



# Regards critiques et nouvelles pratiques

**ACTES DE FORUM  
ÉTAT DES DROITS EN  
SANTÉ MENTALE**

**Présenté par :  
Droits-Accès de l'Outaouais**

10 et 11 mai 2018  
Université du Québec en Outaouais



# Table des matières

## Première journée :

### **Analyse de l'état des droits en santé mentale** 4

**Mot de bienvenue** et retour sur l'étude *Changer nous ferait tous du bien* 5

**Conférence d'ouverture** 7

**Panel de discussion** – L'expérience usagère dans la trajectoire de soins 8

**Conférence** – Quel avenir pour la défense des droits? 11

### **Ateliers de réflexion critique sur les dérives et abus de droits en santé mentale** 12

Atelier 1 – Psychiatrie, un profond changement de modèle s'impose 13

Atelier 2 – L'intervention en situation de crise et l'application de la loi P-38.001 : une pratique aux pieds d'argile ? 15

Atelier 3 – La discrimination dans le réseau de la santé 16

Atelier 4 – Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie. 17

## Deuxième journée :

### **Amélioration des pratiques pour un meilleur respect des droits** 19

**Conférence** – Ensemble pour la primauté de la personne 20

**Panel de discussion** – Expériences novatrices et pratiques alternatives en santé mentale 21

### **Ateliers de réflexion critique – Expériences novatrices et pratiques alternatives en santé mentale** 25

Atelier 1 – La voix collective des personnes utilisatrices de services en santé mentale : pour prendre position ensemble sur les services en santé mentale et pour se faire entendre dans les lieux où se prennent des décisions. 26

Atelier 2 – Collectiviser les vécus, une voie d'émancipation? 27

Atelier 3 – Défense des droits et pratiques alternatives ; quel rôle pour le communautaire ? 28

Atelier 4 – Client ou citoyen engagé ? Une participation citoyenne construite et accompagnée 30

**Conférence de clôture** – Quel consentement aux soins en psychiatrie? 32

**Conclusion** – Les suites à donner 33

**Remerciements** 34

**Première  
journée :  
Analyse de  
l'état des  
droits en  
santé mentale**

# Mot de bienvenue et retour sur l'étude *Changer nous ferait tous du bien*

**Jean-Daniel Jacob et Alexandre Métras**

*Président et conseiller à Droits-Accès de l'Outaouais*

Le forum sur l'état des droits en santé mentale que nous avons eu le plaisir d'organiser en mai 2018 représentait un engagement que l'organisme Droits-Accès de l'Outaouais s'était donné il y a quatre ans. Droits-Accès est l'organisme régional d'accompagnement, promotion et de défense des droits en santé mentale en Outaouais. Sa mission consiste à aider les gens à faire valoir leurs droits, mais aussi d'apporter un regard critique sur les causes des abus de droit et militer pour un renouvellement des pratiques en favorisant leur respect. D'une part, l'organisme aide les gens à développer les connaissances et les habiletés nécessaires à une démarche de défense de droits. De l'autre, il remet en question les pratiques et politiques établies en ce qui a trait aux droits et à la santé mentale. Dans un même ordre d'idées, le forum sur l'état des droits en santé mentale fait suite à l'étude de Droits-Accès de 2014 intitulée *Bilan sur l'État des droits en santé mentale en Outaouais – Changer nous ferait du bien*. Dans l'étude, 12 principaux abus de droit dans la région de l'Outaouais avaient été répertoriés problématisant, entre autres les gardes en établissements, le recours croissant à l'imposition des soins, et le recours abusif de mesures de contrôle. L'étude a également mis en évidence des manquements quant à la place des usagers dans les décisions qui les concernent en matière de soins. De ces constats ont été dégagées de grandes recommandations, incluant le besoin d'organiser un forum sur la question.

Le forum sur l'état des droits en santé mentale a donc été conçu dans le but premier de rassembler différents acteurs du système de santé ayant comme objectif commun de créer un dialogue sur la question des droits et de la santé mentale au Québec, et ailleurs, mais également contribuer à une réflexion critique sur les transformations nécessaires à un meilleur respect des droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. En réunissant les experts du droit et de la santé mentale lors du forum, en constatant les transformations

des services à la lumière des orientations ministérielles, en valorisant l'expérience usagère, nous cherchions à créer une plateforme pour transformer les pratiques actuelles. Ce genre d'échange cadre dans une optique de participation citoyenne qui est fondée sur la croyance que les gens ont la capacité de reprendre pouvoir sur leurs vies et que les utilisateurs de services ainsi que les acteurs institutionnels, académiques et communautaires sont des agents de changements dans leurs milieux respectifs. Les objectifs spécifiques du forum étaient :

- 1. de donner une voix aux utilisateurs de services (participant au forum) afin d'influencer la recherche ainsi que les politiques en matière de santé,**
- 2. d'assurer un changement des pratiques en psychiatrie qui tiennent comptes des utilisateurs de services en tant qu'individus de droit et,**
- 3. d'encourager un dialogue continu entre les organismes communautaires, les utilisateurs de services, les instances gouvernementales, les professionnels et cadres du réseau de la santé, les intervenants et gestionnaires de la santé et des services sociaux ainsi que la communauté académique.**

Ainsi, un objectif plus global était de faire progresser la recherche interdisciplinaire sur les questions du droit et de la santé mentale.

Les actes qui suivent font un survol des thématiques abordées lors des conférences et ateliers du forum. Les actes suivent la séquence thématique du forum : La première journée avait comme but de faire le point sur l'état des droits en santé mentale et relever les failles et les dysfonctions dans l'organisation des services en santé mentale qui contribuent à léser les droits des personnes utilisatrices de services; tandis que la deuxième journée cherchait plutôt à explorer les pratiques alternatives et novatrices en santé mentale qui présentent une véritable

culture du droit, permettant aux représentants du réseau de s'inspirer de pratiques qui font « autrement ».

Suite au forum, le but était de créer un dialogue continu sur le sujet des droits et de la santé mentale au-delà des deux jours consacrés au forum. Pour ce faire trois projets avaient été entrepris :

- 1.** la publication d'actes de forum;
- 2.** la publication d'un numéro spécial dans la revue *APORIA – La revue en sciences infirmières*, où les conférenciers, participants au forum, et membres de la communauté étaient invités à envoyer une communication. La publication du numéro spécial est prévue à l'hiver 2019.
- 3.** établir un observatoire (groupe de travail) des droits en santé mentale, réunissant des chercheurs, des étudiants diplômés, des intervenants et utilisateurs de services (travail en cours).

Avant de faire place aux actes, nous souhaitons remercier le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada pour leur financement qui a permis d'offrir le forum gratuitement aux participants. Nous voulons également remercier l'Université du Québec en Outaouais de nous avoir fourni la salle pour le Forum, et la revue APORIA qui nous permet de continuer les discussions sur la question des droits et de la santé mentale au niveau international et à tous les bénévoles qui ont fait en sorte que l'événement fut un succès. Sur ce, nous vous souhaitons bonnes lectures et réflexions.

**Merci.**

# Conférence d'ouverture

## Les pratiques alternatives en santé mentale comme formes de désobéissance au service des usagers

**Amélie Perron, inf., PhD**

*Professeure agrégée*

*École des sciences infirmières, Université d'Ottawa*

De nombreuses promesses ont été faites depuis les derniers 15-20 ans, qui font miroiter un avenir meilleur pour les usagers en santé mentale : nouvelles techniques d'imagerie, nouvelles molécules, nouveaux gènes identifiés pouvant influencer le développement de certains troubles, nouveaux services... et pourtant, les améliorations tardent, beaucoup de souffrances persistent et de nombreuses formes de marginalisation et d'abus demeurent. Dans ce contexte, les pratiques alternatives en santé mentale ont du mal à se faire pleinement reconnaître. S'écarter des approches traditionnelles (biomédicales, notamment) est en effet encore perçu comme une sorte de transgression. Je propose de regarder de plus près cette notion de transgression et d'y voir nichée non pas la trahison d'une convention sociale mais bien une permission, un droit au pluralisme d'idées et d'actions. Le concept de désobéissance n'a pas la cote dans notre société : il est automatiquement associé à des perceptions de violation, d'interdit moral, voire d'illégalité. Pourtant, ce concept est riche d'un point de vue de la protection des droits des usagers en santé mentale.

Loin de se limiter à une notion négative, comme une attitude « contre » quelque chose, la désobéissance doit plutôt être vue comme un engagement « pour » quelque chose : pour des valeurs ou des principes conformes aux idéaux dont se réclame notre société. Selon le sociologue Erich Fromm, la désobéissance permet d'affirmer notre raison, notre volonté et notre liberté de voir, de penser et d'agir. La désobéissance n'exclut pas la possibilité d'obéir mais elle demande d'abord pourquoi certaines manières de faire sont automatiquement privilégiées plutôt que d'autres. Une telle posture critique ose penser autrement : elle permet par exemple de remettre en question la médicalisation et la biologisation grandissantes de l'expérience humaine au lieu d'y adhérer (d'y obéir) aveuglément. Pour Fromm, la désobéissance doit être conceptualisée comme une loyauté affirmée envers un ensemble supérieur de

principes, tels que ceux qui sous-tendent les pratiques alternatives en santé mentale : une approche plus solidaire axée sur la reconfiguration des modes de prise de décision, le retour vers la communauté, la décentralisation de l'expertise professionnelle et la personne non plus comme objet d'intervention mais comme sujet d'un vécu et d'un savoir expérientiel. Le concept de désobéissance englobe bien ces approches, qui ne se veulent rien de moins qu'un décalage, une rupture avec les pratiques conventionnelles. La désobéissance peut donc être vue comme une reconnaissance et une validation de l'altérité. Pour le philosophe Frédéric Gros, désobéir est l'affirmation de notre humanité contre des pratiques qui, au nom de normes sociales intransigeantes, agressent l'humanité d'autrui. Désobéir permet ainsi de jeter les bases de ce qu'il appelle un projet d'avenir.

Dainius Pūras, psychiatre et Rapporteur spécial pour les Nations Unies, rappelle que les traitements de première instance actuels ne sont aucunement appuyés par les données scientifiques disponibles, et que le paradigme neurobiologique qui domine présentement la psychiatrie doit être abandonné en raison de ses explications cliniques trop réductrices et dommageables. Les problématiques de santé mentale sont intimement liées à des inégalités de pouvoir et de santé qui créent des épreuves sociales et émotionnelles considérables pour de nombreuses personnes. Cette constatation oblige donc à un changement de paradigme en santé mentale, ce qui incarne parfaitement le projet d'avenir évoqué plus haut. Ces propos peuvent sembler radicaux pour certains : ils sont certainement désobéissants dans la mesure où ils s'érigent contre les discours et pratiques qui dominent actuellement le champ de la santé mentale. On note dans le discours du professeur Pūras une humanité radicale qui fait place aux façons de faire, de penser et d'agir qui perturbent le statu quo. Les pratiques alternatives en santé mentale constituent le porte-étendard de cet idéal. Si ce nouveau paradigme d'intervention peut enfin s'imposer comme standard à suivre, alors peut-être que l'on pourra enfin cesser de parler de pratiques « alternatives », et choisir un vocable qui les place, non pas à l'écart et en marge des pratiques usuelles, mais bien en plein cœur de ces dernières.

# Panel de discussion – L'expérience usagère dans la trajectoire de soins

## Représentations sociales de la dangerosité et du risque chez les intervenant-e-s en santé mentale : une anthropologie du risque

**Nathalie Baba**

*Candidate au doctorat en psychologie profil clinique-  
recherche, Université du Québec à Montréal*

L'utilisation des mesures de contrôle en psychiatrie est une pratique balisée par des normes ministérielles et légales pour gérer et contrôler l'agressivité et le risque d'agression (MSSS 2011). Or, le rapport du protecteur du citoyen (2011) montre l'existence de représentations et de pratiques différentes entre les intervenant-e-s d'un milieu de soin donné, quant à l'évaluation et à la prise en charge de la dangerosité. La question de l'individu dangereux en psychiatrie ainsi que le sens qui est accordé au danger et au risque par les intervenant-e-s devient dès lors primordiale à interroger : comment identifier un individu dangereux ou à risque de violence ? Comment faire sens des différentes pratiques de contrôle utilisées et des différences entre les intervenant-e-s quant à leur conception du danger et du risque ? Nous avons choisi d'utiliser la méthode de l'ethnographie clinique pour répondre, ou du moins penser ces questions dans un contexte psychiatrique. D'une part, l'observation dans une unité de soins psychiatrique aigus à Montréal, et la réalisation d'entrevues semi-structurées auprès de 10 intervenant.e.s de première ligne en santé mentale (infirmières, préposé.e.s, et agent.e.s de sécurité) nous ont permis de mieux explorer leurs représentations du danger et du risque en psychiatrie et leurs pratiques de gestion du danger et du risque.

Nous avons présenté l'unité clinique observée, ses spécificités, caractéristiques, clientèle, et orientation; une orientation clinique qui insiste sur un mandat de sécurité et de gestion du risque. Une sécurité marquée par la présence des agents de sécurité qui sont mobilisés sur place durant la nuit et par

des fouilles « aléatoires » ou parfois « ciblées » sur certains patients susceptibles d'avoir consommé ou de propager des substances sur l'unité. Ce souci pour la sécurité est ponctuée par une surveillance constante et par des pratiques qui visent à demander des tests d'urines, et à priver les individus de certains objets à risque pouvant occasionner des dommages sur eux-même ou sur autrui. Dans un tel contexte, nous avons présenté la manière dont les intervenants définissent le danger et le risque et la manière dont ils et elles prennent en charge le danger en psychiatrie. Nous avons montré que les interventions face au risque sont davantage adaptées lorsqu'il y a connaissance et lien de proximité avec les patient.e.s que lorsqu'il y a méconnaissance et épuisements des intervenant.e.s. Ainsi, si les outils d'évaluation de la dangerosité permettent de mieux évaluer le comportement agressif, l'établissement d'un lien de confiance et d'une proximité entre intervenant.e.s et patient.e.s est un facteur primordial dans la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle. Ainsi, il faudrait peut être repenser les unités psychiatriques, davantage comme des unités de soin que des unités de gestion du risque et du danger; repenser l'orientation et le mandat des unités de soins psychiatriques, c'est de viser le soin et l'écoute plutôt que la sécurité à tout prix. La présentation s'est terminée en invitant le public à réfléchir autrement les milieux et les pratiques psychiatriques; en imaginant des espaces dans lesquels il y aurait un plus petit ratio intervenant.e.s-patient.e.s, dans lesquels il serait possible pour les intervenant.e.s de davantage connaître leurs patient.e.s, mais surtout, des espaces permettant aux intervenant.e.s de tisser avec leurs patient.e.s, un filet social et une alliance thérapeutique pour un plus grand sentiment de sécurité.

## Invalidation du savoir sur soi et transformation identitaire : examen de la « carrière morale » de l'usager de services de santé mentale au Québec

**Katharine Larose-Hébert**

*Professeure adjointe à l'école de service social et de criminologie, Université Laval, Québec*

À travers le « regard » biomédical se trace le portrait du malade; à l'issue d'un diagnostic psychiatrique, l'homme ordinaire deviendra un patient; sa déviance (psychique) devant dorénavant être « guérie », effacée, éloignée. C'est donc au sein du « regard » de l'autre que le vécu s'objective; les comportements et les paroles des patients sont dorénavant abordés en tant que signes et symptômes d'une pathologie particulière. De ce fait, le discours du patient sur son expérience, vidé de son contenu affectif, est interprété par l'« expert » comme l'expression même de sa maladie. Le savoir de l'usager sur lui-même -sensible, expérientiel - se trouve alors positionné à l'extérieur du pouvoir et de la raison, exclu en grande partie du traitement auquel il doit se soumettre.

L'organisation des soins en santé mentale au Québec ne fait guère exception et n'offre qu'un espace restreint au discours de l'usager. Cependant, le sens fondamental de l'expérience vécue ne peut être réduit aux symptômes; l'individu entretient un rapport intime et nuancé à sa « maladie », à son parcours d'infortune. Le vécu ne peut être traduit par une série de données mesurables, il ne s'insère donc pas nécessairement dans les impératifs de fonctionnalité désirés d'un système, d'une structure. Ainsi, cette dernière devra contraindre l'individu à le faire.

Cette communication présentera les résultats d'une recherche doctorale portant sur l'expérience subjective des usagers de services en santé mentale alors qu'ils les « utilisent » afin de mettre en lumière les divers mécanismes mis en place pour « corriger » leur écart à la norme, visant ainsi à discipliner leur corps, leurs pensées, voire leur rapport à soi.

## Réfléchir la pratique d'intervention autrement : Quels modes d'action peuvent répondre aux enjeux de représentation des droits des personnes en santé mentale ?

**Pierre Pariseau-Legault**

*Professeur au département des sciences infirmières Université du Québec en Outouais (UQO)*

La dénonciation des atteintes aux droits des personnes évoluant en milieu psychiatrique est multilatérale. Celle-ci concerne non seulement l'application de mesures d'exception lors de situations critiques, telles que l'usage de contentions, de l'internement ou de traitements forcés, mais également et plus largement l'intrication des formes de prises en charge issues des domaines du droit et de la santé mentale. Cette présentation tente de participer à la continuité de ce dialogue et de répondre, du moins partiellement, à cette problématique. Inspirée du pluralisme normatif, elle propose trois stratégies spécifiques afin de réfléchir aux enjeux de représentation des usagers évoluant en milieu psychiatrique. Ces stratégies s'arment au continuum de soins, que cela concerne « l'avant » (la période précédant l'hospitalisation), le « pendant » (l'hospitalisation) et l'après (la période succédant l'hospitalisation).

Il est d'abord utile de problématiser le médico-centrisme inhérent à l'application de mesures d'exception aux droits fondamentaux. Par cela, il est entendu que l'alliance stratégique du droit et de la psychiatrie constitue la partie sans doute la plus visible de processus sociaux plus invisibles tels que la précarité socio-économique et les problématiques d'accès à des services en temps opportun. Certains auteurs qualifient cette situation de tendance à la judiciarisation des problèmes sociaux.

D'autre part, les constats répétés du milieu communautaire à l'égard de l'application de mesures d'exception sont équivoques : malgré de multiples appels à un plus grand respect des droits des personnes évoluant en milieu psychiatrique plusieurs problématiques sont persistantes. Le philosophe Giorgio Agamben qualifierait cette situation comme une forme « d'abandon du vivant au droit ». Le concept de dignité du risque issu des travaux de Robert Perske pourrait toutefois faire contrepoids à cette déshumanisation. La dignité du risque favoriserait une compréhension du risque psychiatrique comme médiateur du processus de rétablissement en plus de rappeler qu'il est une dimension inhérente à la reconnaissance de l'autonomie personnelle.

Finalement, la persistance historique des atteintes aux droits des personnes évoluant en milieu psychiatrique nous invite à réfléchir aux critiques généralement adressées aux institutions offrant de tels soins et services. Il est clair qu'un espace de dialogue exempt, ou à tout le moins conscient, de l'asymétrie des rapports de pouvoirs favoriserait une compréhension plus profonde des défis humains auxquels sont confrontées ces organisations. Si les enjeux décrits ci-haut sont reconnus par celles-ci, une approche inspirée de la justice réparatrice semblerait alors appropriée. Soutenue par des principes de guérison, de réparation et de réinsertion sociale, cette approche permettrait d'aller au-delà du positionnement accusatoire auquel sont confinés usagers et soignants.

# Conférence – Quel avenir pour la défense des droits?

**Me Patrick Martin-Ménard**

*Avocat spécialisé en santé mentale et en responsabilité médicale au sein du cabinet Ménard, Martin avocats*

## **Résumé :**

Un Forum sur l'état des droits en santé mentale est toujours pertinent. Il permet de mesurer les acquis et les enjeux à conquérir. En santé mentale, les choses évoluent très tranquillement, trop tranquillement. Ignorance des droits, restrictions budgétaires, accès difficile à des moyens de défense, etc., sont des obstacles toujours importants et constants de la défense des droits en santé mentale. Y a-t-il des expériences et des approches nouvelles dans la défense des droits qui laissent entrevoir des progrès importants? Comment faire avancer les droits? Quel avenir pour la défense des droits?

# **Ateliers de réflexion critique sur les dérives et abus de droits en santé mentale**

# Atelier 1 – Psychiatrie, un profond changement de modèle s'impose

## **Animatrice : Chloé Serradori**

Agente de liaison de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)

### **Description :**

De nombreux manquements et abus préjudiciables aux droits et libertés des personnes, concernant les mécanismes d'exception, tels que la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001), les autorisations judiciaires de soins et les mesures de contrôle (isolement, contention, substances chimiques) perdurent dans le système psychiatrique. À partir d'une présentation des constats du terrain, de trois rapports de l'Organisation des Nations Unies concernant la santé mentale et d'alternatives à ces mécanismes, les participants, participantes de l'atelier échangeront et proposeront des solutions afin de modifier profondément l'approche coercitive du système psychiatrique.

### **Résumé des discussions :**

À la lumière du dépôt de trois rapports de l'ONU dénonçant notamment l'utilisation de mesures de contention (physique, mécanique, chimique et environnementale), qui sont d'ailleurs comparées à des méthodes de torture, le groupe a décidé de s'attaquer à la question suivante : Quelles solutions proposez-vous afin de modifier l'approche coercitive du système psychiatrique ? Nous compilons ici les différents éléments de réponse. Ceux-ci sont partagés en trois axes soit le militantisme, l'intervention professionnelle et l'intervention de l'état.

D'abord, le militantisme concerne surtout les citoyens. Le groupe considère que nous ne devons pas hésiter à nous prononcer sur les inégalités que l'on observe. Il faut oser et militer pour que les droits et la dignité des personnes soient respectés. Surtout, il faut documenter les véritables impacts de l'approche coercitive du système psychiatrique lorsqu'on en est témoin.

Ensuite, l'intervention professionnelle concerne surtout les professionnelles de la santé. Remarquons que la majorité

de ses solutions requiert plus de moyens. Le personnel est surchargé et fatigué. On blâme, en partie, la centralisation des services pour la mauvaise distribution de la charge de travail et la baisse de qualité des services. Ils ont moins de temps pour l'écoute et la transmission d'informations. Le groupe considère que les professionnels devraient accorder plus de place à l'histoire des personnes et moins de places aux divers diagnostics, qui sont expéditifs et réducteurs. De plus, ils devraient fournir aux usagers davantage d'information sur les médicaments, pour que les personnes puissent faire des choix éclairés. Dans le même ordre d'idées, des méthodes alternatives ou concomitantes aux approches pharmacologiques, telles que les programmes d'activités physiques ou des jardins thérapeutiques. On remarque, encore une fois, que les récentes coupures nuisent profondément à la relation d'aide, puisqu'elles limitent le temps que les professionnels de la santé peuvent accorder au public. Les participants regrettent également de voir les différents services en santé mentale être séparés administrativement. Cette sectorialisation s'oppose à une approche plus globale, axée sur la personne et ses besoins.

Finalement, les interventions possibles de l'état prennent la forme de meilleur financement, de meilleures pratiques administratives, de nouvelles perspectives et de mise en place de programmes préventifs. Le groupe propose d'embaucher des « agents de liaison » qui auraient pour objectif de coordonner les intervenants et développer des liens plus profonds entre l'hôpital et le milieu communautaire. Le groupe suggère également le financement et l'implantation de programmes sociaux en amont, pour agir avant que ne se développent des situations de crise. On note également qu'il faudrait favoriser le financement de la mission générale des organismes, plutôt que de financer des projets choisis par les institutions. Le financement par projet éloigne les organismes, manquant souvent de fond, de leurs missions premières. Il faut aussi miser sur une perspective alternative, axée sur la communication, le savoir-être et l'empathie, plutôt que la biopharmaceutique. On propose finalement d'investir dans les communautés. Par exemple en favorisant les interventions à domicile ou dans la communauté, au lieu de favoriser l'hospitalisation, il serait possible d'offrir

de meilleurs services à moins coûts. De même, en finançant des initiatives locales et communautaires, il serait possible de profiter de la créativité des différents acteurs, tout en leur offrant les moyens de réaliser leurs projets.

En conclusion, le groupe considère que l'institution est une machine lourde et qu'il ne faut pas s'attendre à un changement de culture rapide. Cependant, il ne faut pas baisser les bras et continuer de militer pour que les choses changent.

# Atelier 2 – L’intervention en situation de crise et l’application de la loi P-38.001 : une pratique aux pieds d’argile ?

**Animateur : Bruno Lamarre**

*Directeur général de Pleins droits Lanaudière*

## **Description :**

On parle souvent du non-respect des droits fondamentaux lorsqu’une personne est en garde en établissement de façon involontaire. Cependant, en amont, l’intervention effectuée par les services d’aide en situation de crise et les policiers ont une importance capitale sur le respect des droits et l’inviolabilité de la personne qui vit la souffrance. Dans cette optique, nous pouvons nous poser les questions suivantes : quelles sont les approches que nous devons privilégier en matière d’intervention en situation de crise ? Quelles sont les dérives et les applications inadéquates que nous devons éviter ou recadrer ?

## **Résumé des discussions :**

La loi P-38, adoptée en 1998, remplace la « Loi de protection du malade mental en cure fermée ». Elle permet aux autorités de garder une personne en garde préventive si on estime qu’elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Le niveau de danger et d’ailleurs l’unique principe qui guide la loi. Naturellement, l’existence et l’application de cette loi impliquent plusieurs défis.

D’abord, l’intervention policière est souvent musclée et teintée par différents préjugés sur la condition socio-économique des personnes. La loi est souvent appliquée de façon inappropriée. Il y a peu de concertation entre les premiers répondants, les policiers et les intervenants en santé mentale.

Le groupe aborde plusieurs pistes de solution. D’abord, il considère qu’une meilleure sensibilisation des premiers répondants – policiers, ambulanciers, pompiers, etc. – aux problématiques particulières à la Loi P-38 et son application. Par exemple, une personne qui accepte d’être transportée vers un centre hospitalier sera facturée pour le déplacement, ce qui

peut avoir plusieurs effets négatifs soit parce qu’elle craint le frais ou se retrouve incapable de les assumer.

On discute d’ailleurs de l’idée d’un « policier social », qui serait spécialement formé pour l’intervention sociale. Le groupe suggère également un meilleure intégration du réseau de la personne à tous les moments de l’intervention.

# Atelier 3 – La discrimination dans le réseau de la santé

**Animateur : François Winter**

Directeur de l'A-DROIT de Chaudière-Appalaches

## **Description :**

Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : *Faire ensemble et autrement* adresse, pour une première fois, la question de la discrimination dans le réseau de la santé envers les personnes vivant avec un problème de santé mentale. Toutefois, malgré les intentions gouvernementales, certaines pratiques demeurent. Cet atelier dressera un portrait sommaire des diverses formes de discrimination observées dans le réseau de la santé et favorisera la prise de parole des personnes directement concernées par la situation liée à leur vécu sur la question. Enfin, des pistes de solutions seront élaborées par les participants à l'atelier.

## **Résumé des discussions :**

« Le Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : *faire ensemble et autrement* » adresse, pour une première fois, la question de la discrimination dans le réseau de la santé envers les personnes vivantes avec un problème de santé mentale. Toutefois, malgré les intentions du gouvernement, certaines pratiques néfastes demeurent. Cet atelier a donc dressé un portrait sommaire des diverses formes de discrimination observées, directement et indirectement, dans le réseau de la santé et a favorisé la prise de parole des personnes directement concernées.

Lors de l'atelier, le masquage diagnostique a été vivement discuté. À maintes reprises, il a été souligné qu'un diagnostic psychiatrique était non seulement lourd à porter, mais pouvait avoir des conséquences néfastes, voire mortelles. En effet, le diagnostic psychiatrique supplante un potentiel diagnostic physique. Une personne subit de la discrimination lorsque ces symptômes physiques ne sont pas reconnus suite à un diagnostic de santé mentale.

Le plan d'action en santé mentale 2015-2020 précise notamment que chaque établissement de santé est responsable « des activités de lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes atteintes d'un trouble mental en ciblant prioritairement les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et services sociaux ». Au cours de

l'atelier, des pistes de solutions ont été soulevées par les participants afin de lutter contre la discrimination inhérente à la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble de santé mentale :

- 1. Augmenter la présence des organismes communautaires œuvrant dans la promotion et la défense des droits en santé mentale dans les unités de soins psychiatriques, et ce, afin d'informer à la fois les usagers de leurs droits, mais également afin de sensibiliser les professionnels de la santé aux droits de ces personnes ;**
- 2. Reconnaître le rôle d'« *advocate* » des intervenants envers la population vivant avec des troubles de santé mentale ;**
- 3. Actualiser les curriculums universitaires des programmes destinés aux professionnels de la santé (p.ex. sciences infirmières, travail social, psychologie, etc.) pour favoriser les interactions avec des personnes vivant avec un problème de santé mentale ;**
- 4. Encourager l'apprentissage expérientiel des professionnels de la santé en intégrant judicieusement des personnes atteintes de problèmes de santé mentale dans la formation, sans toutefois les instrumentaliser à des fins pédagogiques ;**
- 5. Promouvoir une approche multidisciplinaire dans la prise en charge de personnes vivantes avec un trouble de santé mentale de manière à prodiguer des soins holistiques. Il est d'autant plus nécessaire de mettre la personne au centre de ces soins étant l'experte de son histoire ;**
- 6. Développer des communautés de pratique où une collaboration reconnue existe entre les cliniciens et les chercheurs dans le but de rapprocher les avancées scientifiques à la pratique clinique et vice-versa.**

# Atelier 4 – Quand l’inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie.

**Animateur : Jean-François Plouffe**

*Chargé de dossiers et de communication à Action Autonomie.*

## **Description :**

Action Autonomie, le collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, a compilé l'ensemble des données relatives à l'application de la Loi P-38 pour l'année 2014, issues du greffe du Palais de justice de Montréal et obtenues auprès des établissements de santé. Il en ressort d'importantes irrégularités liées notamment à la durée des gardes sans autorisation du tribunal, au droit des personnes mises sous garde à consentir aux traitements et à bénéficier d'un procès juste et équitable, ainsi du droit d'en appeler de la décision auprès du Tribunal administratif du Québec. La Cour d'appel du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont récemment produit des textes contraignants qui témoignent du non-respect systématique par les établissements des obligations légales qui leur sont imposées depuis maintenant plus de 20 ans. La garde en établissement constitue souvent pour les personnes qui en font l'objet une expérience traumatisante qui entrave leur cheminement vers une amélioration de leur état de santé mentale. Plusieurs d'entre elles y ont vécu le manque d'écoute, l'insécurité, l'intimidation, le paternalisme, la multiplication des interdicts et les menaces de représailles.

## **Résumé des discussions :**

Action autonomie est un Organisme à but non lucratif fondé en 1991 par des citoyens et citoyennes déterminés à défendre leurs droits. La mission de l'organisme est la défense individuelle et collective des droits en santé mentale. Ce dernier est formé par une équipe de sept travailleurs et travailleuses et un conseil d'administration ou siège des personnes utilisatrices

de services en santé mentale. Les travaux de l'équipe d'Action autonomie soulèvent plusieurs problèmes.

D'abord, le nombre de requêtes de garde en établissement augmente constamment dans le district judiciaire de Montréal depuis 1996. Les ordonnances de garde en établissement de 27 à 30 jours, le maximum permis par la loi, augmentent dramatiquement depuis 1999. En 2014, Action autonomie rapporte qu'un intervalle moyen de 136 heures sépare le premier examen et l'audience pour une requête de garde alors que la loi stipule un maximum de 72 heures à partir du triage. Or, dans 66 % des cas, les requêtes en établissements ne sont pas contestées par les personnes. Seuls 34,9 % d'entre elles sont accompagnées ou représentées par un avocat lors de l'audience. Si la méfiance des avocats ou du système juridique est souvent mentionnée par les personnes qui expliquent pourquoi elles préfèrent se présenter seules à l'audience, on remarque que plusieurs ignorent qu'elles peuvent être représentées. D'autres considèrent aussi qu'elles se connaissent mieux et qu'elles sont en meilleure position de se représenter. Les participants à l'atelier ont soulevé plusieurs questions.

- 1. Pourquoi le recours aux requêtes de gardes augmente ? Plusieurs réponses sont considérées : l'influence des psychiatres, le mandat particulier de l'institution hospitalière, les pressions politiques, le statut économique des personnes, diminution des ressources. Cependant, les participants s'arrêtent finalement sur l'utilisation de drogues illicites. Ils considèrent également que la pratique s'est normalisée avec le temps, menant à son utilisation plus routinière.**
- 2. Est-ce que le recours aux requêtes de garde est moins fréquent ailleurs qu'à Montréal ? Les participants ne peuvent pas se prononcer sur**

la question, mais soulignent néanmoins que le portrait serait probablement encore plus sombre sans l'action d'organisme comme Action autonomie. Malheureusement, les survivants d'Action autonomie sont localisés et l'ensemble des citoyens ne peuvent y avoir accès également.

- 3.** Les professionnels de la santé comprennent-ils bien la loi P-38? Les participants considèrent que non, puisque la loi est très complexe et n'est pas bien comprise ou appliquée. Le concept de dangerosité, par exemple, n'est pas bien défini. Si ceci peut servir aux organismes de défense des droits, qui ont plus de l'attitude, mais il était pertinent de mieux comprendre comment la dangerosité est définie en pratique par les différents professionnels. On souligne d'ailleurs que si des professionnelles de la santé ont de la difficulté à comprendre et appliquer la loi, c'est particulièrement difficile pour les populations vulnérables. On mentionne que l'hôpital Sacré-Cœur est un excellent exemple d'application de la loi et suggère de chercher à comprendre pourquoi.
- 4.** Quelles sont les prochaines étapes? La majorité des participants considèrent que la suite des choses passe par une meilleure éducation des divers professionnels, sans pour autant négliger les efforts communautaires pour la défense des droits. Ils se montrent positifs face au Jugement J.M. et au Cadre de référence et considèrent qu'il faudrait profiter de cet élan.

**Deuxième  
journée :  
Amélioration  
des pratiques  
pour un  
meilleur  
respect des  
droits**

# Conférence – Ensemble pour la primauté de la personne

## Alain Godmaire

*Directeur des programmes santé mentale et dépendance, Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais (CISSSO)*

En matière de respect des droits de la personne vivant avec une maladie mentale, les défis à relever sont encore importants et de divers ordres. Le Plan d'action en santé mentale Faire ensemble et autrement 2015-2020 et plus particulièrement le plan de primauté de la personne orientent les actions dans la voie de l'amélioration des pratiques d'intervention pour un plus grand respect des droits. En Outaouais, c'est via la Table de concertation territoriale en santé mentale de l'Outaouais que le plan de primauté de la personne a été élaboré et qu'il est mis en œuvre. La présentation a pour but de présenter ce plan, les actions réalisées, celles en cours et celles à venir.

## Le plan de primauté compte cinq axes

- 1.** Le respect des droits dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- 2.** La lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
- 3.** La mise en place et le maintien de soins et services axés sur le rétablissement.
- 4.** La reconnaissance et le soutien de l'implication des membres de l'entourage.
- 5.** La participation active des personnes utilisatrices des services et des membres de l'entourage à la planification et l'organisation des services.

## Les principales réalisations à ce jour

- Élaboration et diffusion d'un répertoire des ressources de traitement des plaintes et de défense des droits.
- Signature d'un protocole d'entente entre le CISSS de l'Outaouais et L'Apogée comprenant les mécanismes d'information et d'orientation systématique vers l'organisme de soutien aux proches.
- Entente de service avec le Service d'accompagnement pour l'inclusion sociale (S.A.I.S.) pour l'intégration dans la communauté, l'accompagnement et l'usager-partenaire.
- Mise en place d'une équipe mixte (CISSS de l'Outaouais et Service de police de la Ville de Gatineau) d'intervention de crise (UNIC).
- Formation et mise à jour continue sur le rétablissement.
- Dotation de postes de pair-aidant.

## Les actions en cours en 2018-2019

- Mise en place d'un groupe de travail pour bonifier les actions relatives à la promotion des droits.
- Mise en place d'un groupe de travail portant sur les soins et services axés sur le rétablissement.
- Réalisation d'activités de sensibilisation et d'information portant sur l'implication des membres de l'entourage et sur la notion de confidentialité.

# Panel de discussion – Expériences novatrices et pratiques alternatives en santé mentale

## Les racines, la diversité des alternatives et les pistes pour penser leur avenir

**Lourdes Rodriguez del Barrio**

*Professeure agrégée à l'École de service social de  
l'Université de Montréal*

Les revendications citoyennes des groupes et des personnes pour obtenir droits et reconnaissance traversent les démocraties contemporaines. Au Québec et ailleurs, on assiste depuis la fin des années 50 à l'émergence et au déploiement d'un vaste mouvement de démocratisation des rapports aux personnes et groupes marginalisés, discriminés ou exclus tant, à l'intérieur qu'à l'extérieur des institutions publiques. Ces orientations expriment des transformations socioculturelles profondes, notamment le passage, de l'identité restreinte et réductrice de patient, bénéficiaire, usager passif vivant dans l'asile, à celle de citoyen responsable et critique exerçant ses droits, participant à son traitement et aux orientations du système des services publics et vivant au cœur de la cité. Cette transformation s'inscrit dans des mobilisations plus vastes contribuant à élargir la notion même de «citoyenneté» pour les personnes en situation de vulnérabilité et d'exclusion. Aborder la contribution du mouvement alternatif et communautaire en santé mentale à l'avancement des droits confronte justement à une vision élargie des droits. Ce mouvement a travaillé simultanément sur plusieurs fronts, notamment celui de la dénonciation, de la participation à des réformes et de la création de nouvelles manières de penser et d'agir proposant d'autres représentations de la folie et de la maladie mentale.

Il y a une grande continuité entre les enjeux qui ont motivé les luttes du mouvement dans les années 1970 et ceux des années 2010. Cependant, certains prennent une place plus centrale avec le temps. On peut dire la même chose des stratégies et du répertoire d'actions du mouvement. Ils ne changent pas

radicalement, mais les objectifs se transforment et certains prennent plus d'importance dans le temps. On peut aussi souligner la richesse de ce répertoire de pratiques depuis l'émergence du mouvement. Celui-ci s'adresse à l'opinion publique, tente de frapper l'imaginaire et de provoquer des changements sociaux, politiques et culturels. Progressivement, le mouvement communautaire devient un interlocuteur et un «collaborateur conflictuel» important pour le gouvernement.

Avec le mouvement du secteur handicap, on dénonce les effets des institutions totales comme dispositif central des services publics, on revendique leur abolition et leur remplacement par des services alternatifs dans la communauté. On conteste l'utilisation de la contention physique et chimique (qui est utilisée aussi chez les personnes âgées et les jeunes). On cherche à les réguler, à les réduire au minimum et à créer les conditions de leur disparition en proposant d'autres manières de faire. On prévient leur utilisation en s'attaquant aux causes sociales de la souffrance ou des comportements dérangeants. Ce sont aussi des années de grande implication pour modifier les lois afin de les harmoniser avec les Chartes des droits. Soutenus par le gouvernement qui vise la désinstitutionnalisation, de nombreux organismes communautaires et alternatifs sont créés et développent des regroupements provinciaux et régionaux.

À partir de la fin des années 1990, la critique de la psychiatrie biomédicale se déplace vers des thèmes qui, sans être nouveaux, deviennent l'objet d'un travail en profondeur de réflexion, de recherche, de dénonciation et de création de nouvelles pratiques : la critique du rôle du diagnostic psychiatrique comme source de stigmatisation, l'emploi de la psychopharmacologie, la dénonciation de nouvelles formes de contrôle et de contournement des lois qui visent la protection des droits des personnes utilisatrices des services en santé mentale. Par la suite, la question des droits économiques et sociaux, ainsi que les travaux autour des déterminants sociaux de la santé, commenceront à occuper l'avant-scène des actions du mouvement

communautaire autonome en santé mentale. La question des jeunes et de la transmission de la mémoire, de la culture et du savoir communautaires devient un objet de préoccupation et conduit à de nouvelles actions et mobilisations. L'utilisation des médicaments psychotropes est très étendue et ces jeunes sont exposés à l'hégémonie du paradigme psychiatrique biomédical qui semble devenir le seul référent de la culture publique commune pour expliquer toute forme de souffrance.

Pour ce mouvement, il s'agit de dénoncer les places sociales assignées, les représentations dominantes réductrices et les institutions qui les perpétuent. Les organismes alternatifs et communautaires mobilisent des conceptions alternatives des personnes fondées sur la reconnaissance de la dignité de chaque être humain. On réécrit l'histoire en donnant la voix à des acteurs et actrices ignorées.

Les alternatives se battent aussi dans le front des mots et de leurs sens. Ils sont interrogés et débattus dans un effort de dénonciation ou de subversion des visions minorisantes, réductrices ou violentes qu'ils portent : folie, maladie mentale, schizophrénie, problème sévère et persistant. On crée de nouveaux mots – santé mentale, détresse émotionnelle, personnes en quête de sens (association des Frères et sœurs d'Émile Nelligan)... Les alternatives ont ainsi transformé les manières de concevoir la vulnérabilité et la souffrance. Par la proposition de nouvelles représentations et valeurs, on cherche des manières de montrer la force, la beauté et la contribution des personnes autrefois réduites au silence et à l'invisibilité. L'art joue un rôle majeur pour explorer de nouveaux sens qui inspirent la création d'un monde plus habitable et soutiennent l'espoir du changement.

Il s'agit de créer des espaces d'expression et de prise de parole, des pratiques d'écoute, de soutien social, d'aide et d'entraide fondées sur la reconnaissance des savoirs d'expérience ancrés dans les parcours singuliers. La posture principale est l'ouverture, l'accueil sans jugement, l'écoute et le respect des choix personnels et des formes d'expression singulières et plurielles. Le mouvement cherche dans les approches psychothérapeutiques, dans les sciences sociales, dans d'autres cultures, des sources d'inspiration pour construire un nouveau rapport et un nouveau langage pour parler des expériences limites de la souffrance que ces termes recouvrent.

Ces pratiques plurielles permettent d'expérimenter, de ressentir, de matérialiser les désirs et les rêves, et de répondre aux besoins immédiats des individus et des groupes. C'est au cœur même des représentations socioculturelles de la folie et

de la maladie mentale que s'attaque le mouvement alternatif, en proposant la Gestion autonome de la médication en santé mentale ou en affirmant : « J'ai une histoire, pourquoi en faire une maladie ».

Les pratiques alternatives élargissent la capacité d'accueil des institutions sociales ou proposent de les transformer radicalement. L'accès égalitaire à l'éducation et au travail, pour assurer l'autonomie et l'autodétermination. Elles visent aussi l'émancipation et la solidarité à partir du partage d'expériences et rendant visible leurs contributions au monde commun, générant de nouvelles propositions pour l'action politique, déplaçant les débats, créant de nouvelles controverses.

Pour consolider leur contribution à l'avenir, il est essentiel de briser les silos, recouvrer une mémoire commune et s'allier à l'action de ceux et celles qui agissent pour la reconnaissance et l'accès à la protection et à l'exercice des droits dans d'autres champs (femmes migrations, diversité culturelle, LGBTQ+, handicap, etc.) afin d'approfondir des marges de liberté et rendre visibles les possibilités pour construire un monde plus habitable.

## Slalom vers le rétablissement et le respect des droits des usagers

**Johanne Roy et Anne-Marie Gareau**

*Représentantes des programmes santé mentale et dépendances du CISSS de la Montérégie Est*

**André Leduc**

*Coordonnateur du Collectif de défense des droits de la Montérégie*

Cette présentation raconte l'histoire du parcours en «Slalom» que l'équipe de soins de l'unité de courte durée en santé mentale (4<sup>ième</sup> Nord) de l'hôpital Pierre-Boucher du CISSS de la Montérégie Est a réalisé depuis le début de l'implantation d'une démarche de changement ayant débuté à l'automne 2011. La première partie, relate ce qui a favorisé le changement de culture permettant le partage des pouvoirs entre les professionnels de la santé et les usagers et leurs proches, à partir d'une approche clinique basé sur les concepts du rétablissement. Sur le plan organisationnel, le travail interdisciplinaire et la participation des usagers à leur plan d'intervention a permis l'ouverture du dialogue afin de mieux comprendre la réalité des uns et des autres. Depuis, plusieurs projets cliniques ont vu le jour afin d'offrir des soins de qualité et des services sécuritaires en respectant le parcours de rétablissement des personnes soignées.

«Slalom» a été le nom choisi par les usagers pour intituler le groupe de discussion et de réflexion sur la consommation d'alcool et de drogues offert sur l'unité du 4<sup>ième</sup> Nord. Cette activité thérapeutique, qui permet de discuter des avantages et inconvénients, bénéfiques et pertes associés à la consommation de substances, a été l'un des premiers groupes qui a pu être offert à la suite de ce projet d'optimisation. Outre une programmation clinique offrant différents types d'activités de groupe, d'autres projets innovants ont vu le jour. L'adoption d'une nouvelle politique sur l'utilisation exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle, la mise en place d'interventions sécuritaires basées sur l'approche Oméga ainsi que l'embauche d'un spécialiste en gestion de la violence et de l'agressivité sont tous des moyens qui ont permis une diminution significative du recours à la contention et à l'isolement.

En 2015, le programme de santé mentale du CISSS ME est devenu le 20<sup>e</sup> récipiendaire du prix Orange de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). Ce prix leur a été décerné

afin de souligner les efforts et d'honorer les initiatives qui ont été mises en place depuis le début de ce projet. Pour l'AGIDD-SMQ, il s'agit d'initiatives qui favorisent le développement d'une culture de droits. À cet égard, le projet pilote «Une défense pleine et entière» s'inscrit dans cette trajectoire d'actualisation et d'ouverture.

Présenté en deuxième partie, ce projet innovateur, réalisé sur une période d'un an, a permis d'offrir l'information et le soutien nécessaire aux personnes faisant l'objet d'une requête pour garde en établissement. Découlant d'un partenariat entre le CISSS ME et le Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM), ce projet avait comme objectifs de rejoindre toutes les personnes venant de recevoir une requête de garde en établissement pour leur transmettre de l'information sur leurs droits et recours, leur permettre de contester leur requête, d'être représentées par un avocat, d'être accompagné par le CDDM à la Cour et d'effectuer des rencontres à l'hôpital si besoin. Ce projet pilote a été un franc succès auprès de la clientèle visée. En effet, car du 10 avril 2017 au 5 janvier 2018 : 137 personnes ont eu accès au programme et de ce nombre, 97 personnes ont été informées de leurs droits et recours en matière de garde en établissement. De ce nombre, 53 personnes se sont présentées à la cour, 39 ont été représenté par un avocat et 38 ont été accompagnés par un représentant du CDDM.

Nous croyons fermement que la réussite de ces projets repose sur l'importance de soutenir le changement en démontrant un leadership mobilisateur en misant sur les forces de tous les acteurs impliqués. L'ouverture au dialogue et à la collaboration doit aussi s'effectuer à tous les niveaux hiérarchiques, entre les professionnels du réseau et du communautaire et surtout avec les usagers et leurs proches. Enfin, un projet innovateur centré sur les droits des usagers doit trouver un objectif commun afin de mobiliser tous les acteurs dans l'action. La réussite de ce projet pilote démontre qu'une collaboration entre les CISSS et les organismes de défense des droits est possible. Il est essentiel de poursuivre le dialogue afin de favoriser le déploiement de projets similaires au sein des CISSS pour ultimement assurer aux personnes hospitalisées en santé mentale, une défense pleine et entière.

Il reste maintenant à faire connaître ces projets à nos dirigeants afin qu'ils soient mieux soutenus et financés.

## Bilan du projet UNIC

### **Nicole Chaput**

*Gestionnaire du service 811 pour l'Outaouais et coordonnatrice régionale en matière de crise.*

### **Marc Robert**

*Inspecteur au Service de police de Gatineau et responsable de la mise en place de l'Unité d'intervention de crise*

### **Résumé :**

Depuis le 22 juin 2017, une nouvelle modalité d'intervention auprès d'individus en situation de crise fut mise sur pied grâce au partenariat du SPVG et le CISSS de l'Outaouais par l'entremise du service 811 (info-social). Inspirés de projets ailleurs au Québec, nous voulions développer un modèle *unique* pour Gatineau. L'Unité d'intervention de crise (UnIC), c'est l'intervention en DUO (patrouilleur et intervenant social) auprès des gens en crise ou en grande vulnérabilité. Concrètement, 72 heures par semaine, un intervenant du réseau de la santé est jumelé avec un patrouilleur du SPVG et leur mandat est de se rendre *ENSEMBLE* sur les lieux d'une crise et de faire l'intervention conjointe. Les grandes connaissances des intervenants sociaux en santé mentale, en estimation du risque suicidaire ou homicidaire, ou encore avec leurs connaissances des organismes communautaires et l'accès direct aux services du CISSSO jumelées à l'expertise des policiers en matière d'intervention sécuritaire en situation de dangerosité et les connaissances de la loi... font LA réussite de ce service. Réponse plus rapide, intervention concertée, responsabilité partagée sont toutes des valeurs ajoutées pour intervenir en situation de crise. Cette équipe réussit à démontrer les bienfaits, la pertinence et l'efficacité d'un partenariat soutenu auprès d'une clientèle vulnérable.

**Ateliers de  
réflexion critique  
– expériences  
novatrices  
et pratiques  
alternatives en  
santé mentale**

# Atelier 1 – La voix collective des personnes utilisatrices de services en santé mentale : pour prendre position ensemble sur les services en santé mentale et pour se faire entendre dans les lieux où se prennent des décisions.

## **Animatrice : Marité Lord**

*Chargée de projet Représent'ACTION santé mentale Montérégie et chargée de projet national pour Représent'ACTION santé mentale Québec*

## **Description :**

Au menu de la présentation, nous parlerons de la participation publique, du contexte social encourageant la participation des personnes concernées, de la naissance des regroupements de personnes utilisatrices, des différentes structures s'occupant de la représentation des personnes utilisatrices au Québec et plus particulièrement de Représent'ACTION, des liens avec les plans d'action santé mentale du MSSS, des valeurs, bienfaits ainsi que des défis à la représentation des personnes.

## **Résumé des discussions :**

La théorie de la participation d'Arnstein, publiée en 1969, offre une échelle de la participation publique, non-participation, coopération symbolique et pouvoir effectif des citoyens.

L'organisme Représent'ACTION apparaît en Estrie au début des années 2000 et consiste de rencontre régionales de personnes utilisatrice de service en santé mentale. Des délégués sont élus pour représenter la voie collective des utilisateurs. Ces derniers intègrent les conseil d'administration et les comités pour la prise de décisions au regard des services. Les délégués sont rémunérés et formés pour assister à ces rencontre, le but étant d'aplanir les différences de pouvoir au sein des institutions. Or, les activités communautaire tel que celles organisé par Représent'ACTION requiert plus de planifica-

tion, d'engagement et de temps. Elles sont aussi plus difficile à maintenir une organisation de ce type dans le cadre du plan d'action 2015-2020, favorisant les services efficaces et LEAN. En effet, du point de vue des gestionnaire, les activités de Représent'ACTION n'apparaissent pas particulièrement efficace. La formation des différents délégués augmente la charge de travail et il y a une possibilité d'inconfort lorsqu'on reçoit la critique des usagers.

Considérant la situation de Représent'ACTION, les participants se demande si le plan d'action 2015-2020 a une réelle utilité, ou seulement une valeur symbolique. L'évaluation de l'efficacité du plan d'action devrait être améliorée. On remarque d'ailleurs que la publication du plan d'action n'a suscité aucune réelle modification. On suggère que Représent'ACTION pourrait aussi adopter une vision pour diminuer ou sensibiliser à la rigidité de l'approche médico-centrique.

# Atelier 2 – Collectiviser les vécus, une voie d’émancipation?

**Animatrices : Mathilde Lauzier et Annie Pavois**

*Co-responsables au développement des pratiques et à la formation*

## **Description :**

Dans un contexte où la culture néolibérale et le modèle biomédical de la santé mentale concourent à individualiser la vision et les pratiques en santé mentale, le RRASMQ propose une réflexion collective sur l’importance de se réappropriier une vision globale de la santé mentale et la mission sociale de nos organismes. Depuis quelques années, par différents moyens d’éducation populaire, le RRASMQ encourage ses ressources membres dans le développement de pratiques collectives. Cet atelier permettra d’en prendre connaissance pour s’inspirer et échanger sur la pertinence de cette voie pour favoriser l’émancipation des personnes.

## **Résumé des discussions :**

À la suite d’une présentation sur la réflexion collective permettant la réappropriation d’une vision globale de la santé mentale et la révision des missions sociales des organismes membres du Regroupement des Ressources Alternatives en Santé Mentale du Québec (RRASMQ), nous avons discuté des applications possibles de la collectivisation des vécus dans une optique de dénonciation des approches néolibérales individualistes et dégradantes.

Le RRASMQ suggère un exercice pour les organismes membres dans le but de se réapproprier leurs missions sociales. L’exercice consiste à faire un éventail des services offerts par son organisme en mettant au milieu de cet éventail la mission de l’organisme. Le but étant de faire réaliser aux organismes que leurs activités se situent au niveau des traitements et des thérapies et non à un niveau sociopolitique, déclenchant un processus réflexif pour réorienter les missions des organismes.

Une fois les missions réappropriées, le RRASMQ suggère de collectiviser les récits en guise de source d’indignation sociopolitique. Des activités ont été suggérées pour permettre la collectivisation des vécus. Par exemple, faire un collectif des

récits. Sur un tableau ou sur un grand carton, il s’agit d’inscrire une phrase comme « après avoir rencontré le psychiatre, je me sens... » et on demande aux gens de compléter la phrase de façon libre et simultanée. On termine la session en faisant un retour collectif dans le but de « normaliser » les vécus et de se questionner sur leurs causes sociopolitiques. Ou encore, dans le cadre de la journée de l’Alternative (le 10 octobre), on suggère de s’installer dans un lieu public et demander aux passants « Quand on a des problèmes de santé mentale? » Ceci permet d’engager un dialogue pour guider la conversation vers les déterminants sociaux de la santé. Par la suite, les réponses sont accrochées sur une corde qui se remplit à mesure que des passants sont interpellés. Cette action concrète de collectivisation des vécus est une action créative sociopolitique en soi.

D’autres actions artistiques hybrides de collectivisation des vécus et d’actions sociopolitiques incluent par exemple le journal « Ailleurs et Autrement » qui présente le vécu des gens dans un format papier, et les « prescriptions sociales » de la Dre Diane Gnostic. Ces dernières sont une parodie sur les prescriptions médicales ayant comme diagnostic un déterminant social de la santé (p.ex. Isolement).

On s’est ensuite questionné sur la question de l’importance de l’indignation à la lumière de l’appel à la désobéissance par Amélie Perron lors de la conférence d’ouverture, notamment en ce qui a trait aux facteurs qui facilitent et qui inhibent l’indignation. Les réflexions ont porté surtout sur l’importance des regroupements et de l’organisation des gens marginalisés pour pouvoir bien s’indigner sans s’exposer à des risques individuels. En marge des conversations au sujet de la collectivisation des vécus, d’autres constats généraux ont été faits. Par exemple, les rencontres avec des psychiatres peuvent faire plus de mal que de bien. Lorsque les gens cherchent à s’informer sur leur situation, ils sont souvent considérés comme noncoopératif. Ces mêmes diagnostics sont souvent réducteurs et dévalorisent l’histoire vécue des gens.

# Atelier 3 – Défense des droits et pratiques alternatives ; quel rôle pour le communautaire ?

**Animateur : Daniel St-Jean**

Directeur du Centre 24-7

## **Description :**

Favoriser un changement de paradigme en matière de respect des droits des personnes vivant avec un problème de santé mentale est un beau défi. Étant donné ce que nous sommes et le rôle que nous jouons auprès de ces personnes, n'avons-nous pas une responsabilité particulière en ce domaine? Nous sommes si fiers de croire que le communautaire est *l'enfant terrible* du milieu de la santé, celui qui est capable de faire les choses autrement. Assumons-nous encore cette prétention? Savons-nous encore désobéir?

## **Résumé des discussions :**

Le communautaire a souvent la réputation d'être un moteur de changement. L'objectif de cet atelier était de consulter les membres ou employés d'un organisme communautaire et de les faire répondre à une série de questions. Ces dernières portent surtout sur le rôle des organismes communautaires et de leurs intervenants dans l'introduction de changement ou de pratique alternative dans le milieu. Nous compilons les réponses les plus populaires dans les sections suivantes.

## **Question 1 : Avons-nous encore assez le goût de mériter cette mauvaise réputation ?**

L'animateur rappelle que la mauvaise réputation à laquelle on fait référence, ici, est celle d'être dérangeants pour nos partenaires et dirigeants de par nos façons de faire les choses autrement et de dénoncer publiquement les dysfonctions des systèmes. Notons que six personnes se sont auto-identifiées comme venant d'un organisme communautaire, mais nous pensons que ce nombre est bien supérieur. Plusieurs autres participants sont des étudiants des universités de la région ou

des travailleurs du réseau public de santé. Quoi qu'il en soit, tout le monde est invité à donner son opinion.

POSITIF	NÉGATIF	INCERTAIN
6	0	1

Les réponses positives incluaient les éléments suivants. D'abord, on mentionne qu'il est important de prendre du recul afin de conserver notre œil critique qui permet de changer les choses et d'avancer dans le même sens que les personnes que nous aidons. Il faut que les gens que nous aidons sentent clairement que nous nous battons à leurs côtés. On note que la critique appelle une résistance du milieu, mais que cela n'est vrai qu'au début d'une nouvelle initiative et qu'il ne faut pas laisser la résistance nous décourager.

La professionnalisation des employés du communautaire (diplôme universitaire, etc.) a certains avantages, mais fait aussi en sorte que les énergies risquent de se tourner davantage vers les enjeux internes plutôt que sur ceux des usagers et sur la nécessité de prendre la parole publiquement. Les trois effets suivants sont aussi constatés :

- Critères d'intervention plus rigides, standardisés et protocolisés
- Les intervenants partagent moins le vécu des membres,
- Cela nous éloigne de notre mandat de défense des droits

Ceci a pour effet de nous faire davantage ressembler aux services de l'état, réduisant notre autonomie et nous éloignant de notre mandat. Néanmoins, les participants ne considèrent pas qu'ils doivent être dans la désobéissance, mais plutôt dans créativité qui donne une image plus positive du milieu. Après tout, le milieu communautaire est plus libre que le milieu hospitalier, moins hiérarchique, plus petit et plus donc facile à changer.

En même temps, on reconnaît avoir perdu notre pensée critique pour avoir une plus grande acceptation sociale, car la critique nous marginalise.

**Question 2 : Dans son rapport annuel, votre organisme fait-il référence à ce mandat de défense des droits de vos propres usagers ?**

NON	OUI
6	0

**Question 3 : Vos administrateurs-trices sont-ils/elles préoccupé(e)s par le respect des droits des usagers ?**

NON	OUI
2+1	0

On remarque ici un certain flottement parmi les participants. On note au passage que les administrateurs sont souvent très détachés de la réalité de l'organisme et de ses usagers, ce que plusieurs considèrent effrayant. De plus, ils conçoivent surtout leur travail comme charitable, voire paternaliste, et la défense des droits est un aspect plus secondaire. Cependant, dans certains cas, les administrateurs sont aussi des utilisateurs de services.

**Question 4 : Au quotidien, vos intervenants font-ils des interventions allant dans le sens de la protection de leurs usagers ?**

NON	OUI
0	4

Les participants sont ici unanimes. Pour les intervenants, le droit est l'équivalent du respect.

**Question 5 : Si vos intervenants-tes le font au quotidien, pourquoi votre rapport annuel et vos administrateurs n'en parlent-ils pas d'avantage ?**

Le travail des intervenants inclut la défense des droits, mais c'est une fonction tellement élémentaire qu'elle n'est pas reflétée dans le rapport annuel.

Après avoir répondu aux questions, les participants engagent une discussion autour des thèmes abordés. Plusieurs idées sont mentionnées au sein du groupe. Premièrement, les organismes doivent comprendre que la défense des droits existe surtout lorsque c'est une condition liée au financement et à la mission. Deuxièmement, on souligne qu'il est nécessaire de mobiliser la population en général pour être un véritable moteur de changement. Il est important que la voix des usagers soit portée au grand public, parce qu'en défendant les droits de ceux qui souffrent aujourd'hui, on défend les droits que nous aurons quand ce sera notre tour de souffrir.

Canaliser la colère des usagers est un point important. Plusieurs s'entendent pour dire qu'il est important d'utiliser la colère des usagers à des fins productives pour éviter qu'elle ne s'exprime « tout croche » de façon individuelle.

Troisièmement, on mentionne qu'il ne faut pas avoir peur de s'opposer aux règles injustes, même si c'est difficile. Plusieurs sont d'accord pour affirmer que le pouvoir, ça se prend, personne ne nous le donnera en cadeau. De plus, si on a peur de s'imposer, nous allons toujours accepter des compromis inacceptables. Il faut agir sans attendre de remerciements ou de reconnaissance, sinon il n'y aura jamais de changement. Le plus grand danger, selon plusieurs, c'est de se dire que la bataille est gagnée.

Quatrièmement, on affirme qu'il est important de diversifier nos tactiques. Il faut être capable d'utiliser la force, lorsque nécessaire, mais aussi faire preuve de souplesse et de créativité. Même face au réseau de la santé, il faut à la fois être capable de collaborer et de résister.

# Atelier 4 – Client ou citoyen engagé ? Une participation citoyenne construite et accompagnée

## **Animateur : Dominic Foisy**

*Professeur au Département de travail social à l'Université du Québec en Outaouais (UQO)*

### **Description :**

La participation citoyenne est un principe fondamental des démocraties et une valeur phare des organismes communautaires. Celle-ci, en principe, favorise à la fois l'insertion des personnes au système politique tout en contribuant à l'enrichissement des programmes et services publics. Mais que sont les attentes des membres des organismes dans le champ de la santé mentale ? Comment accompagner les personnes à dépasser le statut de client ou d'usager ? À partir d'un modèle de trajectoires de participation citoyenne, l'atelier vise à co-construire une compréhension des enjeux d'accompagnement à la participation citoyenne des utilisateurs de services dans le champ de la santé mentale.

### **Résumé des discussions :**

L'objectif de l'atelier était de susciter des discussions portant sur le modèle de trajectoire de participation citoyenne et de son implication dans différents milieux étant donné la présence à l'atelier de personnes issues du milieu communautaire, universitaire et hospitalier et par conséquent différents statuts (étudiante en sciences infirmières, infirmière en urgence psychiatrique, retraité, étudiante à la maîtrise en sociologie ; militante). Dr Foisy présente son modèle de trajectoire de participation. Ce modèle comporte des principes sous-jacents : se considérer d'abord et avant tout comme des citoyens et citoyennes ; croire et voir le potentiel des personnes et des communautés ; reconnaître que le temps est un facteur important, autrement dit que la trajectoire est non linéaire. Trois grandes composantes du modèle présenté par Dr Foisy sont à retenir :

- 1. Dispositif interne de participation :** le sens que les usagers donnent à leur présence aux différentes activités ou service à l'intérieur des différentes structures de l'organisme. Il y a aussi un processus dans lequel la participation citoyenne se transforme en un engagement civique. Ici, chaque service ou intervention devrait être vu par l'intervenant comme une possibilité de participation citoyenne.
- 2. Disposition à la participation :** la transformation du sens donné à leur participation est possible par la réponse totale ou partielle des besoins ressentis. Les besoins sont regroupés dans quatre dispositions, notamment matériels, émotifs, éducationnels et sociaux ce qui faciliterait l'identification de ceux-ci par l'intervenant.
- 3. Engagement :** l'évolution du type d'engagement des personnes à l'intérieur des différentes structures de l'organisme. L'intervenant tente de développer le type de participation du citoyen de client à citoyen engagé en suscitant son engagement et en changeant sa perception de sa présence dans les activités ou services.

Les discussions cherchaient surtout à répondre à deux questions. D'abord, comment favoriser la participation citoyenne ? Ensuite, comment ce modèle peut s'articuler dans la pratique ? Parmi les différents éléments de réponses abordés, les plus importants concernaient la reconnaissance de l'action citoyenne dans sa diversité, l'élaboration de structures alternatives axée sur le citoyen et la revitalisation de l'action citoyenne.

Selon les participants, il est important pour le citoyen d'apprendre à mieux se connaître, mais aussi à mieux connaître les ressources disponibles dans son milieu. Il doit d'ailleurs agir pour préserver ses ressources et les améliorer dans la mesure

du possible. Par exemple, les trajectoires citoyennes peuvent nous permettre de mieux saisir des besoins sous-jacents et la relation d'aide peut être repensée en terme de « citoyen à citoyen ». Ceci implique que les personnes présentement en situation de pouvoir doivent faire un effort pour rééquilibrer la situation en pensant à la relation en terme de « faire avec » plutôt que de « faire pour ». Tous les citoyens devraient être sollicités pour participer au sein d'organisme.

# Conférence de clôture – Quel consentement aux soins en psychiatrie?

**Emmanuelle Bernheim**

*Professeure au département des sciences juridiques  
Université du Québec à Montréal (UQAM)*

Le consentement libre et éclairé est le fondement juridique de toute décision de soins et la base de l’alliance thérapeutique ; mis à part exceptions, le refus de soins, son corolaire, doit impérativement être respecté. Ainsi, le personnel de soins a l’obligation de donner l’ensemble de l’information nécessaire à la décision de soin (état de santé, options thérapeutiques possible, risques associés au traitement, risques associés à l’absence de traitement, alternatives). De même, aucune pression indue ne doit influencer les décisions prises par les patients. Leurs volontés doivent être mises en œuvre peu importe leurs conséquences, y compris le décès.

L’observation de mécanismes juridiques civils et criminels développés dans les années 1990 permet cependant de constater l’érosion de ce principe dans le cas des patients psychiatriques. C’est en effet dans ces années que, parallèlement, les gouvernements fédéral et provincial ont réformé les mécanismes juridiques concernant la responsabilité criminelle et l’inaptitude à subir son procès, d’une part, et l’internement psychiatrique (garde en établissement) et les soins imposés (autorisation de soins), d’autre part. Dans les deux cas, les exceptions aux principes généraux du consentement aux soins sont strictes et encadrées par des procédures spécifiques. Les dispositifs concernant les troubles mentaux ne prévoient pas de mesures permettant de forcer les soins, reconnaissant ainsi l’universalité des droits au consentement au soin et à l’intégrité. Le fait d’être déclaré non responsable criminellement, inapte à subir son procès ou de se voir ordonner une garde en établissement ne permet donc en aucun cas l’imposition de traitement (mise à part 60 jours en cas d’inaptitude à subir son procès, dans le but de retrouver l’aptitude). À part les exceptions liées à l’urgence ou à la santé publique, le traitement contre le gré ne peut être envisagé qu’en cas d’inaptitude à consentir aux soins et de refus catégorique de la personne

inapte ou de refus injustifié de son représentant légal. Dans tous les cas, la volonté de la personne inapte doit minimale-ment être considérée.

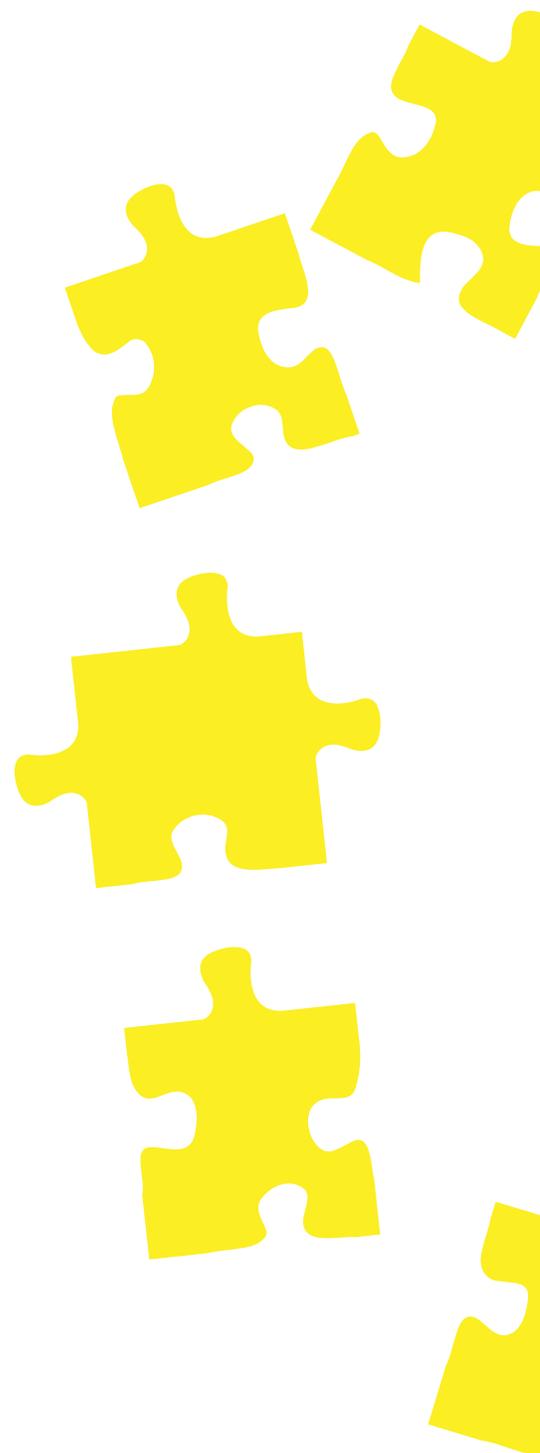
La recherche concernant ces différents dispositifs juridiques qui, soit ne visent pas les soins, soit ne visent pas la santé mentale, révèle qu’ils sont utilisés à des fins de traitements forcés en psychiatrie. En matière de santé mentale, les critères retenus pour évaluer le risque que présentent les personnes concernées par des demandes de garde en établissement ou des déclarations de non responsabilité criminelle et d’inaptitude à subir son procès ciblent le consentement au soin et la collaboration avec l’équipe traitante, exerçant une pression indue sur le consentement. En matière de soins, les critères retenus pour évaluer l’aptitude à consentir aux soins et leur application ont pour effet de cibler particulièrement les patients psychiatriques, notamment les personnes ayant un diagnostic de désordre psychotique. Dans les deux cas, les pratiques ne concordent pas avec l’état des connaissances scientifiques. Ces constats empiriques permettent de remettre en question la possibilité de consentir aux soins pour les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique.

# Conclusion – Les suites à donner

Le forum sur l'état des droits en santé mentale a été organisé pour permettre aux différents acteurs d'engager un dialogue sur la question des droits et de la santé mentale, mais aussi pour contribuer à une réflexion critique sur les différentes transformations qu'ils jugent nécessaire à un meilleur respect des droits des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Ainsi, en plus de l'objectif général de faire progresser la recherche interdisciplinaire sur les questions de droits en santé mentale, nos objectifs se déployaient sur trois volets. D'abord, d'offrir une occasion aux utilisateurs de services d'influencer la recherche et les politiques en matière de santé en participant au forum. Ensuite, d'amorcer un changement des pratiques psychiatrique afin qu'elles tiennent davantage compte des utilisateurs en tant qu'individus. Finalement, d'encourager un dialogue continu entre ses différents acteurs pour promouvoir la coopération et les échanges de savoir. L'évènement se voulait donc, à la fois, informatif et transformatoire.

Comme en témoigne ce recueil, les échanges ont été très fructueux. Outre les apprentissages inclus dans les textes précédents, nous aimerions faire trois constats importants. Ceci, autant pour conclure les travaux du forum que pour alimenter les discussions à venir. Premièrement, il appert que le changement le plus pressant en est un de culture; c'est-à-dire d'assurer le développement de pratiques inclusives où les utilisateurs de services en santé mentale sont reconnu comme des individus de droits. Deuxièmement, que le milieu communautaire doit se faire un devoir de refuser le statuquo. Troisièmement, les échanges auxquels nous avons participé dans le cadre du Forum nous ont convaincus plus que jamais que nous partageons tous la responsabilité de devenir des acteurs de changement. Nous espérons, dans nos activités futures, être en mesure d'alimenter le dialogue sur ces différents thèmes et pousser la réflexion toujours plus loin.

C'est dans ce but, d'ailleurs, que nous publions les textes dont vous achevez présentement la lecture. Nous espérons que ces derniers pourront servir de base à de nouvelles réflexions et discussions à travers le Québec. Nous travaillons également à mettre en place, pendant la production de cet ouvrage, la publication d'un numéro spécial sur le droit et la santé mentale dans le journal *Aporia*, ainsi que de la création d'un observatoire sur les droits en santé mentale afin de poursuivre les discussions sur le sujet.



# Remerciements

## Partenaires :

Droits-Accès de l'Outaouais  
CRSH  
Aporia  
UQO  
Université d'Ottawa

## Co-chercheurs pour la demande CRSH :

Pierre Pariseau-Legeault  
Katharine Larose-Hébert

## Comité organisateur :

Émilie Couture-Glassco  
Jean Daniel Jacob  
Alexandre Métras  
Alexandre Cournoyer  
Alain-Gibril Irakiza  
Santina Agresta

## Maître de cérémonie :

Geneviève Nault

## Conférenciers-ères :

Amélie Perron  
Patrick Martin-Ménard  
Alain Godmaire  
Emmanuelle Bernheim

## Panélistes :

Nathalie Baba  
Katharine Larose-Hébert  
Pierre Pariseau-Legault  
Lourdes Rodriguez del Barrio  
Anne-Marie Gareau  
Johanne Roy  
André Leduc  
Nicole Chaput  
Marc Robert

## Animateurs-trices d'ateliers :

Bruno Lamarre  
François Winter  
Chloé Serradori  
Jean-François Plouffe  
Daniel St-Jean  
Dominic Foisy  
Marité Lord  
Annie Pavois  
Mathilde Lauzier

## Étudiant-es au PHD en sciences infirmières qui ont pris les notes lors des ateliers de réflexion critique :

Emily Marcogliese  
Jean-Laurent Domingue  
Mylène Suzie Michaud  
Kim Lauzier  
Gabriela Peguero-Rodriguez

## Accueil et logistique :

Rebecca Labelle  
Audrey Levesque  
Érika Chénier

## Graphisme :

pulpandpixel.ca

L'équipe tient à remercier Le Boulev'Art pour l'exposition des œuvres pendant le forum.



