarches sont les mêmes pour un renouvellement de garde.

Les principales critiques entourant la garde autorisée se résument : à un manque au niveau de la preuve de la dangerosité; au nombre effarant de requêtes; au non-respect des droits des personnes et de la méconnaissance de la loi par le personnel hospitalier; à la non-représentation des personnes par un avocat; à des durées de gardes autorisées de plus en plus longues et systématiques jusqu'à 60 jours et au-delà pour certaines régions du Québec.

Ce qu'il faut retenir est que la loi P-38.001 est une loi d'exception. En 2004, notre recherche *Des libertés bien fragiles* nous apprend qu'il y a eu 2136 requêtes faites à Montréal seulement! Montréal serait-il exceptionnel ? L'exception dans l'exception ! On ne croit pas. Nous pensons plutôt que la loi P-38.001 est utilisée à d'autres fins que celles prévues et qu'il faut que toutes les ressources soient accessibles et mises en place en amont (donc en prévention) afin d'éviter le recours à la loi P-38.001.

Nous croyons aussi que le Ministère de la santé et des services sociaux devrait s'associer au Ministère de la justice ou à tout autre partenaire afin d'assurer que la représentation par avocat soit rendue possible en tout temps pour les personnes.

Nous demandons que le Ministère de la santé et des services sociaux s'engage à élaborer et à diffuser une formation auprès des intervenantEs du réseau de la santé et des services sociaux portant sur le cadre exceptionnel dans lequel s'applique la loi P-38.001.

- Nous demandons que le Ministère de la santé et des services sociaux s'assure du respect des droits des personnes mises sous garde en ce qui a trait :
  - \* à l'exigence d'obtenir un consentement écrit lorsqu'on a accepté de subir des examens psychiatriques
  - \* au consentement aux soins
  - \* au droit de contester une garde en établissement au Tribunal administratif du Québec.

### **La Tournée de consultation sur la garde en établissement**

Maintenant, qu'avez-vous dit lors de notre tournée de consultation : À l'automne 2006, Action Autonomie avec le comité *CAGE* décidaient de sonder les principaux acteurs concernés par la garde en établissement. Nous avons rencontré des personnes qui ont utilisé les services en santé mentale de façon volontaire ou involontaire, des avocatEs, des groupes d'entraide « par et pour », un groupe de parents et amis en santé mentale, des groupes communautaires en itinérance, des groupes de défense de droits en santé mentale, dont nos collaborateurs pour ce forum : Auto-Psy (région de Québec), Droits et recours Laurentides, ainsi que d'autres organismes de Montréal, Laval, Québec et les Laurentides. En tout, 200 personnes ont participé. Des débats passionnants ont eu lieu, mais surtout des débats mobilisant où la parole de tous était au cœur des réflexions et où nous apprenions les uns des autres en voyant parfois les deux côtés de la médaille.

### **Vous avez dit que :**

1) La personne est la mieux placée pour trouver des solutions et guider l'interprétation de ses problèmes de

santé mentale. On doit l'écouter dans l'expression de ses besoins, reconnaître que c'est elle qui se connaît le mieux et que son mieux-être passe par cette écoute.

2) La psychiatrie et la médication est l'une des réponses aux besoins de la personne, mais qu'elle n'est pas tout. D'autres services et ressources doivent être proposés (ou même créés) pour les personnes.

3) La psychiatrie est fermée sur elle-même et laisse peu ou pas de place aux personnes qui voudraient être accompagnées d'une intervenantE ou d'un proche significatif, dont les familles, identifiées par la personne elle-même.

### **Concernant la stigmatisation et les préjugés,**

**vous avez dit que :**

1) Les préjugés à l'égard des personnes ayant vécu ou vivant des problèmes de santé mentale demeurent un des obstacles majeurs au mieux-être et au rétablissement.

2) Le traitement des médias nuit à l'avancement des mentalités par leur pouvoir d'influence et leur vision alarmiste des problèmes de santé mentale dont certains diagnostics. Nous sommes nombreux dans cette salle à avoir réagi à l'émission de Enjeux : « *Délires Meurtriers* » qui a contribué à nourrir la peur chez la population en basant leur reportage exclusivement sur des exemples d'exceptions et dramatiques. Au lendemain du reportage, plusieurs disaient : « Tout est à recommencer ».

3) Concernant la stigmatisation et les préjugés, vous avez dit que malgré les efforts des groupes, dont vous êtes, on note une évolution des mentalités concernant la santé mentale parce qu'on en parle plus, le sujet fait maintenant partie de toutes les tribunes. Malgré tout le travail effectué, la tâche demeure colossale tant auprès de la population en général que dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les personnes continuent de ne pas se sentir écoutées, crues, et prises en compte. Et les droits continuent d'être bafoués.

#### **• Les soins hospitaliers**

1) Vous avez questionné l'aide apportée aux personnes lorsqu'elles sont hospitalisées. On doit parfois l'arrêter d'agir, mais on doit plus. On doit l'aider et l'arrêt d'agir ne suffit pas, il faut plus.

2) Selon vous, l'urgence ne serait pas l'endroit idéal pour accueillir les personnes en détresse ou jugées en crise par les autres. Il faudrait des lieux plus humains, plus de centres de crise, des endroits où le temps pour accueillir fait partie des valeurs et des conditions nécessaires au mieux-être des personnes.

- 3) À ce titre, plusieurs témoignages récoltés lors de la tournée et lors des entrevues faites avec des personnes sous garde en établissement (dans le cadre de la recherche « P-38.001 Protection ou coercition »...qui sera lancée ce soir, attestent que l'hôpital (département de psychiatrie ou l'urgence) ne les a pas aidés quand elles n'allaient pas bien. Quelles s'y rendent volontairement ou non, trop de personnes en ressortent cassées, tristes. Plusieurs ont expliqué qu'ils sentaient qu'ils ne comptaient pour personne car on ne leur parlait pas, ne les considérait pas et on ne les regardait pas !

Quelqu'un a dit : « Le concierge était la seule personne qui m'adressait la parole de façon intéressée et normale pendant tout mon séjour à l'hôpital. Là j'ai compris ce que ça voulait dire du « **PERSONNEL DE SOUTIEN!** »

### **Les enjeux et les contradictions :**

1) Vous avez aussi soulevé des enjeux et des contradictions : Le risque que les personnes évitent ou repoussent la quête d'aide auprès du système de santé mentale parce qu'elles ont été blessées voire même traumatisées par les attitudes, les pratiques, la prise de contrôle excessive, la coercition, ou les menaces de l'utilisation des mesures de contrôle telles la contention physique et chimique, l'isolement.

2) Et la contradiction maintes fois soulevée : « Si tu as besoin d'aide et que tu te rends à l'hôpital avant la grosse crise, on te dit que c'est pas assez grave ou que tu dois revenir ou que tu manipules... » et « quand tu dis que tu veux rentrer chez toi, même si tu es collaborateurE aux services proposés, ils te gardent de force et dès fois très fort... La « force des liens » prend un autre sens dans ce temps-là.

Concernant la dangerosité, l'élément central qui constitue le seul motif qui permet d'interner une personne contre son gré,

### **vous avez dit :**

- 1) Que souvent, la requête ne porte pas là-dessus. Les évaluations psychiatriques, que disent-elles, que prouvent-elles?
- 2) Elles parlent de comportements : bizarres, dérangeants, inquiétants parfois. La question de la prise de médication, de la collaboration du patient, de l'acceptation par le patient de son diagnostic et du manque d'autocritique de ce dernier sont des éléments pris en compte, mais **Rien sur la dangerosité!**

### **Où est la personne?**

Et où est la personne dans tout ça? Son point de vue est occulté ou oublié à toutes les étapes du processus. La version de la personne mérite d'être entendue, rapportée ou du moins recueillie au début de la procédure tout autant que celle des tiers.

Certains sont de l'avis qu'il faudrait mieux définir le concept de dangerosité. Établir des balises est une chose, mais une définition rigide de la dangerosité, en est une autre. Nous disons ATTENTION de chercher une recette toute faite, de créer des automatismes comme tel diagnostic ou tel comportement égale dangerosité, et hop on embarque la personne! On peut imaginer des scènes d'horreur ou une personne qui correspond à tel ou tel autre critère serait mise sous garde sans avoir accès à des recours.

La quête de solutions alternatives à l'internement involontaire doit guider les réflexions et les actions doivent adhérer au caractère exceptionnel de la loi P-38.001.

### **En conclusion**

Le recours à la loi P-38.001 ne doit pas compenser pour le manque de ressources en santé mentale. Nous militons pour le développement de moyens et de stratégies qui puissent être utilisés pour travailler en prévention et ainsi éviter le recours à la garde involontaire. On doit instaurer des mécanismes afin que les personnes puissent véritablement défendre leurs droits, mais que ces droits, dont la dignité des personnes, soient surtout et d'emblée mieux respectés. Nous militons aussi pour que les droits des personnes soient mieux connus, que la loi P-38.001 soit mieux comprise de tous et que la représentation par avocatEs soit facilitée et systématique.

La poursuite de la désinstitutionnalisation proposée par le Plan d'action en santé mentale est une avancée, mais on peut avoir des craintes. Que des personnes soient laissées-pour-compte ou à l'opposé prises en charge, contrôlées dans la communauté. On n'a qu'à penser aux ordonnances de traitements et aux ordonnances d'hébergement qui sont en hausse. Bientôt, on demandera aux organismes communautaires de surveiller les personnes, leur médication, et leur comportement. Dans un contexte semblable, la ré-institutionnalisation pourrait s'opérer en ayant recours à la garde en établissement lorsque les ressources dans la communauté se font rares. La pauvreté, l'isolement des personnes et le manque d'alternatives et de soutien de toutes sortes pour palier à des conditions de vie ardues, contribuent à mettre à bout les personnes et on glisse dangereusement vers la crise et le déploiement de l'artillerie lourde de la P-38.001. Mais à quels besoins répond et répondra la loi P-38.001?

Le Plan d'action en santé mentale, *La force des liens 2005-2010*, met de l'avant le principe du **pouvoir d'agir** en reconnaissant aux personnes la capacité de faire des choix et de participer aux décisions qui les concernent. On y aborde également la réduction de **la stigmatisation et la discrimination** des personnes.

Nous demandons leur actualisation et leur application dès maintenant...nous sommes déjà en 2007! Et nous répétons notre demande de 2001 au Ministère de la santé et des services sociaux, soit d'évaluer en profondeur et de façon continue l'application de la loi P-38.001 avec la participation de tous les acteurs concernés. On doit remédier le plus tôt possible au non-respect des droits des personnes dans le cadre de l'application de la loi sur la garde en établissement!

**Merci beaucoup de votre attention et bonne parole à tous**



## **Dangereux mentaux civils à Montréal : Qui sont-ils ? Que font-ils ?**

Marcelo Otero – UQÀM/CRI/CREMIS  
Daphné Morin – UQÀM /CRI  
Lisandre Labrecque-Lebeau UQÀM/CRI

Les sociétés libérales sont des sociétés où les risques, les conflits, les déviances, les dysfonctionnements et les inégalités sont régulés par des dispositifs complexes qui, tout en instaurant des clivages entre différentes catégories de personnes, font référence à des valeurs positives telles que la santé physique et mentale, le respect des normes communes, ou encore, la protection de l'environnement. Depuis trois décennies au moins, la référence à la santé mentale, au psychosocial et à la souffrance psychique joue un rôle capital dans la régulation des conduites qui sont reconnues par les agences gouvernementales, par la communauté, voire par les personnes qui sont elles-mêmes l'objet d'une intervention, comme problématiques. Dans l'espace urbain montréalais, après de nombreuses réorganisations institutionnelles des systèmes de protection sociale, de santé et de sécurité intervenues au fil de dernières décennies, on a vu apparaître certaines formes de conflictualité qui sont perçues comme étant *au carrefour du psychologique perturbé et du social fragilisé*.

Les populations concrètes qui incarnent cette conflictualité, qu'on pourrait appeler «psychosociale», sont perçues également comme «problématiques» et, de ce fait, mobilisent plusieurs dispositifs d'intervention (policier, médical, judiciaire, psychologique, social, communautaire, etc.) qui visent la gestion d'un risque, réel ou présumé, ou encore, d'un comportement qui dérange l'ordre privé (conflits familiaux) ou public (voisins, commerçants, passants, etc.). Au Québec, les stratégies d'intervention visant des situations qui ont été définies, faute de mieux, en termes de «psychiatrie-justice», c'est-à-dire des problèmes psychosociaux à risque d'être judiciairisés, se sont considérablement accrues au cours des trente dernières années (Cardinal, 2001; Laberge, Landreville et Morin, 2000). L'importance croissante de ces stratégies d'intervention est liée aux profondes réorganisations intervenues au sein des agences gouvernementales en matière de santé, services sociaux et sécurité, notamment en ce qui concerne les dispositifs de prise en charge des populations socialement vulnérables et aux prises avec des problèmes de santé mentale, à savoir : désinstitutionalisation, sectorisation, communautarisation, virage ambulatoire, déjudiciarisation, etc. (Boudreau, 2003, Bernier 2003, Dorvil 2005, Delorme 2006). C'est ainsi que dans un court laps de temps, des populations ont été recatégorisées<sup>1</sup>, des mandats d'intervenants (gouvernementaux, paragouvernementaux et communautaires) ont été redéfinis, des expertises (professionnelles, scientifiques, informelles, etc.) ont été reformulées et des cadres prescriptifs (lois, règlements, protocoles d'intervention, etc.) ont été adaptés.

Le tout pour répondre à des situations problématiques dont le statut, les causes et, si l'on peut dire, le pronostic ne sont pas clairement établis, ne font pas l'unanimité des nombreux acteurs concernés, et où les références théoriques, sociales et normatives pour les définir se déplacent trop rapidement selon la logique des si-

---

<sup>1</sup> Pauvres, désaffiliées, vulnérables, itinérantes, malades, aux prises avec des problèmes de santé mentale, toxicomanes, jeunes de la rue, chômeurs, clients des systèmes correctionnels, ex-détenus, etc.

tuations problématiques particulières. Ce remaniement institutionnel, socioprofessionnel, scientifique et légal a été parfois précédé, parfois accompagné et parfois suivi d'une modification profonde des représentations collectives des problèmes sociaux, des problèmes de santé mentale et de certaines formes de transgression de la loi dans l'espace urbain. L'action soutenue de nombreux groupes de défense des droits des pauvres, des jeunes de la rue, des itinérants, des ex-psychiatisés, des sans logis, des ex-détenus, etc. a contribué significativement aux transformations des représentations et des politiques à l'égard de la folie, de la marginalité et de la vulnérabilité sociale. De ce fait, plusieurs questions ont été soulevées à nouveaux frais au fil des années 1990 : quelles sont les frontières entre problèmes de santé mentale, dysfonctionnements sociaux, vulnérabilité sociale et criminalité ? Quelles sont les stratégies les plus efficaces et légitimes pour faire face à ces problèmes dont le statut (mental, social, criminel, psychosocial, relationnel, etc.) est souvent défini au cours même de l'intervention ? Quand, de quelle façon et en fonction de quels critères (culturels, moraux, légaux, disciplinaires, etc.) faut-il intervenir ? Qui devrait le faire (policier, médecin, travailleur social, intervenant communautaire, etc.) ? La ville est un laboratoire à ciel ouvert où ces questions non seulement se posent, mais trouvent également réponse davantage pratique que théorique dans la gestion quotidienne de situations conflictuelles privées et publiques.

Dans la ville de Montréal, la disponibilité de la police comme service mobile d'urgence en tout temps, ainsi que sa capacité légale de contraindre, ont largement favorisé son intervention dans de nombreuses situations associées à un danger réel ou potentiel, à une situation de dérangement de l'ordre public, ou encore, à des situations de vulnérabilité sociale manifestes, dont le statut (psychologique, social, psychosocial, criminel, etc.) était mal défini. Dans un nombre de cas non négligeables, les interventions policières ont également favorisé la judiciarisation des populations, dont les caractéristiques relevaient davantage des domaines social et mental que des domaines policier, judiciaire et correctionnel (Laberge et Morin, 1995). Au Québec, une politique explicite de déjudiciarisation<sup>2</sup> en santé mentale s'est développée, entre autres avec la mise en œuvre de programmes d'intervention d'urgence, mobiles et disponibles en tout temps qui visent explicitement l'évitement du recours au système judiciaire, pénal et correctionnel pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. À Montréal, le service mobile d'intervention d'urgence psychosociale-justice (désormais UPS-J) a été implanté en octobre 1996. La population-cible de l'UPS-J a été définie à ce moment comme une population ayant des problèmes de santé mentale graves et persistants, et prise dans des situations-problèmes susceptibles d'entraîner l'intervention de la police, la judiciarisation, ou encore, l'incarcération. Toutefois, le registre d'intervention de l'UPS-J s'est rapidement étendu, complexifié et diversifié à l'image des populations interpellées et des situations problématiques qui font l'objet de son action laissant ainsi apparaître l'émergence d'un profil de populations problématiques de plus en plus difficiles à définir, mais où les dimensions mentale, sociale et comportementale problématiques sont le plus souvent présentes et, surtout, nouées.

Un autre dispositif concernant la gestion de comportements problématiques à statut difficile à définir,

<sup>2</sup> Ce terme pose beaucoup de problèmes, notamment en raison de laisser entendre que toutes les situations en question ont d'abord fait l'objet d'une définition pénale. Or, les situations sur le terrain ainsi que les pratiques d'intervention sont beaucoup plus complexes. Toutefois, nous le conservons étant donné son usage courant dans le milieu de l'intervention d'urgence et dans la terminologie des agences gouvernementales.

mais dont on soupçonne en principe la présence d'un problème de santé mentale à l'origine de ces comportements, est la Cour du Québec à Montréal. Il ne s'agit pas certes d'un dispositif nouveau, mais sa fonction a été redéfinie suite à la refonte législative intervenue dans le cadre de la politique de déjudiciarisation des années 1990. En effet, un membre de la famille, un médecin, un travailleur social, un intervenant communautaire peuvent se prévaloir d'une requête d'évaluation psychiatrique afin de demander à la Cour de déterminer si la personne visée représente un «danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental». Si le juge considère les arguments de la requête convaincants, il peut ordonner à la personne visée de se soumettre à une évaluation formelle dans un établissement psychiatrique selon les exigences de la législation en vigueur. Toutefois, on l'a dit, la législation en matière de santé mentale s'est transformée substantiellement dans les années 1990 mettant en évidence les nouveaux rapports entre problèmes sociaux et problèmes de santé mentale qui caractérisent les sociétés contemporaines.

### **Les métamorphoses de la législation sur la dangerosité mentale**

Au Québec, la *Loi sur la protection du malade mental* de 1972 permettait de priver de sa liberté une personne, présumée malade mentale, lorsque qu'elle présentait un danger pour elle-même ou pour autrui. En 1998, cette loi a été reformulée en termes de *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (désormais *Loi P-38.001*). Le texte de la nouvelle loi maintient la centralité du critère de «dangerosité» pour permettre son application, mais il modifie quatre éléments clés : l'association quasi-automatique entre maladie mentale et dangerosité, l'identité professionnelle des intervenants désignés pour évaluer le «danger mental», le registre des situations d'application de la loi et la prise en compte des droits des personnes interpellées.

Les études concernant les pratiques d'internement civil involontaire ont maintes fois souligné les contextes ambigus et complexes de ces interventions dans lesquelles interagissent différentes catégories d'acteurs (policiers, ambulanciers, médecins, psychiatres, psychologues, juges, familles, voisins, etc.) qui portent des lectures différentes sur la nature de la situation «problématique». Si l'on parvient, en général, à s'entendre sur le fait qu'il y a un «problème», souvent qualifié vaguement de crise psychosociale, la réponse peut varier selon les cadres interprétatifs prédominants (sens commun des proches, expérience de terrain des intervenants, savoirs scientifiques, législation, etc.), la logique des négociations qui s'engagent lors de l'intervention (police, familles, médecins, etc.), voire tout simplement du type de ressource disponible à ce moment pour la prise en charge de la personne (Cardinal, 2001).

Si la notion de dangerosité, malgré les nombreux problèmes de définition qu'elle pose, demeure le principal critère justifiant l'application de la loi, d'autres notions ne semblent plus légitimes, théoriquement, socialement et politiquement, pour désigner la nature de la dangerosité présumée. En effet, le terme «maladie mentale» est évacué de la *Loi P-38.001* au profit de celui plus vague d'«état mental». L'association malheureusement courante entre dangerosité et maladie mentale est judicieusement effacée du texte de la loi<sup>3</sup>. Toutefois,

---

<sup>3</sup> On peut se demander si la lettre de la loi a bel et bien modifié les logiques concrètes de son application puisque plus de 95 % des requêtes d'évaluation psychiatrique ont été acceptées par les juges dans la période 2003-2004.

cette dissociation s'accompagne d'un élargissement potentiel du registre d'intervention, passant de la figure mythique du fou dangereux à un flou psychosocial multiforme et inclusif. Ce changement de registre symbolique et légal traduit une autre transformation sociale plus large : le passage de la référence à la maladie mentale à la référence à la santé mentale comme ancrage symbolique de nombreuses interventions sociales, dangereuses ou non, urgentes ou non.

Le déclin social, politique et scientifique de la notion de maladie mentale se fait même sentir à l'intérieur de la psychiatrie. En effet, la notion de maladie mentale a été diluée par la principale référence de la psychiatrie contemporaine, le DSM-IV (1994), qui préfère parler de plus vaguement de désordre, de trouble ou de dysfonctionnement plutôt que de maladie. Alain Ehrenberg (2004) considère qu'on assiste à une réorganisation des rapports entre maladie, santé et socialisation marquée essentiellement par un retournement hiérarchique majeur : la maladie mentale (phénomène en principe restreint au domaine médical) devient un aspect subordonné de la santé mentale et de la souffrance psychique, phénomène multiforme et ouvert à de multiples situations problématiques ou non (Fassin, 2004). De manière complémentaire, la nouvelle loi abandonne la notion de *cure fermée* au profit de celle de *garde en établissement*, et ce, dans la foulée de la montée de la formalisation des droits des personnes pouvant être touchées par la législation concernant l'internement civil (communiquer avec un avocat ou un organisme de défense de droits des usagers, refus de la médication, etc.)<sup>4</sup>. En effet, la *Loi P-38.001* n'autorise pas le traitement involontaire comme pouvait le laisser entendre la notion juridico-médicale de *cure fermée* de la précédente loi (Ménard, 1998). Les législations de 1972 et de 1998 témoignent respectivement de deux représentations différentes de la dangerosité mentale : avant il s'agissait d'*une maladie mentale dangereuse à traiter, et idéalement à guérir*, maintenant il s'agit d'*un état mental dangereux à gérer, et idéalement à résorber* (rétablir de l'équilibre initial, désamorcer la crise psychosociale, référer une ressource spécifique, etc.).

Dans ce nouveau contexte de flou psychosocial problématique à gérer, la *Loi P-38.001* introduit un nouvel acteur et un nouvel acte à poser dans la prise en charge de la dangerosité mentale ainsi définie : l'« intervenant d'un service d'aide en situation de crise », (désormais ISASC) et l'« estimation » de la dangerosité mentale. Il n'est plus nécessaire d'être médecin, ou encore psychiatre, pour « estimer » la dangerosité mentale, car une estimation ne présuppose pas de diagnostic formel, ni d'autre acte réservé à telle ou telle corporation professionnelle. À Montréal, l'UPS-J a été désignée officiellement en 2001 à titre de « service d'aide en situation de crise », pour réaliser ces estimations telles que décrites dans la loi. Depuis, d'autres services ont également été désignés pour réaliser ces estimations, mais uniquement pour leurs « clientèles connues et en présence » (Centres de crise, Centre Dollard-Cormier, Clinique externe de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, Centre de psychiatrie légale de Montréal, etc.). Ce ne sont donc plus seulement les familles, via un *requête d'évaluation psychiatrique*, les psychiatres dans leurs établissements, ou encore les policiers, en vertu d'autres codes légaux, qui jouissent de cette prérogative de demander la suspension des droits d'une personne en raison d'une dangerosité mentale présumée, mais également un certain nombre d'intervenants psychosociaux de for-

---

<sup>4</sup> Les droits évoqués dans le texte de la loi ne sont que partiellement respectés par les différentes instances d'intervention. Voir Action autonomie, Kirouac, Dorvil, Otero (2007).

mations variées, les ISASC, dont l'expérience en gestion de crises psychosociales semble justifier leur habilitation légale à estimer la dangerosité mentale. Ainsi, tant le registre d'application de la législation que la palette d'intervenants en matière de comportements psychosociaux problématiques s'élargissent, se brouillent et se complexifient.

Si la loi ne résout pas la question cruciale de l'identité socioprofessionnelle de l'ISASC, elle crée en revanche un nouveau champ d'action, en prescrivant à différents acteurs de travailler en collaboration et en spécifiant certains actes à poser. Or, parmi ces actes, certains sont familiers à la pratique des intervenants des centres de crise déjà en place (désamorcer la crise, diriger vers des ressources adéquates) tandis que d'autres, tels que l'« estimation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental », le sont moins. Bien entendu, dans leur pratique de terrain, les intervenants de crise n'ont pas attendu une loi spéciale pour « trancher » dans ce type de situations en estimant *de facto* le danger et en prenant des mesures en conséquence. Toutefois, l'un des effets de la loi est la formalisation de l'« estimation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental », en tant que, sinon un acte réservé, du moins un geste « spécialisé ».

La loi est également ambiguë quant au partage de responsabilités entre les médecins, la police, les ambulanciers et les ISASC lorsque des événements définis comme appartenant au domaine de la dangerosité mentale se présentent. Et les logiques d'intervention ancrées dans les cultures socioprofessionnelles de chaque groupe d'acteurs ne peuvent pas se modifier par la simple lettre de la loi. Chacun de ces groupes d'acteurs a émis des avis juridiques différents mettant en évidence non seulement les conflits socioprofessionnels, somme toute prévisibles dans le partage de juridictions d'intervention, mais également la perception d'un nouveau contexte où la pauvreté urbaine, les effets de plusieurs vagues de désinstitutionalisation psychiatrique, le respect des droits des personnes ex-psychiatisées et les nouvelles formes de marginalité sont de plus en plus difficile à dissocier. On pourrait parler d'un contexte de « après déjudiciarisation » où la police est invitée par la loi à chercher un terrain d'entente, voire de partenariat, avec de nouveaux acteurs psychosociaux, les ISASC, pour gérer des situations problématiques complexes. La médecine, elle aussi, est invitée par la loi à partager, voire à déléguer, certaines de ses expertises (estimation de la dangerosité mentale) et de ses pouvoirs avec l'ISASC. Les frontières entre conflit social, certaines formes de criminalité et maladie mentale sont reproblématisées et redéfinies en termes flous et inclusifs tels que vulnérabilité psychosociale, crise psychosociale et dangerosité mentale.

L'acte à poser, lorsqu'il s'agit d'intervenir dans des situations de dangerosité mentale, tel qu'indiqué par la loi, semble triple : estimer le danger mental, désamorcer la crise « mentale » et référer vers la ressource appropriée (de l'hôpital psychiatrique au domicile de la personne interpellée en passant par les diverses ressources spécialisées). On ne sera pas étonné de découvrir que cet acte triple d'intervention (estimer, désamorcer, référer) constitue avant tout un travail de « gestion de risques ». Lorsque la loi est bel et bien appliquée, il s'agit de « garder » la personne visée (garde renvoie à « neutraliser » le danger, le plus souvent potentiel, voire à le mettre « en attente ») plutôt que de la « traiter » (déployer des thérapeutiques, donner des remèdes, etc.). On est dans l'univers de la gestion et, par conséquent, de l'acceptation implicite du caractère en quelque sorte

« chronique » d'une certaine conflictualité et vulnérabilité psychosociales, parfois associées à des situations de pauvreté graves des personnes concernées.

### Les «dangereux mentaux» à la Cour du Québec

Les stratégies d'intervention en santé mentale (psychologiques, psychiatriques, psychosociales, psycholégales, etc.) conçues pour agir sur des comportements problématiques traduisent une part significative des clivages, tensions et conflits sociaux en termes de «manque d'habiletés et de compétences», «perte d'autonomie», «manque d'énergie», «inadaptation», «ralentissement (ou accélération) psychomoteur», «troubles de l'humeur», «troubles de l'activité», «incohérence», «confusion», etc. L'une des manières de mieux comprendre ce phénomène urbain de la montée du psychosocial dangereux, en danger et dérangent est de tenter d'esquisser, autant que faire se peut, le profil des personnes interpellées par les dispositifs dont le mandat est celui de gérer le «risque mental» de situations où les dimensions mentale, sociale et comportementale sont concrètement nouées dans une situation qui pose problème et, de ce fait, sollicite une forme ou une autre d'intervention.

L'un de ces dispositifs est la Cour du Québec à Montréal dont le rôle est, en principe, soit de prévenir un éventuel passage à l'acte (danger «mental» à l'égard de soi-même ou d'autrui), soit d'éviter une plus grande détérioration de la situation de la personne interpellée (vulnérabilité psychosociale) en raison de son état mental perturbé. Les dossiers de la C-d-Q nous offrent, d'une part, un ensemble de données nous permettant de dresser une esquisse du profil des populations interpellées et, d'autre part, un ensemble de récits événementiels des situations problématiques qui ont abouti à une demande d'évaluation psychiatrique adressée à la C-d-Q<sup>5</sup>. Aux fins des objectifs limités de ce texte<sup>6</sup>, nous avons retenu l'année 2003-2004 pour laquelle nous disposions des données complètes sur les populations interpellées.

En premier lieu, on peut se poser la question concernant l'identité des personnes ou des institutions qui font appel à C-d-Q afin de demander une évaluation psychiatrique involontaire. À ce chapitre, la famille et l'entourage immédiat de la personne interpellée constituent largement les principaux requérants (83,1%), suivis de loin par les médecins, les travailleurs sociaux et autres intervenants. La loi exige qu'une deuxième personne, désignée par le terme «mis en cause» dans le formulaire, cosigne la requête en tant que témoin de l'état mental

---

5 L'univers analysé se compose de 378 individus et de 396 événements. La différence entre les deux est attribuable au fait que certains individus mobilisent plusieurs fois le même dispositif. Comme on le verra dans les tableaux présentés, les univers des données ne sont pas toujours les mêmes compte tenu du fait que dans les dossiers certaines données peuvent être manquantes.

6 Compte tenu des objectifs limités de ce texte et pour des raisons d'espace, nous avons simplifié au maximum les explications méthodologiques, les tableaux et les références concernant les limites de chaque variable particulière. Puisque les informations concernant ces populations sont très souvent d'accès difficile, hétérogènes et fragmentées, il faut considérer nos analyses avec la plus grande prudence. Par exemple, si l'information sur le sexe des personnes est présente dans tous les dossiers, les données concernant le statut résidentiel, les antécédents psychiatriques ou judiciaires sont manquantes dans certains des dossiers. La méthodologie utilisée tant pour la comparaison des données des deux dispositifs que pour la collecte de données autres (antécédents psychiatriques et judiciaires, statut résidentiel, etc.) ainsi que leurs limites sont expliquées et discutées dans Otero, Landreville, Morin et Thomas (2005) et Otero, Morin et Labrecque-Lebeau (2008).

perturbé de la personne. Dans 75,3 % des cas, les «mis en cause» sont encore une fois un membre de la famille ou un ami. Contrairement à d'autres populations aux prises avec des problèmes «psychosociales» (Otero, Morin 2007), le réseau social des personnes faisant l'objet d'une requête d'évaluation psychiatrique semble encore jouer un rôle actif dans la médiation avec les institutions auxquelles on demande une forme d'intervention. Toutefois, la nature même de la démarche auprès de la C-d-Q (évaluation psychiatrique involontaire) et les récits des événements dont témoignent les dossiers des personnes montre clairement que les rapports entre les personnes interpellées et leur entourage sont tendus, conflictuels et fragiles. Des signes clairs d'une possible rupture des liens et, dans certains cas, de l'épuisement des proches ponctuent un nombre important des dossiers.

Tableau 1- **Requérants**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Famille et amis	320	80,8
Travailleur social	26	6,6
Autre intervenant	20	5,1
Médecin	15	3,8
Entourage	9	2,3
Policier	4	1,0
Représentant légal	2	0,5
Total	396	100,0

Tableau 2- **Mis en cause**

	<b>Nb</b>	<b>%</b>
Famille et amis	286	75,3
Autre intervenant	27	7,1
Représentant légal	23	6,1
Médecin	16	4,2
Entourage	12	3,2
Travailleur social	11	2,9
Policier	5	1,3
Total	380	100

Sur le plan du statut résidentiel, la population interpellée par le dispositif de la C-d-Q semble majoritairement logée de manière stable. Seul 7,9% de ces personnes ne possèdent pas d'adresse. Le statut résidentiel est une donnée très importante puisqu'elle contribue à définir non seulement la situation d'urgence ou de crise, mais également la suite à donner à l'intervention (Roy et Hurtubise, 2005). En outre, certains gestes ou attitudes (parler seul, crier sans raison apparente, poser certains actes d'incivilité ou d'exhibitionnisme) sont parfois sanctionnés par le seul fait qu'ils interviennent dans l'espace public.

Tableau 3 - **Statut résidentiel**

Avec adresse	339
	92,1%
Sans adresse, itinérant	29
	7,9%
Total	368
	100,0%

À la différence d'autres groupes de personnes aux prises avec de problèmes sociaux divers (toxicomanie, pauvreté, itinérance, etc.), les personnes ayant été l'objet d'une demande d'évaluation psychiatrique sont plutôt distribuées un peu partout sur l'Île de Montréal plutôt que concentrées dans certains quartiers.

Tableau 4 – Distribution territoriale des requêtes d'évaluation psychiatrique

Territoire de CLSC	Nb	%
Pointe St-Charles	5	1,5
La Petite-Patrie	5	1,5
Extérieur de l'Île	5	1,5
St-Henri	6	1,8
St-Michel	6	1,8
Rivière-des-Prairies	6	1,8
Lac St-Louis	7	2,1
St-Laurent	8	2,4
Olivier-Guimond	9	2,7
Plateau Mont-Royal	9	2,7
St-Léonard	10	3,0
Hochelaga-Maisonneuve	10	3,0
St-Louis du Parc	10	3,0
René-Cassin	11	3,3
Nord de l'Île	11	3,3
Pointe-aux-Trembles/Montréal Est	11	3,3
Montréal-Nord	12	3,6
Rosemont	12	3,6
Notre-Dame de Grâce	13	3,9
Métro	13	3,9
Mercier Est-Anjou	13	3,9
Pierrefonds	14	4,2
Côtes-des-Neiges	14	4,2
Parc Extension	14	4,2
Ahuntsic	14	4,2
Dorval-Lachine	15	4,5
Verdun-Côte St-Paul	15	4,5
Des Faubourgs	16	4,8
Villeray	18	5,4
LaSalle	19	5,7
Total	331	99,3
Provenance connue	331	87,6
Itinérance	27	7,1
Provenance Inconnue	20	5,3
Total	378	



La distribution selon le sexe est la suivante : 59,3% d'hommes et 40,7% des femmes. En ce qui concerne l'âge, on retrouve de manière générale les groupes de personnes plus jeunes mieux représentés dans l'ensemble de la population de la C-D-Q que les groupes de personnes plus âgés (les 18-44 ans représentent 62% de l'ensemble contre les 45-69 ans qui représentent seulement 28,9%). Mais c'est au niveau de la combinaison de l'âge et du sexe qu'on voit apparaître de manière claire deux groupes de personnes particulièrement visés par les demandes d'évaluation psychiatrique, à savoir : 1) les jeunes hommes (17-34 ans) sont clairement surreprésentés par rapport aux femmes du même âge (47% contre 26%) et 2) les femmes de 50 ans et plus sont clairement surreprésentées par rapport aux hommes du même âge (38% contre 20%).

Tableau 5 - L'âge selon le sexe de l'individu L'âge selon le sexe de l'individu

Catégorie d'âge	Sexe		F	%	Total	%
	H	%				
moins de 18 ans	2	1,0	1	0,7	3	0,9
18-24	32	16,0	13	9,5	45	13,4
25-29	28	14,0	9	6,6	37	11,0
30-34	34	17,0	14	10,2	48	14,2
35-39	21	10,5	13	9,5	34	10,1
40-44	23	11,5	23	16,8	46	13,6
45-49	20	10,0	12	8,8	32	9,5
50-54	11	5,5	10	7,3	21	6,2
55-59	5	2,5	9	6,6	14	4,2
60-64	5	2,5	10	7,3	15	4,5
65-69	8	4,0	7	5,1	15	4,5
70 ans et +	11	5,5	16	11,7	27	8,0
Total	200	100,0	137	100,0	337	100,0

Quant aux antécédents psychiatriques, 60,3 % des personnes ont des traces dans leurs dossiers, alors que 39,7 % n'en ont pas. Si l'on considère la présence explicite d'un délire comme un signe de la gravité du problème de santé mentale éprouvé, on en trouve dans une proportion de 56% de l'ensemble des dossiers. La variation des antécédents psychiatriques selon les sexes est négligeable (59,4% contre 61 %), mais lorsqu'on les combine avec les groupes d'âge on remarque que 1) les hommes de 18-39 ans ont davantage d'antécédents psychiatriques que les femmes du même groupe d'âge (53,9% contre 32,6%), et 2) les femmes de 55 et plus en ont davantage que les hommes du même groupe d'âge (30,2% contre 12 %).

Tableau 6 - Traces d'antécédents psychiatriques

Présence	228	<b>60,3 %</b>
Absence	150	<b>39,7 %</b>
Total	378	100,0%

Tableau 7 – Traces d’antécédents psychiatriques selon l’âge et le sexe

Groupes d’âge	Présence				Absence				Total	%
	H	%	F	%	H	%	Femmes	%		
moins de 18 ans	1	0,9	1	1,1	1	1,2	0	0,0	3	0,9
18-24	17	14,8	6	7,0	15	17,6	7	13,7	45	13,4
25-29	12	10,4	5	5,8	16	18,8	4	7,84	37	11,0
30-34	19	16,5	9	10,5	15	17,6	5	9,8	48	14,2
35-39	14	12,2	8	9,3	7	8,2	5	9,8	34	10,1
40-44	17	14,8	17	19,8	6	7,1	6	11,8	46	13,6
45-49	13	11,3	8	9,3	7	8,2	4	7,84	32	9,5
50-54	7	6,1	6	7,0	4	4,7	4	7,84	21	6,2
55-59	3	2,6	5	5,8	2	2,4	4	7,84	14	4,2
60-64	3	2,6	6	7,0	2	2,4	4	7,84	15	4,5
65-69	3	2,6	5	5,8	5	5,9	2	3,9	15	4,5
70 ans et +	6	5,2	10	11,6	5	5,9	6	11,8	27	8,0
Total	115	100,0	86	100,0	85	100,0	51	100,0	337	100,0

Seulement 6,1% des personnes interpellées par le dispositif de la C-d-Q, la plupart des hommes, semblent avoir des antécédents judiciaires. Il est probable que la situation résidentielle stable et la présence encore active du réseau social constituent un frein contre une plus grande judiciarisation de certains comportements conflictuels et problématiques. Toutefois, dans 26% des dossiers, autant d’hommes que des femmes, on constate une intervention policière et, on le sait, sa seule présence constitue un indicateur d’une situation conflictuelle et un risque de judiciarisation.

Tableau 8 - Traces d’antécédents judiciaires

	Nb	%
Présence	23	<b>6,1</b>
Absence	355	93,9
Total	378	100

### Les situations «mentalement dangereuses»

On a esquissé, de manière schématique et succincte, les profils des personnes interpellées par le dispositif de la C-d-Q, ainsi que les institutions et les individus qui en font appel. Il reste maintenant les raisons concrètes pour lesquelles on fait appel à ce dispositif, c’est-à-dire les situations «mentalement dangereuses». Dans le cas de la

C-d-Q, les événements qui donnent lieu à une demande d'intervention sont décrits dans les requêtes d'évaluation psychiatrique remplies par les requérants. Il faut souligner que plus de 80% des requérants sont, on l'a vu, un membre de la famille, bien que, selon nos observations, dans la rédaction de la requête ceux-ci se font aider par un travailleur social ou encore le greffier de la C-d-Q.

Les événements composant l'univers de la dangerosité mentale civile recouvrent une diversité de situations dont les différentes dimensions (urgence, immédiateté, mental, social, danger, gravité, contravention de la loi, crise, etc.) et leur hiérarchisation sont conditionnées par de multiples dynamiques d'ordre différent qui vont du type de service disponible pour gérer la situation au moment précis de l'interpellation jusqu'à l'identité socio-professionnelle de l'intervenant qui évalue la situation, en passant par les caractéristiques du territoire où le problème survient. À partir des descriptions d'événements décrits dans les requêtes à la C-d-Q dans la période 2003-4, nous les avons classifié, autant que faire se peut et compte tenu de la grande diversité des situations, en quatre catégories : 1) incohérence<sup>7</sup>; 2) conflits avec la famille ou des amis ; 3) conflits<sup>8</sup> avec des proches<sup>9</sup> ; 3) risque suicidaire; 4) conflits entre étrangers.

Tableau 9 – Les situations problématiques<sup>10</sup>

Situation-problème	
Conflits avec étrangers	11 7,7%
Conflits avec famille ou amis	62 43,3%
Conflits avec proches	37 25,8%
Risque suicidaire	10 7,0%
Incohérence	18 12,6%
Autre	5 3,5%
Total	143 100,0%

7 La situation d'incohérence comprend tous les comportements jugés bizarres, la désorganisation apparente, les problèmes psychiatriques manifestes ou de la personne lorsque rien d'autre (agression, menace, méfait, etc.) n'était spécifié. Par exemple, « perdu », « parle seul », « se croit menacé par des extra-terrestres », etc.

8 Le terme conflit désigne des comportements hostiles envers des proches ou des étrangers tels qu'insultes, menaces, voies de fait, vol, fraude, incendie, méfait public, etc.

9 Un proche a été défini comme une personne faisant partie de l'entourage de la personne sans être membre de la famille ou un ami : propriétaire du lieu de résidence de la personne, voisin, co-résident d'une ressource d'hébergement ou personnel d'une ressource que fréquente la personne. Un étranger a été défini comme tous les autres qui n'entrent pas dans le groupe des proches (serveur de restaurant, policier, passant, commerçant, etc.).

10 Le peu de cas disponibles invite à la prudence dans l'interprétation des tableaux 9 et 10.

Si l'on observe les catégories « conflits avec la famille et les amis » et « conflits avec les voisins, intervenants, co-résidents », elles recouvrent presque 70 % des événements. Sans sous-estimer le fait que la dimension «mentale» occupe une place prédominante dans la nature des conflits avec la famille, les amis et les proches (56% des requêtes mentionnent la présence d'un délire<sup>11</sup>), il est probable qu'un dispositif tel que celui de la C-d-Q joue un rôle significatif dans la gestion de la conflictualité dans les relations de proximité (famille, amis, voisins, co-résidents, etc.). Les «comportements incohérents», qui comprennent autant les comportements jugés bizarres que les problèmes psychiatriques manifestes mais sans «passage à l'acte», regroupent 12,6% des demandes d'intervention. Il n'est pas difficile d'associer des comportements bizarres ou inusuels à l'univers de l'«état mental perturbé», tel que formulé dans la *Loi P-38.001*, davantage inclusif et imprécis que celui de la maladie mentale. Ainsi, la dimension « mentale » de la situation problématique, éventuellement estimée comme dangereuse, en danger ou dérangeante, devient plus aisée à «identifier», lorsqu'il s'agit de poser, et également de justifier, un geste d'intervention.

Les catégories «risque suicidaire» (7%) et «conflits avec des étrangers» (7,7%) nous semblent peu présentes par rapport à un dispositif d'intervention qui évoque le danger grave et immédiat pour justifier leur déclenchement. Dans le cas de l'univers du suicide, on retrouve toutefois des allusions à des tentatives dans les dossiers de 17,5% des personnes sans que cela ne constitue la cause principale de la demande d'évaluation psychiatrique, puisque d'autres événements sont considérés plus importants au moment de la demande. Il est probable que les risques suicidaires et les conflits avec les étrangers soient de situations où les urgences ambulancières et la police interviennent comme véritable première ligne, filtrant ainsi un nombre significatif des cas appartenant à ces deux catégories. Ce qui soulève l'hypothèse sur la possible «spécialisation» de ce dispositif à l'égard de la gestion de la conflictualité «en raison d'un état mental» perturbé avec la famille et les proches.

À titre seulement illustratif, car ne nous disposons que d'un petit nombre de cas, il est intéressant de s'interroger sur les gestes concrets qui ont amené, la plupart des fois un membre de la famille ou un proche, à demander une évaluation psychiatrique à la C-d-Q.

---

<sup>11</sup> Parmi les thèmes des délires, on trouve la surpuissance, la religion, le contrôle, la richesse, le sacrifice, le corps possédé, etc.

Tableau 10 – Gestes problématiques posés<sup>12</sup>

Gestes	Mère	Père	Parents	Fratric	Famille	Famille élargie	Enfants	Amis	Ex-famille	Conjoint	Conjointe	Non spécifié	Total
Menaçants	17	5	9	9	5	2	1	3	2	3	1	--	57
Menaces suicidaires : cible prise à témoin	6	--	2	3	3	1	1	--	1	1	1	1	20
Rupture	4	1	1	9	9	--	4	4	--	--	--	--	32
Destructeurs-personnes	7	2	4	4	1		1	1	--	1	--	--	21
Destructeurs-biens	3	--	3	3	2	--	--	--	--	--	--	--	11
Destructeurs non-spécifiés	1										1	1	3
Dérangeant	4	--	2	4	1	--	4	3	--	1	--	1	19
Autre	--	--	2	1	--	--	--	--	1	--	--	--	4
Total													167

Poser des gestes menaçants à l'égard d'un proche, poser des gestes de rupture avec les proches, poser des gestes destructeurs la plupart des fois envers les proches, poser des menaces suicidaires en prenant un proche comme témoin, déranger les proches, semblent les situations les plus courantes. Il est important de souligner l'ambivalence des liens avec les proches : ils sont certes tendus et conflictuels, mais de manière indirecte leur importance est soulignée par la présence significative du thème de la rupture qui pourrait aggraver encore davantage la situation de la personne qui est l'objet d'une demande d'évaluation. Le thème de la rupture est moins important dans les requêtes que le thème de la menace, mais il est toutefois significatif par les conséquences appréhendées d'une fragilisation plus grande de la personne qui découlerait de l'effritement du réseau social.

### De la dangerosité mentale civile à la vulnérabilité psychosociale grave

La *Loi P-38.001* décrit la figure théorique de la dangerosité mentale en termes conceptuels et juridiques en modifiant les anciennes références à l'ancienne loi de 1972 devenues inadéquates (maladie mentale, cure fermée, etc.). L'analyse des données correspondant à l'application de la loi pendant l'année 2003-2004 permet d'esquisser minimalement le profil des personnes qui incarnent cette figure de la dangerosité mentale. En effet, les dan-

<sup>12</sup> Ces données proviennent du volet qualitatif de l'analyse, lors duquel les 163 premières requêtes ont été analysées. Les catégories de gestes n'étant pas mutuellement exclusives, une même requête peut contenir plus d'un geste ou encore des gestes posés à l'endroit de plusieurs personnes différentes, ce qui explique que le nombre total (167) dépasse le nombre de requêtes analysées (163).

gereux mentaux sont un groupe d'individus ayant des antécédents psychiatriques dans une proportion importante, mais très peu d'antécédents judiciaires. Ils semblent en principe peu employables, l'univers du travail étant souvent évoqué comme une expérience du passé dans une bonne part des dossiers. Toutefois, ils bénéficient d'un réseau social encore présent mais fragile qui agit comme intermédiaire, et en quelque sorte comme tampon, avec les dispositifs de protection sociale, de santé et de sécurité. La situation résidentielle de ces personnes est encore stable, mais on souligne la difficulté à accomplir de manière autonome certaines tâches de la vie quotidienne. La plupart des fois c'est la famille de la personne qui s'adresse *in extremis* à la Cour, via une requête d'évaluation psychiatrique, invoquant en général trois types de situations : a) un état de «dangerosité mentale» présumé de la personne (menaces envers une tierce personne la plupart de fois un membre de la famille, idées suicidaires, etc.) b) des conditions psychosociales de vie qui mettent en danger la santé ou la sécurité de la personne (incohérence, confusion, mauvaise alimentation, abandon de soi, négligence de l'environnement résidentiel, etc.); c) des situations dérangeantes pour les autres (bruit, errance occasionnelle, harcèlement, exhibitionnisme, etc.). Ces situations mettent à l'épreuve le réseau social qui, dans certains cas, délègue progressivement un certain nombre de rôles de soutien dans les mains des services sociaux, de santé et communautaires.

De manière toujours schématique, l'aggravation des problèmes mentaux et sociaux, et surtout, leur interaction complexe, peuvent conduire à trois processus de dégradation de la situation de la personne, à savoir : 1) la rupture de contacts avec l'entourage et l'isolement social et le manque de contention qui en découlent, 2) la fragilisation du statut résidentiel, et 3) une plus grande présence d'intervenants sociaux dans l'organisation de l'univers quotidien de la personne (travailleurs sociaux, policiers, ressources communautaires, etc.). Si ces logiques de dégradation sociale et mentale persistent, le statut de la «situation-problématique» se modifie substantiellement et le dispositif de la C-d-Q n'est plus la stratégie d'intervention qui prévaut. On est déjà dans un autre cas de figure où les dimensions sociales, mentales et comportementales problématiques se nouent différemment. On devrait désormais parler sans doute de vulnérabilité psychosociale grave (Otero, Morin, 2007).

En terminant, on peut se demander dans quelle mesure le dispositif de la C-d-Q ainsi que la nouvelle législation en matière de santé mentale ne contribuent pas à la gestion d'une conflictualité interpersonnelle de proximité, en principe attribuable à l'état mental perturbé de la personne interpellée, plutôt qu'à la gestion d'un véritable danger attribué, à tort ou à raison, à certains problèmes de santé mentale graves. Sans nier l'importance des dimensions «mentales» dans la composition des situations problématiques qu'on vient d'évoquer, comment démêler clairement ce qui relève de la pathologie mentale, du conflit relationnel et de la situation de vulnérabilité sociale ? La présence de l'axe IV, à partir de la parution du DSM III<sup>13</sup>, appelé *Problèmes psychosociaux et environnementaux*, de l'axe V nommé *Evaluation globale du fonctionnement* et du chapitre concernant les *Troubles de l'adaptation*, pour ne nommer que ceux-ci, met en évidence l'impossibilité de dissocier clairement le nor-

---

<sup>13</sup> DSM est le sigle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* que publie l'*American Psychiatric Association*. Le DSM I (1952) inventoriait 106 catégories nosographiques, le DSM II (1968) 182 catégories, le DSM III (1980) 265 variétés de troubles mentaux, le DSM III-R (1987) 292 et, enfin, le DSM IV (1994) comporte plus de 350 entrées.

matif et le mental dans la définition d'un «problème» de santé mentale. Au Québec, tout comme dans d'autres sociétés occidentales, les zones grises, les chevauchements et les redoublements entre conflit social, pauvreté extrême, criminalité et maladie mentale ont de plus en plus tendance à être élargis et recodés en termes de vulnérabilité psychosociale, crise psychosociale, détresse psychosociale, conflictualité psychosociale et dangerosité mentale.

## Bibliographie

- Action autonomie, Kirouac, L., Dorvil, H., Otero, M., (2007) *Protection ou coercition ? Rapport de recherche sur l'application de la loi P-38*. Service aux Collectivités, UQÀM, Montréal.
- Barreau du Québec (1998). *Développements récents en droit de la santé mentale*. Cowansville: Les Éditions Yvon Blais Inc.
- Bernier, N. (2002), *Le désengagement de l'État providence*, Montréal, PUM.
- Cardinal, C. (1997). « 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996 ». In *Le Comité de la santé mentale du Québec. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec. MSSS.
- Cardinal, C. (2001). «La police, un intervenant de première ligne pour le réseau de la santé mentale», dans H. Dorvil et R. Mayer (Sous la dir. de), *Problèmes sociaux II*, Montréal: Presses de l'Université du Québec, pp. 447-469.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris : Minuit.
- Delorme, A. (2006). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Dorvil, H. (2005), «La désinstitutionnalisation : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques», *Cahiers de recherche sociologique*, No 41-42, automne, pp. 209-236.
- Ehrenberg, A. (2004) «Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale», *Esprit*, mai. Pp. 133-156.
- Fassin, D. (2004) *Des maux indicibles*, Paris, La Découverte, 2004.
- Laberge, D. et Morin, D. (1995). «The Overuse of Criminal Justice Dispositions. Failure of Diversionary Policies in the Management of Mental Health Problems». *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(4), 389-414.
- Laberge, D., Landreville, P. et Morin, D. (2000). «Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice». *Criminologie*, 33(2), 81-107.
- Lecomte, Y., Stip, E., Caron, J., Renaud, S. (2005). «The Contribution of a Modified Transactional Model to the Adaptation of Schizophrenics Living in the City of Montreal», *Schizophrenia Research*, vol. 72, no. 2-3, pp. 279-281.
- Lessage, A. et al, (2006) *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : une analyse des données de l'Enquête sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes*, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris : Gallimard.
- Martuccelli, D. (2006) *Forgé par l'épreuve*. Paris: A. Colin.
- McAll, C. (1995). « Le cercle vicieux de l'aide sociale ». *Options politiques/ Policy Options*, mai.
- McAll, C., Fortier, J., Ulysse, P.J., Bourque, R. (2001), *Se libérer du regard, Agir sur la pauvreté*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Ménard, J.-P. (1998). «Les grands principes de la nouvelle loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui» dans Barreau du Québec (Dir.), *Développements récents en droit de la santé mentale (1998)*, Cowansville: Les éditions Yvon Blais Inc., pp. 1-19
- Otero, M. (2003). *Les règles de l'individualité contemporaine : santé mentale et société*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval.
- Otero, M. (2005), «Santé mentale, adaptation sociale et individualité». *Cahiers de recherche sociologique*, No 41-42, pp. 65-89.
- Otero, M. (2008). «Vulnérabilité, folie et individualité : le nœud normatif», dans Châtel, V. et Roy, S. *Penser la vulnérabilité sociale*, Montréal, PUQ, (sous presse).

- Otero, M. et Morin, D. (2007). «Le psychosocial dangereux, en danger et dérangent : nouvelle figure des lignes de faille de la socialité contemporaine». *Sociologie et sociétés*, Vol. 39, N° 1, pp. 51-78.
- Otero, M., Landreville, P., Morin, D et Thomas, G. (2005). *À la recherche de la dangerosité "mentale". Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la Loi P-38.001 par l'UPS-J*. CRI.
- Otero, M., Morin, D. et Labrecque-Lebeau, L. (2008). *Étude sur les logiques, les motifs et les personnes ciblées par les demandes d'évaluation psychiatrique à la Cour du Québec*, (rapport en cours).
- Poirier, M. (2007) «Santé mentale et itinérance. Analyse d'une controverse», *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 19, No 2, pp. 76-91.
- Renault E. (2004), *L'expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*, Paris, La
- Roy, S. Duchesne, L. (2000). « Solitude et isolement : image forte de l'itinérance? ». In Laberge D., (dir.). *L'errance urbaine*, pp. 241-252. Sainte-Foy : Éditions MultiMondes.
- Roy, S. et Hurtubise, R. (dir.). (2007) *L'itinérance en questions*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Roy, S., Hurtubise, R. (2005). « La rue, lieu de travail ou de survie? ». In (dir.) D. Ballet. *Les SDF. Visibles, proches, citoyens*, pp. 353-365. Paris : PUF.
- Sicot, F. (2001). *Maladie mentale et pauvreté*. Paris: L'Harmattan.



**Entrevue vidéo – Un point de vue des forces policières –**  
Michael Arruda, Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM).

***Urgence Psychosociale Justice (UPS-J)***

L'UPS-J a été mis en place en 1996. Ils interviennent auprès des adultes dont les attitudes ou les comportements peuvent être associés à un problème de santé mentale, et qui ont agi ou sont sur le point d'agir de façon délictueuse. L'UPS-J intervient à la demande et en collaboration avec le Service de Police de la Ville de Montréal (SPVM), de la Cour municipale de Montréal, de la Cour du Québec (CQCCP), avec les organismes communautaires, les hôpitaux, les CLSC, les services correctionnels du Québec etc. L'UPS-J tente d'éviter la judiciarisation et l'incarcération des personnes en leur donnant accès à des services psychosociaux ou médicaux. 24 heures par jour, 7 jours par semaine, l'équipe d'UPS-J intervient sur les lieux de l'événement ou de la crise. Ces professionnels sont aussi les intervenants désignés dans le cadre de la loi P-38.001.

- **Est-ce que les policiers utilisent les services d'UPS-J? Si oui, dans quel contexte?**

Oui, les policiers utilisent les services d'UPS J. Au début, UPS-J avait deux mandats. Le premier mandat de l'UPS -J c'était la déjudiciarisation en 1996, et en 2001 ils ont été désignés comme des intervenants de crise. Au début, dans le premier mandat d'UPS-J, les policiers les appelaient très souvent. Dans le deuxième mandat, les policiers qui connaissent UPS-J les appellent, mais ce n'est pas autant qu'on le voudrait. Au début on disait aux policiers regardez, vous appelez UPS-J dans les cas où c'est une zone grise, ou vous ne savez pas, vous n'avez pas assez de motifs, vous n'êtes pas sûr, ou s'il y a des motifs de danger grave et immédiat. Là, on appelait UPS-J pour intervenir. C'est sûr que chaque policier a sa définition de c'est quoi un danger grave et immédiat, parce que le danger grave et immédiat n'est pas défini nulle part. Nous on forme les policiers pour investiguer les situations de danger grave et immédiat. Si le policier n'est pas capable ou n'est pas sûr de lui, à ce moment là il peut faire appel à UPS-J. Nous ce qu'on souhaiterait c'est qu'effectivement UPS-J soit appelé dans tous les cas de santé mentale. Si y'a un danger grave et immédiat à ce moment là, le policier prend la décision d'amener la personne à un endroit pour qu'elle ait des services nécessaires, et souvent ça va être à l'hôpital. Rendu à l'hôpital ce qu'on souhaite, et on commence à avoir des ententes avec les hôpitaux, c'est que la personne ait une prise en charge assez rapidement. C'est-à-dire dans la demi-heure qui suit l'arrivée des policiers. Une fois qu'on a passé au triage, que l'établissement prenne en charge la personne.

- **Comment ça se passe de l'appel à l'intervention jusqu'à la prise en charge?**

Comment ça fonctionne présentement, les policiers vont intervenir. Quelques uns ont eu une formation, et d'autres pas. Il y en a quelques uns qui connaissent la santé mentale, et d'autres pas. Ceux qui ont un petit peu plus d'expérience, vont faire appel à un organisme extérieur. Ceux qui ont moins d'expérience, eux ils vont chercher un petit peu plus ce qu'ils devraient faire, est-ce que j'appelle UPS-J ou pas? Ils vont essayer d'aller chercher des motifs et ce qu'on voit c'est que souvent la personne UPS-J ne sera pas appelée et la personne sera transportée à l'hôpital ou il n'y aura pas de danger grave et immédiat. Rendu à l'hôpital, on voit qu'il n'y a pas de motif et la personne est libérée.

- **Quelles sont les revendications des forces policières par rapport aux personnes qui sont amenées aux urgences et prises en charge par l'hôpital?**

Nous on souhaite que les ambulanciers soient appelés dans toutes les situations de santé mentale. Il y a plusieurs raisons pour ça. Nous on souhaite qu'ils soient appelés, car oui on peut transporter une personne dans l'auto patrouille si on a des motifs de croire qu'il y a un danger grave et immédiat. Sauf que nous, on doit prendre des mesures de sécurité, et les mesures de sécurité que nous avons sont les menottes et la ceinture de sécurité dans l'automobile. Moi, si c'était un membre de ma famille, je ne voudrais pas qu'il y ait deux policiers qui arrivent à l'hôpital avec ma mère attachée avec une paire de menottes! C'est très délicat. On souhaiterait donc que les ambulanciers soient impliqués. La personne est en crise, elle n'est pas bien. Ça prend un transport effectué par les ambulanciers et que rendue à l'hôpital, la personne ne soit pas vue comme un criminel, mais plutôt comme quelqu'un qui a besoin d'aide. Sauf que présentement au niveau des ambulanciers, il y a des frais qui se rattachent à ça. Est-ce qu'on amène la personne en ambulance, et la personne reçoit une facture une semaine après? Ou est-ce qu'on amène la personne en auto patrouille et on met les menottes sur elle?

J'ai appris avec les années que des fois, l'hôpital n'est pas la meilleure place. Et j'ai compris que souvent la personne a besoin juste d'un changement d'environnement; de se changer les idées; aller dans un endroit où elle peut être plus à l'aise et capable d'en parler, capable d'aller chercher de l'aide. Souvent la première réaction, on pense toujours aux hôpitaux. J'ai appris avec l'expérience et les années que souvent, ce n'est pas la meilleure place. Ce que je souhaiterais, je pense qu'on devrait avoir des endroits où la personne serait capable de décompresser, de parler et d'avoir de l'aide nécessaire. Ce qu'on a présentement, on réfère souvent aux centres de crises. Oui, c'est un bon endroit. Est-ce que c'est le seul endroit qui devrait exister? Je ne crois pas. Je regarde ce qui existe ailleurs, ce qu'on a dans certaines provinces et je crois qu'il devrait y avoir quelque chose entre l'hôpital et le centre de crise.

- **Que pensez-vous de l'hypothèse que la loi P-38.001 serait utilisée à d'autres fins que celles prévues par la loi?**

Mon expérience sur le terrain, est-ce que la loi P-38 est utilisée à d'autres fins que ce qui était prévu? Effectivement, souvent quand il y a peu de ressources, on ne sait plus quoi faire. La personne peut-être dérangeante et non dangereuse. On va utiliser la loi pour amener la personne ailleurs, car on ne sait plus quoi faire. J'ai vu des situations où elle n'aurait pas dû être utilisée. Parfois, ça va être appliqué quand il n'y a pas assez de motifs raisonnables, et c'est là-dessus qu'il faut former nos policiers et nos intervenants. Il faut qu'ils comprennent exactement c'est quoi la P-38.001, et à quel moment on va l'utiliser. Ce n'est pas parce qu'une personne est déran-

geante qu'on va l'utiliser la P-38.001 pour régler des problèmes, mais bien lorsqu'une personne est dangereuse pour elle-même ou pour autrui.

On reçoit des appels parfois, que la personne est entrain de déranger tout le voisinage. Une fois sur place, les policiers sont informés que la personne a des problèmes de santé mentale, ne prend pas sa médication, dérange tout le monde, mais ne représente pas un danger grave et immédiat. Souvent les policiers manquent de ressources, ne savent pas quoi faire, ne pensent pas à UPS-J et là ils vont tenter de convaincre la personne d'aller à l'hôpital pour aller chercher de l'aide parce que souvent l'hôpital devient la solution. Il arrive parfois que la loi soit utilisée, alors que ça n'aurait pas du être le cas. Évidemment, la personne agit de bonne foi, elle veut que la personne ait de l'aide et automatiquement la P-38.001 est appliquée sans avoir assez de motifs. On demande de la formation, pour que les policiers comprennent quand doit être appliquée la loi.

#### **L'article 8 de la loi P-38.001**

Un policier peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne dans un établissement visé à l'article 6 (centre hospitalier).

- À la demande d'un intervenant d'un services d'aide en situation de crise (SASC) désigné qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;

- À la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées à l'article 15 du Code Civil du Québec ( voir note de bas de page) lorsque aucun intervenant d'un SASC désigné n'est disponible en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, le policier doit avoir les motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou autrui. La personne est amenée dans un établissement, elle doit être évaluée par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive.

#### **• Qu'est-ce qui a changé depuis l'application de l'article 8 de la loi P-38.001.001 en 1998?**

On a toujours appliqué la loi P 38. Aussitôt qu'il y avait un danger grave et immédiat, les policiers étaient obligés d'intervenir. La loi P-38.001 venait définir encore plus le rôle des intervenants de crise et à quels moments on donnait le pouvoir aux policiers de priver de sa liberté quelqu'un, quand il avait des raisons de croire qu'il y avait un danger. Sauf qu'il y a beaucoup de questions qui se posent. Oui, on a clarifié et en même temps ils ont créé de la confusion. On se pose la question : est ce que qu'on a voulu faire ça ou on a voulu aider les policiers? Lors de cette création là, les policiers n'ont pas été consultés, n'ont pas été formés. Ils ont donné un pouvoir aux policiers et ils ont dit : à partir de maintenant vous allez avoir ce pouvoir là et les policiers chacun de leur bord on essayé de comprendre, de l'appliquer de telle façon, mais ça n'a pas fait l'affaire de tout le monde. O.K., on change notre méthode et là ça ne fait pas l'affaire des autres personnes. Je pense que les responsables voulaient aider les policiers, voulaient clarifier et en même temps ils ont créé de la confusion. Est-ce que la loi P. 38 devrait être révisée? La réponse est oui, clairement. Il faudrait quelque chose de plus spécifique, que les situations et les termes, comme le terme de danger, soient clarifiés. Que les intervenants de crise soient utilisés

au maximum; qu'ils aient un certain pouvoir de décision, parce que présentement c'est sur leur recommandation et leur expertise qu'on base notre décision de priver de sa liberté quelqu'un. Vous donnez du pouvoir à des gens qui ne peuvent ou ne savent pas l'évaluer et là c'est créer des problèmes parce que la définition n'est pas claire. Chacun l'applique de sa façon et qui paye au bout? La personne qui est en crise.

Dans un monde idéal les policiers ne seraient jamais appelés pour quelqu'un qui est en crise. Dans un monde idéal on aurait des gens qui seraient capable d'intervenir, de parler avec la personne, de l'aider, de l'amener au bon endroit. Que la personne ait les bonnes ressources, qu'elle soit volontaire. Dans un monde idéal, je ne vois pas le rôle des policiers. Souvent les policiers sont appelés à cause de la sécurité, et automatiquement on pense santé mentale. Aussitôt qu'on dit le mot santé mentale on pense toujours qu'il y a un risque pour la sécurité du public. On ne sait plus quoi faire, alors on appelle les policiers. On ne connaît pas les ressources, alors on appelle les policiers. On voit souvent que les maladies mentales ou les problèmes de santé mentale ne sont pas connus de la population. Les médias n'aident pas non plus. Quand on entend des affaires ça réfère toujours au drame et là ça met tout le monde dans le même bateau. Même quand on a des statistiques qui disent : ce n'est pas SI je vais avoir un problème de santé mentale mais plutôt QUAND. La population ne comprend pas ça encore. Ça arrive toujours aux autres et jamais à moi. Si c'était à moi est-ce que les policiers devraient intervenir? Moi, si j'ai un problème de santé mentale je ne veux pas que les policiers interviennent, pourtant je suis policier. Je voudrais avoir quelqu'un qui va m'aider, qui va me référer, me guider, qui va me prendre par la main et qui va faire le tour et me laisser prendre la décision de ce que je veux faire. Ça se serait un monde idéal.

Mais, malheureusement on ne vit pas dans un monde idéal. Je ne vois pas quand les policiers n'auront plus jamais à intervenir. Je pense que les policiers vont toujours être appelés dans ces situations là. Dans un monde idéal, si les policiers sont obligés d'intervenir il faut des intervenants spécialisés qui seraient capables de prendre la personne en charge, tout comme si c'était pour moi, la prendre par la main, de parler, de trouver un terrain qui est commun avec la personne et que la personne ait l'aide nécessaire. S'il n'y avait pas de stigma qui entoure la santé mentale, tout le monde serait capable d'en parler.

## Présentation du point de vue juridique

Me Jean-Pierre Ménard

### Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

#### APPLICATION DE LA LOI

- PHASE JUDICIAIRE
- PHASE EXTRA-JUDICIAIRE

#### PHASE JUDICIAIRE

- DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN AVOCAT
- NON-RESPECT DES DÉLAIS PRÉALABLES
- PREUVE DE LA DANGÉROSITÉ

#### DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN AVOCAT

- **PRINCIPE:** TOUTE PERSONNE DÉTENUE A LE DROIT DE CONSULTER UN AVOCAT
- **RÉALITÉ:**
  - L'INFORMATION N'EST PAS DONNÉE SYSTÉMATIQUEMENT
  - L'ACCÈS À UN AVOCAT DEMEURE ENCORE L'EXCEPTION
  - IL YA PEU D'OFFRE DE SERVICES JURIDIQUES
  - LES AVOCATS NE SONT PAS BIEN FORMÉS
  - L'AIDE JURIDIQUE DEVRAIT ÊTRE IMPLIQUÉ SYSTÉMATIQUEMENT
  - LES JUGES DEVRAIENT ASSIGNER UN AVOCAT D'OFFICE

## **NON-RESPECT DES DÉLAIS PRÉALABLES**

### **-PRINCIPE:**

- LA GARDE PRÉVENTIVE NE DOIT PAS DÉPASSER 72 HEURES
- LA GARDE PROVISoire NE PEUT PAS DÉPASSER 6 JOURS
- CES DÉLAIS SONT DE RIGUEUR

### **-RÉALITÉ:**

- LA GARDE PRÉVENTIVE SE PROLONGE SOUVENT 4-5 JOURS OU PLUS
- LES RAPPORTS SONT FAITS DANS DES DÉLAIS TROP LONGS
- LES TRIBUNAUX NE SANCTIONNENT PAS LE NON-RESPECT DES DÉLAIS

## **PREUVE DE LA DANGÉROSITÉ**

### **-PRINCIPES**

- LA DANGÉROSITÉ DOIT ÊTRE PROUVÉE DE VANT LE TRIBUNAL
- ELLE DOIT ÊTRE PRÉVISIBLE À COURT TERME
- LE JUGE N'EST PAS LIÉ PAR LES RAPPORTS D'EXAMENS CLINIQUES PSYCHIATRIQUES

### **-RÉALITÉ**

- LES RAPPORTS D'EXAMENS CLINIQUES PSYCHIATRIQUES SONT SOUVENT VAGUES OU PEU CONCLUANTS
- LA DANGÉROSITÉ EST DÉFINIE DE FAÇON LARGE
- LA CONTRE-EXPERTISE N'EST PAS UNE ALTERNATIVE RÉALISTE

## **PHASE EXTRA-JUDICIAIRE**

### **DIFFICULTÉS**

- ACCÈS À L'INFORMATION
- CONSENTEMENT AUX EXAMENS CLINIQUES
- RESPECT DE L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE
- STATUT INCERTAIN DE LA PERSONNE

# Présentation d'un point de vue alternatif communautaire en santé mentale « Rapport de force et approche axée sur les forces »

Intervention de crise axée sur les forces des personnes dans un contexte de  
garde préventive

Présentation de Benoît Côté  
Directeur général de Pech

Le 23 mai 2007

## Description des services de Pech

Six volets de service:

1. Service de crise 24/7
2. Soutien communautaire axé sur les forces
3. Travail de milieu
4. Hébergement
5. Logement social
6. Formation

## Service de crise 24/7

- Offrir aux patrouilleurs de la Ville de Québec et de la SQ, dans le cadre de l'application de la Loi P-38.001.001, un service 24/7 d'intervention pour toute crise psychosociale ou psychiatrique;
- Prévenir l'incarcération et la judiciarisation des personnes qui vivent avec un problème de santé mentale sur le territoire de la Ville de Québec et de la région
- Contribuer à la formation des patrouilleurs au sujet des problématiques de santé mentale

## Le cas de la Ville de Québec

L'intervention dans le cadre de l'application de la Loi P-38.001.001 repose sur deux équipes mobiles communautaires ce qui est un cas unique au Québec

## Les équipes mobiles

- Le Centre de Crise de Québec répond aux appels des citoyens pour toute crise psychosociale ou psychiatrique
- Pech répond uniquement aux appels des policiers (911) pour toute crise psychosociale ou psychiatrique

## Facteurs de réussite

- Désignation reposant sur un leadership communautaire et acceptée régionalement
- Comité de suivi de la mesure et monitoring du projet
- Efficacité du service reposant sur les suites données à l'intervention de crise
- Élargissement de l'intervention à tous les contextes de crise psychosociale ou psychiatrique
- Pech effectue en moyenne 1300 interventions par année à la demande des policiers
- Le CCQ en effectue environ 500

## Quelques constats

- La gestion éthique des risques que présentent certaines personnes à un moment donné de leur vie est un enjeu non seulement pour les institutions, mais pour les organismes communautaires alternatifs
- Être l'alternative la moins répressive possible
- Devoir prendre des décisions dans un contexte de dangerosité est inévitable et incontournable si l'on veut que les personnes puissent vivre dans la communauté
- Sinon, on réinstitutionnalise...
- Il est possible, même dans un contexte de mise sous garde préventive, de travailler avec les forces des personnes
- Malgré un rapport de forces, on peut travailler avec les forces...

## Les six principes du modèle de soutien communautaire axé sur les forces (RAPP)

1. Le soutien est centré sur les forces, les intérêts des individus plutôt que sur le diagnostic
2. Les individus possèdent la capacité inhérente d'apprendre, de grandir et de changer
3. L'utilisateur est le maître d'œuvre de la relation d'aide
4. La relation usager / intervenant devient un facteur essentiel du processus de soutien
5. Le mode d'intervention privilégié est l'accompagnement de l'utilisateur dans des contextes de la vie en société;
6. La communauté est un oasis de collaborateurs potentiels au processus de soutien.



## Exemples concrets d'une approche axée sur les forces (garde préventive)

- L'intervenant de Pech accompagne la personne pendant le transport en ambulance, lui parle, maintient la relation
- L'intervenant de Pech procède à des médiations avec le personnel de l'urgence afin d'éviter l'injection à tout prix...
- L'intervenant de Pech propose les services de Pech au sortir du processus
- Malgré un contexte de non volontariat au départ, la plupart des utilisateurs apprécie l'intervention de Pech

## Pistes de réflexion

- L'intervention de crise ne doit pas être une fin en soi, mais conduire à de véritables alternatives de traitement axé sur le rétablissement
- L'intervention de crise devrait se préoccuper davantage des déterminants de santé que sont le logement social et la lutte à la pauvreté
- Certes, les groupes de défense des droits doivent baliser l'exercice d'une loi d'exception comme la Loi P-38.001.001, mais ils devraient aussi s'intéresser davantage au phénomène global de la judiciarisation et de l'exclusion sociale des personnes qui vivent avec des problèmes de santé mentale

Pour nous joindre

Consulter notre site Internet au :

[www.infopech.org](http://www.infopech.org)

# Présentation multimédia de la parole citoyenne

*Denise M. Blais et Lucie Fortin.*

## Denise M. Blais

Citoyenne portant pour l'occasion les chapeaux suivants :

- Personne utilisatrice de services en santé mentale.
- Réfugiée psychiatrique de l'ouest canadien ... trouvant sa « terre d'accueil » au Québec, notamment par le biais des « Festivals de la Folie/culture », mais surtout grâce à la « Force des Liens » des grandes ou nouvelles amitiés 1984-2007.
- Collectionneuse et survivante d'étiquettes de la marginalité et de l'exclusion ... elle s'est engagée dans diverses mouvances de défense des droits depuis maintenant au-delà de 2 décennies.
- Membre active et présidente du conseil d'administration d'Action Autonomie.
- Co-formatrice de « Droits et Recours ».
- Impliquée dans les tournées de consultation d'Action Autonomie sur le projet de loi 39 en 1997 et sur l'application de la loi P.38-001 en 2007.
- Ex-membre du Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale.
- Co-auteure de Paroles et parcours d'un pouvoir fou, un guide sur l'appropriation du pouvoir.
- Membre co-fondatrice du Collectif pour un pouvoir fou.

## Lucie Fortin

Citoyenne engagée:

- Survivante de la prescription psychiatrique ayant réussi un sevrage complet de sa médication.
- Membre du Collectif des Laurentides en santé mentale.
- Militante contre les abus de la psychiatrie.
- Artiste.
- Membre active de plusieurs organismes communautaires intervenant en santé mentale.

Deux comédiennes sont sur scène, une est habillée « incognito » dans un vêtement intemporel. L'autre, en jaquette d'hôpital. En support, un DVD joue.

Un parallèle entre un usager du système de santé et un usager de la STM est présenté. Les lignes de métro représentent la 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ligne du réseau. On entend des voix : elles jouent le rôle de conscience et de mise en garde suite à des expériences difficiles. Ces voix d'hommes et de femmes sont tirées de la parole citoyenne entendue lors de la tournée de consultation dans les différents groupes de Montréal, Québec, Laval et des Laurentides.

**Le DVD est disponible à Action Autonomie.**

La salle est dans le noir.

Une lumière s'allume sur une des deux personnes.

Présentation 1 : Denise M. Blais

### **Voix préenregistrées et images du métro sur DVD**

« **Attention, attention. En raison d'une affluence trop grande sur la ligne de services, nous interrompons les admissions pour une durée indéterminée. D'autres messages suivront** »

Denise :

« Mais qu'est ce que j'ai – je sens que mes idées noires reviennent- des flashbacks aussi »

« La violence vécue- j' me sens glisser- mes manies vont revenir, je le sens ».

« **Je devrais peut-être aller à l'hôpital, je ne connais pas d'autres places. Parler, voir si ça va me calmer. J'devrais-tu reprendre de la médication, voir si ça va calmer mes symptômes?**

**Je le sais ce qui m'arrive- ça m'est déjà arrivé avant. »**

### **Voix préenregistrées :**

« Ce qui me crie, c'est son besoin d'être pris, qu'on l'écoute. »

« Les patients sont traités comme des marionnettes, fais attention. »

« Ils croient tous qu'on a besoin de médicaments. »

« L'Hôpital, c'est l'endroit où on retrouve le plus de préjugés »

« Un fois hospitalisé, on parle pas aux patients. On n'aborde jamais le mal d'être de la personne, on fait que normaliser son état. »

« Ils nous étudient pas, ils nous montent en haut. »

Denise :

**Si je ne parle pas à personne bientôt- non! Y faut que j'me calme. Sinon ça va être pire- pis je veux éviter le pire.**

**J'arrive pu à penser calmement- j'vais aller parler**

Denise marche de long en large et fait comme si elle se présentait à un bureau (urgence). Elle dit :

**Je suis en crise- bien...en train d'aller en crise, mais je suis juste avant d'être en crise, vous comprenez ?**

**Je ne vais pas bien- j'veux parler à quelqu'un**

**Je sais ce qui m'arrive, ça m'est déjà arrivé avant...**

Denise marche de long en large à l'urgence...un son de tic tac d'horloge marque le temps qui passe...et qui est long dans une situation pareille

### **Une voix (préenregistrée avec image sur le DVD):**

« Madame. Votre état n'est assez urgent. Vous manipulez et engorgez les services d'urgence pour des gens qui en ont vraiment besoin. Si votre situation se détériore, vous reviendrez...on est là. »

Denise fait le geste de boucher ses oreilles. "Ca montre sa détresse et le fait qu'elle perd pied parce qu'on refuse de l'aider et on ne lui donne aucune autre option.

### **Voix préenregistrées :**

« On devrait commencer par s'occuper de ceux qui veulent des services. »

« C'est ça le double rôle de l'intervention et de la restriction- les gens perdent confiance au système »

« Des vrais soins auxquels les gens consentent- c'est ça qui devrait être le but ».

« Gardons en tête que peu importe le problème, on n'est pas de seconde zone ».

« Même si tout le monde a pas ta perception, ça veut pas dire que t'es dans le tort ».

« On devrait consulter les personnes elles-mêmes. On a des années d'expérience, de crise. C'est nous autres les premierEs spécialistes ».

« Le filet de sécurité c'est pour qui? »

Denise ajoute : **Le filet de sécurité, c'est pour qui?**

Denise souffle la chandelle pour marquer la fin de son histoire.

### **Présentation 2 : Lucie Fortin**

#### **Voix préenregistrées avec images du métro sur DVD**

« Attention, attention. Le service est maintenant rétabli sur la 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> lignes en direction unique de l'établissement, merci de votre collaboration »

Lucie :

« On m'a emmenée ici la semaine passée. Ma mère était inquiète pour moi. Y disent que j'vais passer en Cour vendredi...ou lundi si les papiers ne sont pas prêts à temps. »

« Y disent que je suis en garde, mais je ne sais pas pourquoi ? Qu'est-ce que j'ai fait. Y disent que j'suis dangereuse...mon œil. C'est parce que je n'accepte pas mon diagnostic ? »

Voix préenregistrées :

« C'est pas parce que t'es incohérente que t'es dangereuse ».

« L'interprétation du concept de dangerosité c'est bien large. C'est utilisé à toutes les sauces. »

« Les familles n'ont que la garde en établissement comme moyen. La donne serait bien différente s'il y avait d'autres alternatives. »

- « On devrait marcher avec des faits, pas avec les diagnostics. »
- « Une personne peut être en crise et ne pas représenter un danger. »
- « Les médicaments ça m'aident pas à comprendre. »
- « L'idéal serait d'avoir des intervenants, des activités, du monde en mouvement. Dans le réel, on est couché ou on se promène ».
- « C'est pu un étiquette, c'est rendu un tatouage »

Lucie :

**« Je me sens triste. Personne ne me parle, mais ils m'analysent. Je dois collaborer à tout ce qu'ils disent. Ils m'ont même attachée hier parce que je n'étais pas d'accord avec ce qu'ils disent. Je m'sens comme une criminelle. »**

Voix préenregistrées :

- « Il faudrait prendre le temps de faire le lien avec la personne ».
- « On a déjà du marchandage, du chantage quand la personne consent aux soins, imagine quand t'es en garde en établissement ».
- « Il manque l'aspect humain ».
- « Pourquoi une loi spéciale pour priver de liberté les personnes en santé mentale »?, c'est l'inviolabilité de la personne qui embarque. »
- « On se retrouve avec le fardeau de la preuve. Les psychiatres, les flics, l'hôpital, tout le monde est contre toi ».
- « Est-ce que je suis vraiment malade ou s'il y a quelque chose qui ne marche pas quelque part ? »
- « Les professionnels vont trop dans les extrêmes, ça colle pas toujours à la réalité ».
- « Tu devrais pas être perçue comme n'ayant pas de jugement parce que t'es en santé mentale. Plusieurs pensent que santé mentale égale inapte ».
- « Il devrait y avoir une preuve de violence avant d'être interné, comme pour les autres citoyens ».
- « Enfermer là, c'est pas soigner ».
- « Si le traitement était si bon, les gens seraient à courir! Ils n'auraient pas besoin de nous traiter de force ».
- « Au lieu d'outiller la personne, on l'observe »

Lucie :

**« J'aimerais qu'on me traite comme une personne, pas comme une maladie. »**

La lumière s'éteint pour marquer la fin de la présentation.

(20) minutes Une période d'échanges avec la salle complète la première partie de la journée.

Au cours de la période du dîner, les participantEs sont invités à visiter les œuvres d'art sur la garde en établissement et voter pour leurs préférées.

L'après-midi commence ensuite par la tenue de deux ateliers.



## Les Ateliers

- **Introduction des thématiques des ateliers : « L'équilibre du pouvoir » et « L'accueil »**

*Claudelle Cyr*

### «L'ailleurs et l'autrement »

Re-bonjour à tout le monde. J'espère que vous avez bien mangé et que vous êtes maintenant disposé à rêver... Pourquoi rêver ?

Parce que nous avons rêvé pour constituer les ateliers. Ce matin, dans la présentation de Caroline, on vous a parlé de ce que nous avons entendu lors de la tournée. Je me permettrais de vous lire quelques citations entendues durant cette tournée qui nous ont justement amené à construire les ateliers de cet après-midi.

On nous a dit :

Il faut **DÉMYTHIFIER** le psychiatre et non pas seulement DÉMYSTIFIER la psychiatrie. Démythifier parce qu'actuellement on semble porter une foi inconditionnelle en la psychiatrie. Démystifier parce qu'on semble vouloir nous donner une image de la psychiatrie qui est trompeuse. Socialement, on peut effectivement se demander si on a pas mythifier et mystifier la médecine en santé mentale et le psychiatre, on n'a qu'à voir comment ces derniers sont sollicités par certains médias pour émettre des opinions diagnostics post-mortem suite à un drame, sur un individu souvent peu ou pas connu du système et encore moins des psychiatres qui sont sollicités.

On nous a dit aussi :

Que les soins ont un rythme que les individus n'ont pas, que le diagnostic était une hypothèque sociale, qu'il y a un gap, un fossé, entre les centres de crises et l'hôpital, que ça prendrait quelque chose entre les deux.

On nous a questionnés :

Qui décide du meilleur intérêt de qui? C'est à qui de faire quoi?

Ainsi, les thèmes des ateliers réfèrent à ce qui a été le plus entendu durant la tournée : **l'accueil**, autant comme lieu, comme attitude et comme conditions pour que les personnes trouvent une oreille et une réponse adéquate à leurs besoins. Si l'accueil était revu et amélioré, on prétend qu'on pourrait et devrait éviter le recours à la Loi P-38.001.

Le deuxième atelier : le **pouvoir** réfère au pouvoir que perdent les personnes devant et dans le système de santé mentale et toutes les inégalités qu'il comporte. Là aussi, il fait autant référence aux individus et à leur pouvoir qu'à la Loi elle-même qui, par ce qu'elle comporte et produit, inévitablement un **déséquilibre** du pouvoir. D'où la question, comment établir un équilibre du pouvoir?

Nous espérons que vous apprécierez les ateliers. Tous et toutes aurez les mêmes ateliers en alternance. Le numéro de votre groupe est sur la feuille centrale de votre pochette et il y est inscrit par quel atelier vous commencez, les animatrices que vous aurez et les deux numéros de locaux où vous rendre. Il y aura un atelier avant la pause et un autre après. Nous souhaitons que vous preniez la parole et qu'ensemble nous arrivions à dégager des pistes afin de permettre d'agir en amont plutôt qu'en aval de la loi permettant la garde en établissement.

Bon atelier !

- **L'atelier : « L'équilibre du pouvoir »**  
**Francine Genest et Lucille Caron; Catherine Ganivet et Ghislain Goulet; Linda Bourgeois et Louise Baron.**

### « L'ÉQUILIBRE DU POUVOIR »

L'atelier vise à mettre en lumière ce qui, en dehors de la gestion des symptômes, peut être fait afin d'établir un équilibre du pouvoir. L'outil privilégié pour cet atelier est une mise en situation. C'est l'histoire de Jérôme qui éprouve certaines difficultés. Dans son histoire, plusieurs personnes interviennent : propriétaire, policier, infirmière, médecin et psychiatre, intervenant communautaire et avocat. Toutes ces personnes disent vouloir le bien pour Jérôme. La mise en situation est reproduite un peu plus loin dans le texte, aussi pourrez-vous vous-même juger de la situation.

L'atelier se fera à partir d'une mise en situation lue à haute voix.

Les participants et participantes de cet atelier auront tous et toutes un rôle actif à jouer : Propriétaire, Policier, Urgentologue, Infirmière, Psychiatre#1, Psychiatre #2, Intervenant communautaire, Avocat.

Chaque rôle sera joué par plus d'une personne. Tous et toutes ont dans leur enveloppe la question à laquelle ils ou elles devront répondre. Des choix de réponses leur sont proposés, mais il y a aussi place à développer sa propre réponse.

Durant l'atelier, on demande aux participantEs ce qu'ils ou elles auraient fait dans pareille situation, en regard du rôle qu'on leur a attribué. Ensuite, l'animateur E doit susciter les échanges afin d'évaluer si les actions ou interventions proposées par les participantEs s'inscrivent ou non dans un équilibre du pouvoir.

Le déroulement :

**15 minutes** : Consignes pour l'atelier, définitions de l'équilibre du pouvoir et lecture de la mise en situation

**45 minutes** : L'animatrice demande aux participantEs de répondre aux questions posées en fonction du rôle qui leur a été attribué.

**10 minutes** : Alternatives, pistes de solutions pour établir un équilibre du pouvoir.

Pour aider la réflexion, les définitions suivantes sont proposées :

**Équilibre** : Étymologiquement du latin «égale liberté», l'équilibre illustre une situation

où les parties en présence sont égales, sans que l'une ne parvienne à s'imposer aux autres. On parle d'une juste disposition entre des choses opposées.

**Pouvoir** : Possibilité d'agir sur quelqu'un, quelque chose.

Le pouvoir est la faculté et la possibilité dont un ou plusieurs individus ou groupes d'individus disposent pour appliquer, faire accepter, faire exécuter ou imposer des décisions d'ordre physique, moral, intellectuel ou psychologique, à un ou plusieurs individus ou groupes d'individus. On peut aussi parler de « rapport de force ».

En partant de l'hypothèse qu'un véritable équilibre du pouvoir entre la personne et les différents intervenants qui gravitent autour permet d'éviter des recours qui vont à l'encontre de la volonté de la personne, l'atelier se propose d'amener les participantEs à questionner l'utilisation de la garde en établissement comme premier recours. Est-ce que dans la situation de Jérôme, il aurait été possible d'éviter qu'il soit hospitalisé contre son gré? Est-ce que les interventions sont effectuées dans l'intérêt de Jérôme sans égard à ce qu'il en pense? Est-ce qu'au

nom de son meilleur intérêt, on prend les bonnes décisions à son égard, va t-on trop loin?

Qu'est-ce qui peut être fait en amont afin d'établir un lien significatif avec la personne? Comment arriver à établir un équilibre du pouvoir entre lui et les intervenants?

### L'histoire de Jérôme

Jérôme s'isole de plus en plus dans son logement. Son **propriétaire** habite le logement du dessous et entend beaucoup de bruit la nuit. Il a donc décidé d'aller vérifier l'état des lieux. À son arrivée, il constate que toutes les plaquettes qui protègent les prises électriques et les plafonniers ont été enlevées. Jérôme explique qu'il ne dort pratiquement plus depuis deux semaines. Il parle d'espionnage industriel, de complot... Après quelques minutes, le propriétaire, qui trouve les propos de Jérôme tout à fait incohérents, décide de retourner dans son logement et d'appeler l'ambulance afin de faire amener Jérôme à l'hôpital.

Finalement ce ne sont pas les ambulanciers qui arrivent, mais les **policiers** qui agissent en vertu des pouvoirs qui leurs sont conférés dans la Loi P-38.001. Une fois sur place, Jérôme s'agite davantage. Il crie à l'injustice, ce n'est pas lui le criminel! Un policier lui indique qu'il doit l'amener à l'hôpital pour qu'un médecin l'examine. Jérôme est estomaqué et revendique davantage. Après des discussions musclées, il accepte de suivre les policiers.

À son arrivée à l'urgence psychiatrique, il disait qu'il était poursuivi par des fonctionnaires de la Santé publique car il avait découvert un médicament permettant d'isoler le virus de la grippe. Jérôme se dit immunologiste. Il dit qu'il a reçu des menaces de la part de différentes personnes travaillant pour la Santé publique mais aussi des gens de la C.I.A. Il explique qu'il a accepté de venir à l'hôpital car, suite à ces menaces, il souffre d'insomnie et de divers maux physiques tels que problèmes digestifs, tics nerveux, etc.

Jérôme attend 4 heures pour voir un médecin. Durant son attente, il a fait de nombreux téléphones dont certains à différents ministères, l'ambassade du Canada, des compagnies pharmaceutiques, etc. Il parlait à voix haute et plusieurs personnes dans la salle d'attente le trouvaient déroutant. Lorsqu'il a rencontré le **médecin**, Jérôme a indiqué qu'il cherchait un moyen de s'assurer qu'on ne le suive plus. Puis il indique qu'il a accepté de se rendre au centre hospitalier en raison de son stress qui entraîne des maux physiques. Le médecin apprend finalement que Jérôme n'a pas mangé depuis 2 jours car il a peur d'être empoisonné par les aliments qu'il consomme. Il décide, après 10 minutes de consultation, de mettre Jérôme sous observation pour quelques temps.

Jérôme s'objecte. Il ne veut pas être hospitalisé. D'ailleurs, il n'a pas de problème de santé mentale, il a des problèmes physiques. Il demande juste quelques somnifères. Le médecin lui indique qu'en vertu d'une Loi spéciale, il est en droit de l'obliger à rester pour 3 jours. Jérôme est très mécontent et demande à signer un refus de traitement afin de pouvoir sortir. Malgré ce refus de traitement, on lui indique que l'hôpital est dans ses droits de le maintenir sous garde préventive et que l'on fait cela pour son bien. Le médecin laisse au dossier une prescription de calmants à donner au besoin et en avise Jérôme. Ce dernier ne demandera aucune médication car il est encore plus méfiant. Est-ce un complot ?...

Le lendemain, un **premier psychiatre** lui parle dans le cadrage de porte de sa chambre. Jérôme lui indique qu'il a encore très mal dormi. Il dit aussi que le préposé de nuit est sûrement un espion engagé par la CIA. Le psychiatre coupe court à cette conversation en lui prescrivant des antipsychotiques. Jérôme est en colère, il ne veut pas de médicament, il n'est pas malade mental ! Le psychiatre laisse la prescription au poste des infirmières.

Durant la journée, Jérôme reçoit un appel de sa sœur. Il lui avait laissé un message hier alors qu'il était à la salle d'urgence. Sa sœur rejoint le poste des **infirmières**. Celle qui prend l'appel l'avise que Jérôme ne va pas bien du tout, qu'il a des idées paranoïdes et qu'il refuse de collaborer. Elle termine en disant que cela est malheureux puisqu'on tente de l'aider. La sœur de Jérôme est sous le choc et s'attend au pire lorsqu'elle lui parlera. Finalement, il n'apparaît pas si mal aux yeux de sa sœur. Évidemment elle sait bien que la CIA n'est pas à



faire enquête sur lui, cependant elle considère que c'est un Jérôme épuisé qui lui parle et elle tente de le convaincre de demeurer quelques jours à l'hôpital. Jérôme n'est pas de cet avis, mais raccroche en promettant d'y penser.

Cette conversation téléphonique lui a fait du bien. Tranquillement, Jérôme arrive à se détendre. Ce même jour, il accepte de manger certains aliments préemballés. Cependant, il demeure toujours aussi mécontent d'être hospitalisé contre son gré et le fait savoir à l'ensemble du personnel en les invectivant constamment. Cela lui a valu des menaces de contentions et de retrait obligatoire dans sa chambre. Finalement, sous la pression, Jérôme accepte de prendre de la médication, mais demeure très méfiant puisqu'il est inquiet de se faire empoisonner.

Le lendemain, il se réveille très amorti suite à la médication prise la veille. Il est très somnolent. Un **deuxième psychiatre** qu'il n'a jamais vu lui dit qu'il veut le rencontrer et propose de faire la rencontre dans une petite salle de consultation située sur le département. Jérôme croit qu'on lui a attribué un nouveau médecin parce qu'il ne s'entendait pas avec le premier. Il accepte donc sans hésiter cette rencontre en pensant pouvoir enfin se faire entendre. Lors de cette rencontre, Jérôme exprime son mécontentement d'être ici. Il s'oppose à toute forme d'aide psychologique et à la médication. Devant ce refus catégorique, le psychiatre informe Jérôme qu'il peut contester sa décision à la cour et du fait qu'il peut demander à son infirmière pour obtenir des coordonnées de groupes susceptibles de l'aider. Ce qu'il fait sans hésiter. On lui donne alors le nom et le numéro de téléphone du groupe de défense des droits de sa région.

Deux jours plus tard, Jérôme reçoit par huissier une ordonnance de comparution. Le centre hospitalier demande au tribunal le droit de garder Jérôme pour une période de 30 jours. C'est à ce moment qu'il décide d'appeler l'organisme en défense des droits. Une personne lui donne des informations téléphoniques sur ses droits et tous les deux s'entendent pour se voir le lendemain.

Au moment de la rencontre avec l'**intervenant communautaire**, Jérôme expose sa situation. L'intervenant lui propose alors de communiquer avec un avocat ou une avocate. Les deux s'entendent sur l'importance de bien préparer son audience. L'intervenant expose le motif pour lequel on peut le garder, c'est-à-dire : que deux psychiatres doivent avoir évalué que son état mental présentait un danger pour lui-même ou pour autrui. Jérôme est fort surpris de ce fait, on ne lui a pas vraiment expliqué ce qui se passait. Il est en colère, crois qu'on rit de lui, qu'on le traite comme un idiot.

C'est le jour de l'audition. Jérôme est nerveux. Par contre il a pu trouver un **avocat**. Lors de l'audience, l'avocate de l'hôpital plaide en faveur d'une garde de 30 jours car, selon les deux évaluations psychiatriques, Monsieur présente un danger pour lui-même. L'avocate ajoute que, selon le psychiatre de Jérôme, si ce dernier acceptait de prendre sa médication, il ne resterait pas très longtemps encore à l'hôpital. L'avocat de Jérôme, pour sa part, plaide qu'il n'existe plus de dangerosité, que Jérôme a accepté de s'alimenter et rien n'indique qu'il refusera de manger une fois sorti de l'hôpital. Après avoir entendu les parties, le juge rend la décision suivante : *(Les participantEs sont invitéEs à faire part de la décision qui a été rendu par le juge et à motiver cette décision.)*

Ce que l'animation doit faire ressortir :

- 1) La mise en situation ne permet pas de faire des liens avec la vie de Jérôme, il y a « présomption de folie » - **DÉSÉQUILIBRE**
- 2) Jérôme n'a pas été questionné sur son histoire, il y a « présomption de folie » - **DÉSÉQUILIBRE**
- 3) Jérôme est un objet d'étude, on n'a pas besoin de lui pour l'aider à s'en sortir. il y a « présomption de folie » - **DÉSÉQUILIBRE**

Note ` Les échanges d'informations contribuent à exclure la personne puisqu'on peut tout savoir sur elle, on a plus besoin d'elle. On fait référence à la circulation d'informations, du dossier de Jérôme, de l'information que

les participantEs proposent de donner et/ou de demander à la famille de Jérôme et à son propriétaire. (*référence aux possibilités actuelles et futures d'échanges d'informations sans avoir légalement besoin du consentement de la personne – projet d'informatisation des dossiers, conservation régionales de ces informations, nouvelle LSSS permet échange entre certains intervenants dit « habilités »*)

Voici l'histoire qui n'a pas été révélée dans la mise en situation. Cette dernière aurait pu permettre de mieux comprendre d'où venaient les idées de Jérôme

#### **Histoire cachée :**

**Le père de Jérôme était pharmacien dans une chaîne connue. Il est actuellement retraité. Il y a 3 semaines, Jérôme a lu un article dans le journal dans lequel on faisait état de fraude intellectuelle dans une compagnie pharmaceutique. Cette fraude aurait permis à une autre compagnie d'annoncer la découverte d'un nouveau médicament qui guérirait véritablement la grippe. Cette compagnie est un des fournisseurs de la chaîne pharmaceutique pour lequel travaillait le père de Jérôme. Dans l'article on disait que tous les chercheurs étaient soupçonnés et qu'une enquête était en cours.**

Questions à poser aux participants et participantes pour la conclusion:

#### **Qu'est ce qui peut être fait pour établir un équilibre?**

Note : Si on a un équilibre, c'est souvent une façon d'éviter le recours à la garde en établissement. Si dès le départ, on avait pris en compte l'histoire de Jérôme, ce dernier aurait probablement tenté d'établir un contact plus significatif avec les différents intervenants et peut-être aurait-il consenti à demeurer quelques temps à l'hôpital. À l'inverse, en ne l'écoutant pas, en ne faisant pas de lien avec sa vie, ce dernier se braque davantage en croyant que tous et toutes sont ligüées contre lui.

#### **Objectifs :**

Il serait intéressant que chaque atelier arrive à trouver au moins trois alternatives en amont de l'utilisation de la garde.

Par exemple : prendre plus de temps pour mieux connaître Jérôme –comment, quand et où? Lui offrir du suivi plutôt qu'une hospitalisation – à quelle fin? Dans quel but? Comment ce suivi est-il imaginé? Lui dire la vérité, pas tout axer sur sa folie, relation transparente. –Si tu ne manges pas on devra t'hospitaliser car tu peux en mourir et on ne veut pas que tu te laisses mourir. – Nous trouvons ton histoire invraisemblable et pensons que tu traverses une mauvaise période, nous voudrions t'hospitaliser. – etc.

Les idées et alternatives qui sortiront de l'atelier devraient si possible être résumées par l'animateur ou l'animatrice en grand groupe.

**Avant de quitter**, demander aux participants et participantes comment nous devrions porter ces alternatives/ revendications et sous quel forme? (une déclaration commune, un mémoire, une rencontre avec le MSSS, etc.) et désirent-ils être impliqués? (Signature de leur groupe aux revendications, au mémoire, ou autre)

Les résultats de l'atelier sont repris en plénière.

- **L'atelier : « Un accueil qui nous rentre pas (en) dedans » -**  
Denise Brouillard et Manon Guillemette ; Francine Genest et Lucille Caron ; Céline Cyr et Sylvain Chartrand.

**Quel est le lien entre « l'accueil » et la garde en établissement?** Il ressort lors de la Tournée sur la garde en établissement, et lors de nos entretiens avec les personnes, et notons que la littérature le relève aussi, le parcours des personnes utilisatrices dans le réseau de la santé et services sociaux se résume trop souvent à un **cumul d'expériences de non accueil**. Notre pari? Si on accueille, si on se met à vraiment écouter les personnes, la garde en établissement deviendrait **réellement une loi d'exception**.

Être constamment confronté à une « porte fermée » peut amener à « péter sa coche » et même à cesser sa quête d'aide auprès de ressources. C'est de la primauté de la relation entre l'aidé et l'aidant que nous aborderons ici - c'est créer un espace de parole et d'échange potentiel pour un autrement.

L'atelier a comme objectif de sensibiliser les participantEs à l'importance de l'accueil tout particulièrement dans un contexte où la personne se retrouve très souvent à bout de ses solutions.

Pour favoriser une compréhension générale de ce à quoi nous référons par « non accueil » nous avons tenté de faire vivre l'expérience d'une non accueil aux participants et participantes de l'atelier. Voici le déroulement :

a) L'animatrice de l'atelier remet aux participantEs dès qu'ils ou elles franchissent le seuil du local, un carton sur lequel on retrouve, sous forme d'illustration, un des éléments d'une porte d'entrée. Elle dit à la personne : « Vous êtes un seuil » ou « Vous êtes une porte et le cadre de porte » etc. Le ou la secrétaire indique aux personnes où s'asseoir à l'endroit de la salle en fonction de ce qui est illustré sur son carton et où l'on retrouve affiché au mur leur illustration respective.

1. Le seuil.
2. La porte et son cadre.
3. La sonnette.
4. La lumière.
5. La poignée.
6. La fente aux lettres.

b) L'attitude de l'animatrice et du ou de la secrétaire est primordiale. On cherche à adopter une attitude neutre, sérieuse, directive et non chaleureuse. On ne répond pas aux questions des participantEs. Nous faisons une simulation de non accueil. Une petite nuance - il ne faut pas adopter une attitude « bête ».

c) Si un participantE est mal à l'aise avec la mise en situation, on chuchote que ce n'est qu'un jeu et on lui remet une enveloppe qui dit ceci : « **Ceci est un jeu. Veuillez garder le secret** ».

d.) Quand tous les participantEs de l'atelier seront assis, un retour sera effectué sur cette expérience de non accueil. Les deux questions suivantes vont guider les échanges :

1. Qu'est-ce que vous n'avez pas aimé?
2. Qu'auriez-vous aimé?

Après un tour de table, nous reprenons l'analogie de la porte à l'aide des morceaux remis aux participants et participantes. Ils n'ont pas en main la signification des objets. Les gens sont placés en sous-groupe selon le morceau qu'ils ont (les seuils avec les seuils, les poignées avec les poignées, etc.) et doivent tenter de trouver à quoi on peut rattacher leur symbole dans un principe d'intervention.

1. Le seuil ----- **la relation/l'attitude**
2. La porte et son cadre ---- **les conditions/les lieux**
3. La sonnette ----- **la demande d'aide**

4. La lumière ----- **l'information**
5. La poignée ----- **le choix**
6. La fente aux lettres ----- **les droits/les plaintes**

\* Si quelqu'un fait référence à une clef et sa serrure durant l'exercice, on leur demande ce qu'ils pensent que ça représente. La réponse devrait être : « la personne »!

Voici quelques explications de certains morceaux de « l'analogie de la porte ». Le seuil représente la relation car c'est là qu'on franchi la ligne; qu'il y a prise de contact. Le cadre de la porte représente le cadre, la structure. Ce qui se traduit par les conditions nécessaires afin de favoriser l'accueil, ainsi que les lieux physiques où se déroule l'accueil.

En deuxième, les participantEs dans leur sous-groupe respectif trouvent un exemple vécu ou fictif pour illustrer leur morceau de porte. Chaque sous-groupe désigne un ou une porte-parole pour relater l'exemple.

Avant le partage en grand groupe de l'exemple vécu ou fictif, l'animatrice explique les clefs de l'accueil selon *Rodriguez et al.*

### **Les Objectifs de l'atelier :**

C'est notre souhait que les participantEs de l'atelier fassent une **prise de conscience quant à l'importance de l'accueil**. L'accueil revêt une importance singulière dans un contexte où la personne est vulnérable, souffrante, se sent dépassée et à bout de solutions.

Nous aimerions que les participantEs ressortent avec des **solutions et alternatives potentielles**.

Notre **défi** sera de rejoindre des participantEs qui proviennent de milieux très différents.

### **Les 4 étapes de l'atelier :**

**10 min. 1. La mise en situation - « l'accueil des participantEs ». GG**

**2 min. 2. Le postulat. GG**

**40 min. 3. L'analogie de la porte.**

- Que représentent les différents morceaux de la porte? **GG**
- Trouver un exemple vécu ou fictif en lien avec chaque Morceau de la porte. **pg**
- Explication brève des clefs de l'accueil selon Lourdes Rodriguez et al. **GG**
- Les porte-parole relatent les exemples vécus ou fictifs et précisent si on a utilisé les clefs de l'accueil. **GG**

**20 min. 4. Les 3 questions de la fin. GG**

**\*GG - Grand Groupe**  
**pg - petit groupe**

Nous avons rajouté le « préjugé favorable » à la liste proposée par les animateurs et animatrices. On peut faire mention qu'on retrouve « une serrure » au centre de la personne en lien avec les « clefs » de l'accueil!

- Le préjugé favorable

- L'écoute
- L'information et la communication personnalisée
- Le respect
- L'empathie
- La sensibilité culturelle (A-t-on tenu compte des appartenances de la personne– son histoire, culture, classe sociale, sexe, revenu, conditions socio-économiques, orientation sexuelle?)

### 1. Qu'est-ce qui manque à l'accueil pour éviter qu'on nous rentre (en) dedans?

- La réception, ce n'est pas l'accueil!
- La personne en détresse a besoin d'un accueil, d'un sourire.
- Avoir plus de centres de crise.
- Plus d'argent pour les services.
- Subventionner les organismes communautaires.
- Maintenir une communication avec la personne.
- « Il n'y a jamais assez de temps »
- Avoir des conditions qui favorisent la disponibilité.
- « J'aimerais mieux me suicider qu'aller à l'hôpital là où les portes sont barrées. »
- « Être accompagné par une personne proche lorsque j'arrive à l'hôpital et que cette personne soit sympathique. »
- « Que le système aille vers la personne et non le contraire »
- « Toutes des choses imposées »
- « Ai-je le droit de refuser de sortir si je ne me sens pas prête? »
- Les préjugés doivent arrêter.
- L'empathie.
- Le respect.
- L'écoute.
- Ils mettent les gens dehors trop vite.
- La santé mentale fait partie de la société maintenant!
- La compassion! Qu'on sente qu'ils comprennent notre problème.
- Que l'intervenant qui reçoit la personne tienne compte de son point de vue.
- Quand on passe à l'évaluation, qu'on nous laisse finir notre explication pour mieux nous diagnostiquer.
- Prendre le temps de nous écouter et de nous accueillir pour pas qu'on se sente perdu.
- Que la personne soit accueillante.
- Ne pas assumer que la personne est violente.
- Voir les normes que nous avons ratifiées de l'organisation mondiale de la santé.
- Expliquer aux personnes ce qui va se passer; donner les informations sur le mode de fonctionnement.
- L'accueil est une philosophie. On devrait investir dans une politique d'accueil.
- Une bonne atmosphère.

### 2. Comment ma ressource peut-elle s'investir par rapport à l'accueil?

- Écouter.
- L'éducation.
- Approcher les médias.
- Que les usagers communiquent leurs besoins aux intervenants.
- Nous avons tous une responsabilité face à l'accueil et face à la sensibilisation devant les questions en santé mentale.
- Au téléphone : Avoir une personne désignée qui prend le temps d'écouter la demande de la personne.

Une personne qui permet à l'autre de prendre le temps nécessaire.

- La formation c'est important. On doit se mettre à jour.
- S'informer auprès des personnes utilisatrices concernant la qualité de l'accueil de la ressource.
- Augmenter le nombre d'intervenants.
- Prendre soin des intervenants.
- Favoriser l'échange entre les intervenants.
- Que les intervenants puissent obtenir du soutien lorsqu'ils ont besoin de décompresser.
- Offrir aux personnes utilisatrices le choix de l'intervenant.

### 3. La responsabilité de l'accueil relève de qui?

- C'est à la personne qui nous reçoit de faire l'accueil.
- De tous et de toutes.
- Permettre à la personne de revenir sur un mauvais accueil quand elle était en crise.
- Du gouvernement.
- Mieux subventionner et créer des centres de crise alternatifs.
- Il faut quelque chose entre le centre de crise et l'hôpital.
- Pour des services plus humains, on doit collectivement favoriser le changement.
- La formation c'est important, mais si la personne n'a pas d'empathie, elle ne pourra pas être accueillante. Le choix du personnel est important. Mais qui choisi qui?
- Permettre une stabilité dans le personnel afin de favoriser l'accueil.

Citation clef tirée du livre de Lourdes Rodriguez et collaborateurs (p.150) :

**L'attitude est tellement importante ... il y a des attitudes favorisant la communication, l'écoute, l'accueil. Ce sont des choses qui ont fait toute la différence pour moi entre me calmer ou faire ressortir la colère. L'attitude fait toute la différence.**

- **Plénière**

*Claudine Laurin*

Nous devons prendre en compte le contexte médiatique lorsque nous parlons de dangerosité. En effet, le débat qui a entouré la sortie de M. Bégin (condamné pour le viol d'adolescentes et ayant terminé sa peine) a donné l'occasion aux médias de jouer sur les peurs et les émotions. Le traitement donné à cet évènement n'a fait qu'augmenter la confusion autour du débat de la dangerosité et de la santé mentale. Nous n'avons qu'à nous référer à l'émission *Enjeux* « les délires meurtriers » et à *Maisonneuve à l'écoute* dont le titre sensationnaliste de l'émission « *Comment vivre à côté d'une bombe* » démontre bien l'influence des médias dans le débat.

Si je parle de ces émissions, c'est que M. Delorme, directeur de la santé mentale au Québec, a été également interviewé pour l'émission *Enjeux*, malheureusement très peu de ces réponses ont été diffusées. Pourquoi...? Nous ne pouvons qu'en déplorer l'absence puisque le discours de ce dernier aurait permis un certain équilibre face aux propos des autres acteurs. Cependant, je vous invite tous et toutes à les entendre sur le site Internet de Radio-Canada. La synthèse que je ferai de la journée me permettra d'introduire les propos de M. Delorme. La question que soulevait l'émission *Enjeux* était de déterminer si oui ou non nous avons suffisamment d'outils d'intervention pour prévenir les délires meurtriers. M. Delorme a tenu à spécifier que les lois en place étaient suffisantes, mais que, par ailleurs au Québec, nous n'avons pas utilisé au maximum l'expertise terrain, et il donnait comme exemple le suivi intensif. Actuellement nous ne répondons qu'à 20 % des besoins. Il a tenu à spécifier qu'il était important que la complexité des mesures de retrait de la société demeure puisqu'il faut protéger le caractère exceptionnel de la Loi qui touche des droits fondamentaux.

### **L'accueil : Le maillon faible du système**

Au niveau du premier atelier qui portait sur l'accueil, les participantEs définissent ce dernier comme une philosophie qui s'actualise autant dans la représentation d'un lieu d'écoute, que d'une pratique. Cette philosophie ne doit pas être que la préoccupation de l'intervenant-intervenante; elle doit également se retrouver comme préoccupation au niveau de la direction également. En ce sens, un atelier a fait ressortir l'importance dans les établissements de prendre également soin de leurs intervenantEs.

L'accueil est ressorti comme un des maillons les plus faibles au niveau du système présentement. Nous n'avons presque exclusivement que le centre hospitalier comme lieu d'accueil ou de référence; malheureusement, on se retrouve encore souvent vis-à-vis des portes barrées.

Une large part d'entre vous avez fait ressortir la dimension de la diversité de professionnels comme étant une grande défaillance au niveau du système. On parle ici du rôle et de l'importance des autres professionnels au niveau de l'intervention qui elle, n'est dominée que par une seule approche. Il est intéressant ici de faire un parallèle avec la lutte qu'ont menée les femmes en ce qui a trait à la reconnaissance de la pratique des sages-femmes. Cette lutte s'adressait également à la pratique médicale qui se refusait de partager cet acte au nom de la sécurité et de la pseudo science. Les sages femmes sont maintenant reconnues et peuvent pratiquer dans les maisons des naissances et ont même réussi, pour certaines, à pratiquer en centre hospitalier. Pour les participantEs ce choix entre différentes écoles devrait se retrouver au niveau de la santé mentale.

Le deuxième point soulevé au niveau de l'accueil souligne l'importance de favoriser des espaces de liberté. On aimerait y voir des approches plus souples et flexibles. Encore une fois cela rejoint les propos de M. Delorme reconnaissant que l'expertise terrain n'a pas été suffisamment utilisée au Québec. Toujours au niveau de cet aspect, plusieurs ont déploré toute la notion de contrôle, des règlements aléatoires, qui font obstacle à la souplesse que l'on souhaiterait voir au niveau de la prise en charge. Cela fait également référence à l'allocation de M. Benoît Coté qui disait que le risque faisait de moins en moins partie de l'intervention et qu'il fallait prendre des risques si on voulait répondre autrement que par le contrôle.

Plusieurs ont soulevé que peu de temps était accordé à leur histoire; l'importance est trop mise sur l'étude des

symptômes et l'établissement d'un diagnostic. Les symptômes reconnus sont sortis de leur contexte et pourtant ces derniers serviront à me classifier. Serait-ce un progrès? Je me souviens que dans les années 70', l'intervention féministe avait fait certains gains au niveau de la psychiatrie. Pour illustrer ce propos, je donnerais comme exemple l'intervention féministe qui faisait partie de la pratique au centre hospitalier Douglas, certaines équipes y avaient été formées. Cela donnait d'excellents résultats tant au niveau de la relation usager/médecin qu'au niveau des diagnostics puisque les symptômes ne prenaient pas toute l'importance dans le vécu de la personne. A titre d'exemple, il est arrivé une femme qui avait mis le feu à des bas sales au beau milieu du salon. L'équipe soignante et ici on parle d'équipe, non pas d'une seule et unique personne, a tenté de comprendre de par son vécu la raison du geste, et ce, à partir de l'intervention féministe. Le dialogue avec la femme n'avait pas pour but d'établir un diagnostic, mais bien de comprendre le vécu de cette dernière. En fait, cet acte avait été commis la journée de la télédiffusion du Rose Bowl, le salon avait donc été occupé toute la journée par un mari alcoolique et 4 grands garçons la renvoyant à un quotidien peu réjouissant de servante et d'une vie sur laquelle elle semblait n'avoir que peu d'emprise. Nous comprenons alors mieux le geste posé de mettre le feu dans un tas de bas sales au milieu du salon et le fait de mieux comprendre ne peut qu'apporter une meilleure réponse.

Il est également ressorti que nous devrions avoir plus de lieux de crise et que l'on devrait avoir la possibilité d'avoir recours à un accompagnateur tant au niveau du système hospitalier que des autres milieux. On souhaiterait que le système aille davantage vers la personne plutôt que le contraire. On demande toujours à la personne de s'ajuster. En fait, cet énoncé confirme bien la pertinence de la présentation de la mise en scène de ce matin qui nous laissait voir que la personne ne s'adressait jamais au bon endroit et qu'elle encombrait souvent le système. À ce niveau Dr Delorme affirme que les services n'ont pas suivi les personnes.

Il serait également important de mettre en place une certaine évaluation permettant à la personne de faire un retour sur l'accueil, lui laissant ainsi un rôle prépondérant sur l'intervention.

### **Et l'équilibre du pouvoir dans tout cela...**

À atelier sur l'équilibre certains participantEs ont d'entrée de jeu spécifié qu'il y avait là déséquilibre puisque ce dernier se trouvait à être amené pour évaluation contre son gré. Encore une fois nous revenons à la notion du risque soulevée ce matin par Benoît Coté de PECH. La mise en contexte de l'atelier, démontrait comment l'intervention n'avait pas réellement pris en compte la dangerosité, mais avait plutôt mis le focus sur le meilleur intérêt de la personne. Les personnes disent souvent se retrouver comme objets d'étude. À l'instar de l'autre atelier, le temps d'écoute ne suffit pas; on laisse peu de place à la personne. On déplore également le manque d'investigation physique. À cet effet, une étude avait démontré que les personnes en moins bonne santé physique se retrouvaient parmi les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Pourtant, ces dernières ont pour la plupart des suivis en milieu médical, mais l'approche et la compartimentation de la médecine font en sorte que dans de très rares occasions une investigation physique est faite.

Pour la recherche d'un meilleur équilibre, on souhaiterait que la personne puisse prendre une part plus active en l'amenant à prendre conscience de ce qui se passe et ainsi favoriser une plus grande prise en charge de la personne par elle-même et dans les solutions.

Très peu de personnes ont soulevé l'intervention du propriétaire et le bris potentiel de droits puisqu'il s'agissait d'un espace privé. Cela nous amène également à constater le danger que constitue le transfert de la responsabilité psychiatrique à un ensemble d'acteurs. Dans un contexte où les médias jouent de plus en plus sur nos peurs et les émotions du public en ce qui a trait à un domaine aussi complexe que la santé mentale -, le risque de voir l'entourage se transformer en intervenant et en contrôleur social est grand. Ici nous devons mentionner la famille qui certes demande de l'aide, et à qui nous offrons peu de services et qui n'est souvent utilisée qu'à des fins de contrôle à savoir la prise de médicaments, le suivi au rendez-vous, etc. Une telle façon de faire modifie les liens familiaux en lui faisant jouer un rôle tantôt de thérapeute tantôt de contrôleur et dans certaines situations cela ne fait qu'aggraver le problème en brisant tout lien de confiance et d'attachement entre la personne et le noyau familial.



On souligne également que l'alliance avec le thérapeute est souvent la garantie de succès. Or, cela soulève toute la question d'être évaluateur et allié en même temps, pour plusieurs cette position est antinomique avec la nécessaire alliance.

Avant de conclure, il est important de souligner que dans le contexte actuel de confusion où l'on tente de faire passer l'exceptionnel pour une généralité (référence émission enjeu et al) il ne faudrait pas minimiser les pressions mises sur le système pour renforcer le contrôle social. Nous retrouvons déjà dans certaines provinces canadiennes des lois qui ont facilité davantage l'obligation de traitement dans la communauté, les demandes faites par certains psychiatres vont également dans ce sens. L'appellation de la Loi soit : Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (les autres) donne à la psychiatrie l'obligation de répondre à toutes les situations rendant encore plus confuse toute la notion de santé mentale. Cela deviendra de plus en plus difficile de répondre à des émissions de type Enjeux ou encore à démythifier la notion de santé mentale auprès du grand public. Je me rappelle de la prise de possession du pont Mercier par les autochtones : certains psychiatres se sont aventurés à parler de problème de santé mentale pour donner sens à un problème qui est de nature sociopolitique. Les problèmes sociaux sont de plus en plus pris en charge par la psychiatrie. La vigilance est de rigueur si nous ne voulons pas nous retrouver avec une psychiatrie qui servira davantage de contrôle social que de soutien aux personnes.

En conclusion, il est permis de se demander si pour nous l'approche psychiatrique a réellement progressé dans la réponse ou si au contraire nous n'avons pas perdu des acquis tels le risque, les diversités d'approches, la recherche d'explications autres que l'étude des symptômes, etc.

Il semble qu'il nous reste encore bien du chemin à parcourir.

# Remerciements

Denise M. Blais

**C'est grâce aux personnes mentionnées ci-dessous que nous avons accepté une « garde » d'un jour en l'établissement » de l'UQAM!**

**Merci de tout cœur pour votre contribution!**

- Les panelistes :  
Marcelo Otero, professeur du département de sociologie de l'UQAM  
Michael Arruda, policier du Service de police de la Ville de Montréal  
Jean-Pierre Ménard, avocat de Ménard, Martin et Associés  
Benoit Côté, coordonnateur de PECH  
Denise M. Blais, présidente d'Action Autonomie  
Lucie Fortin, militante du Collectif des Laurentides
- Les collaborateurs, animatrices et secrétaires d'ateliers:  
Francine Genest et Lucille Caron de Auto-Psy (région de Québec)  
Denise Brouillard et Manon Guillemette de Droits et Recours Laurentides  
Catherine Ganivet du Centre de soir Denise Massé et Linda Bourgeois d'Action Autonomie.
- Le **Service aux collectivités de l'UQAM** pour la recherche, « **La P-38.001 Protection ou coercition: Point de vue des personnes interpellées** », et tout particulièrement, Carmen Fontaine pour son soutien à la logistique du forum.
- Céline Cyr, chargée de projet pour Action Autonomie.
- Claudine Laurin, pour beaucoup de raisons.
- Sébastien Rivard, l'animateur du forum.
- Marc Perron pour les vidéos et le montage des présentations de Michael Arruda et de la « parole citoyenne ».
- Les membres du comité CAGE.
- Les membres du comité création : Aline Valade, Denise M. Blais, Michèle Provost et Suzanne Despatie et aux artistes qui ont créé de magnifiques œuvres d'art pour la tenue du forum.
- Le Protecteur du citoyen et ses représentants qui ont pris le temps de venir entendre la parole des personnes.
- Jacinthe Harvey et Catherine Trottier qui ont apporté un support logistique tout au long de la journée.
- Tous ceux et celles qui ont accepté de prendre la parole en participant au débat proposé par Action Autonomie et rejoignant plus de 200 personnes d'une quinzaine de groupes.
- À tous ceux et celles qui sont ici aujourd'hui et qui comme nous, ont voulu s'impliquer dans la cause, et trouver des solutions et alternatives à des pratiques qui trop souvent laissent des séquelles aux personnes et ne les aident pas à cheminer.

- Et finalement, à toutes les personnes qui ont bien voulu partager leur expérience, ce qui a contribué à dresser un portrait et à chercher « un ailleurs » et surtout « un autrement ».

Pour les suites du Forum, nous souhaitons porter des revendications communes au Ministère de la santé et des services sociaux. Nous espérons que la mobilisation relancée par la Tournée de consultation et ce forum sur l'internement involontaire se poursuive.

Et le 5 à 7 ...

**Vin et petites bouchées ont accompagné le lancement de la recherche : « La loi P-38.001. Protection ou coercition : Point de vue de personnes interpellées ».**



Quelques mots de Denise M. Blais, présidente d'Action Autonomie, Nicole Cloutier, coordonnatrice à Action Autonomie, Marcelo Otero, chercheur à l'UQAM, Laurie Kirouac, agente de recherche à l'UQAM et Carmen Fontaine, du Service aux collectivités de l'UQAM, soutenus par des participantEs qui ont lu des extraits de la recherche -des paroles de personnes interviewées-, ont officialisé le lancement de la recherche faite conjointement par Action Autonomie et des chercheurEs de l'UQAM.



Enfin, 3 gagnantEs ont été félicités pour leur œuvre. Des prix leur ont été remis. Pour tous et toutes, la journée a été un grand succès et elle a contribué à mobiliser les troupes autour d'enjeux, mais surtout autour d'une autre vision de l'aide et du support dont elles ont besoin.

Bravo à tous et toutes

