

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE
UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI (LOI P-38.001) : CONSTATS,
DÉFIS ET RECOMMANDATIONS

ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION

PAR

JESSICA BERGERON

DÉCEMBRE 2021

Sommaire

Au Québec, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001) constitue une loi d'exception; elle permet de restreindre les droits d'individus en les hospitalisant sans leur consentement si leur état mental présente un danger et qu'ils refusent l'aide. Le présent essai avait comme objectifs de (1) faire une recension de l'état des connaissances actuelles concernant la Loi P-38.001, (2) relever les défis d'adaptation engendrés par son application vécus par les personnes hospitalisées et (3) proposer des pistes d'amélioration liées à l'imposition d'une garde pour venir pallier ces défis. Pour répondre à ces objectifs, une recension critique des écrits de 1997 à 2021 a été faite. Les résultats montrent des écarts entre les dispositions prévues par ladite loi et son application. Des recommandations sont proposées pour les réduire, telles qu'explorer les mesures de remplacement à la garde, miser sur la formation des intervenants et favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
La Loi sur la protection des personnes : une recherche d'équilibre.....	2
La gestion de crise : entre encadrement bienveillant et autonomie.....	3
Définitions.....	6
La Loi sur la protection des personnes (Loi P-38.001).....	7
Un aperçu de la Loi P38.001.....	7
Une définition des types de gardes.....	7
La garde préventive.....	7
La garde provisoire.....	8
La garde en établissement.....	8
La levée de la garde.....	8
Objectifs.....	9
Méthode.....	11
Recension des écrits.....	12
La consultation initiale des écrits.....	12
Le choix des bases de données appropriées.....	12
La préparation de la recension des écrits.....	13
Plan de concepts.....	13
Critères d'inclusion.....	13
Types de documentation.....	13
Clientèle cible.....	14
Provenance.....	14
Années.....	14
Critères d'exclusion.....	14
L'opérationnalisation de la recension des écrits.....	14
Analyse critique des informations recueillies.....	15
Résultats.....	16
Le non-respect des droits de la personne.....	17
Le droit au consentement libre et éclairé.....	17
Le droit à l'information.....	19

Le droit de communication.....	19
Le droit de représentation.....	20
La méconnaissance et l'interprétation des dispositions de la Loi P-38.001.....	21
La collaboration interprofessionnelle.....	21
L'estimation de la dangerosité.....	22
L'administration des dispositions prévues par la Loi P-38.001.....	23
Codes et procédures.....	23
Disponibilité des ressources.....	24
Les défis adaptatifs des personnes faisant l'objet d'une garde involontaire.....	24
Discussion.....	27
Les recommandations liées à l'application de la Loi P-38.001.....	29
Conserver son caractère exceptionnel.....	29
Privilégier la collaboration interprofessionnelle.....	30
Attitude des intervenants.....	31
Inclure les membres de l'entourage.....	32
Soutien des ressources organisationnelles.....	32
Société et sensibilisation.....	32
Importance de la recherche.....	33
Les limites de la recension critique des écrits.....	33
Conclusion.....	34
Références.....	36
Appendice A. Les lexiques des mots clefs liés à l'application de la Loi P-38.001.....	43
Appendice B. La grille d'analyse critique de la pertinence et de la qualité des sources.....	47
Appendice C. La fiche de lecture utilisée lors de l'analyse et de la synthèse des écrits.....	50

Liste des tableaux

Tableau

1	La liste des bases de données informatisées utilisées.....	13
2	Les lexiques des mots clefs liés à l'application de la Loi P-38.001.....	44
3	La grille d'analyse critique de la pertinence et de la qualité des sources.....	48
4	La fiche de lecture utilisée lors de l'analyse et de la synthèse des écrits.....	51

Remerciements

L'auteure tient à adresser un remerciement particulier aux personnes suivantes :

Georgia Vrakas, Ph. D., professeure au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son appui dans la réalisation de ce document à titre de directrice d'essai;

Charles Viau-Quesnel, Ph. D., et Natacha Brunelle, Ph. D., professeurs au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour leurs conseils éclairés et leurs recommandations au début du processus de recension des écrits;

Sylvie Hamel, Ph. D., professeure au département de psychoéducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son précieux soutien.

Introduction

La Loi sur la protection des personnes (Loi P-38.001) : une recherche d'équilibre

La gestion des personnes en crise soulève des dilemmes dans la société actuelle où se chevauchent à la fois l'héritage d'un paternalisme professionnel omniprésent et la sensibilité croissante envers la préservation de la liberté individuelle et de l'autonomie (Jaunait, 2003; Couture-Trudel et Morin, 2007). Depuis le début des années 1980, le paternalisme dans les relations aidants-aidés a commencé à laisser la place à un modèle thérapeutique qui repose davantage sur les notions d'autonomie et d'autodétermination (Ménard, 2012). Des vestiges de l'approche axée sur le paternalisme demeurent néanmoins présents, en particulier lors d'un risque de compromission pour l'intégrité d'une personne (Jaunait, 2003).

Il est à noter que la notion de paternalisme dont il est question dans le présent texte implique « une intervention sur la liberté d'action d'une personne se justifiant par des raisons exclusivement relatives au bien-être, aux besoins et aux intérêts des individus contraints » (Dworkin, 1972, p.65). Ce concept doit être compris dans une forme nuancée s'éloignant du caractère péjoratif qui lui a été historiquement attribué. Loignon et Boudreault-Fournier (2012) le qualifient d'*encadrement bienveillant*. Ceci fait référence au souci d'offrir aux personnes en déséquilibre des conditions de vie optimales et de les protéger. À cet effet, le professionnel qui intervient en situation de crise dans un souci d'*encadrement bienveillant* prend en compte les intérêts du patient; l'*encadrement bienveillant* présuppose que des valeurs ou des intérêts apparaissent supérieurs au prix rattaché à la perte d'autonomie (Jaunait, 2003; Saks, 2002).

Au Canada, bien qu'une promotion de l'autonomie de la personne soit présente, la société conserve un système de hiérarchisation des valeurs centré sur l'*encadrement bienveillant*. Des exceptions sont prévues pour pallier dans les situations où la liberté individuelle entrecroise les assises de l'inviolabilité des droits à la sécurité et à la vie, et ce, au sein même des textes législatifs. À cet effet, la *Charte canadienne des droits et libertés* indique que les droits de la personne « peuvent être restreints par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique » (Gouvernement du Canada, 1982, art.1). La *Charte des droits et libertés de la personne* ajoute que « nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite » (Gouvernement du Québec, 1999, art.24).

Des mesures involontaires peuvent ainsi être appliquées en contexte de crise. La mesure faisant l'objet du présent essai réfère à l'hospitalisation forcée qui est encadrée, au Québec, par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (ci-après appelée Loi P-38.001 par souci de concision). La Loi P-38.001 cherche à trouver « un équilibre entre la sécurité et la sûreté de l'ensemble des individus constituant la société et la protection des libertés et des droits fondamentaux de la personne présentant un problème de santé mentale » (Lauzon, 2002) ou du moins, présentant un risque de passage à l'acte qui nécessite une intervention.

L'application de la Loi P-38.001 demeure néanmoins un sujet controversé. À noter que la controverse liée à l'utilisation de l'hospitalisation forcée n'est pas exclusive au modèle québécois (voir par ex. Berthon, 2011; Geller, 2006; Reitan, 2016; Saks, 2003). Bien que l'intention première soit d'assurer la protection des individus, la mise en œuvre d'une mesure de garde involontaire entraîne nécessairement une privation de liberté par la détention contre le gré de la personne dans un établissement de santé (Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011), d'où l'importance de se questionner sur ce sujet.

La gestion de crise : entre *encadrement bienveillant* et *autonomie*

La notion de crise réfère à un processus complexe où un évènement déclencheur engendre un stress perçu comme dépassant les capacités adaptatives de la personne (Séguin *et al.*, 2012). À considérer que le contexte et l'état de tension émotive ne permettent pas en eux-mêmes de définir la crise, elle découle de l'interaction entre le vécu expérientiel et l'évaluation cognitive que l'individu en fait (Roberts, 2000). En d'autres termes, la crise résulte de la perception d'un danger ou d'un déséquilibre adaptatif jugé inéluctable. La définition de Caplan (1964) illustre ces propos :

La crise est un état qui se produit quand une personne perçoit un obstacle à un des buts dans sa vie qui, pour un certain temps, est insurmontable par l'utilisation des méthodes habituelles de résolution de problème. Une période de désorganisation s'ensuit, période d'inconfort durant laquelle différentes tentatives de solution sont utilisées en vain. Éventuellement, une certaine forme d'adaptation se produit, qui peut être ou non dans le meilleur intérêt de la personne et de ses proches. (p.18)

L'écart perçu entre le défi expérientiel et les ressources adaptatives de l'individu en crise peut entraîner un risque de passage à l'acte afin de diminuer la tension cumulée (Séguin *et al.*,

2012). Le passage à l'acte peut se présenter sous forme de comportements *autoagressifs*, soit une agressivité dirigée contre soi (ex. automutilation, tentative de suicide), ou *hétéroagressifs*, soit une agressivité dirigée contre autrui (ex. tentative d'homicide). Une personne peut toutefois vivre un état de crise sans passage à l'acte suicidaire ou homicidaire; la trajectoire de vie des individus qui passent à l'acte est composée d'une accumulation de facteurs personnels, sociaux, familiaux, psychologiques et psychiatriques (Séguin *et al.*, 2005).

Dans un contexte de crise, une approche dirigée vers un *encadrement bienveillant* repose sur la présomption qu'une personne en état de désorganisation ne se trouve pas nécessairement en mesure de prendre une décision éclairée qui privilégie son bien-être (Saks, 2002). Cette approche peut amener les acteurs concernés à prendre des décisions dans l'intérêt de l'individu en crise en incluant parfois l'utilisation de mesures involontaires telles que la médication forcée, l'hospitalisation forcée, les contentions physiques et l'isolement. Ces acteurs, pouvant être des membres de l'entourage, des policiers, des professionnels de la santé, des intervenants sociaux ou autres, agissent en espérant que la personne retire des bénéfices de l'intervention.

La société tend à se questionner sur l'usage de mesures involontaires. Ce souci perdure depuis plusieurs décennies; à la suite de la Seconde Guerre mondiale en 1945, l'éthique médicale a commencé à défendre l'autonomie des individus en apportant la notion de consentement libre et éclairé (Sutrop, 2011). De surcroît, les droits fondamentaux de l'individu sont protégés, au Canada, par la *Charte canadienne des droits et libertés* depuis 1982, et ce, en collaboration, au Québec, avec la *Charte des droits et libertés de la personne* depuis 1999. Ces deux chartes garantissent le droit de tout être humain à la vie, à la sécurité et à la liberté. Leur adoption montre l'importance accordée aux droits de la personne.

En ce sens, l'essentiel du dilemme en intervention de crise, du moins, lorsqu'un individu refuse l'aide, réside dans l'opposition de valeurs élues en tant que droits fondamentaux : la vie, la sécurité et la liberté. L'obtention d'un consentement éclairé explicite préserve l'autonomie au détriment parfois de la sécurité et du bien-être, tandis que l'*encadrement bienveillant* met de l'avant la sécurité et le bien-être au détriment parfois de la liberté et de l'autonomie (Sutrop, 2011). Ce conflit éthique soulève des questions. Des mesures doivent-elles être prises pour aider des individus contre leur gré? Comment faire coexister des valeurs en apparence antagonistes dans un contexte de crise?

Une approche psychoéducative se révèle pertinente face à ce sujet. La psychoéducation est une discipline professionnelle qui consiste à accompagner les individus vivant des difficultés d'adaptation et leur environnement immédiat dans la réappropriation d'un équilibre adaptatif (Renou, 2005; Bonsack *et al.*, 2015). Qui plus est, selon Bonsack *et al.* (2015), la psychoéducation précède et complète en psychiatrie les notions de consentement éclairé, de décision partagée et de littératie en santé mentale. La recension critique des écrits, utilisée pour atteindre les objectifs de l'essai, est ainsi teintée par ce champ d'études. Il est à préciser que la revue de la documentation se base sur un devis exploratoire.

L'essai est divisé en cinq parties. La première partie permet d'introduire et de définir la Loi P-38.001, ainsi que les types de gardes. Le but et les objectifs sont exposés dans la seconde partie. La troisième partie fait état de la méthode employée pour repérer les écrits et en faire l'analyse. La quatrième partie traite des résultats obtenus lors de la recension de la documentation. Finalement, la cinquième partie présente une discussion impliquant les considérations théoriques et pratiques liées à l'application de la Loi P-38.001, ainsi que les pistes d'amélioration proposées pour maximiser le potentiel adaptatif des individus en contexte de garde forcée.

Définitions

La Loi sur la protection des personnes (Loi P-38.001)

Un aperçu de la Loi P38.001

La Loi P-38.001, adoptée en 1997 et entrée en vigueur en 1998, est une loi d'exception au Québec; elle entraîne la restriction des droits de la personne et des libertés individuelles. En effet, elle permet d'hospitaliser un individu sans son consentement si son état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui et qu'elle refuse l'aide proposée (Dostie, 2015). À savoir qu'en cas de consentement face à l'hospitalisation, la personne recevra une aide en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, adoptée en 1991, et non en vertu de la Loi P-38.001. Il est à noter que ladite loi ne définit pas la notion d'état mental perturbé. Dans cet essai, elle est décrite comme un état de détresse psychologique important résultant d'un déséquilibre (SPVM, 2019).

La Loi P-38.001 remplace la *Loi sur la protection du malade mental* adoptée en 1972. L'adoption de cette loi est venue répondre au besoin d'accorder les pratiques hospitalières aux principes du *Code civil du Québec* adopté en 1991 et entré en vigueur en 1994; ce dernier a créé une confrontation face aux procédés utilisés en psychiatrie à l'époque par le renforcement des droits des personnes (Couture-Trudel et Morin, 2007). Il introduit notamment le droit à l'intégrité et le principe de l'inviolabilité de la personne. Il est à préciser que les dispositions de la Loi P-38.001 complètent celles du *Code civil du Québec*, en particulier les articles 26 à 31 (1991a) qui portent sur la garde en établissement de santé et de services sociaux.

Une définition des types de gardes

La Loi P-38.001 inclut trois types de gardes : préventive, provisoire et en établissement. Les informations de cette sous-section proviennent majoritairement du texte législatif sur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Gouvernement du Québec, 1997).

La garde préventive. Ce type de garde permet d'hospitaliser involontairement un individu représentant un danger grave et imminent pour lui-même ou pour autrui, et ce, sans l'autorisation du tribunal ni la nécessité d'une évaluation psychiatrique préalable. La durée maximale de la garde préventive est de 72 heures. Ce type de garde déroge le plus aux droits d'un individu; elle constitue la seule à pouvoir être imposée sans l'autorisation d'un tribunal (Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011; Baudouin et Cournoyer-Proulx, 1997).

La garde provisoire. Ce type de garde doit être ordonné par le tribunal, à la demande d'une tierce personne, dans le but de soumettre un individu à deux évaluations faites par deux psychiatres différents. Ces évaluations psychiatriques visent à déterminer si l'état mental de la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui nécessitant une hospitalisation dans un établissement de santé et de services sociaux.

Si l'individu est déjà pris en charge par un centre hospitalier, les deux évaluations doivent être réalisées dans un délai de 48 heures. Si ce n'était pas le cas préalablement à la garde provisoire, le délai est de 96 heures. À noter qu'à la suite des deux évaluations, si les deux psychiatres jugent la garde nécessaire, un délai additionnel de 48 heures peut être ajouté à la garde pour un total de 96 heures dans le premier cas et 144 heures dans le deuxième cas.

La garde en établissement. Ce type de garde, aussi appelé *garde autorisée*, permet, à la suite de la remise de deux évaluations psychiatriques attestant la nécessité d'une hospitalisation, de garder une personne dans un centre hospitalier contre son gré pour une durée de 21 jours. Une autorisation de la cour est nécessaire. Un allongement de la période de garde peut être demandé si nécessaire. La garde en établissement fait suite à la garde provisoire.

La levée de la garde. Différentes raisons peuvent mener à la levée des trois types de gardes. Les principales raisons sont présentées subséquemment : (1) l'individu consent à l'hospitalisation, (2) la période de garde est révolue, (3) un examen ou une évaluation psychiatrique conclut que la personne ne présente plus un danger pour elle-même ou pour autrui, (4) les évaluations psychiatriques ne sont pas remises selon les délais fixés et (5) le tribunal demande la levée de la garde. À noter qu'aucun autre soin ou service, en dehors de l'hospitalisation forcée, ne peut être soumis à la personne sans son consentement pendant la durée de chacune des gardes.

Objectifs

Le présent essai vise à contribuer aux efforts pour favoriser le potentiel d'adaptation des personnes mises sous garde contre leur gré dans le cadre de l'application de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38.001). Plus précisément, on vise à atteindre les objectifs suivants : (1) faire une recension de l'état des connaissances actuelles concernant l'application de la Loi P.38.001, (2) relever les défis adaptatifs engendrés par les difficultés d'application de la Loi P-38.001 vécus par les personnes hospitalisées et (3) proposer des pistes d'amélioration concernant l'application d'une garde forcée pour pallier ces défis.

À noter que la notion de défis adaptatifs réfère, dans le présent texte, à un déséquilibre créé par un écart entre la situation actuelle et celle espérée (Renou, 2005). L'atteinte des objectifs mentionnés ci-haut pourra permettre aux acteurs qui sont concernés par la Loi P-38.001 de mieux comprendre les enjeux liés à son application, puis d'agir pour donner l'occasion aux personnes hospitalisées sans leur consentement de retrouver un équilibre adaptatif malgré le contexte de garde forcée. En ce sens, le potentiel adaptatif d'un individu se réfère à deux axes : les ressources individuelles de la personne et le potentiel expérientiel (Douville et Bergeron, 2018). Un contexte environnemental adapté peut influencer le potentiel adaptatif d'une personne, puis avoir un impact positif sur sa trajectoire de vie. La considération des aspects inhérents à l'application d'une garde involontaire est importante dans une vision de réadaptation.

Méthode

Cette section présente une description de la méthode de recension des écrits, ainsi que le procédé employé pour réaliser l'analyse critique des informations recueillies. Il est à préciser que le processus de recherche a été principalement basé sur les recommandations de Fortin (2010) qui seront expliquées ci-dessous.

Recension des écrits

1. La consultation initiale des écrits

La première étape a consisté à cerner le sujet de recherche, puis à dégager les mots clefs et les concepts inhérents à l'application de la Loi P-38.001. Une consultation initiale des écrits a été réalisée à l'aide d'un logiciel de navigation informatique (*Google Chrome*) et du catalogue de bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (*Sofia*). Il est à noter qu'aucune stratégie de repérage précise n'a été appliquée à cette phase. Différents types de documents ont été lus, incluant des sources primaires et secondaires. Les buts ont été d'explorer la documentation disponible sur le sujet, d'établir sa pertinence et de cerner les enjeux liés à la Loi P-38.001. Les recherches liminaires ont été effectuées notamment à partir du nom complet de la loi à l'étude : *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

2. Le choix des bases de données appropriées

Le présent essai se concentre sur une vision psychoéducative. Les bases de données ont été sélectionnées à partir de celles proposées, par le service en ligne de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières, associées à la psychoéducation. Un total de 24 bases de données a été repéré. Sur ce nombre, cinq ont été retenues. Elles couvrent à la fois les domaines des sciences sociales et de la santé; la loi P-38.001 implique, entre autres, ces champs de pratique. Les bases de données choisies sont décrites dans le tableau sous-jacent. Les descriptions sont issues du bottin de la bibliothèque de l'Université du Québec à Trois-Rivières (2021) et de Fortin (2010).

Tableau 1

La liste des bases de données informatisées utilisées

Bases de données	Descriptions
APA PsycINFO (EBSCO)	Base de données qui regroupe un ensemble de publications sur les sujets suivants : la psychologie et les sciences humaines liées aux comportements des individus, incluant la psychiatrie et la psychoéducation.
Cairn.info	Base de données qui permet d'avoir accès à de la documentation francophone en lien avec les sciences humaines et sociales.
CINAHL (EBSCO)	Base de données qui regroupe des écrits dans les secteurs des sciences infirmières et paramédicales.
Érudit	Base de données qui couvre la production scientifique francophone en lien avec les sciences humaines et sociales.
Medline / PubMed	Base de données internationale en science de la santé.

3. La préparation de la recension des écrits

Plan de concepts. Fortin (2010) mentionne que l'élaboration d'un plan de concepts vise à cibler les notions pertinentes inhérentes au sujet de recherche, à faire une liste de mots clefs incluant des synonymes et à associer des termes à l'aide d'opérateurs booléens. Un lexique a été constitué avec l'utilisation du thésaurus *Psychological Index Terms* de la base de données APA PsycINFO et le repérage de mots clefs lors de la lecture de la documentation recensée à la phase de consultation initiale des écrits (voir Appendice A). Il est à noter que le lexique présente des termes français et anglais; la recension des écrits a été effectuée dans les deux langues.

Critères d'inclusion. Afin d'être comptabilisés dans la revue des écrits, les écrits doivent répondre aux critères d'inclusion énoncés ci-dessous.

Types de documentation. Seules les sources primaires ont été retenues pour avoir accès à de l'information complète et évaluer leur qualité (Fortin, 2010). À cette condition, tous les types de documents ont été acceptés (ex. livres en format papier et numériques, textes législatifs, articles de périodique, publications gouvernementales ou autres). L'accès à la *littérature grise* a été nécessaire pour documenter le sujet de recherche; un nombre limité d'études empiriques a été réalisé au Québec concernant l'application de la Loi P-38.001.

Clientèle cible. Uniquement les écrits qui concernent une clientèle adulte (18 ans et plus) ont été recueillis; l'application de la Loi P-38.001 et l'hospitalisation involontaire de personnes mineures entraînent des enjeux particuliers qui devraient faire l'objet d'un essai à part entière.

Provenance. L'accès à de la documentation concernant l'application de la Loi P-38.001 au Québec est limité. Ce fait suscite la nécessité d'agrandir la recherche au contexte d'hospitalisation forcée dans d'autres pays ayant une culture similaire pour favoriser un comparatif adéquat. De surcroît, cet élargissement a permis d'observer les procédures qui sont mises en place ailleurs de façon à pouvoir enrichir l'analyse critique des écrits et les recommandations proposées.

Années. Les années de publication des écrits doivent se situer entre 1997 à 2021; la Loi P-38.001 a été adoptée en 1997. Des exceptions peuvent cependant s'appliquer.

Critères d'exclusion. Les écrits qui correspondaient aux critères suivants ont été exclus : documentation rédigée dans une autre langue que le français ou l'anglais et source non accessible gratuitement.

4. L'opérationnalisation de la recension des écrits

L'essai se base sur un devis exploratoire; le plan de concepts a favorisé l'exploration des écrits à l'aide de tentatives de combinaisons de mots variés dans chacune des bases de données susmentionnées. Les principaux termes français utilisés ont été les suivants : crise, consentement, danger grave et immédiat, état mental, garde, hospitalisation involontaire, loi d'exception, mesure d'exception, protection et santé mentale. En ce qui concerne les mots anglais, ceux majoritairement employés s'énumèrent comme suit : *commitment, crisis intervention, involuntary hospitalization, law, outcome* et *risk*. L'ensemble des recherches effectuées ont été notées dans un journal de bord informatisé en incluant le nom de la base de données, la date de la recherche, les mots clefs utilisés,

les opérateurs booléens employés et le nombre de résultats obtenus. La documentation retenue a été conservée et classifiée à l'aide du logiciel EndNote X8.

À préciser que la recension des écrits qui a été faite n'a pas la prétention d'être une revue systématique de la documentation primaire pertinente liée à l'application de la Loi P-38.001 (Fortin, 2010). Les critères d'arrêt de la revue des écrits ont été la recherche de saturation des données et la diversification des points de vue recueillis. La saturation des données, selon Glaser et Strauss (1967), représente l'atteinte d'un nombre d'informations suffisant de manière à ce qu'aucune donnée supplémentaire ne vienne enrichir l'ensemble des nouvelles connaissances obtenues.

En ce qui a trait à la diversification des écrits recensés, Pires (1997) explique que ce concept vise à explorer différentes représentations de la réalité pour mieux en comprendre son fondement. De ce fait, la documentation qui a été recueillie comprend des faits, puis le point de vue de divers acteurs qui ont été impliqués dans l'application de la Loi P-38.001 ou une hospitalisation forcée. En résumé, les deux critères mentionnés ci-haut ont permis de baliser la constitution d'un échantillon adéquat pour permettre la réalisation de l'essai et l'analyse critique des écrits.

Analyse critique des informations recueillies

La sélection liminaire des écrits a commencé par la lecture des titres et des résumés. Une lecture approfondie des textes sauvegardés dans le logiciel EndNote X8 a permis de cibler les sources pertinentes de qualité. Une grille d'analyse critique de la documentation a été conçue pour faire l'appréciation de la pertinence et de la qualité des sources à partir des modèles proposés par Tyndall (2010) et Bouchard et Cyr (2005) (voir Appendice B). Les informations ont été analysées et synthétisées à l'aide d'une fiche de lecture créée au préalable à partir des propositions de Fortin (2010) (voir Appendice C). La recension des écrits a été faite entre septembre 2019 et juin 2021 en alternance avec la rédaction.

Résultats

La section qui suit présente une recension de l'état des connaissances au sujet de la Loi P-38.001 (objectif 1). Les prochaines pages exposent, entre autres, les difficultés d'application et les défis adaptatifs vécus par les personnes hospitalisées inhérents à la loi à l'étude (objectif 2).

Le non-respect des droits de la personne

La Loi P-38.001 vise à trouver un équilibre entre la protection de la personne et celle de ses droits dans un contexte d'hospitalisation forcée. L'individu mis sous garde sans son consentement conserve des droits et des libertés individuelles bien qu'ils soient restreints. Ces derniers ont été énumérés par l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) :

Les droits de la personne mise sous garde sont garantis par la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*, par le *Code civil du Québec*, par le *Code de procédure civile du Québec*, par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que par la *Loi sur la protection des personnes*. Il s'agit du droit d'être traitée avec respect et dignité, le droit de refuser tout traitement et tout examen autre que l'évaluation psychiatrique ordonnée par le tribunal, le droit d'être représentée par un avocat au tribunal, le droit d'exiger la fin de la garde dans le cas du non-respect de la loi, le droit au respect du secret professionnel et à la confidentialité, le droit d'être accompagné dans ses démarches par la personne de son choix, le droit à la révision d'une décision, ainsi que le droit au transfert d'établissement sous certaines conditions (2007, p.16).

Des écarts ont été observés entre les dispositions prévues par la Loi P-38.001 et l'application de ces dernières (par ex. Dorvil *et al.*, 2007; Dugré, 2009; Protecteur du citoyen, 2011; Meriaux *et al.*, 2019). Ces dissimilitudes entraînent des atteintes aux droits des individus hospitalisés contre leur gré. Cet aspect est expliqué davantage dans les sous-sections suivantes.

Le droit au consentement libre et éclairé

Les articles 10 et 11 du *Code civil du Québec*, ainsi que l'article 9 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* posent l'obligation d'obtenir le consentement de la personne avant toute intervention. Bien que la Loi P-38.001 agisse à titre de loi d'exception en permettant l'hospitalisation involontaire d'un individu, elle n'admet pas la dispensation d'aucun autre soin contre le gré de la personne sans une ordonnance émise par le Tribunal. Or, l'AGIDD-SMQ indique que « le droit au consentement libre et éclairé aux soins est contourné » (2009, p.11); différentes stratégies sont utilisées en ce sens : échange de privilèges, menace de recourir à une garde autorisée,

présomption du consentement en cas d'absence de refus et omission d'informer l'individu de ses droits (AGIDD-SMQ, 2009; Protecteur du citoyen, 2011).

L'individu mis sous garde forcée selon les dispositions de la Loi P-38.001 a le droit de refuser tout autre mesure ou soin tant qu'une autorisation du Tribunal ne l'oblige pas à y adhérer. À titre d'exemple, une personne en garde préventive peut refuser une évaluation psychiatrique. Celle-ci est exigée par une instance juridique uniquement en garde provisoire et autorisée. Il est à préciser que des évaluations psychiatriques sont faites en contexte de garde préventive (Lauzon, 2002; AGIDD-SMQ, 2009; Protecteur du citoyen, 2011); il semble légitime de se questionner sur le consentement réel de la personne face à cet acte, alors qu'elle refuse l'hospitalisation.

La personne hospitalisée involontairement peut également s'opposer à une administration médicamenteuse. Seule une ordonnance de traitement émise par la Cour peut permettre de donner une médication à un individu sans son consentement (art. 16, *Code civil du Québec*). À noter que des usagers en garde forcée peuvent supposer qu'ils doivent également accepter les médicaments proposés (AGIDD-SMQ, 2009). De ce fait, le droit de refus face à d'autres soins des personnes sous garde n'est pas nécessairement respecté (Dorvil *et al.*, 2007; Protecteur du citoyen, 2011). L'usage d'une médication forcée peut pourtant entraîner des conséquences, dont une violation du droit à l'intégrité et un inconfort psychologique (Haglund *et al.*, 2003).

D'une part, une approche basée sur l'*encadrement bienveillant* issu du paternalisme médical peut expliquer ces écarts face aux dispositions prévues par la loi (AGIDD-SMQ, 2009). D'autre part, une méconnaissance de cette dernière peut en être la cause (Meriaux *et al.*, 2019). Dans les deux cas, les droits de la personne ne sont pas respectés. Il est du devoir de chaque intervenant de s'assurer du respect du droit à l'inviolabilité de la personne (Protecteur du citoyen, 2011). En ce sens, des informations appropriées doivent être transmises en continu à l'utilisateur pour obtenir son consentement libre et éclairé.

Rappelons que la notion de consentement libre et éclairé se définit par une compréhension adéquate et complète de l'intervention, incluant les bénéfices et les risques éventuels, qui permet de prendre une décision librement sans pression induite (Paré *et al.*, 2018). Qui plus est, la recherche du consentement doit être faite de façon régulière. Il est à noter qu'une personne mise sous garde en vertu de la Loi P-38.001 qui décide de consentir à l'hospitalisation sera plutôt prise en charge selon les dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Le droit à l'information

Les articles 14 à 19 de la Loi P-38.001 protègent le droit de la personne mise sous garde forcée à l'information. En premier lieu, le corps policier doit informer l'individu amené contre son gré dans un établissement de santé pour une hospitalisation forcée « de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et avec un avocat » (art. 14, Loi P-38.001). L'article 15 de la Loi P-38.001 exige également que le personnel hospitalier informe la personne du lieu et du motif de garde, puis de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat dès sa prise en charge ou dès qu'elle semble apte à comprendre les renseignements à fournir. En vertu de l'article 16 de la Loi P-38.001, l'établissement doit remettre un document informatif conforme à l'annexe de cette même loi à la personne sous garde, ou son représentant le cas échéant, à partir de sa prise en charge par le centre hospitalier, ainsi qu'après chaque rapport d'examen prévu.

L'actualisation du droit à l'information pose problème à certains points de vue (Bernheim, 2009; AGIDD-SMQ, 2009; Protecteur du citoyen, 2011). Le Protecteur du citoyen relève que les personnes prises en charge en vertu de la Loi P-38.001 et le représentant légal le cas échéant ne sont pas nécessairement informées de la garde, de ces motifs, du lieu d'hospitalisation et de leurs droits. Il indique aussi que le document informatif conforme à l'annexe de la Loi P-38.001 tend à être remis avant le dépôt d'une requête au Tribunal ou à la suite d'une autorisation de garde forcée émise par la Cour. Plus précisément, la remise du document d'informations a été documentée dans 38,3% des cas en garde préventive et environ 25% des cas en garde provisoire (LeBlanc, 2014). De plus, en 2007, Dorvil *et al.* ont constaté qu'aucune des dix personnes interrogées lors de leur étude n'a été informée de son droit de communiquer immédiatement avec un proche et un avocat. Aucune des informations recensées ne permet de confirmer ou d'infirmer si cette constatation est toujours d'actualité aujourd'hui.

Le droit de communication

L'article 17 de la Loi P-38.001 émet les indications suivantes en ce qui concerne le droit à la communication :

Toute communication est permise, en toute confidentialité, entre la personne sous garde et les personnes de son choix, à moins que le médecin traitant ou une infirmière praticienne spécialisée ne décide, dans l'intérêt de la personne sous garde, de lui interdire ou de

restreindre certaines communications. L'interdiction ou la restriction de communication ne peut être que temporaire. Elle doit être formulée par écrit, motivée, remise à la personne sous garde et versée à son dossier. Aucune restriction ne peut toutefois être imposée aux communications entre la personne sous garde et son représentant, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec (1997, p.5).

Or, le Protecteur du citoyen (2011) a relevé que le droit à la confidentialité au moment de communiquer avec les personnes de son choix n'est pas respecté systématiquement; les moyens de communication mis à disposition ne sont pas nécessairement adaptés pour assurer le caractère confidentiel des échanges dans les milieux hospitaliers. En ce qui concerne l'intervention policière, les agents de la paix doivent informer la personne transportée dans un centre de santé et de services sociaux contre son gré de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat comme mentionné précédemment (art. 14, Loi P-38.001). Pourtant, lors d'une opération policière, il n'est pas toujours possible d'entrer en communication avec autrui dans l'immédiat (Comité de la santé mentale du Québec, 2007). Il est à préciser que la présente recension des écrits ne permet pas de vérifier si cette situation s'est améliorée au fil des années; aucune donnée plus récente n'ayant pu être recensée.

Le droit de représentation

L'article 10 de *Loi sur la justice administrative*, adoptée en 1996, mentionne que le Tribunal est tenu de donner aux parties l'occasion d'être entendues. Aussi, l'article 34 de la *Charte des droits et libertés de la personne* précise le droit de tout individu d'être représenté par un avocat. Une demande de dispensation de signification et d'interrogation peut être soumise au juge concernant la personne sous garde si des motifs sérieux le justifient (Bernheim, 2013). À noter que, toujours selon Bernheim, une majorité d'usagers n'étaient pas présents lors de la comparution tandis que les rapports d'évaluation psychiatrique ne faisaient état d'aucune raison expliquant ce fait; les personnes hospitalisées en vertu de la Loi P-38.001 tendent à être dispensées de se signifier ou d'être interrogées par le Tribunal pour une ordonnance de garde provisoire ou autorisée (Dorvil *et al.*, 2007; Protecteur du citoyen, 2011). De surcroît, en 2009, l'AGIDD-SMQ a mentionné que les auditions duraient en moyenne trois minutes et un maximum de cinq minutes. Ce même organisme a indiqué que le droit d'être représenté par un avocat lors d'une demande de garde n'était pas invariablement respecté. Encore une fois, aucune information récente ne permet de vérifier si ces constats sont toujours d'actualité en raison du manque de documents récents émis sur ce sujet.

La méconnaissance et l'interprétation des dispositions prévues par la Loi P-38.001

Des auteurs spécifient que les problèmes d'application de la Loi P-38.001 sont surtout dus à la méconnaissance des dispositions qu'elle prévoit et à l'interprétation variable qui en est faite (Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux, 2011; Meriaux *et al.*, 2019). Les aspects inhérents à ce point seront détaillés dans les sous-sections suivantes.

La collaboration interprofessionnelle

L'actualisation de la Loi P-38.001 sollicite divers intervenants issus de services différents tels que les policiers, les ambulanciers et les membres du personnel hospitalier. Une des principales difficultés soulevées par la littérature concerne l'article 8 de la Loi P-38.001 qui indique :

Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6: 1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui; 2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui (1997, 2020, p.3).

En 2007, Dorvil *et al.* ont souligné que l'interprétation de cet article créait un flou juridique; des membres du corps policier considéraient que la référence à un service d'aide en situation de crise (SASC) était optionnelle indépendamment du contexte (Comité de la santé mentale du Québec, 2007). L'AGIDD-SMQ a rapporté, en 2009, que 6% des participants à leur étude ont affirmé qu'un SACS avait été sollicité pour intervenir lors du processus d'application de la Loi P-38.001. Il est à préciser que des modifications portées à l'article 8 de cette loi en 2020 ont permis de temporiser ce manque de précision; l'article demande désormais que l'agent de la paix se réfère à un SACS ou à un titulaire de l'autorité parentale avant d'amener contre son gré une personne dans un établissement de santé et de services sociaux.

La sous-utilisation des SACS a également été expliquée par une couverture géographique incomplète des services en situation de crise, la méconnaissance de leur implication dans le cadre de la loi et les délais d'attente provoqués par l'attente d'un intervenant social selon le Ministère de la santé et des services sociaux (2018). Ce même ministère précise que les appels reçus concernant une personne représentant un danger pour elle-même ou pour autrui sont désormais directement

transférés au service Info-Social (811), et ce, même s'ils proviennent du service d'urgence (911), lorsque jugé adéquat. L'emploi du service Info-Social permet de recourir davantage aux services de gestion de crise et d'améliorer la collaboration policiers-SACS ce qui peut permettre de désamorcer la crise et d'éviter une hospitalisation involontaire (Comité de la santé mentale du Québec, 2007).

L'estimation de la dangerosité

L'estimation de la dangerosité en fonction de l'état mental de la personne constitue un concept difficile à définir et à évaluer empiriquement (AGIDD-SMQ, 2009; Lauzon, 2002; Dallaire *et al.*, 2001). Il s'agit pourtant du principal critère qui permet de juger de la nécessité ou non d'une garde forcée. En 2007, Dorvil *et al.* ont relevé des divergences en ce qui concerne l'interprétation de la notion de dangerosité pour un même individu. Par exemple, ils ont constaté des situations dans lesquelles le médecin généraliste a permis à un usager, jugé dangereux pour lui-même ou pour autrui par un SACS ou un policier quelques heures auparavant, de retourner dans son milieu de vie. Ces divergences peuvent néanmoins s'expliquer par l'évolution de la crise dans le temps; la phase aiguë dure moins de 24 à 72 heures bien que l'état de crise général puisse s'étaler sur une période de six à huit semaines (Séguin *et al.*, 2012). Au fil des heures, la personne peut ne plus être au stade aigu de la crise et de ce fait, ne plus représenter un danger imminent et grave pour soi ou autrui ce qui expliquerait la levée de la garde.

Nonobstant ce fait, Dorvil *et al.* (2007) ont précisé que les motifs d'application de la Loi P-38.001 varient; ils peuvent s'appuyer sur un changement de comportements, une consommation abusive de substances psychoactives, une persévération à adopter des habitudes de vie anormales, une inobservance médicamenteuse, une perte de contact avec la réalité ou une attitude agressive, voire violente. Dugré (2009) a fait un constat similaire en recensant des motifs de garde reliés au contexte environnemental tels que le manque de ressources d'aide et les conflits interpersonnels. Comment distinguer quels motifs réfèrent-ils à la notion de dangerosité? Les mêmes auteurs ont partagé leur souci de ne pas élargir le champ d'application de cette loi à la gestion de délits, de maux sociaux ou de problèmes liés au vieillissement en raison d'un manque de consensus dans l'estimation du danger que représente une personne dont l'état mental est perturbé; la Loi P-38.001 vise à protéger et non à agir à titre de modèle de répression sociale face à des situations de « danger

permanent » ou à créer un phénomène de déresponsabilisation. Rappelons qu'il s'agit d'une loi d'exception.

En 2011, la Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux a indiqué dans le *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* que la difficulté liée à l'estimation de la dangerosité a été surpassée à l'aide du développement d'outils cliniques. Ces derniers permettent d'estimer le danger et le niveau d'urgence pour soutenir les SACS dans la décision d'hospitaliser involontairement une personne en vertu de la Loi P-38.001 ou non. D'autre part, également en 2011, le Protecteur du citoyen a mentionné que des efforts supplémentaires se doivent d'être fournis pour baliser l'estimation du risque, diminuer les écarts d'interprétation entre les différents acteurs concernés et d'uniformiser les pratiques, notamment à l'aide de la formation continue. Selon Lavoie *et al.* (2012), les pratiques en matière de prévention du risque sont toutefois en cours d'amélioration depuis 2010 au Québec. Un exemple d'outils pour estimer la dangerosité, utilisés en province, est la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire* (Lavoie et Lecavalier, 2009).

L'administration des dispositions prévues par la Loi P-38.001

Des difficultés dans l'application des dispositions prévues par la Loi P-38.001 sont d'ordre administratif; elles concernent le respect des codes et des procédures, ainsi que la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières (Protecteur du citoyen, 2011; Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux, 2011; Leblanc, 2014; Comité de la santé mentale au Québec, 2007).

Codes et procédures

En 2011, le Protecteur du citoyen a relevé un non-respect des codes et des procédures lors de l'actualisation de la Loi P-38.001, notamment en lien avec l'observance des délais de garde et la consignation des notes au dossier; des manquements ont été recensés en ce qui a trait à l'inscription du début de la garde et des motifs la justifiant. D'un autre côté, Dugré (2009) a mentionné que les délais de garde et ceux entre les examens psychiatriques étaient respectés. Leblanc (2014) a comptabilisé que 86% des dossiers contenaient le formulaire de garde préventive et que les formulaires de garde provisoire et autorisée étaient présents dans 100% des dossiers. Il

est à préciser que la recension des écrits n'a pas permis d'obtenir des renseignements plus récents concernant le respect des codes et des procédures.

Disponibilité des ressources

Les ressources humaines, matérielles et financières vitales à l'application des dispositions prévues par la Loi P-38.001 sont limitées (Comité de la santé mentale au Québec, 2007; Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Cet obstacle nuit, entre autres, à l'actualisation de l'article 8 de la loi à l'étude. La Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux a identifié que le manque de ressources humaines et financières dans le secteur de la santé et des services sociaux affectait le temps de mobilisation des policiers; « là où les services de crise sont peu nombreux, le personnel insuffisant dans les services d'intervention de crise et le territoire étendu, le temps de déplacement minimum des intervenants peut se situer entre 46 et 60 minutes », voire 90 minutes dans certains cas (Comité de la santé mentale du Québec, 2007, p.8). Toujours selon la Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux, ce constat amènerait les policiers à sous-utiliser les SACS. En 2018, le ministère de la santé et des services sociaux a écrit que ce problème a pu être amélioré grâce à la signature d'ententes de collaboration entre les services policiers et les SACS, puis la référence à la ligne Info-Social (811).

Les défis adaptatifs des personnes faisant l'objet d'une garde involontaire

Johansson et Lundman (2002) ont indiqué que l'utilisation de l'hospitalisation involontaire est un acte tergiversant entre des opportunités et des pertes pour l'individu. Un des aspects à retenir de la recension des écrits est qu'un placement forcé dans un établissement de santé et de services sociaux n'est pas associé à un risque élevé d'altération de l'état mental (Kallert *et al.*, 2008). De ce fait, l'usage d'une garde forcée peut être recommandé dans le cas où une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui sans crainte déraisonnable concernant la détérioration de son état. Au contraire, Saks (2002) a souligné que l'absence d'une intervention peut engendrer des impacts négatifs sur les individus en déséquilibre. Qui plus est, toujours selon Saks, des personnes peuvent retirer des avantages d'une mesure d'aide, et ce, même lorsqu'elle est imposée. Cancel *et al.* (2016) ont précisé que l'absence de consentement initial n'a pas nécessairement d'impact sur l'adhésion aux services par la suite. Les patients qui conservent un statut involontaire au cours de

l'hospitalisation forcée présentent, cependant, une plus faible adhérence aux soins et aux services à leur sortie (Craw et Compton, 2006).

L'utilisation d'une mesure de garde forcée peut permettre de fournir l'aide nécessaire aux personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et de promouvoir l'importance de l'adhésion au traitement (Grudzinskas, 2002; Craw et Compton, 2006). Des mesures basées sur un *encadrement bienveillant* peuvent donner l'occasion aux usagers d'avoir accès à un traitement jugé pertinent pour leur bien-être et de stabiliser leur état (Loignon et Boudreault-Fournier, 2012). L'application de la Loi P-38.001 peut ainsi permettre de diminuer le niveau de déséquilibre vécu et de favoriser le retour à un état d'équilibre adaptatif. En ce sens, un peu plus de la moitié des patients hospitalisés contre leur gré expriment de la gratitude ou, du moins, admettent le bien-fondé de l'intervention à leur sortie du centre hospitalier (Saks, 2002). Précisons que la disponibilité et la considération des cliniciens peuvent permettre de réduire le sentiment d'inconfort des clients et d'augmenter leur sentiment de sécurité (Haglund *et al.*, 2003). En ce sens, des patients ayant fait face à des mesures involontaires, dont une hospitalisation forcée, ont évoqué qu'ils avaient eu l'opportunité de prendre soin d'eux en vivant une expérience de soins basée sur le respect (Johansson et Lundman, 2002).

Outre ces constatations, une mesure forcée peut également générer des défis adaptatifs. Saks (2002) a fait mention des impacts possibles d'une intervention contre le gré de la personne : une atteinte à la liberté de l'individu, un enclenchement d'autres événements défis (par ex. une perte d'emploi), un risque de perte d'autonomie à long terme par l'habituement de la prise en charge, une diminution de l'estime personnelle, un développement de ressentiment, puis une réticence à aller chercher des services ultérieurement. Les informations écrites par Johansson et Lundman (2002) permettent de constater que des individus ont senti un manque de considération et d'écoute lors d'une expérience de soins forcée, en plus d'une perte de liberté et d'une perception de violation de leur intégrité. Haglund *et al.* (2003) ont établi une remarque similaire en relevant que l'usage d'une mesure involontaire peut engendrer un inconfort psychologique, une résignation et un sentiment d'intégrité violée. En définitive, une garde forcée peut avoir des impacts sur la satisfaction face à une intervention et la qualité de vie (Fiorillo *et al.*, 2011). Une affirmation d'ailleurs soutenue par Dammak et Ayadi (2009) qui ont précisé qu'une hospitalisation contre le gré de la personne peut créer des effets psychologiques, physiques et fiscaux indésirables sur les patients et leur entourage.

À ces conséquences peut se greffer un amalgame d'émotions déséquilibrantes telles que la honte, l'injustice, l'impuissance, la confusion, la frustration, la colère, l'insécurité et la tristesse (Agneray *et al.*, 2015; Dorvil *et al.*, 2007); selon Agneray *et al.* (2015), 67% des participants de leur étude ont ressenti de l'insécurité en milieu psychiatrique. Ces mêmes auteurs ont relevé les causes qui peuvent expliquer ce sentiment, soit le manque de personnel, la pathologie, les manifestations de violence de patients, le manque de formation des cliniciens et l'inclusion de clients avec différents diagnostics dans un même service. À préciser que Rüschi *et al.* (2014) ont relevé que les réactions émotionnelles inconfortables liées à une hospitalisation involontaire, dont le mépris de soi, la honte et le stress de la stigmatisation, peuvent provenir d'une *auto-stigmatisation* et d'une réduction de l'autodétermination. Selon eux, ces deux derniers facteurs sont prédictifs d'une diminution de la qualité de vie et de l'estime personnelle.

Dans le même ordre d'idées, une expérience de soins perçue négativement peut entraîner un désengagement face aux services d'aide ce qui risque de mener à un retour à un état de crise et à une réhospitalisation (Danzer et Wilkus-Stone, 2015). Des auteurs considèrent que le rejet de ces services est lié au développement d'une méfiance envers les cliniciens à la suite de l'usage d'une mesure coercitive alliée à un sentiment d'injustice (Craw et Compton, 2006; Swartz *et al.*; 2003). En d'autres termes, la réticence face aux interventions proviendrait de la perception négative d'une expérience de soins ou d'aide plutôt que du caractère involontaire d'une mesure. Néanmoins, les clients hospitalisés contre leur gré présentent une sensibilité accrue à la coercition ce qui entraîne un risque accru de non-respect des recommandations cliniques et d'une autre garde forcée (Jaeger *et al.*, 2013; Pfiffner *et al.*, 2014).

Discussion

La section précédente a permis de faire la recension de l'état des connaissances en ce qui a trait à l'application de la Loi P-38.001 et de relever les défis adaptatifs engendrés par les difficultés d'application de cette loi vécus par les personnes hospitalisées. Ainsi, nous avons répondu aux deux premiers objectifs du présent essai. À noter que les écrits en lien avec le sujet à l'étude sont présents en nombre limité. De surcroît, la documentation qui le concerne date majoritairement de 2011 et des années antérieures. En ce sens, les informations obtenues ne décrivent pas nécessairement l'ensemble de la situation actuelle.

Nonobstant ce fait, la revue des écrits a donné lieu à l'inventorisation des difficultés liées à l'application d'une garde forcée et des défis adaptatifs associés. Une discussion sur les résultats rapportés semble ainsi opportune malgré le manque de connaissances actualisées; il importe de relancer l'intérêt entourant l'application de la Loi P-38.001. N'oublions pas qu'il s'agit d'une loi d'exception qui permet de restreindre les droits des individus et qui peut avoir des impacts non négligeables sur leur vie. Une loi affectant des aspects aussi sensibles se doit de faire l'objet d'une réflexion continue.

À titre de rappel, un des premiers éléments notés en introduction est le dilemme visible au niveau sociétal entre la promotion de l'autonomie et la dimension prioritaire liée à la protection des citoyens. Précisons à nouveau qu'une approche axée sur l'*encadrement bienveillant* tend à être priorisée en contexte de gestion de crise. Autrement, la Loi P-38.001 n'aurait pas été admise. Un débat sur la hiérarchisation des valeurs pourrait sembler légitime. Or, cet axe réflexif relève plus du domaine philosophique. Dans une perspective psychoéducative, centrons plutôt notre attention sur les changements à apporter pour maximiser le potentiel expérientiel de l'environnement lors de l'application d'une garde forcée; l'avènement de la crise montre que la personne en déséquilibre ne dispose pas des ressources personnelles nécessaires pour retrouver un équilibre adaptatif seule à cet instant (Séguin *et al.*, 2012). Le contexte environnemental peut alors pallier ce déficit pour favoriser le retour à un niveau de convenance adéquat.

Comme démontré dans la section des résultats, l'usage d'une mesure, même forcée, comme dans le cas de l'application d'une garde involontaire en vertu de la Loi P-38.001, peut engendrer des bénéfices pour la personne (par ex. Saks, 2002; Haglund *et al.*, 2003; Craw et Compton, 2006; Loignon et Boudreault-Fournier, 2012). Il importe cependant de prendre en considération que cela peut également entraîner des défis adaptatifs (par ex. Johansson et Lundman, 2002; Haglund *et al.*,

2003; Fiorillo *et al.*, 2011; Agneray *et al.*, 2015). Nous proposons donc ci-dessous des pistes d'amélioration concernant l'application de la Loi P-38.001 pour favoriser le processus adaptatif des intimés par une mise de l'avant des retombées bénéfiques et une atténuation des impacts indésirables. Ceci permettra de répondre au troisième et dernier objectif de cet essai.

Les recommandations liées à l'application de la Loi P-38.001

Conserver son caractère exceptionnel

La Loi P-38.001 est une loi d'exception qui permet une suspension des droits individuels. Comme mentionné précédemment, son application peut entraîner des impacts sur la personne intimée. Lorsque possible, une exploration d'autres mesures moins coercitives devrait être faite avant de mettre l'individu en garde forcée (Dugré, 2009), d'où l'importance de référer à un SACS formé, comme le demande l'article 8 de la Loi P-38.001, pour estimer le niveau de dangerosité et considérer des mesures de remplacement. Une hospitalisation n'est pas la seule manière d'assurer la protection d'un individu en crise. Des alternatives doivent être envisagées telles que l'accompagnement par un membre de la famille ou l'hébergement dans une ressource d'aide en situation de crise autre qu'un établissement de santé et de services sociaux. Offrir des choix peut favoriser l'obtention du consentement de la personne face à l'aide proposée ou du moins, diminuer les résistances. L'individu peut aussi se sentir plus considéré et respecté. Ceci peut permettre de réduire la méfiance possiblement vécue face aux services offerts.

Le caractère exceptionnel de cette loi peut également être préservé par l'utilisation d'outils standardisés pour estimer la dangerosité, par exemple, la *Grille d'estimation du danger de passage à l'acte* (Lavoie et Lecavalier, 2009). Les outils utilisés devraient inclure d'autres variables que le danger pour soi et pour autrui comme les signes psychotiques, la présence d'un diagnostic lié à un problème de santé mentale majeur et le niveau de collaboration de l'individu (Dammak et Ayadi, 2009). À noter qu'en 2017, Carter *et al.* ont indiqué qu'aucun instrument de mesure ne permet de prédire avec certitude le risque que représente un individu; les outils validés présentent 5% comme « valeur prédictive positive ». Bien qu'aidants, les instruments cliniques ont aussi leurs limites. Le jugement des intervenants concernés doit donc également être pris en considération. La formation peut favoriser une prise de décision juste et éclairée concernant l'usage d'une garde forcée ou non.

Dans le même ordre d'idées, la formation des acteurs concernés par la Loi P-38.001 est un élément primordial pour une application parcimonieuse et adéquate des dispositions prévues. Une formation régulière et uniformisée permet d'adopter un langage commun, une définition similaire de la notion de danger et une compréhension adaptée des rôles et des devoirs de chacun (Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux, 2011). Cela pourrait permettre de diminuer les difficultés recensées dans l'application de la loi à l'étude; les écarts observés entre ce qui est prescrit et ce qui est fait peuvent être expliqués en partie par la méconnaissance de la loi (Meriaux *et al.*, 2018). En plus de faire preuve de discernement dans la nécessité d'application de la Loi P-38.001, la formation peut aussi permettre de favoriser le respect des droits individuels. De surcroît, l'utilisation de protocoles communs peut permettre d'atteindre ces buts. Le document intitulé *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : garde en établissement de santé et de services sociaux* (Duhamel *et al.*, 2018) en est un exemple concret. Ce dernier aurait avantage à être plus connu.

Privilégier la collaboration interprofessionnelle

Rappelons que l'actualisation de la Loi P-38.001 sollicite la participation de divers professionnels tels que les policiers, les ambulanciers et les membres du personnel hospitalier. Ces intervenants doivent connaître les rôles de chacun de manière à favoriser une collaboration harmonieuse et adaptée. Le Comité de la santé mentale du Québec a recommandé, en 2007, l'élaboration d'une formation conjointe entre les services qui se trouvent impliqués dans l'application de la Loi P-38.001. Cette proposition est appropriée dans le but de consolider la collaboration interprofessionnelle. La mise en place d'unité d'intervention de crise (UNIC) composée d'une équipe formée de policiers et d'intervenants sociaux est aussi une option à privilégier. Qui plus est, des ententes entre les services policiers et les SACS sont utiles pour garantir l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001 (Comité de la santé mentale du Québec, 2007). Elles permettent de rendre l'intervention policière plus efficiente par un accès amélioré aux services d'intervention sociale. À noter que l'utilisation de moyens de communication alternatifs au présentiel peut être envisageable dans certains cas et rendre accessible un SACS dans un délai plus rapide (Protecteur du citoyen, 2018).

Attitude des intervenants

Comme mentionné dans la section précédente, une garde dans un centre de santé et de services sociaux peut entraîner des émotions déséquilibrantes, dont la peur, la honte, la colère, la confusion et l'angoisse (Agneray *et al.*, 2015). Être à l'écoute des besoins de l'utilisateur permet de favoriser la perception d'une expérience d'aide positive et le développement d'un lien de confiance. La méfiance peut provoquer un désengagement face aux services proposés et nuire au processus adaptatif des personnes en crise (Danzer et Wilkus-Stone, 2015).

En ce sens, les intervenants doivent se montrer sensibles au vécu de la personne et accorder une importance au respect de leurs droits. Meriaux *et al.* (2018) ont indiqué que les facteurs suivants permettent d'améliorer l'expérience d'aide, soit la bienveillance et l'expression de leurs émotions sans se sentir jugé. Selon les mêmes auteurs, les professionnels doivent se concentrer sur trois aspects fondamentaux dans leur pratique, soit la recherche continue de consentement, le respect des droits de la personne et l'encouragement vers une démarche volontaire. L'ensemble de ces considérations montre l'importance pour les acteurs concernés par l'application de ladite loi de porter une attention à leurs croyances et leurs propres émotions pour moduler adéquatement leur attitude en contexte d'intervention de crise (Fan-Ko, 2006).

Ajoutons que les interventions qui visent à atténuer les impacts négatifs d'une garde forcée doivent normaliser la crise et les symptômes pathologiques, puis prendre en compte les réactions émotionnelles (Rüsch *et al.*, 2016). Selon ces auteurs, ces considérations peuvent aider à réduire l'effet d'*auto-stigmatisation* et la peur d'être stigmatisé de manière à exercer une influence positive sur l'estime de l'individu, son sentiment d'autodétermination et sa qualité de vie. Aussi, une communication continue et claire avec la personne intimée peut contribuer à une expérience de soins perçue positivement, puis au retour à un équilibre adaptatif. Meriaux *et al.* (2018) ont noté que les deux facteurs suivants ont un effet néfaste sur l'expérience d'aide : la mauvaise circulation de l'information et le manque d'empathie. La communication avec le client permet que ce dernier se sente inclus dans le processus décisionnel entourant sa situation favorisant ainsi l'obtention d'un consentement et l'adhérence aux services (Craw et Compton, 2006).

Inclure les membres de l'entourage

Un des facteurs principaux ayant un effet bénéfique sur l'expérience d'aide selon Meriaux *et al.* (2018) est l'inclusion de l'entourage si possible et si souhaitable. Ce constat est soutenu par Danzer et Rieger (2016). Il importe donc de les inclure, par exemple, dans le processus décisionnel entourant la décision de garde ou encore, lors de l'hospitalisation involontaire. Les membres de l'entourage peuvent soutenir la personne et réduire l'angoisse possiblement vécue lors de la mise en place d'une garde forcée. En ce sens, les intervenants impliqués par la Loi P-38.001 doivent porter une attention à permettre aux personnes de communiquer en toute confidentialité avec un individu de leur choix tel qu'exigé par ladite loi. Ils doivent aussi mettre en place des moyens pour collaborer avec l'entourage afin de pouvoir maximiser le potentiel adaptatif de l'environnement.

Soutien des ressources organisationnelles

Le soutien des ressources organisationnelles est primordial. Si les intervenants concernés doivent porter une attention à leur attitude, d'un autre côté, la structure organisationnelle doit les soutenir dans l'actualisation de leur rôle. Les conditions de travail ont des effets sur le comportement des salariés en intervention (Fan-Ko, 2006). Un investissement humain, matériel et financier doit donc être maintenu pour offrir un environnement adapté aux individus devant intervenir en contexte de crise. De plus, la mise en place de comité de soutien et d'éducation concernant l'application de la Loi P-38.001 peut être pertinente pour aider les professionnels.

Société et sensibilisation

Guedj (2008) a soulevé une interrogation en ce qui concerne le poids de l'opinion de la population dans le processus décisionnel lié à une garde involontaire; les décisions d'hospitalisation forcée sont similaires entre les professionnels de la santé et les personnes issues du grand public selon l'étude de Lepping *et al.*, (2004). Or, ce constat mériterait d'être davantage exploré. Est-ce que l'opinion du grand public a une incidence sur la décision des professionnels? La question se doit d'être explorée. Dans tous les cas, il importe de continuer de sensibiliser la population aux sujets liés à la psychiatrie. La normalisation de la crise, ainsi que des manifestations pathologiques peut permettre de réduire l'effet de stigmatisation, la peur de cette dernière et le risque d'auto-stigmatisation, des éléments qui peuvent exercer une influence sur les émotions vécues lors d'une mise sous garde forcée.

Importance de la recherche

La recherche permet de recueillir des informations afin de préciser les difficultés inhérentes à l'actualisation de la Loi P-38.001 et de proposer des pistes afin d'améliorer la situation. Une étude devrait notamment se pencher à nouveau sur le vécu des acteurs concernés par ladite loi dans l'optique de mieux comprendre les enjeux liés à son application, puis d'apporter les changements nécessaires. La recherche est nécessaire pour mettre à jour les connaissances à ce sujet. Elle permet également de stimuler la réflexion et de cibler les correctifs requis.

Les limites de la recension critique des écrits

Comme mentionné précédemment, les écrits recensés ne permettent pas nécessairement de faire état de la situation actuelle en lien à l'application de la Loi P-38.001 au regard de leur année de parution; la documentation récente sur ce sujet est très limitée. En ce sens, les difficultés d'application de la loi étudiée fluctuent d'une région administrative à une autre, voire entre sous-régions (Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux, 2011). La présente recension critique des écrits ne permet pas de relever les variations dans l'application de cette loi dans chaque région au Québec en raison de la disponibilité restreinte des renseignements sur ce sujet. Ainsi, la discussion se base uniquement sur des résultats globaux.

Qui plus est, les documents consultés comprennent de la *littérature grise* et non uniquement des articles scientifiques; cette décision lors de la recension s'est imposée afin d'obtenir un portrait complet lié à l'application de la Loi P-38.001. Or, les auteurs de ces sources, quoique crédibles, adoptent un positionnement stratégique dans leurs écrits. Les propos sont souvent teintés par la vision des auteurs, et ce, autant en ce qui concerne la littérature grise que la recherche scientifique. Il importe de prendre en compte ce constat dans la lecture des résultats et dans leur interprétation.

Conclusion

Le présent essai a permis d'identifier les pistes d'amélioration liées à l'application de la Loi P-38.001 afin de maximiser le potentiel adaptatif des personnes mises sous garde contre leur gré à l'aide d'une recension critique des écrits. Une revue de l'état des connaissances sur le sujet, dont les difficultés et les défis adaptatifs éventuels associés à l'usage d'une mesure involontaire, a donné lieu à des recommandations. Ces dernières, nous le souhaitons, pourront permettre d'adapter le contexte environnemental aux besoins des individus hospitalisés sans leur consentement de façon à bonifier l'expérience d'aide, à en réduire les impacts indésirables et à améliorer l'adhésion aux services.

Les résultats ont amené au constat que l'utilisation d'une mesure forcée est un acte qui entraîne à la fois des opportunités et des pertes pour l'individu (Johansson et Lundman, 2002). Les difficultés d'application de la Loi P-38.001, bien présentes, peuvent affecter l'expérience de la personne mise sous garde involontairement. Rappelons que la perception de l'individu oriente les retombées possibles d'une intervention; le vécu, jugé négatif, de l'imposition d'une mesure a des risques d'entraîner une réticence face aux services d'aide pouvant mener à un retour à un état de déséquilibre, puis une autre hospitalisation (Danzer et Wilkus-Stone, 2015; Craw et Compton, 2006; Swartz *et al.* 2003). Les acteurs concernés par la Loi P-38.001 doivent donc comprendre les enjeux inhérents à son application et se pencher sur le vécu des personnes hospitalisées contre leur gré pour favoriser l'émergence d'une expérience d'aide adéquate.

À la lumière de la présente recension des écrits, il est clair que des études doivent avoir à nouveau comme objet de recherche cette loi; davantage de données actualisées devraient permettre de préciser les problèmes en lien avec l'application de ses dispositions et les correctifs à apporter. Nous savons que la Loi P-38.001 englobe des sujets sensibles, dont la restriction des droits individuels. Une réflexion continue doit être menée en ce qui la concerne pour à la fois assurer le respect des libertés de chacun et offrir des services adaptés aux individus en déséquilibre pour favoriser le retour à un état d'équilibre.

Références

- Agneray, F., Loget, M. et Draperi, C. (2015). Sentiment d'insécurité à l'hôpital psychiatrique : enjeux cliniques et thérapeutiques - Réflexions à partir d'une étude qualitative et quantitative portant sur le ressenti de soignants et non-soignants. *Éthique et Santé*, 12(3), 190-197. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2015.05.005>
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (2007). *Guide de survie : la garde en établissement*. Montréal, Québec : Auteur. Récupéré le 14 novembre 2020 du site de l'auteur: <http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/Guide-de-survie-2007>
- Baudoin, C. et Cournoyer-Proulx, M. (1997). *La garde en établissement: Guide d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Montréal, Québec: Association des hôpitaux du Québec.
- Bernheim, E. (2009). Le droit à l'information des patients gardés en établissement : un instrument essentiel de promotion des valeurs démocratiques et du statut citoyen. *Revue de droit de McGill*, 54(7), 547-577. Récupéré le 21 novembre 2020 du site de la Revue de droit de McGill: <http://lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/3810354-Bernheim.pdf>
- Bernheim, E. (2013). La procédure en matière d'intégrité de la personne, entre spécificité et transposition. Un enjeu de droits fondamentaux. *Revue générale de droit*, 43(2), 309– 331. <https://doi.org/10.7202/1023200ar>
- Berthon, G. (2011). Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte: entre norme juridique et éthique psychiatrique. *L'information psychiatrique*, 87(6), 459-465. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8706.0459>
- Bonsack, C., Rexhaj, S. et Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Bouchard, S. et Cyr, C. (2005). *Recherche psychosociale pour harmoniser recherche et pratique*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Cancel, A., Naudet, F., Rousseau, P. F., Millet, B., et Drapier, D. (2016). L'impulsivité: Quelles conséquences sur l'adhésion aux soins? Présentation d'une étude réalisée en addictologie. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 42(4), 314-319. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.009>
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N. et Spittal, M. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *British Journal of Psychiatry*, 210(6), 387-395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
- Comité de la santé mentale du Québec (2007). *Avis concernant l'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Québec, QC : Auteur. Récupéré le 21 novembre 2020 du site de la Bibliothèque et des archives nationales du Québec : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/65607>

- Couture-Trudel, P.-M. et Morin, M.-E. (2007). La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 32(1), 229–244. <https://doi.org/10.7202/016518ar>
- Craw, J. et Compton, M. T. (2006). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 981-988. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0122-7>
- Dallaire, B., McCubbin, M., Morin, P. et Cohen, D. (2001). Civil commitment due to mental illness and dangerousness: the union of law and psychiatry within a treatment control system. *Sociology of health and illness*, 22(5), 679–699. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00226>
- Dammak, M. et Ayadi, N. (2009). Les variables associées à la décision d'hospitalisation. *Annales Médico-Psychologiques*, 167(3), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.08.022>
- Danzer, G. et Rieger, S. M. (2016). Improving medication adherence for severely mentally ill adults by decreasing coercion and increasing cooperation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80(1), 30–48. <https://doi.org/10.1521/bumc.2016.80.1.30>
- Danzer G. et Wilkus-Stone, A. (2015). The give and take of freedom: The role of involuntary hospitalization and treatment in recovery from mental illness. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 79(3), 255-280. <https://doi.org/10.1521/bumc.2015.79.3.255>.
- Direction de la santé mentale du ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Québec, Canada : Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Récupéré le 20 octobre 2020 du site du ministère de la Santé et des services sociaux: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-914-08.pdf>
- Dorvil, H., Otero, M. et Kirouac, L. (2007). *La P-38.001 - Protection ou coercition : Point de vue des personnes interpellées*. Montréal, QC : Action Autonomie. Récupéré le 21 novembre 2020 du site d'Action Autonomie : <http://www.actionautonomie.qc.ca/pdf/textefinaluqam.pdf>
- Dostie, I. (2015). *L'éducateur spécialisé et les lois : comprendre pour mieux intervenir*. Québec, Canada: Fides Éducation.
- Douville, L. et Bergeron, G. (2018). *L'évaluation psychoéducative : L'analyse du potentiel adaptatif de la personne*. Laval, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Dugré, G. (2009). *Nos libertés fondamentales... Dix ans de droits bafoués : Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Montréal, QC : Action autonomie. Récupéré le 21 novembre 2020 du site d'Action Autonomie : https://www.actionautonomie.qc.ca/wordpress/wp-content/uploads/file/etude_aa_p38001_oct_2009.pdf

- Duhamel, M., Dumas, P. et Lachaine, C. D. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : garde en établissement de santé et de services sociaux*. Récupéré le 21 novembre 2020 du site Bibliothèque et Archives nationales du Québec : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3428977>
- Dworkin, G. (1972). Paternalism. *The Monist*, 56(1), 64-84. <https://doi.org/10.5840/monist197256119>
- Fan-Ko, S. (2006). A theory for the nursing care of patients at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 680-690. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03774.x>
- Fiorillo, A., De Rosa, C., Del Vecchio, V., Jurjanz, L., Schnall, K., Onchev, G., ... Kallert, T. (2011). How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. *European Psychiatry*, 26(4), 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.013>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Geller, J. L. (2006). The evolution of outpatient commitment in the USA: from conundrum to quagmire. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(3), 234-248. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.09.003>
- Glaser, B. G. et Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Hawthorne, NY: Aldine Press.
- Gouvernement du Canada. (1982). *Charte canadienne des droits et libertés*. Ottawa, Canada: Ministère de la justice du Canada. Récupéré le 12 septembre 2020 du site de la législation canadienne: http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/CONST_F.pdf
- Gouvernement du Québec. (1972). *Loi sur la protection du malade mental*. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec. Récupéré le 12 septembre 2020 du site de LégisQuébec: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-41.pdf>
- Gouvernement du Québec. (1975). *Charte des droits et libertés de la personne*. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec. Récupéré le 12 septembre 2020 du site de LégisQuébec: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-12.pdf>
- Gouvernement du Québec. (1991a). *Code civil du Québec*. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec. Récupéré le 12 septembre 2020 du site de LégisQuébec: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/CCQ-1991.pdf>
- Gouvernement du Québec. (1991b). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec. Récupéré le 12 septembre 2020 du site du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides: http://www.santelaurentides.qc.ca/fileadmin/documents/Acces_reseau_et_partenaires/Residences_privées_pour_aines/Loi_SSSS_RPA_2012-07-01.pdf
- Gouvernement du Québec. (1996). *Loi sur la justice administrative*. Québec, Canada : Éditeur officiel du Québec. Récupéré le 10 juin 2021 du site de LégisQuébec : <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/J-3>

- Gouvernement du Québec. (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Québec, Canada: Éditeur officiel du Québec. Récupéré le 12 septembre 2020 du site de LégisQuébec: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/P-38.001.pdf>
- Grudzinskas, A. J. (2002). Commentary: the search for a formula to relate competence, coercion, and mandated treatment. *American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(2), 218–220.
- Guedj, M. (2008). Clinique de l'hospitalisation involontaire: Un exemple de recherche en psychologie clinique de la santé. *Le Journal des psychologues*, 260, 48-51. <https://doi.org/10.3917/jdp.260.0048>
- Haglund, K., von Knorring, L. et von Essen, L. (2003). Forced medication in psychiatric care: patient experiences and nurse perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 65-72. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00555.x> Jaeger, S., Pfflner, C., Weiser, P., Längle, G., Croissant, D., Schepp, W., ... Steinert, T. (2013). Long-term effects of involuntary hospitalization on medication adherence, treatment engagement and perception of coercion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(11), 1787-1796. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0687-x>
- Jaunait, A. (2003). Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. *Raisons politiques*, 3(3), 59-79. <https://doi.org/10.3917/rai.011.0059>
- Johansson, M., et Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 639-647.
- Kallert, T. W., Glöckner, M. et Schützwahl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission: a systematic review on outcome diversity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(4), 195-209. <https://doi.org/10.1007/s00406-007-0777-4>
- Lauzon, J. (2002). L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 33(3), 219-315. Récupéré le 21 septembre 2020 du site de l'Université de Sherbrooke: https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_33/33-12-lauzon.pdf
- Lavoie, B. et Lecavalier, M. (2009). *Grille d'estimation du danger de passage à l'acte*. Montréal, QC : Suicide Action Montréal et Centre Dollard-Cormier.
- Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Montréal, QC : Centre Dollard-Cormier. Récupéré le 15 février 2021 du Groupe JP Robin : https://groupejprobin.com/wp-content/uploads/2018/03/Grille_destimation_de_la_dangerosite-fondements_theoriques_et_pratiques.pdf

- LeBlanc, L. (2014). Évaluation de l'implantation d'un nouveau protocole de garde en établissement : profil de la clientèle, audit de dossiers et recommandations. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 291-309. <https://doi.org/10.7202/1025918ar>
- Lepping, P., Steinert, T., Gebhardt, R.-P. et Röttgers, H. R. (2004). Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany - A questionnaire analysis. *European Psychiatry*, 19(2), 91-5. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.11.001>
- Loignon, C. et Boudreault-Fournier, A. (2012). Canadian Family Physician. *Le Médecin de famille canadien*, 58, 618-619.
- Ménard, M. (2012). Tourner la page du paternalisme médical. *Actualité Médicale*, 33(19), 45-46.
- Meriaux, M., Denis, J., Michel, V. et Hendrick, S. (2019). Accueillir le patient en crise aux urgences psychiatriques : étude du vécu subjectif. *Annales Médico-psychologiques*, 177(6), 526-533. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.03.11>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement* (publication n° 17-914-17W). Publications du ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2018). *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*. Québec, Canada : Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux. Récupéré le 10 avril 2021 sur le site de l'auteur : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-917-07W.pdf>
- Paré, G., Assémat, C., DesRosiers, B., Hobeila, S., et Stenne, R. (2018). *Guide d'information sur le consentement libre, éclairé et continu*. Montréal, QC : Université de Montréal. Récupéré le 2 juin 2021 du site de l'Université du Montréal : https://recherche.umontreal.ca/fileadmin/recherche/documents/BCRR/communs_hum/Guide_FCLE.pdf
- Pfiffner, C., Steinert, T., Kilian, R., Becker, T., Frasch, K., Eschweiler, G., ... Jaeger, S. (2014). Rehospitalization risk of former voluntary and involuntary patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1719-1727. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0892-2>
- Pires, A. (1997). Épistémologie et théorie. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires A. (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Protecteur du citoyen. (2011). *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Récupéré le 21 septembre 2020 du site de l'auteur: https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2011-02_P-38.pdf

- Protecteur du citoyen (2018). *La contestation du maintien de la garde en établissement devant le Tribunal administratif du Québec : pour un recours accessible et diligent*. Québec, QC : Assemblée nationale du Québec. Récupéré le 20 février 2021 du site de l'auteur : https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/delais-contestation-maintien-garde-taq.pdf
- Reitan, T. (2016). Commitment without confinement: outpatient compulsory care for substance abuse, and severe mental disorder in Sweden. *International Journal of Law and Psychiatry*, 45, 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.011>
- Renou, M. (2005). *Psychoéducation : une conception, une méthode*. Québec, Canada : Béliveau éditeur.
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P. W., Zahn, R., Schönenberger, T., ... Rössler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 35-43. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0412-5>
- Roberts, A. R. (2002). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2^e éd.). New York, NY: Oxford University Press.
- Saks, E. R. (2002). *Refusing care: forced treatment and the rights of the mentally ill*. Chicago, IL: Presses de l'Université de Chicago.
- Saks, E. R. (2003). Involuntary outpatient commitment. *Psychology, public policy and law*, 9(1), 94-106. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.9.1-2.94>
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2005). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (2012). Éclaircissement du concept de crise : présentation d'une typologie de la crise. Dans Séguin, M., Brunet, A. et LeBlanc, L. (dir.), *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique* (p. 2-31). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Services de Police de la Ville de Montréal (SPVM) (2019). *Personnes en crise ou avec l'état mental perturbé*. Récupéré le 19 juillet 2021 du site de l'auteur : https://spvm.qc.ca/upload/Fiches/Personnes_en_crise_ou_avec_letat_mental_perturbe.pdf
- Sutrop, M. (2011). Viewpoint: how to avoid a dichotomy between autonomy and beneficence: from liberalism to communitarianism and beyond. *Journal of internal medicine*, 269(4), 375. https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2011.02349_2.x
- Swartz, M. S., Swanson, J. W. et Hannon, M. J. (2003). Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behavioral Sciences and the Law*, 21, 459-472.
- Tyndall, J. (2010). *Outil d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise (Liste AACODS)*. Récupéré le 17 novembre 2020 du site de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/AACODS_checklist_VF2016.pdf

Appendice A

Les lexiques des mots clefs liés à l'application de la Loi P-38.001

Tableau 2

Les lexiques des mots clefs liés à l'application de la Loi P-38.001

Lexique français

A

Agressivité

C

Comportement violent

Consentement

Conséquence

Critère de dangerosité

Crise

D

Danger

Dangerosité

Droits

E

Effet

État mental

Éthique

Évaluation psychiatrique

G

Garde préventive

Garde provisoire

Garde autorisée ou en établissement

Gestion d'urgence

Gestion du risque

H

Homicide

Hôpital

Hospitalisation involontaire

I

Idée suicidaire

Idée homicidaire

Impact

Inapte

Inaptitude

Incidence

Intervention de crise

J

Justice

L

Liberté

Loi

Loi d'exception

M

Mesure d'exception

Mesure de remplacement

P

Protection

Psychiatrie

R

Refus

Résultat

Risque

S

Santé mentale

Sécurité

Suicide

Lexique anglais**A**

Agressive Behavior

C

Client attitude

Commitment

Consequence

Crisis

Crisis Intervention

D

Danger

Dangerousness

E

Effect

Emergency Management

Ethic

H

Homicide

Homicidal idea

Hospital

Human right

I

Impact

Incidence

Involuntary Hospitalization

J

Justice

L

Law

Liberty

M

Mental Disorder

Mental Health

O

Outcome

P

Protection

Psychiatric

Psychiatric Emergency

Psychiatric Evaluation

Psychiatric Hospitalization

Psychiatric patient

R

Refusal

Right

Risk

Risk Management

S

Safety

Suicidal Ideation

Suicide

Appendice B

La grille d'analyse critique de la pertinence et de la qualité des sources

Tableau 3

La grille d'analyse critique de la pertinence et de la qualité des sources

Pertinence des sources	Oui	Non	?
La clientèle cible			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le texte fait référence à une clientèle adulte (18 ans et plus) ?</i> 			
L'année de publication			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le texte a été publié entre 1997 et 2021?</i> 			
La similarité entre le contexte de la publication (applicabilité)			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le document met la recherche ou le contenu en contexte?</i> • <i>Est-ce que le contexte (ex. services, programmes, pays) est comparable à celui du sujet de recherche? À noter que les pays comparables au Canada en matière de santé et de services sociaux sont le Royaume-Uni, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les Pays scandinaves.</i> 			
La saturation des données			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que la source apporte des informations nouvelles et pertinentes?</i> • <i>Est-ce que le domaine de recherche serait moins riche sans ce document? À noter que le terme « riche » doit être compris dans le sens d'enrichissant.</i> 			
Qualité des sources	Oui	Non	?
Les auteurs			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le ou les auteurs sont reconnus comme crédible ou réputée (ex. études professionnelles, experts, cités par d'autres auteurs ou sources) ?</i> • <i>Est-ce que le ou les auteurs ont publié d'autres travaux dans le domaine?</i> 			
La revue par les pairs			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le document a fait l'objet d'une revue par les pairs?</i> • <i>Est-ce que le ou les pairs sont reconnus comme crédibles ou réputés (ex. études professionnelles, experts, cités par d'autres auteurs ou sources) ?</i> 			
Les références			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le document présente une liste de références ?</i> • <i>Est-ce que le ou les auteurs se réfèrent à des sources crédibles ou réputées?</i> • <i>Est-ce que les références sont majoritairement contemporaines (1997 et plus) ?</i> 			
L'objectivité de l'information			
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que le ou les auteurs peuvent être en conflit d'intérêts ?</i> • <i>Est-ce que le texte fait référence à des faits versus des opinions ?</i> • <i>Est-ce que l'intention de la communication est le développement des connaissances versus un positionnement stratégique ou éditorial?</i> • <i>Est-ce qu'il y a des signes liés à la propagande dans le texte?</i> • <i>Est-ce que l'interprétation ou l'analyse est objective?</i> 			

La qualité des informations			
• <i>Est-ce que le ou les auteurs s'adressent à des spécialistes versus le grand public?</i>			
• <i>Est-ce que l'information est à caractère spécialisé ou technique versus général?</i>			
L'exactitude de la source			
• <i>Est-ce que le document est une source primaire?</i>			
• <i>Est-ce que les buts / objectifs / questions du document sont clairement énoncés?</i>			
• <i>Est-ce que le document répond aux buts / objectifs / questions énoncés?</i>			
• <i>Est-ce que le ou les auteurs ont consulté des gens pour bâtir le contenu ?</i>			
• <i>Est-ce que la méthodologie est précisée?</i>			
• <i>Est-ce que le texte a été édité par un organisme réputé?</i>			
• <i>Est-ce que les limites de l'étude ou des résultats sont clairement énoncées?</i>			

Appendice C

La fiche de lecture utilisée lors de l'analyse et de la synthèse des écrits

Tableau 4

La fiche de lecture utilisée lors de l'analyse et de la synthèse des écrits

Référence complète
Type de document
Type de devis <input type="checkbox"/> Quantitative <input type="checkbox"/> Qualitative <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Non-applicable
Banque de données ou moteur de recherche utilisé
Concepts / Mots clefs / Concepts pertinents
Cadre théorique
But / Objectif / Hypothèse / Question de recherche
Méthodologie <i>Outils d'évaluation :</i>
Résultats
Conclusion / Discussion
Limites de la recherche
Contenu pertinent
Commentaires / Liens avec la théorie / Apports pour l'essai