



MÉDECINS DU MONDE CANADA

Agir avant la crise: pour une approche fondée sur les droits et la proximité

MÉMOIRE DÉPOSÉ À LA
Commission de la santé et des services sociaux
de l'Assemblée nationale du Québec

dans le cadre des consultations particulières sur le
Projet de loi n° 23 — *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*

Juin 2026

Contact: Stéphanie Harvey, Conseillère en analyse de politique et plaidoyer,
stephanie.harvey@medecinsdumonde.ca

medecinsdumonde.ca

Table des matières

1. À propos de Médecins du Monde Canada	3
2. Un projet de loi à rebours des standards mondiaux, des recommandations des experts et des données probantes	4
2.1 L'augmentation du recours à la coercition, une préoccupation mondiale	4
2.2 Un facteur préoccupant d'exacerbation de profilage et des inégalités	5
2.3 Un rapport d'expertise clair de l'IQRDJ et un manque de données probantes	5
3. Enjeux clés du projet de loi 23	6
3.1 Un déplacement du critère de dangerosité aux effets potentiellement graves	6
3.2 Risques accrus pour les populations en situation de vulnérabilité	7
3.3 Une réponse législative insuffisante face à des problèmes structurels	8
3.4 Risque sur l'alliance thérapeutique et la continuité des soins	9
4. Alternatives au PL23 : une approche fondée sur les droits et la proximité	10
4.1 Vers une prévention systémique et multisectorielle	10
4.2 Construire la confiance: l'approche relationnelle comme levier thérapeutique	10
4.3 Investir dans les services essentiels	11
5. Conclusions et recommandations	12
5.1 Maintenir le cadre juridique actuel de la loi P-38	12
5.2 Maintenir un seuil élevé de dangerosité (articles 7 et 8)	12
5.3 Agir en amont : Investir dans les services de première ligne et communautaires	13
5.4 Mettre en place des protections et des mécanismes d'équité pour prévenir le profilage et la discrimination	13
Références	14

1. À propos de Médecins du Monde Canada

Présent au Canada et dans plus de 70 pays, Médecins du Monde Canada (Médecins du Monde) est un mouvement bénévole, indépendant et mondial qui œuvre au niveau local et international. Grâce à des programmes de santé novateurs et à des actions de plaidoyer fondées sur des données probantes, nous donnons aux personnes et aux communautés marginalisées la capacité d'agir et de revendiquer leur droit à la santé, tout en luttant pour l'accès universel aux soins.

Au Canada depuis 30 ans, Médecins du Monde développe une approche de proximité visant à rejoindre des personnes en situation d'itinérance, de désaffiliation et marginalisées qui rencontrent d'importantes barrières d'accès aux soins. Nos interventions à haut seuil d'acceptabilité sont ancrées dans une approche de réduction des risques et des méfaits, de dignité et d'adaptation aux réalités vécues par les personnes concernées.

Notre modèle consiste à aller vers les personnes là où elles se trouvent, plutôt que d'attendre qu'elles s'adaptent aux cadres institutionnels du système de santé public. Cette approche se déploie à travers une présence dans les milieux de vie, les organismes communautaires et d'autres espaces de proximité, afin d'offrir des services accessibles, flexibles et adaptés.

Notre intervention repose sur des partenariats étroits avec le milieu communautaire, comme collaborateur essentiel et levier d'accès aux soins, afin de développer des réponses complémentaires, renforcer les capacités d'intervention du milieu et ancrer les soins dans des environnements déjà familiers pour les personnes accompagnées.

Nous œuvrons en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, notamment par des mécanismes d'orientation, de navigation, d'accompagnement et d'arrimage avec des services de première ligne, des équipes spécialisées et des partenaires institutionnels. Notre objectif étant d'agir comme pont entre les personnes, le réseau communautaire et public, et de contribuer aux trajectoires de soins plus adaptées et plus continues.

Notre approche de la santé mentale est globale. Elle ne se limite pas aux troubles ou aux diagnostics. Elle comprend l'ensemble de la personne : son histoire, ses expériences et sa capacité à faire face, à vivre ses pertes, à créer et à maintenir des relations. La santé mentale est aussi influencée par la société, ainsi que par des facteurs politiques et sociaux.

Médecins du Monde déploie une offre de services psychologiques et de psychothérapie dédiés aux personnes en situation de désaffiliation sociale, itinérance, consommation de substances, travail du sexe et/ou précarité migratoire. Nos équipes interviennent directement dans la rue et au sein d'organismes communautaires montréalais, contribuant à briser les cycles de détresse psychologique et à prévenir le recours à des mesures d'urgence institutionnelles.

2. Un projet de loi à rebours des standards mondiaux, des recommandations des experts et des données probantes

2.1 L'augmentation du recours à la coercition, une préoccupation mondiale

Le projet de loi 23 (PL23), intitulé *Loi visant principalement à mieux accompagner les personnes dont l'état mental pourrait représenter un risque pour leur propre sécurité ou celle d'autrui*, modifie en profondeur la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Loi P-38) et s'inscrit dans une tendance à l'augmentation significative du recours à la coercition en santé mentale.

À l'échelle mondiale, cette tendance est devenue une préoccupation majeure. L'Organisation mondiale de la Santé a ainsi élevé la lutte contre la diminution du recours à la coercition en soins psychiatriques au rang de priorité. Son *Guide sur les services de santé mentale de proximité: promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits*¹ recommande explicitement d'éliminer les pratiques de traitement et d'hospitalisations involontaires, en ligne avec la Convention relative aux droits des personnes handicapées² et les orientations du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme³. Il offre une description détaillée des approches, des bonnes pratiques et des recommandations pour l'intégration de ces services dans les systèmes et les services nationaux de santé et d'aide sociale.

Cependant, le Canada adopte la tendance inverse. Le pays figure parmi les pays occidentaux affichant le taux moyen le plus élevé d'hospitalisations psychiatriques involontaires⁴. Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le taux moyen d'hospitalisations forcées au pays était de 317 hospitalisations par année par 100 000 habitants⁵. Cette situation témoigne d'un système qui répond trop souvent aux crises psychosociales par des mesures coercitives plutôt que par un accès précoce, continu et adapté aux soins et aux services en santé mentale.

Cette croissance du recours aux mesures coercitives en santé mentale est également observable au Québec. Depuis 2014, le recours à la Loi P-38 a augmenté de 56 %, atteignant plus de 12 605 requêtes à Montréal en 2022, soit une requête aux 41 minutes⁶. Conçue comme une mesure d'exception, la Loi P-38 est aujourd'hui utilisée comme une intervention de routine souvent en substitution à des services de santé mentale insuffisants ou inaccessibles. Cette utilisation croissante porte atteinte aux

¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Guide sur les services de santé mentale de proximité: promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

² Organisation des Nations Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*, 13 décembre 2006. [Convention relative aux droits des personnes handicapées | OHCHR](https://www.unhcr.org/refugees/article/48c9b762.html)

³ World Health Organization & United Nations. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373126/9789240080737-eng.pdf?sequence=1>

⁴ <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/965376/durcir-loi-p-38-quand-demagogie-empare-debat-public>

⁵ <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canada-forced-psychiatric-hospitalization-rates/>

⁶ Action Autonomie (2024). *Appliquer l'exception adéquatement, mémoire présenté à l'IQRDJ*. [Appliquer l'exception adéquatement – Action Autonomie](#)

droits et libertés des personnes concernées. Les situations de crise, de plus en plus nombreuses, reflètent d'abord et avant tout des défaillances structurelles dans l'offre de services en amont. Selon l'Ordre des psychologues du Québec, près de 16 000 personnes étaient en attente de services de première ligne en santé mentale en date du 1er février 2024⁷.

2.2 Un facteur préoccupant d'exacerbation de profilage et des inégalités

Cette tendance est d'autant plus inquiétante que le recours aux mesures coercitives n'affecte pas l'ensemble de la population de la même manière, révélant d'importantes iniquités sociales et de santé. Des tendances au profilage social et racial sont observables et documentées affectant de façon disproportionnée les populations marginalisées, particulièrement celles rejointes par Médecins du Monde. Des recherches démontrent que les personnes noires d'ascendance caribéenne ou africaine étaient 2,7 fois plus à risque que d'autres groupes d'accéder aux services de santé de manière coercitive⁸. Les personnes en situation d'itinérance pourraient être jusqu'à 65 fois plus à risque que l'ensemble de la population montréalaise d'être mises sous garde⁹.

Cette disparité n'est pas anodine. Elle soulève des questions fondamentales sur l'équité et les droits humains. Elle suggère que, loin de résoudre les crises en santé mentale, l'augmentation du recours à la coercition risque de transformer un enjeu de santé en outil de gestion sociale des populations marginalisées, une dérive que les recommandations internationales s'efforcent précisément d'éviter.

2.3 Un rapport d'expertise clair de l'IQRDJ et un manque de données probantes

Face à ce contexte d'urgence et de disparités, une expertise officielle a été sollicitée par le ministère responsable des services sociaux, Lionel Carmant en 2024. Le rapport final de l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), rendu public en décembre 2025, offre une analyse rigoureuse et documentée de la Loi P-38¹⁰.

Celui-ci ne recommande pas un élargissement du champ d'application de la loi. Au contraire, après des mois de recherche approfondie et de consultation, l'IQRDJ formule une recommandation claire et univoque: maintenir le critère de danger « grave et immédiat », renforcer les services en amont, préserver le caractère exceptionnel de toute mesure coercitive, et améliorer l'application de la loi existante plutôt que d'en élargir la portée. Ces recommandations s'appuient sur une compréhension

⁷ Ordre des psychologues du Québec (2024). *Investir en santé mentale : aller au-delà des constats*. Mémoire présenté dans le cadre des consultations prébudgétaires du ministère des Finances. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/M%C3%A9moire%20de%20l'Ordre%20des%20psychologues%20du%20Qu%C3%A9bec%20pr%C3%A9sent%C3%A9%20dans%20le%20cadre%20des%20consultations%20pr%C3%A9budg%C3%A9taires%202024%20du%20minist%C3%A8re%20des%20Finances/a3344564-fa58-9788-f42c-5c4effe66d4b>

⁸ Jarvis Eric, Knight Sommer, Lashley Myrna, Rousseau Cécile et Jarvis G.Eric (2021) *Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis*. Psychiatric Services. [Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis | Psychiatric Services](#)

⁹ Action Autonomie (2024). *J'méritais pas ça, portrait de l'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. [J'méritais pas ça – Action Autonomie](#)

¹⁰ Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2025). *Rapport final — Étude de la Loi P-38*. Gouvernement du Québec.

profonde des enjeux et des preuves. Elles représentent une vision cohérente de ce qui pourrait réellement améliorer la situation des personnes en crise.

Il est aussi important de noter qu'il existe une absence flagrante de données probantes permettant de démontrer l'efficacité réelle des pratiques contraignantes en santé mentale. À l'inverse, les méfaits des hospitalisations forcées, ruptures du lien thérapeutique, traumatismes secondaires, réticence à chercher de l'aide ultérieurement, sont bien documentés par la littérature scientifique. Et les approches alternatives et moins coercitives disposent de données probantes de plus en plus solides démontrant leur efficacité.

Malgré cela, le PL23 choisit une voie différente, qui soulève des inquiétudes importantes. En choisissant de miser sur un élargissement des mesures coercitives, cette réforme ignore les recommandations de l'IQRDJ, recommandations fondées sur une recherche exhaustive et un consensus large, alors que les données scientifiques sur leur efficacité demeurent limitées et comportent d'importantes lacunes.

Le gouvernement risque ainsi de mener une réforme qui, tout en élargissant les mesures coercitives, et en accroissant les risques qui les accompagnent, ne résout pas les causes des crises en santé mentale.

3. Enjeux clés du projet de loi 23

3.1 Un déplacement du critère de dangerosité aux effets potentiellement graves

L'une des modifications les plus structurantes du PL23 est le remplacement du critère de « danger grave et immédiat » par celui d'une « situation où il existe un danger » (art. 7 et 8).

Ce changement supprime deux protections cruciales. L'ancien critère exigeait que le danger soit grave (blessures importantes) et immédiat (risque présent et concret). Le nouveau critère supprime ces deux conditions. Il suffit maintenant qu'une « situation » compromette la « santé ou sécurité », deux termes beaucoup plus larges et flous, pour justifier une intervention. Cet élargissement donne un pouvoir discrétionnaire accru aux médecins, infirmier.es praticien.nes spécialisé.es, intervenant.es de crise et forces policières.

Faute de définition précise de la « compromission », les interprétations du danger peuvent varier. Il existe un risque réel d'assimiler des comportements jugés dérangeants, comme des cris, le fait de se parler à voix-haute, des perturbations de l'espace public, des propos déplacés, une opposition aux procédures, ou encore des situations liées à l'itinérance¹¹, à des situations réellement dangereuses.

¹¹ Tullio, Dalia (2020). *Mémoire : La Pierre d'assise de la garde en établissement : le critère de dangerosité*. [Microsoft Word - FINAL ESSAI - CORRECTIONS.docx](#)

Le problème réside dans l'absence de balises claires. Là où l'ancien critère de danger « grave et immédiat » imposait un seuil objectif, un policier ou un professionnel de la santé devait justifier une intervention en démontrant un danger clair et présent, le nouveau critère de « situation où il existe un danger » accorde une latitude considérable. Cette latitude discrétionnaire ouvre l'espace aux biais : l'inconfort, l'imprévisibilité, les préjugés liés à la marginalité influencent maintenant la décision.

Les données de recherche le confirment: l'évaluation du risque de dangerosité demeure incertaine et sujette à des biais cliniques, sociaux et raciaux¹². Pour les populations rejointes par Médecins du Monde, ce risque est particulièrement saillant. Des comportements liés à la consommation de substances, à des situations d'itinérance ou à des manifestations culturellement distinctes de détresse pourraient être perçus comme dangereux sans l'être objectivement. L'abaissement du seuil d'intervention risque d'amplifier les dynamiques de profilage social et racial, créant des inégalités dans l'application de la loi.

L'IQRDJ, après des mois de recherche approfondie et de consultation, a formulé une recommandation univoque: maintenir le critère de danger « grave et immédiat » et améliorer l'application de la loi existante plutôt que d'en élargir la portée. Selon l'IQRDJ, ce critère constitue une garantie essentielle contre les dérives potentielles et un rempart contre l'utilisation de la garde à de simples fins de contrôle social.

3.2 Risques accrus pour les populations en situation de vulnérabilité

Le flou du critère de dangerosité décrit ci-dessus n'affecte pas toutes les populations de manière égale. Ses impacts les plus graves se concentrent sur celles qui sont déjà les plus vulnérables et marginalisées, précisément celles que le système de santé devrait mieux protéger. Les populations rejointes par Médecins du Monde font face à des vulnérabilités cumulées qui accroissent leur exposition aux mesures coercitives.

Cet impact est particulièrement aigu pour les personnes en situation d'itinérance, qui font face à des barrières d'accès majeures, à une absence de continuité des soins, et à une judiciarisation accrue de leurs trajectoires de vie. Un élargissement des critères de garde risque d'utiliser la P-38 comme outil de gestion de l'espace public plutôt que comme mécanisme de soin, une dérive historique qui a toujours affecté de manière disproportionnée les personnes marginalisées.

De plus, le flou du critère aggrave les risques de discrimination systémique envers les populations racisées, et les données existantes montrent déjà des disparités significatives¹³. Un critère plus flou aggraverait inévitablement cette dynamique. Les personnes autochtones risquent de vivre les pratiques coercitives comme une reproduction de dynamiques coloniales de contrôle institutionnel, tandis que les personnes migrantes à statut précaire, confrontées à des barrières structurelles

¹² Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2018). *Can we usefully stratify patients according to suicide risk?* The BMJ, 359.

¹³ Jarvis Eric, Knight Sommer, Lashley Myrna, Rousseau Cécile et Jarvis G.Eric (2021) *Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis*. Psychiatric Services. [Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis | Psychiatric Services](#)

majeures qui les excluent de l'accès aux services en amont (non accès à l'assurance maladie, obstacles linguistiques, crainte des institutions), pourraient voir leur méfiance envers les services de santé s'approfondir, réduisant davantage leur capacité à chercher de l'aide en amont.

3.3 Une réponse législative insuffisante face à des problèmes structurels

Les crises en santé mentale s'enracinent dans des facteurs structurels bien documentés: saturation du réseau de la santé, manque d'accès aux services de première ligne, sous-financement chronique des ressources communautaires et psychosociales, et précarité résidentielle et sociale croissante. Au Canada, plus d'une personne sur trois (36,6 %) ayant besoin de soins en santé mentale n'a pas reçu les services requis¹⁴. Au Québec, le dénombrement de 2025 a recensé 12 077 personnes en situation d'itinérance visible, une augmentation de 20 % depuis 2022¹⁵, un chiffre qui sous-estime largement la réalité, car il ne tient compte que de l'itinérance visible à l'instant T, excluant par exemple les personnes vivant dans des voitures, des refuges précaires ou des conditions de surpeuplement extrême.

Il est important de reconnaître que les liens entre itinérance et santé mentale sont bidirectionnels. Les problèmes de santé mentale non traités peuvent contribuer à l'itinérance, tout comme l'itinérance elle-même, avec son insécurité, son isolement et ses conditions de vie extrêmes, peut générer des problèmes psychologiques¹⁶.

Ces chiffres illustrent que les crises en santé mentale sont inséparables des déterminants sociaux: le logement, la pauvreté, l'exclusion sociale. Quand une personne ne peut pas accéder aux services de santé mentale en première ligne, elle attend jusqu'à ce que sa situation se détériore. Quand elle attend jusqu'à ce que le danger soit grave et immédiat, le système n'a que deux choix: hospitaliser ou ne rien faire. Élargir les critères de garde ne change pas cette réalité. Cela signifie seulement qu'on intervient plus souvent, mais pas nécessairement mieux voir pire. Le projet de loi risque ainsi de déplacer le problème plutôt que de le résoudre.

Dans ce contexte, élargir les outils coercitifs sans renforcer les services en amont revient à pallier les lacunes du réseau en santé mentale aux dépens des droits et libertés des personnes les plus vulnérables¹⁷ sans bien les desservir. La Commission Laurent (2021) et le Programme national de santé publique 2025-2035¹⁸ soulignent que les interventions les plus efficaces reposent sur des actions préventives portant sur le logement, la réduction de la pauvreté et l'accès aux services de proximité.

¹⁴ Statistique Canada. (2023). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale*. Ottawa.

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec 2025*. Gouvernement du Québec.

¹⁶ Poirier Mario (2007). *Santé mentale et itinérance : analyse d'une controverse*. Nouvelles pratiques sociales, 19 (2), 76-91.

¹⁷ <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-canada-forced-psychiatric-hospitalization-rates/>

¹⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2025). *Programme national de santé publique 2025-2035. Pour un Québec en santé, équitable et résilient*, Gouvernement du Québec.

L'expérience de Médecins du Monde confirme que de nombreuses situations menant à une hospitalisation involontaire sont liées à des barrières d'accès aux soins, une absence de services adaptés, et une insuffisance de suivi dans la communauté. La réforme devrait prioritairement viser le renforcement de ces services, et non l'élargissement de mécanismes coercitifs.

3.4 Risque sur l'alliance thérapeutique et la continuité des soins

Le gouvernement présente l'élargissement des critères comme une mesure « préventive ». Or, c'est précisément l'inverse. Intervenir plus tôt par la contrainte n'est pas prévenir, c'est déplacer la contrainte en amont. La vraie prévention consiste à agir sur les conditions qui produisent les crises, non à élargir les outils pour en intercepter les symptômes plus tôt. Cela signifie que le PL23, qui ne crée pas de nouveaux services en amont mais seulement élargit la capacité coercitive, ne résout pas le problème fondamental.

De plus, l'élargissement pose un problème profond pour l'alliance thérapeutique elle-même. Pour les personnes marginalisées que rejoint Médecins du Monde, ayant souvent expérimenté des traumatismes institutionnels, des discriminations ou de la violence systémique, la confiance envers les services de santé est fragile et difficile à construire.

Les hospitalisations involontaires peuvent aggraver considérablement cette dynamique. Il a été documenté que la coercition « nuit gravement, voire empêche, l'établissement d'une alliance thérapeutique » et que les nombreux traumatismes qui s'ensuivent découragent les personnes de revenir chercher de l'aide pour leur état de santé par la suite, diminuant de 4 à 12 ans leur espérance de vie¹⁹. Ils contribuent à la détérioration de l'état psychologique, à la rupture du lien thérapeutique et, à terme, à une résistance durable à chercher de l'aide²⁰.

Cette réalité s'incarne dans l'expérience quotidienne de Médecins du Monde. Restaurer la confiance envers le système de santé auprès de personnes désaffiliées est un travail qui s'étend sur des années. Or, la crainte de l'hospitalisation forcée demeure une barrière persistante. Nos patients expriment régulièrement cette peur: « si je vais à l'urgence, ils vont me garder », « n'appellez pas la police ». Cette peur, parfois avant même qu'elle se concrétise, suffit à les détourner de chercher de l'aide, les poussant à endurer leur détresse en silence.

C'est donc un double problème: l'élargissement n'est pas préventif puisqu'il détruit la confiance, et cette destruction de confiance agit comme un obstacle à la prévention réelle. Les gens se cachent. Les crises s'aggravent. Cette dynamique crée le phénomène de la « porte tournante »: l'absence de services de suivi post-crise adéquats entraîne des réhospitalisations répétées, l'éloignement

¹⁹ A. Lesage, V. Émond, L. Rochette, D. St-Laurent, J.-F. Lévesque, S. Martel, M. Gagné, A. Bilodeau, G. Dolley, S. Ruel, J. Soucy, A. Delorme et C. Robitaille (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. INSPQ. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>

²⁰ Newton-Howes, G., Mullen, R., & Arnold, R. (2020). *Psychiatric detention: Are we getting it right?* *Australasian Psychiatry*, 28(3), 267-272.

progressif des services, et une détérioration continue de l'état de la personne. C'est l'inverse exact de ce qu'une véritable stratégie préventive devrait accomplir.

4. Alternatives au PL23 : une approche fondée sur les droits et la proximité

4.1 Vers une prévention systémique et multisectorielle

Une véritable prévention en santé mentale exige une approche multidimensionnelle qui reconnaisse l'interdépendance entre la santé mentale et les autres déterminants structurels de la santé. Cela signifie ne pas organiser les services en silos mais plutôt créer des partenariats structurés et durables entre tous les secteurs concernés: santé, logement, services sociaux, milieu communautaire et instances municipales.

Concrètement, cela suppose:

- Agir en amont sur les déterminants structurels, c'est-à-dire sur les facteurs qui mènent aux crises: logement stable, revenus décents, accès aux soins volontaires et adaptés.
- Assurer la continuité des parcours plutôt que de permettre les ruptures qui fragilisent les personnes. Trop souvent, une personne hospitalisée est renvoyée à la rue sans suivi, créant le phénomène de la « porte tournante », réhospitalisations répétées, détérioration progressive.
- Reconnaître le rôle central du milieu communautaire dans le maintien du lien, la prévention et l'offre de soins. Les organismes communautaires, par leur présence directe dans les milieux de vie et leur expertise dans l'accompagnement durable, jouent un rôle que les institutions publiques seules ne peuvent pas remplir et font partie intégrante de l'écosystème de santé.
- Développer une cohérence entre les différentes politiques publiques. Il ne peut y avoir de prévention réelle si, d'un côté, on promeut des approches centrées sur la relation et les droits, et de l'autre, on renforce la judiciarisation, la répression, et l'exclusion des personnes marginalisées.

Notre expérience à Médecins du Monde montre comment cette approche systémique s'incarne concrètement. Par nos soins de santé globale et nos services psychologiques intégrés dans des organismes communautaires, nous ne travaillons pas de façon isolée: nous nous arrimons à des services de logement, de soutien aux pairs, de réduction des méfaits, de navigation dans les ressources. Ces partenariats forts et cette collaboration rendent les services adaptés, efficaces, pérennes et agiles.

4.2 Construire la confiance: l'approche relationnelle comme levier thérapeutique

C'est précisément parce que nous comprenons cette réalité que Médecins du Monde a développé une approche qui place la relation thérapeutique au centre. Pour les personnes ayant expérimenté des

ruptures systémiques et des violences institutionnelles, l'établissement d'une relation de confiance n'est pas un "extra" c'est la condition fondamentale du rétablissement.

Cette approche repose sur des principes simples mais exigeants:

- L'accessibilité inconditionnelle: nos services demeurent accessibles indépendamment du statut d'itinérance, de la couverture RAMQ, ou de la participation de la personne à d'autres interventions. Nous ne retirons jamais nos services comme menace ou punition. Cela crée un espace sécuritaire où les personnes peuvent explorer leur détresse.
- L'adaptation au rythme et au contexte: nous savons qu'une personne vivant dehors ne peut pas suivre un traitement traditionnel à horaires fixes. Nos équipes offrent donc des suivis flexibles, hors des murs, intégrés dans les lieux où les personnes vivent.
- L'expertise clinique centrée sur le patient: nos intervenant.es mettent leur expertise au service de la personne, plutôt que de la diriger. Nous prenons le temps de bien comprendre son vécu, ses priorités et ses forces. À partir de cette compréhension partagée, nous coconstruisons ensemble les solutions et les approches qui ont du sens pour elle, à son rythme. Notre rôle est d'accompagner, non de prescrire.

Cette approche produit des résultats concrets. Les personnes que nous accompagnons développent graduellement un plus grand bien-être, un sentiment de sécurité envers les soignant.es, ainsi qu'une meilleure capacité à identifier leurs ressources internes, à prendre soin d'elles-mêmes et à développer des stratégies pour composer avec leur détresse et traverser les périodes de crise. Elles sont également davantage en mesure d'envisager des changements à leur rythme. Ultiment, cette approche contribue à réduire le recours à l'urgence psychiatrique sans nécessiter l'élargissement des mesures coercitives.

4.3 Investir dans les services essentiels

Au-delà de ces approches, il existe un consensus clair parmi tous les acteurs de la santé mentale au Québec sur les services qui doivent être financés en priorité:

- Des équipes mobiles de crise non policières, opérant selon des modèles éprouvés comme l'UPS-J, qui peuvent intervenir rapidement et de manière adaptée auprès de personnes en détresse sans médicalisation ou judiciarisation systématique.
- Des services de santé mentale en première ligne facilement accessibles, sans barrières administratives ou diagnostiques, offrant counseling, psychothérapie et soutien psychosocial adaptés aux réalités des personnes les plus marginalisées.
- Des psychologues et intervenant.es spécialisé.es intégré.es dans les organismes communautaires, plutôt que concentré.es dans les institutions publiques, pour assurer la proximité et la continuité des services.

- Une reconnaissance et un financement accrus des organismes communautaires qui forment le filet de sécurité pour les populations désaffiliées, offrant soutien aux pairs, réduction des méfaits, navigation dans les ressources et accompagnement durable.

Ces services existent, fonctionnent et réduisent effectivement les recours aux urgences psychiatriques. Ce n'est pas une question de ressources limitées, mais de priorités budgétaires: financer la confiance et l'accès, ou financer la contrainte.

5. Conclusions et recommandations

Médecins du Monde reconnaît les inquiétudes légitimes exprimées dans les débats publics concernant les enjeux de santé mentale et de sécurité collective. Toutefois, après 30 ans d'intervention auprès de populations vivant en situation d'itinérance, de désaffiliation sociale et de grande vulnérabilité, nous observons que les hospitalisations forcées ne résolvent pas les crises, elles les déplacent, les approfondissent, et détruisent la confiance que les gens doivent avoir envers le système de santé pour chercher de l'aide en amont.

La vraie réforme dont la santé mentale a besoin au Québec n'est pas un élargissement des outils coercitifs. C'est un investissement massif dans la prévention, une amélioration décisive de l'accès aux services communautaires, une réorganisation des services en santé mentale qui décentre les hospitalisations, et une reconnaissance que les crises en santé mentale sont d'abord le reflet de défaillances systémiques et sociales, défaillances qu'une intervention coercitive ne peut pas résoudre.

Consciente que le gouvernement doit répondre aux préoccupations légitimes concernant les situations de crise en santé mentale, Médecins du Monde formule les recommandations suivantes:

5.1 Maintenir le cadre juridique actuel de la loi P-38

1. Que le gouvernement du Québec maintienne le cadre juridique actuel de la Loi P-38 et n'adopte pas le PL23 en sa forme actuelle.

Si, malgré ces préoccupations fondamentales, le gouvernement décide de procéder avec une réforme, les recommandations spécifiques formulées ci-dessous visent à minimiser les impacts négatifs sur les populations vulnérables.

5.2 Maintenir un seuil élevé de dangerosité (articles 7 et 8)

Pour assurer que l'intervention coercitive demeure une mesure d'exception, nous recommandons:

2. Maintenir le critère « danger grave et immédiat » comme condition nécessaire à toute garde en établissement et à tout transport contre le gré d'une personne.
3. Définir de manière stricte et limitative ce qui constitue un danger, en y intégrant des garde-fous explicites contre les biais cliniques, sociaux et raciaux, et une liste de comportements (pauvreté,

itinérance, consommation, manifestations culturelles de détresse) qui ne constituent pas un danger.

4. Prévoir une obligation documentée de considérer et d'écarter les alternatives moins coercitives avant toute mise sous garde, ainsi qu'une formation intersectionnelle des intervenant.es de crise, policiers et professionnel.les de la santé.

5.3 Agir en amont : Investir dans les services de première ligne et communautaires

Avant d'élargir les outils coercitifs, il est impératif d'investir substantiellement dans les services qui préviennent, résolvent et évitent les crises. Nous recommandons:

5. Financer des services de santé offerts directement dans les milieux communautaires et les milieux de vie, des équipes mobiles de crise non policières (modèle UPS-J), des services en santé mentale à bas seuil sans conditions d'accès restrictives, et créer des logements stables avec services de soutien, reconnaissant que l'itinérance est un déterminant critique de crise.
6. Augmenter substantiellement les ressources directes dans les organismes communautaires qui rejoignent les populations marginalisées en services psychologiques et psychosociaux.

5.4 Mettre en place des protections et des mécanismes d'équité pour prévenir le profilage et la discrimination

Si une réforme de la P-38 est adoptée, elle doit absolument s'accompagner de protections légales explicites contre l'utilisation de la loi comme outil de gestion sociale des populations marginalisées. Nous recommandons:

7. Mettre en place des indicateurs d'équité spécifiques permettant de détecter les pratiques discriminatoires et les dynamiques de profilage social et racial dans l'application de la loi, ainsi qu'une obligation de correction rapide si les données révèlent une affectation disproportionnée des populations marginalisées.
8. Rendre publiques et régulièrement accessibles les données relatives à l'utilisation de la P-38 permettant à la société civile, aux organismes communautaires et aux chercheur.ses d'en évaluer l'impact réel sur les populations marginalisées.

En résumé, Médecins du Monde appelle la Commission de la santé et des services sociaux à recommander le maintien du cadre juridique actuel de la Loi P-38. Si le gouvernement décide néanmoins de procéder avec une réforme législative, nous urgeons que les amendements substantiels proposés ci-dessus soient adoptés, et que toute modification soit accompagnée de mesures structurantes en amont et d'un système rigoureux de surveillance de ses impacts réels sur les populations vulnérables.

Références

Action Autonomie. (2024). *Appliquer l'exception adéquatement* [Mémoire présenté à l'Institut québécois de réforme du droit et de la justice]. <https://www.actionautonomie.qc.ca/memoires/7683/>

Action Autonomie. (2024). *J'méritais pas ça: Portrait de l'application de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui par les établissements de santé de l'Île de Montréal*. Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal. <https://www.actionautonomie.qc.ca/portrait-de-situation-recherche/jmeritais-pas-ca/>

Commission Laurent. (2021). *Rapport de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse*. Gouvernement du Québec.

Hogg, P. W. (2018). *Constitutional law of Canada* (5e éd.). Thomson Reuters Canada.
Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ). (2025). *Rapport final — Étude de la loi P-38*. Gouvernement du Québec.

Institut québécois de réforme du droit et de la justice (2025). *Rapport final — Étude de la Loi P-38*. Gouvernement du Québec.

Jarvis Eric, Knight Sommer, Lashley Myrna, Rousseau Cécile et Jarvis G.Eric (2021) *Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis*. Psychiatric Services. [Ethnoracial Differences in Coercive Referral and Intervention Among Patients With First-Episode Psychosis | Psychiatric Services](#)

Large, M. M., Ryan, C. J., Carter, G., & Kapur, N. (2018). Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *The BMJ*, 359, k2619.

Lesage A., Émond V., Rochette L., St-Laurent D., Lévesque J.-F., Martel S., Gagné M., Bilodeau A., Dolley G., Ruel S., Soucy J., Delorme A. et Robitaille C. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. INSPQ. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025). *Programme national de santé publique 2025-2035: Pour un Québec en santé, équitable et résilient*. Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2026). *Dénombrement des personnes en situation d'itinérance visible au Québec — 2025*. Gouvernement du Québec.

Newton-Howes, G., Mullen, R., & Arnold, R. (2020). *Psychiatric detention: Are we getting it right?* *Australasian Psychiatry*, 28(3), 267–272.

Ordre des psychologues du Québec. (2024). *Investir en santé mentale: aller au-delà des constats* [Mémoire présenté dans le cadre des consultations prébudgétaires du ministère des Finances]. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/500970/M%C3%A9moire%20de%20l'Ordre%20des%20psychologues%20du%20Qu%C3%A9bec%20pr%C3%A9sent%C3%A9%20dans%20le%20cadre%20>

[des%20consultations%20pr%C3%A9budg%C3%A9taires%202024%20du%20minist%C3%A8re%20de%20Finances/a3344564-fa58-9788-f42c-5c4effe66d4b](#)

Organisation des Nations Unies. (2006). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Guide sur les services de santé mentale de proximité: promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Poirier Mario (2007). *Santé mentale et itinérance : analyse d'une controverse*. *Nouvelles pratiques sociales*, 19 (2), 76-91.

Puntis, S., Perfect, D., Kirubarajan, A., Evers, C., Bindman, J., Thornicroft, G., Maguire, M., & Johnson, S. (2018). *A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage*. *BMC Psychiatry*, 18(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1836-2>

Statistique Canada. (2023). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale*. Gouvernement du Canada.

Tulio, D. (2020). *La pierre d'assise de la garde en établissement: Le critère de dangerosité* [Essai de recherche]. Université de Sherbrooke. <https://usherbrooke.scholaris.ca/server/api/core/bitstreams/b6ef874f-2814-4eb1-934c-6a0b234c39ea/content>

World Health Organization. (2023). *Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>