



Pour un filet d'humanité en santé mentale

Mémoire du RRASMQ dans le cadre des consultations menées par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) sur les prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance



Regroupement des
ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

5 juin 2026

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	1
PRÉAMBULE SOLIDAIRE.....	2
A. Présentation du RRASMQ et des démarches réalisées.....	4
B. Principaux constats et recommandations du RRASMQ.....	5
B.1 Des conditions de vie qui se sont dégradées.....	5
B.2. Un milieu communautaire sous-financé.....	6
B.3 Des enjeux d'accès aux services publics en santé mentale.....	8
B.4. Une intervention de crise à repenser, des droits à protéger.....	10
B.5 Un manque d'information et d'accompagnement autour de la médication.....	12
B.7 Lutter contre la stigmatisation.....	16
C. Des défis spécifiques à certaines populations.....	18
D. Considérations finales.....	21
D.1 Renforcement des services publics.....	21
D.2 Financement à la mission.....	21
D.3 Évaluation des programmes.....	21
E. En conclusion.....	22
SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS.....	23
RÉFÉRENCES.....	26

Recherche et rédaction: Anne-Marie Boucher et Marie-Pier Béland, co-responsables de l'action sociopolitique au RRASMQ

Illustration: Émilie Tremblay (couverture), Clément de Gaulejac (autres illustrations)

Relecture, recherche et bonification : Esther Hétu, Dominic Dubois

Remerciements particuliers: Aux participant-es de la démarche *Se donner du souffle* (2017-2020). Aux ressources ayant participé aux différentes consultations menées par le regroupement en 2025-2026 (sondage, activité avec les membres, rencontre thématique, rencontre nationale). Les membres du comité le Politique: Jade Albert (Vaisseau d'Or (des Moulins)), Pauline Beaudry (Virage Santé mentale), Peter Belland (Le Phare source d'entraide), Thomas Bilodeau (La Cordée), Yves Brosseau (L'Avant-garde en santé mentale), David Castrillon (Projet Inclusion), Mohamed Diakite Faraban (Auto-Psy), Lisette Dormoy (Vaisseau d'or (des Moulins)), Édith Lambert (L'Oasis de Lotbinière), Frédéric McDuff (le Rivage), Luc Parent (Prise II), Karlyn Perron (La Barre du Jour), Jean-François Plouffe (Action Autonomie).

PRÉAMBULE SOLIDAIRE¹

Nous saluons la volonté du gouvernement du Québec de renouveler ses orientations en matière de santé mentale, d'itinérance et de dépendance dans une perspective de concertation, de cohérence et d'intégration des réponses aux besoins de la population. Les enjeux visés sont indéniablement interreliés et traversent les réalités communautaires de manière complexe. Ils exigent des actions coordonnées, durables et ancrées dans les réalités vécues par les personnes concernées.

Nous reconnaissons également la pertinence d'une approche interministérielle et intersectorielle permettant de mieux tenir compte des déterminants sociaux de la santé et des multiples dimensions qui influencent les trajectoires de vie : logement, revenu, accès aux soins et aux services, éducation, justice, employabilité, sécurité, inclusion sociale et participation citoyenne.

Toutefois, la volonté d'intégration ne doit pas conduire à l'effacement des spécificités propres à chacun des secteurs. Une approche intégrée comporte des risques importants : invisibilisation de certains enjeux particuliers, mise en concurrence des organismes de différents secteurs pour de mêmes enveloppes, dilution de l'expertise développée dans les milieux spécialisés, perte de capacité d'agir adaptée aux réalités et au rythme des personnes concernées et éloignement des réponses de proximité construites au fil des années.

Nous voulons également souligner que l'intégration des politiques et des services ne peut se traduire par une centralisation accrue ou par une multiplication des mécanismes administratifs et redditionnels. Dans un contexte où les ressources sont déjà fortement sollicitées, l'alourdissement de la bureaucratie risque de détourner temps, énergie et financement des interventions directes auprès des personnes. La cohérence des actions gouvernementales doit plutôt favoriser la complémentarité des expertises, la souplesse des pratiques, l'autonomie des milieux et la capacité d'innovation.

Nous croyons qu'une vision renouvelée doit reposer sur un équilibre clair entre intégration et reconnaissance des spécificités. Elle doit permettre de mieux arrimer les actions sans homogénéiser les réalités, soutenir les collaborations sans affaiblir les expertises sectorielles et renforcer les parcours de services sans complexifier davantage l'accès pour les personnes.

Enfin, toute orientation future devra s'appuyer sur la participation significative des personnes directement concernées, de leurs proches, des organismes communautaires, des partenaires institutionnels et des acteurs régionaux. Les réponses aux enjeux de santé mentale, d'itinérance et de dépendance ne pourront être pertinentes, humaines et efficaces que si elles demeurent enracinées dans les réalités du terrain et sensibles à la diversité des parcours, des territoires et des populations. C'est dans cet esprit que nous présentons nos constats, préoccupations et recommandations spécifiques.

¹ Ce préambule a été rédigé par plusieurs organisations nationales des secteurs de l'itinérance, de la dépendance et de la santé mentale, dans l'objectif de nommer certains positionnements communs. Les organisations ayant participé sont les suivantes: l'Association pour la santé publique du Québec (ASPO), l'Association québécoise des centres d'intervention en dépendances (AQCID), l'Association des [intervenant.es](#) en dépendance du Québec (AIDQ), le Réseau Solidarité Itinérance du Québec (RSIQ), le Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (RAPSIM), l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), et le Réseau communautaire en santé mentale (COSME).



Regroupement des
ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

En chiffres

Notre mission

Regrouper les ressources alternatives en santé mentale et les soutenir dans leur mission d'organismes communautaires autonomes tout en faisant la promotion de la philosophie alternative en santé mentale et en valorisant des pratiques alternatives diversifiées.



90

ressources alternatives en
santé mentale membres du
Regroupement

Plus de

20 000

Personnes rejointes par
les ressources
alternatives au Québec

Plus de

230 000

Participations à des
activités de groupe
chaque année

Plus de

203 000

Interventions
individuelles chaque
année

A. Présentation du RRASMQ et des démarches réalisées

Le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) est un organisme à but non lucratif (OBNL) qui rassemble, représente et soutient depuis 1983 près de 90 organismes à travers le Québec. Les organismes membres du Regroupement (ressources alternatives) travaillent au quotidien pour et avec des personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale ayant eu une influence importante sur leur vie.

Ces ressources, à taille humaine, sont des groupes d'entraide, des centres de crise, des ressources de traitement, des lieux d'hébergement, des maisons de transition, des centres de jour ou de soir, des ressources de réintégration au travail, des services d'écoute téléphonique, des services de répit et de soutien dans la communauté, etc.

Ces organismes s'identifient et adhèrent à une philosophie alternative en santé mentale qui se caractérise par une façon «autre» d'accueillir la souffrance et de considérer les problèmes de santé mentale, une approche globale et respectueuse de la personne, des pratiques favorisant l'appropriation du pouvoir, la participation et l'entraide. Ensemble, ils forment le RRASMQ et font partie du Mouvement social alternatif en santé mentale.

La démarche

Le Regroupement a sondé ses membres à l'automne 2025, par un questionnaire en ligne et une fiche d'animation à faire vivre dans les ressources, afin de revisiter sa plateforme de revendications. Une version de travail de la plateforme *Un filet d'humanité à tisser serré* (issue de cette consultation) a été présentée aux 90 participant.es de la rencontre nationale *Se solidariser sur une mer agitée* en mars 2026 et a été bonifiée. Une nouvelle consultation a permis de consolider les recommandations présentes dans le mémoire déposé aujourd'hui.

Cette démarche a permis d'éclairer certaines priorités qui relèvent de la responsabilité d'autres ministères. Ainsi, plusieurs personnes consultées ont insisté sur l'importance d'agir sur les conditions de vie de la population, notamment en:

- **augmentant massivement le nombre de logements sociaux (conformément à la revendication du FRAPRU);**
- **investissant durablement pour mettre fin à la pauvreté, en rehaussant les prestations sociales et le salaire minimum;**
- **finançant le transport public et bénévole dans toutes les collectivités, afin de garantir le droit à la mobilité**
- **agissant pour prévenir les violences intrafamiliales, etc.**

Cette démarche a également permis de mettre en lumière l'importance de continuer à construire un Québec où nous réalisons les droits sociaux, économiques et culturels, en protégeant les droits et libertés de toutes et tous. Nous sommes tous interreliés et faisons partie du même monde : la population a des besoins fondamentaux qui ne disparaissent pas lorsque les conditions pour y répondre se détériorent, ce qui se traduit par des tensions sociales et une

détresse grandissante alors que nous avons le pouvoir de faire autrement. On voit que plus l'État coupe dans le filet social, plus il finit par investir dans des mesures sécuritaires qui amplifient les problèmes sociaux, plutôt que de les résoudre; évitons ce cercle vicieux!

B. Principaux constats et recommandations du RRASMQ

B.1 Des conditions de vie qui se sont dégradées

Partout au Québec, les conditions de vie se sont dégradées. Crise du logement et crise de la vie chère se sont combinées pour créer des conditions de vie de plus en plus pénibles pour les personnes en situation de pauvreté. Les personnes n'ont plus les moyens d'aller bien! Stress pour la nourriture, pour le loyer, pour acheter des lunettes, pour faire réparer des dents, pour se déplacer... Pourtant, «[c]e qu'on observe, c'est qu'une augmentation des dépenses sociales a un plus grand impact sur la santé que les dépenses dans les systèmes de santé eux-mêmes² », selon un chercheur spécialisé en politiques publiques et en économie, qui s'est penché sur les dépenses sociales ou de santé au Canada de 1980 à 2011.

Cette polycrise, amplifiée par la crise écologique, trouve un écho tout particulier chez les jeunes. Pour une large part de la population, l'espoir est de plus en plus difficile à nourrir, affectant la santé mentale de toutes et tous. Il est urgent que le gouvernement prenne un virage pour mettre de l'avant des solutions collectives porteuses d'espoir, pour reprendre la formule de la campagne *Fini de patcher, c'est le temps de tisser serré*, propulsée par le Mouvement Jeunes et santé mentale.

L'isolement compte également pour une large part dans la hausse de la détresse, au point où il est identifié comme un enjeu prioritaire de santé publique dans plusieurs pays. Cécile van de Velde parle de la solitude comme d'«un enjeu majeur de notre époque qui peut avoir des conséquences politiques très concrètes», évoquant comment chez certains un sentiment de solitude peut se transformer en haine de l'autre.³

À l'inverse, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) suggère que les initiatives qui renforcent la cohésion sociale et le sentiment d'appartenance sont un facteur important de résilience collective face aux changements climatiques⁴, et, on l'a vu en contexte de pandémie, face à toute situation de crise sociale. Ainsi, agir pour construire des communautés inclusives, justes et solidaires participe à réaliser les déterminants sociaux d'une bonne santé mentale.

Recommandation 1- Que le gouvernement du Québec adopte une approche axée sur la réalisation du droit de jouir de la meilleure santé mentale et physique possible, en incluant l'action sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

² Daoust-Boisvert, Amélie, 22 janvier 2018, «Les dépenses sociales, la clé pour la santé», *Le Devoir* (Lien dans les références)

³ Collardey, Sarah, 4 mai 2026, « Semaine de la santé mentale. Un appel collectif à se rassembler contre la solitude », *Le Devoir* (Lien dans les références)

⁴ Institut national de santé publique du Québec, 26 novembre 2024, « Cohésion sociale : déterminant de la santé en contexte de changements climatiques », (Lien dans les références)

B.2. Un milieu communautaire sous-financé

«Je pense que c'est important de le nommer explicitement: il y a plusieurs perspectives en santé mentale. Et parce que je pense que quand on est du côté de la médecine, on a l'impression que l'approche alternative, c'est comme la médecine alternative. Il y a une confusion par rapport à ça, et qui peut faire en sorte que les échanges ne soient pas fluides. Mais juste nommer qu'il y a plusieurs perspectives qui sont assez rigoureuses, qui ont un corpus scientifique qui appuie d'autres perspectives. Il faut nommer l'importance qu'il existe une diversité d'approches et de couleurs, ça va dans le sens de garantir le droit à la santé des gens. Il faut que les gens aient accès à une variété d'installations, une variété d'approches qui correspondent aux besoins. Il n'y a pas un one-size-fits-all en santé mentale. C'est important que, selon la sensibilité des gens, selon leur croyance, ils puissent avoir des accompagnements qui sont respectueux.»

- Un directeur d'une ressource alternative de Montréal

La santé mentale est le parent pauvre du système de santé. Son budget représentait seulement 6,3% de l'ensemble du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2023-2024 (Couturier, 2023). Parallèlement, alors que les organismes communautaires en santé mentale sont partie prenante du filet social, le MSSS leur a alloué moins de 2% de ses dépenses en 2024-2025 (MSSS, 2025). Du côté du milieu communautaire, on observe ainsi un financement à la mission insuffisant, des rehaussements pratiquement inexistantes et des indexations déconnectées de la hausse réelle des coûts, qui affectent directement la capacité des organismes à réaliser leur mission.

Face à des ressources insuffisantes, les organismes vivent d'importants dilemmes quotidiens, notamment entre assurer la stabilité de leurs équipes et maintenir la diversité des soutiens offerts. Concrètement, cela se traduit par une diminution des activités, ainsi que par une réduction des heures d'ouverture et de l'accès à de l'accompagnement. De plus, les locaux ne sont pas toujours adaptés aux besoins. Sur le plan humain, les conditions de travail maintiennent les salarié-es dans la précarité. Par conséquent, les équipes font face à un plus grand roulement de personnel et à des risques d'épuisement accrus. Pour les groupes qui couvrent un large territoire avec peu ou pas de transport collectif, les dilemmes sont d'autant plus grands que la coupure d'un seul poste peut priver des villages entiers d'accès à du soutien en santé mentale. En ce sens, assurer une indexation qui correspond à la hausse réelle des coûts de système⁵ serait une mesure minimale pour éviter à tout le moins aux organisations de s'appauvrir d'année en année, mais des investissements plus significatifs sont essentiels.

De fait, dans le dernier PAISM, il est mentionné qu'«en matière de santé mentale, les organismes communautaires détiennent des expertises notables et font preuve de grandes capacités d'innovation en offrant des services uniques, alternatifs et adaptés aux besoins spécifiques des personnes et de leurs proches». En mettant en place des lieux d'appartenance, d'entraide et de guérison, les ressources alternatives agissent directement sur les causes

⁵ voir ICFC: Indice des coûts de fonctionnement du communautaire - TRPOCB, <https://trpocb.org/icfc/>

psychosociales de la détresse. Elles offrent des milieux de vie inclusifs où les personnes qui vivent des enjeux en santé mentale peuvent trouver du soutien et en offrir; développer des liens et de nouvelles compétences; reprendre du pouvoir sur leur trajectoire de vie, et se mobiliser pour transformer les conditions sociales qui créent ou aggravent la détresse.

Le *Plan d'action gouvernemental associé à la Stratégie de prévention en santé* le souligne également, dans l'ambition 2.3. Afin de s'assurer d'un bien-être élevé pour toutes et tous, on doit miser sur la promotion de la santé mentale, les prescriptions sociales et les pratiques alternatives et ce «pour favoriser les liens sociaux, la santé et le bien-être.⁶» Or, **ces pratiques se vivent essentiellement dans les organismes communautaires**. Par le renforcement du tissu social qu'elles permettent, et parce qu'elles sont directement nourries et orientées par les communautés qu'elles desservent, **les ressources alternatives sont des lieux d'innovation continue, et jouent un rôle essentiel dans la prévention et l'amélioration de la santé mentale**. Elles s'adaptent rapidement aux besoins des populations qu'elles rejoignent et contribuent à un cercle vertueux qui diminue la détresse en amont des crises. Dans le contexte actuel de crises sociales et climatiques qu'on connaît, un soutien financier plus cohérent est urgent.



Il existe également une méconnaissance du rôle et de l'action des groupes communautaires, trop souvent perçus comme des sous-traitants pouvant offrir des services à faible coût. La richesse de leurs pratiques et l'importance de leur autonomie semblent recevoir peu de reconnaissance et de soutien, ce qui menace leur capacité d'innovation et la portée de leur contribution sociale. L'approche alternative, c'est surtout la possibilité de prendre son temps. Or, on constate que ce temps se fait de plus en plus rare, alors qu'il est la clé pour offrir aux personnes une présence attentive dans une société qui essaie de soigner de plus en plus vite (et, parfois, mal).

Recommandation 2- Soutenir les ressources alternatives en santé mentale dans la réalisation de leur mission, et en assurer l'accès pour les citoyen·nes de l'ensemble du territoire

2.1. Rehausser le financement à la mission à la hauteur des besoins⁷ des ressources alternatives en santé mentale et adopter l'Indice des coûts de fonctionnement communautaire (ICFC) pour fixer l'indexation annuelle, de manière à consolider les groupes déjà existants.

2.2. Prévoir un financement supplémentaire pour soutenir l'émergence de ressources alternatives dans les communautés qui en ont le besoin, et du soutien financier à la mise en place d'initiatives permettant de faire tomber les barrières géographiques (*reaching out*, transport, etc.).

⁶ Plan d'action gouvernemental 2026-2031 de la Stratégie nationale de prévention en santé , 2026, page xvi.

⁷ tels que définis par les seuils-plancher.

B.3 Des enjeux d'accès aux services publics en santé mentale

«Ce qui arrive souvent, c'est que, après une demande d'aide, les gens vont se faire appeler dans les 24-48 heures pour l'évaluation. Après ça, j'imagine qu'ils établissent des priorités parce que ce qui arrive, c'est que, souvent, ces personnes se retrouvent à notre ressource parce qu'ils ont des besoins maintenant. Si tu veux des services maintenant, au CIUSSS, il faut que tu dises que tu veux te tuer.. .mais tsé, pour les autres, c'est l'attente. Pendant neuf mois, souvent.

Et on constate aussi la non-gratuité, ici, il n'y a plus de psychologues attribués au CIUSSS. Il a pris sa retraite puis il n'y a personne pour le remplacer. La personne qui pratique au privé ne prend pas de nouveaux clients, et ça, c'est sans parler du prix.»

- Un intervenant de la région de Lac-Mégantic

Les ressources alternatives en santé mentale nous le nomment depuis des années: l'accès à la première ligne en santé mentale est problématique. La disponibilité des services dépend souvent du code postal ou de la proximité avec un centre hospitalier. Les services spécialisés se font rares dans les régions plus éloignées des grands centres, et on parle d'exode des psychologues et psychiatres vers le privé. Pourtant, quand on va mal, la proximité et la présence humaine peuvent faire toute la différence.

Lorsqu'une personne demande de l'aide et n'en reçoit pas, elle risque de se tourner vers d'autres mécanismes d'adaptation, et de demeurer dans les conditions qui contribuent à sa détresse, d'où l'importance de prévoir une réponse rapide aux demandes d'aide volontaires. Lorsqu'une demande d'accompagnement, ou un référencement est fait auprès du réseau public, on doit pouvoir offrir, dans des délais rapides, plus que des auto-soins, une liste d'attente ou une référence floue vers un groupe communautaire. Les personnes qui le souhaitent doivent être rencontrées rapidement, pour un premier cycle d'accompagnement et d'évaluation des besoins, en personne.

Les délais d'attente pour un suivi demeurent longs, et les accompagnements prennent fin trop rapidement. Le modèle de soins par étapes du PQPTM, plutôt que de remplir sa promesse initiale de donner plus facilement accès à la psychothérapie, vient davantage limiter l'accès à des accompagnements considérés comme plus coûteux (psychologues, psychothérapeutes).

«Dans les Laurentides, l'accessibilité est aussi compliquée. Il y a des gens qui n'ont plus de psychiatre parce qu'il a pris sa retraite et ils n'ont pas accès à un nouveau psychiatre. Il faut qu'ils passent par le 811, c'est compliqué, ou par leur médecin de famille, quand ils ont un médecin de famille. Alors, l'accessibilité n'est pas si simple que ça.»

- Une directrice d'un groupe communautaire de la région des Laurentides

Nos groupes dénoncent également les épisodes de soins, trop courts, auxquels on met fin trop rapidement, de même que le manque d'alternatives, qui fait en sorte que plusieurs citoyens et citoyennes se retrouvent sans aide, faute d'approches qui leur correspondent ou de suivi offerts à la fréquence qui leur convient.

On remarque aussi une tendance, dans les dernières années, à abandonner certaines pratiques, pourtant soutenues par des données probantes, pour des raisons qui semblent d'abord comptables. Des ressources comme la Clinique 388 ou les cliniques pour les troubles anxieux ou de l'humeur (Québec) disparaissent, sans garantie que des accompagnements répondant aux mêmes besoins feront leur apparition. Dans un article de 2025, des sources du CIUSSS de la Capitale-Nationale indiquaient que «depuis 2020, le nombre de demandes pour des services spécifiques en santé mentale a bondi de 81% au CIUSSS (alors que) le nombre de personnel dédié à ces cas a augmenté de 35%.⁸» Une situation intenable.

Quelques derniers constats sur l'hébergement et le logement: des lieux d'hébergement adaptés et respectueux de la dignité des personnes manquent : des sorties d'hospitalisation sont retardées faute d'endroits pour accueillir les personnes nécessitant un soutien plus important⁹. Faute de financement, très peu d'unités de logements sociaux avec soutien communautaire sont disponibles, alors que la demande est forte. On peut aussi considérer l'importance de mettre en place des ressources de répit ou d'apaisement, qui permettent des séjours brefs tout en maintenant les personnes affiliées et dans les communautés.

«Je parlerais de la fracture numérique, le fait qu'ils transforment tout ça. je suis allé prendre rendez-vous avec mon médecin de famille, et la dame au comptoir m'a dit: on ne prend plus de rendez-vous, il faut que tu scannes le code QR ou il faut que tu appelles. Je me suis déplacé... je suis parti et je n'ai pas eu mon rendez-vous. C'est décevant. Tsé, les gens qui n'ont pas accès à des téléphones intelligents ou même, qui n'ont pas de téléphone... ceux qui n'ont pas de domicile, ils font comment?»

- Un membre d'une ressource alternative de Cowansville, 64 ans

Recommandation 3- Accroître les services publics et communautaires en santé mentale, en misant sur des approches de proximité

3.1 Rehaussement de la qualité de l'accompagnement psychosocial en embauchant davantage d'intervenant-es sociaux et de psychologues, et en assurant un accès, en présentiel, dans toutes les communautés.

3.2 S'assurer que les suivis puissent être maintenus dans la durée, afin de favoriser la continuité du lien thérapeutique.

3.3 Accroître l'offre d'hébergement de transition, en misant sur des modèles communautaires avec soutien communautaire, de même que les logements sociaux avec soutien communautaire

3.4 Soutenir le développement de groupes d'entendeurs de voix dans toutes les communautés

⁸ Sauvageau, Flavie, 25 septembre 2025, «Un autre service d'aide en santé mentale ferme ses portes à Québec», *Radio-Canada* (Lien dans les références)

⁹ ARCHAMBAULT, Héloïse, 11 novembre 2025, «Coincés à l'hôpital depuis des mois, des patients ont coûté plus d'un demi-million\$, *Le Journal de Québec*, (Lien dans les références)

B.4. Une intervention de crise à repenser, des droits à protéger

La question de l'intervention de crise en santé mentale a pris le devant de la scène politique au printemps 2026, lorsque la ministre de la Santé, Sonia Bélanger, accompagnée par le ministre de la Justice, Simon Jolin-Barrette, a présenté le projet de loi 23. Or, s'il prétend être un projet de loi "de soin", le projet de loi n'adresse aucun des enjeux liés au manque de ressource en amont et après la crise, augmente le recours à la coercition alors que les effets délétères de ces pratiques sur les personnes sont de plus en plus documentés, et risque de renforcer une utilisation devenue presque routinière d'un mécanisme pourtant censé être exceptionnel. Sur le terrain, on constate un manque d'accès à de l'accompagnement volontaire et rapide, quand les personnes en demandent. On voit aussi comment la formation des intervenant.es appelées à intervenir en situation d'urgence psychosociale n'est pas toujours adéquate, et que le temps nécessaire afin de procéder à des pratiques de désescalade manque.

Cela entraîne des situations de détresse ou de crise qui sont pourtant parfois évitables. L'Institut québécois de réforme du droit et de la justice (IQRDJ), fait d'ailleurs mention de cet état des choses dans son rapport sur la loi P-38, commandé par le ministre responsable des services sociaux : « l'absence de services appropriés conduit à médicaliser et à judiciairiser des problèmes sociaux, médicaux ou de consommation, pour lesquels l'hospitalisation forcée n'apporte qu'une réponse ponctuelle et inadéquate » (IQRDJ 2025, p.12).

Lorsque ces situations surviennent, l'aide qui est proposée, et souvent imposée, n'est pas toujours respectueuse des besoins des personnes : « la P-38, censée protéger les personnes dans des situations extrêmes, devient un instrument de gestion courante auquel on recourt faute de ressources. » (IQRDJ, 2025, p. 12). Ainsi, le modèle actuel de réponse à la crise par le contrôle social doit être remis en question. La prévention et la postvention sont plus qu'essentielles : bien que cela dépasse la seule responsabilité des ressources alternatives ou du milieu communautaire, la création d'un tissu social fort et le soutien des personnes dans la communauté doivent être mis de l'avant. Toute situation qui ne dégénère pas, parce que la personne est entourée et accompagnée, évite des souffrances.



Des initiatives communautaires de réponse à la crise existent et fonctionnent, comme l'Escouade 24/7 dans le Bas-Saint-Laurent, mais ne sont pas présentes dans toutes les régions. Ces équipes permettent de répondre aux besoins des personnes, de les accompagner dans le respect de leurs droits et de faire des mesures de coercition, comme l'hospitalisation forcée, un réel dernier recours. Il semble pertinent également que soient disponibles des formations sur les approches alternatives à la crise, soit Open Dialogue, le GPS, l'Emotional CPR, le WRAP et autres.

Pourtant, on voit bien que «le recours à la contrainte, grandissant au Canada et au Québec, semble [...] être préféré à la remise en question des façons de faire qui permettent de dispenser des soins protégeant la dignité des usagers et qui favoriseraient une meilleure

implication de leurs systèmes de soutien¹⁰». Le projet de loi 23 vient d'ailleurs élargir les critères permettant de procéder à une garde en établissement et, semble-t-il, à un recours accru aux soins sous contrainte. Bien que les mesures concernant les directives psychiatriques anticipées semblent une possible avancée potentielle, si elles sont déployées à partir de l'expertise des personnes premières concernées, nous demeurons préoccupés de l'esprit général de cette potentielle réforme. En effet, comme l'a bien nommé Me Pierre Noreau de l'IQRDJ, lors de son audition aux consultations particulières sur le PL23, elle opère « un changement important qu'on prend rapidement; est-ce qu'on ne devrait pas réfléchir plus longuement avant de faire une telle rotation de la Terre ? ». Pour nous, il devient donc urgent de remettre en question le modèle actuel de réponse à la crise, centré sur la gestion du risque et le contrôle social.

Recommandation 4- Reconnaître et soutenir le développement de l'expertise communautaire en prévention et en intervention de crise

4.1 Assurer l'accessibilité, partout sur le territoire québécois, à des centres de crise de proximité, de l'hébergement et du logement avec soutien communautaire.

4.2 En matière d'intervention de crise, soutenir le déploiement d'équipes mobiles et communautaires d'intervenant-es psychosociaux, de manière à faire de l'hospitalisation/traitement forcés un dernier recours.

4.3 Financer de manière pérenne le développement et le déploiement de pratiques en accueil de la crise, dont l'approche du *Dialogue ouvert*, dans les groupes communautaires en santé mentale, en fonction des besoins des communautés.

4.4 Maintenir un *statu quo juridique* autour de la Loi P.38 en maintenant le critère de danger immédiat pour le transport à l'hôpital, de même que les tribunaux distincts.

4.5 Soutenir le développement d'une expertise alternative dans les groupes de parents et proches (qui pourrait reprendre l'approche du *Dialogue ouvert*, telle qu'appliquée par le Carrefour en santé mentale des familles et de l'entourage, par exemple) pour éviter le recours aux mesures d'exception.

B.5 Un manque d'information et d'accompagnement autour de la médication

«Au niveau de la médication, c'est sûr qu'il y a beaucoup de gens ici qui viennent me voir. et me demandent: «Je peux-tu arrêter ma médication?» Moi, je ne suis pas un médecin, ce n'est pas à moi de les conseiller! Mais je le constate: les gens ont besoin d'en savoir plus sur leur médication et tout. Moi, je leur suggère, justement : «parles-en à ton médecin.» Mais là, souvent, il y en a qui n'en ont pas. Il y en a qui en ont juste à Sherbrooke, parce que c'est un

¹⁰ Laboratoire sur la santé, les déviances et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, décembre 2024, *Les pratiques de soins en établissement de santé lors d'hospitalisations et de traitements involontaires : un angle mort du droit psychiatrique*, p.19

psychiatre. Je sais que depuis un moment, il y a un psychiatre qui vient une fois de temps en temps ici. Mais sinon, il y a des médecins qui sont peu accessibles. Il y a beaucoup de craques comme ça dans les services, dans notre région.»

- Un intervenant de la région de Lac-Mégantic

La médication représente actuellement un aspect central de l'accompagnement en santé mentale. À titre d'exemple, en 2021, 13% de la population canadienne s'était vu remettre une prescription d'antidépresseurs, plaçant le pays au 4e rang de l'OCDE (Roy, 2024). Pour ce qui est de la prescription de benzodiazépines, elle touchait plus de 11% de la population québécoise en 2022 (Plamondon et Noël, 2024). Cependant, un accompagnement adéquat dans le réseau public, notamment l'accès à une information complète par rapport à la médication et ses effets et du soutien pour les démarches de diminution ou de sevrage, peut être difficile à obtenir. Plusieurs articles, dans les médias, ont fait état de situations de citoyen.nes qui ont peiné à être soutenus dans leurs quêtes d'une meilleure qualité de vie et non seulement dans la gestion de leurs symptômes initiaux.

Une méta analyse publiée en 2026, regroupant 76 études, a pourtant déterminé que, pour prévenir les rechutes de dépression, une réduction progressive des antidépresseurs associée à un support psychologique était aussi efficace que le maintien de la médication (Zaccoletti et al., 2026). De plus en plus, des regroupements de médecin se penchent sur les pratiques de déprescription mais leur expertise tarde à se matérialiser dans les suivis en santé mentale. C'est pour essayer de combler ce déficit d'informations autour de la médication et du sevrage qu'un comité citoyen, soutenu par le RRASMQ, a lancé en 2023 le site www.nous-medication.com. Or, l'accès à une information sécuritaire et vérifiée sur la médication ne devrait pas reposer sur l'engagement bénévole ou le bon vouloir du professionnel consulté, mais devrait être assurée à toutes les personnes à qui l'on propose un traitement.

«Countries should adopt a higher standard for the free and informed consent to psychotropic drugs given their potential risks of harm in the short and long term (217, 218). Countries, for example, can require written or documented informed consent (e.g. expressed by a recording in video or audio formats) after providing detailed information on potential negative and positive effects, and the availability of alternative treatment and non-medical options.

Legislation can require medical staff to inform service users about their right to discontinue treatment and to receive support in this. Support should be provided to help people safely withdraw from treatment with drugs. The prescription of psychotropic drugs and follow-up requires careful physical health assessment and monitoring.»

- World Health Organization, *Mental health, human rights and legislations: guidance and practice*, p.57

Rappelons finalement que la médication n'est qu'une des réponses possibles au déséquilibre et au mal-être. Dans le Plan d'action interministériel en santé mentale (PAISM) 2022-2026, on notait que « les pratiques alternatives ou les pratiques en complément des services

traditionnels et de la médication, par exemple le soutien par les pairs, doivent être mises de l'avant » (MSSS, 2022). Parmi les approches alternatives possibles, notons la Gestion autonome de la médication (GAM), qui est une démarche de groupe visant la reprise de pouvoir par la personne prenant de la médication en offrant l'accès à toute l'information nécessaire concernant la médication et les alternatives.

«While the biomedical model frames mental health conditions as “brain diseases” that need to be treated with drugs, a human rights-based perspective embraces human differences and recognizes individuals experiencing distress or unusual perceptions as having a full set of diverse experiences and contexts and not as having a problem that needs to be “cured” or “fixed”. Through adopting a human rights-based perspective, feelings, behaviours and lived experiences are not addressed in isolation through medicalized interventions, but approached and understood in the wider context of human diversity and environmental factors.¹¹»

De surcroît, dans le contexte de l'élargissement possible du recours au traitement forcé (tel que suggéré dans la présentation et les consultations autour du projet de loi 23), il nous semble particulièrement essentiel de prévoir des espaces de discussion autour du traitement pour les personnes qui en font l'objet. Ainsi, il nous semblerait porteur de s'assurer que toute personne prenant de la médication psychotrope, y compris celles ayant fait l'objet d'une ordonnance de soins, puissent avoir accès, dans leur communauté, à des espaces de parole et d'échange inscrits dans la Gestion autonome de la médication. En cela, nous suggérons que le gouvernement du Québec soutienne et contribue à documenter un projet-pilote dans 5 régions où des groupes existent, dans le but de mettre en place une pratique concertée d'animation et de soutien autour de la Gestion autonome de la médication, en collaboration avec le RRASMQ..

«LA GAM montre des effets positifs sur le rétablissement, la qualité de vie et le pouvoir d'agir des personnes (...). La GAM, créée au Québec, a également été implantée et évaluée à l'international. Par exemple, elle a inspiré des initiatives internationales comme la Gestion collaborative de la médication en santé mentale et les plans d'action gouvernementaux au Brésil et en Espagne (...). Son application repose sur la collaboration entre les personnes directement concernées, les milieux communautaires, de défense des droits et de recherche (...).

La littérature rapporte plusieurs effets associés à cette approche, dont une meilleure collaboration thérapeutique grâce à l'implication active des personnes concernées dans les décisions, réduisant les interruptions brutales de traitement (...). Dans la même perspective, on constate dans la psychiatrie contemporaine un intérêt croissant concernant le phénomène de

¹¹ Traduction libre: «Alors que le modèle biomédical considère les troubles mentaux comme des « maladies du cerveau » qui doivent être traitées par des médicaments, une perspective basée sur les droits humains embrasse les différences humaines et reconnaît les individus éprouvant de la détresse ou des perceptions inhabituelles comme ayant un ensemble complet d'expériences et de contextes divers, et non pas comme ayant un problème qu'il faut « guérir » ou « réparer ». En adoptant une perspective fondée sur les droits humains, les sentiments, comportements et expériences vécues ne sont pas traités isolément par des interventions médicalisées, mais sont abordés et compris dans le contexte plus large de la diversité humaine et des facteurs environnementaux.», OMS, *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*, page 26.

la sur-prescription et la proposition de pratiques pour l'optimisation du traitement et la qualité en prescription¹²»

Recommandation 5 - Garantir à toute personne, dans une perspective d'amélioration de sa qualité de vie, un soutien de qualité et de l'information complète autour de la médication

5.1 Soutenir le développement des pratiques de soutien à la Gestion autonome de la médication (GAM) dans toutes les régions du Québec.

5.2 Que les rôles et responsabilités professionnelles entourant la prise en charge et le soutien à la déprescription des médicaments psychotropes soient clairement établis et définis, et que ces professionnels soient sensibilisés à l'importance d'accompagner les personnes dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie.

5.3 Que les préparations magistrales¹³ pharmaceutiques soient remboursées par la RAMQ pour permettre une diminution sécuritaire de la médication lorsque nécessaire.

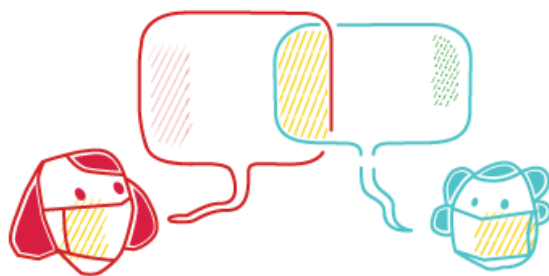
«Il manque d'informations par rapport à la médication. Puis là, à un moment donné, les personnes sont tannées, elles veulent arrêter ou diminuer. Elles n'ont pas ce qu'il faut pour les aider, à part venir ici puis faire une démarche GAM avec nous.

Tsé, le soutien autour de la médication, dans le réseau de la santé, ce n'est pas qu'il est faible, c'est qu'il n'est pas là. La situation fait en sorte qu'il n'y en a pas, ou pas assez. Dans le sens que le médecin va donner les informations vite, vite, vite, vite. Puis les gens n'ont pas tendance à aller voir le pharmacien, ils n'ont pas ce réflexe-là. Alors ils viennent ici, ils ont eu de la médication, là, ils ont des effets secondaires, ils ne comprennent pas trop ce qui se passe. Puis au niveau du réseau, ils n'ont pas tant le service pour mieux comprendre la médication.»

- Une directrice d'un groupe communautaire de la région des Laurentides

¹² Rodriguez Del Barrio, Lourdes, *Au-delà de la contrainte: humaniser les soins et l'intervention de crise en santé mentale*. Mémoire déposé dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi 23, Équipe de recherche ÉRASME, juin 2026, p.22.

¹³ Une préparation magistrale est un médicament préparé spécifiquement pour un·e patient·e déterminé·e, lorsque les spécialités pharmaceutiques disponibles ne répondent pas à ses besoins. Cela peut inclure des ajustements de dosage, des formes pharmaceutiques adaptées (comme des liquides pour les enfants ou les personnes âgées), ou la combinaison de plusieurs principes actifs pour une synergie d'action.



B.7 Lutter contre la stigmatisation

«Il n’y aurait jamais assez de sensibilisation. Et je pense que le communautaire, on le fait, et on le fait bien. Mais ça prend du temps, et ça va prendre du temps, changer les mentalités.»

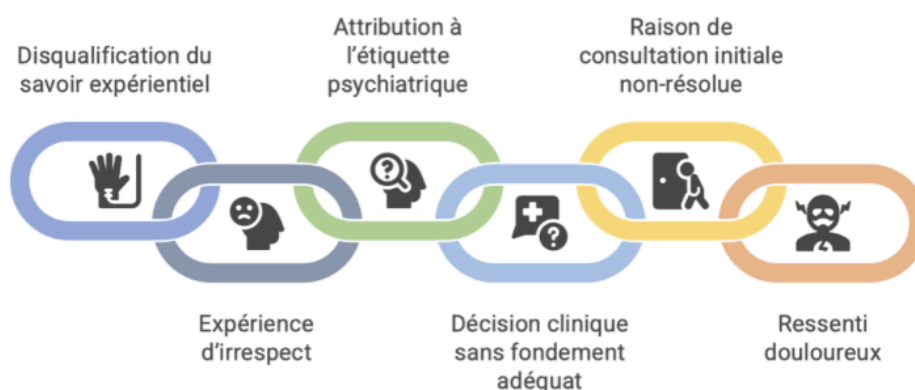
- Un intervenant d’un groupe communautaire de la région de Lac-Mégantic

La parole et l’expertise des personnes premières concernées sont essentielles dans le développement et le suivi des services en santé mentale dans le réseau public. Elles sont reconnues, dans le PAISM 2022-2026 comme « une source d’information sans égale pour l’amélioration de la qualité des soins et des services ainsi que pour l’amélioration de la réponse aux besoins de la population » (MSSS, 2022).

Pourtant, les espaces démocratiques au sein du réseau sont constamment menacés et réduits. Par exemple, le cadre sur les comités d’usagers de Santé Québec publié en 2025 « fait désormais passer leurs [les comités d’usagers dans le réseau public] décisions et leur budget par le filtre d’une structure centralisée. Or ces comités sont censés être une voix autonome des patients, un contre-pouvoir citoyen dans un réseau complexe et souvent obscur. » (Blain, 2025) Par ailleurs, dans ces espaces de consultation et de participation, la parole collective est de plus en plus mise de côté au profit de la parole individuelle de patient-es-partenaires, qui, bien que pertinente et utile, représente l’opinion d’une seule personne.

La stigmatisation des personnes premières concernées dans le réseau de la santé est un enjeu crucial, qui avait été mis de l’avant dans le PAISM 2015-2020 : «Le secteur de la santé et des services sociaux a été maintes fois désigné comme un secteur prioritaire pour la lutte contre la stigmatisation » (MSSS, 2015). La recherche menée par Marie-Claude Jacques et son équipe sur le masquage diagnostique (2025) vient démontrer comment la stigmatisation a des effets néfastes quant à l’accès aux services de santé, et entraîne des impacts allant jusqu’à la mort des personnes laissées sans soin. Les personnes premières concernées sont les mieux placées, à travers des espaces de participation, pour proposer des manières de faire alternatives et des initiatives pour lutter contre la discrimination.

Figure 1 : Caractéristiques du masquage diagnostique



14

Défini comme un phénomène « complexe et potentiellement mortel qui se produit lorsque les symptômes physiques signalés par les personnes utilisatrices de services de santé mentale sont attribués à tort à la maladie mentale par le personnel soignant¹⁵ », le masquage diagnostique est une discrimination ayant des conséquences parfois graves pour les personnes qui le vivent, et pourrait faire l'objet de mesures spécifiques, en s'inspirant des recommandations portées par le *Collectif la santé sans préjugé*. Il pourrait être porteur de reconnaître officiellement le masquage diagnostique, de s'assurer que les commissaires aux plaintes incluent cet enjeu dans leur mandat, de financer le déploiement de mesures de sensibilisation visant les personnes premières concernées et le personnel soignant, etc. Finalement, on pourrait s'assurer que le déploiement du Dossier santé numérique, qui élargit l'accès aux informations de santé, ne vienne pas accélérer le phénomène du masquage diagnostique.

« Ça serait vraiment important de faire de la sensibilisation auprès des jeunes. Avec le volet jeunesse qu'on est en train de mettre sur pied, on réalise que c'est encore stigmatisé, la santé mentale. Les jeunes ne veulent pas être associés à ce mot. Mais tsé, il ne faut pas être fou pour fréquenter une ressource en santé mentale. Comme s'il fallait avoir un diagnostic pour aller prendre soin de sa santé mentale. Il faudrait faire de la sensibilisation dans les écoles dès le primaire, tout comme on le fait pour l'éducation sexuelle. »

- Une intervenante de la région de Lac-Mégantic

Finalement, il nous apparaît primordial que soient offerts dans différents milieux des ateliers de sensibilisation, de partage et de démythification des états émotionnels, états qui demeurent souvent tabous dans la population québécoise. Certaines de nos ressources membres offrent des ateliers en milieu de travail ou en milieu scolaire, afin d'ouvrir le dialogue sur la santé mentale, les manières d'accueillir, d'écouter et de reconnaître lorsque la souffrance est trop grande et que le besoin d'aide est là. En guise d'exemple, la ressource La Cordée, de Sherbrooke, offre un atelier intitulé *Démystifier la santé mentale* (DSM), qui permet d'offrir des

¹⁴ Figure issue du mémoire déposé par Marie-Claude Jacques et al. dans le cadre de cette démarche de consultation du MSSS.

¹⁵ Traduction libre de la définition élaborée par Molly and al. (2021), traduction libre tirée du mémoire déposé par Marie-Claude Jacques et al. dans le cadre de la consultation du MSSS sur les prochaines orientations en santé mentale, itinérance et dépendance, 2026.

espaces de démystification et de déstigmatisation. Ce type d'ateliers et formations pourraient constituer un corpus de base pour des programmes de sensibilisation offerts plus largement.

Recommandation 6 - Reconnaître l'expertise et soutenir la participation des personnes premières concernées dans l'organisation du réseau public

6.1 Financer les projets *Représent'Action santé mentale* dans toutes les régions du Québec et s'assurer de la présence active de leurs représentant·es dans les espaces de concertation nationaux et régionaux.

6.2 Soutenir des initiatives de lutte aux préjugés et à la discrimination (dont le masquage diagnostique) au sein du réseau et dans les communautés en misant sur des stratégies de contact et de sensibilisation portées par les personnes premières concernées.

6.3 Encadrer le déploiement du Dossier santé numérique afin d'éviter l'amplification du masquage diagnostique et des pratiques discriminatoires envers les personnes ayant un diagnostic en santé mentale

6.4 Soutenir le développement de programmes destinés aux élèves du primaire et du secondaire, pour contribuer à la sensibilisation aux questions entourant la santé mentale, et mettre de l'avant la force de l'entraide, l'accueil de la vulnérabilité et l'approche alternative de la santé mentale

C. Des défis spécifiques à certaines populations

Suite aux sondages effectués auprès de nos membres, nous constatons que certaines populations semblent avoir des besoins plus particuliers de soutien dans le maintien et l'amélioration de leur santé mentale.

Du côté des **personnes âgées**, on constate qu'elles sont de plus en plus nombreuses à avoir du mal à se maintenir en logement, malgré les lois supposées limiter les évictions. On remarque également que certaines d'entre elles sont plus susceptibles de vivre des fraudes ou arnaques amoureuses: plusieurs ressources alternatives ont d'ailleurs dû développer des outils de prévention et d'accompagnement pour se relever suite à cette expérience difficile et douloureuse. La conjugaison de troubles cognitifs et de difficultés en santé mentale peut être difficile à jongler, en l'absence d'un soutien suffisant pour le maintien à domicile et pour sortir de l'isolement. Plus que jamais, on voit l'importance des services de proximité. Si les CLSC jouent un rôle central dans l'offre de services à domicile, l'action des organismes communautaires est essentielle pour le maintien d'un lien d'appartenance, le soutien psychosocial dans la communauté et la lutte contre l'isolement qui peut contribuer rapidement à la détérioration de l'état de la personne.

Du côté des **personnes en situation de pauvreté**, on constate que l'augmentation rapide des inégalités dans les dernières années, la croissance des coûts reliés au logement et à l'alimentation notamment, contribuent à une augmentation d'une détresse dont l'origine est sociale, mais qu'on adresse trop souvent comme des symptômes individuels de problèmes de santé mentale. Cette approche est contre-productive: en plus d'une action ambitieuse sur les déterminants sociaux de la santé, il est essentiel de prévoir un accès gratuit à de l'accompagnement long (psychothérapie), qui demeure actuellement réservé aux personnes plus fortunées.

Comme nous l'avons évoqué et élaboré plus en détails dans notre mémoire *Le luxe de faire partie du monde*, déposé en juin 2023 au MESS, la pauvreté constitue une véritable charge mentale, et a un coût réel sur la santé mentale des personnes, s'ajoutant à des parcours de vie déjà difficiles. Matthew Desmond, dans une critique de la fabrique économique, sociale et politique de la pauvreté, dira que cette dernière est une diminution de la vie et de la personne. Elle modifie votre façon de penser et vous empêche de réaliser tout votre potentiel. Elle réduit l'énergie mentale que vous pouvez consacrer aux décisions, vous obligeant à vous concentrer sur le dernier facteur de stress - une facture de gaz en retard, un emploi perdu - au détriment de tout le reste¹⁶.



¹⁶ et encore: «La pauvreté peut amener n'importe qui à prendre des décisions qui paraissent peu judicieuses, voire carrément stupides, à ceux d'entre nous qui ne sont pas gênés par la pénurie. [...]. Les spécialistes du comportement Sendhil Mullainathan et Eldar Shafir appellent cela "la taxe cognitive." Le fait d'être pauvre, écrivent-ils, réduit les capacités cognitives d'une personne davantage que le fait de passer une nuit entière sans dormir. Lorsque nous sommes préoccupés par la pauvreté, "nous avons moins d'esprit à consacrer au reste de la vie". La pauvreté ne prive pas seulement les gens de sécurité et

Finalement, du côté des **jeunes adultes**, on remarque que les services adaptés à leurs réalités manquent souvent à l'appel, comme le soulignent les données issues du Portrait du Mouvement Jeunes et santé mentale¹⁷. On constate aussi que le soutien au passage à la vie adulte, en particulier, est souvent manquant pour les jeunes plus désaffiliés, notamment ceux qui passent par le système de Protection de la jeunesse. Il semble pertinent que le gouvernement du Québec poursuive le déploiement de mesures structurantes, inclusives et porteuses d'espoir, pour reprendre les mots du Mouvement Jeunes et santé mentale, afin de (re) donner espoir à la jeune génération.



de confort, elle siphonne aussi leur matière grise», extrait de Matthew Desmond, *Poverty, by America*, 2023.

¹⁷ *Le (non) accès aux soins et services en santé mentale*, cahier #5 du Portrait du Mouvement Jeunes et santé mentale, 2024.

D. Considérations finales

D.1 Renforcement des services publics.

On l'a dit, on l'a redit : renforcer nos services publics de proximité devrait être une priorité et un enjeu de justice sociale. Trop de personnes se retrouvent sans soutien, faute de moyen. Des services universels, de qualité, volontaires et accessibles rapidement devraient être la norme. Nous croyons que c'est un système public en bonne santé qui permet, en parallèle, au milieu communautaire d'accomplir au mieux sa mission, sans devoir compenser constamment pour les compressions et coupures de budget.

D.2 Financement à la mission

Un organisme communautaire dûment financé à la mission, ça permet de faire vivre la vie associative et démocratique, et de porter la mission de transformation sociale. Ça permet de faire vivre des expériences d'implication citoyenne, d'innover et de documenter les pratiques émergentes, ça permet de se connecter à nos communautés pour mieux répondre aux besoins des personnes les plus vulnérabilisées. Ainsi, nous soutenons les revendications de la campagne CA\$\$\$\$H, allant comme suit:

- l'atteinte de l'équité de financement et de traitement, notamment par l'application de seuils-planchers communs, adaptés aux OCASSS;
- l'ajout de 1,7G\$ à l'enveloppe annuelle du PSOC pour la mission globale;
- l'indexation des subventions selon l'indice des coûts de fonctionnement du communautaire (ICFC)

D.3 Évaluation des programmes

Nous élaborons aujourd'hui ce mémoire sans données fiables provenant du PAISM ou du PAII pour faire l'analyse des effets plus cliniques des programmes. Comment orienter l'action gouvernementale en l'absence de données illustrant les retombées positives des différentes initiatives? Ainsi, nous recommandons:

- de mettre en place des protocoles de collecte de données sur les impacts différenciés selon les populations des changements législatifs en santé mentale, ainsi que sur l'usage des mesures coercitives en santé mentale, et de rendre ces données publiques;
- de documenter les effets cliniques des différents programmes à partir de cadres de recherche élaborés avec le milieu de la recherche et l'avis des personnes premières concernées.

E. En conclusion

Pour notre Regroupement, cet exercice de consultation et de réflexion, qui s'est amorcé en février 2026, devrait aboutir dans une vision renouvelée qui miserait sur le maintien d'une santé mentale optimale, en misant sur des pratiques de prévention, d'amélioration des conditions de vie, et en augmentant l'accessibilité à l'accompagnement et aux soins. Bien qu'il est important d'offrir une approche intégrée aux citoyen.nes en quête de soutien pour leur santé mentale, en ne créant pas de silos et de critères excluant qui minent l'accès à l'accompagnement, nous croyons qu'il est primordial que chaque secteur puisse naviguer avec son propre plan d'action, permettant de maintenir et de développer l'expertise spécifique et les capacités des milieux de la santé mentale, de l'itinérance et de la dépendance.

Les milieux et les communautés connaissent le mieux leurs enjeux et leurs besoins : c'est en faisant descendre les financements dans les communautés, en misant sur des milieux mobilisés et autonomes, que ces investissements pourront atteindre le mieux leurs cibles. C'est ainsi que nous invitons le gouvernement du Québec à miser sur la force des communautés et du milieu de l'action communautaire autonome, et d'investir dans ces leviers importants d'innovation, de résilience collective et de transformation sociale. L'expertise s'y trouve, il reste à leur donner les ressources nécessaires à la réalisation des missions des uns et des autres.

En somme, il nous semble que nous sommes en ce moment à un carrefour important. Le manque d'action sur les déterminants sociaux de la santé, l'instabilité du financement en matière de prévention et la concentration des ressources sur le curatif nous conduisent à une augmentation toujours plus rapide des besoins et de la détresse, par rapport aux moyens disponibles pour y répondre. Le gouvernement du Québec a l'opportunité et la responsabilité de faire preuve d'audace en adoptant une approche ancrée dans la réalisation du droit à la santé, tel que reconnu dans le Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), signé par le Canada en 1976. En ce sens, il nous semble incontournable d'investir dans l'amélioration des conditions de vie de la population, et de continuer à soutenir l'innovation en santé mentale, en finançant des initiatives inclusives et respectueuses des droits. C'est en misant sur l'expertise des personnes premières concernées, qui sont les mieux placées pour reconnaître l'impact des pratiques sur leur qualité de vie, que nous pourrons développer des accompagnements et des soins qui feront sens, et changeront la donne. C'est en avançant avec la parole des personnes premières concernées, que nous pourrons réellement faire face aux crises sociales que nous traversons.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1- Que le gouvernement du Québec adopte une approche axée sur la réalisation du droit de jouir de la meilleure santé mentale et physique possible, en incluant l'action sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

Recommandation 2- Soutenir les ressources alternatives en santé mentale dans la réalisation de leur mission, et en assurer l'accès pour les citoyen·nes de l'ensemble du territoire

2.1. Rehausser le financement à la mission à la hauteur des besoins¹⁸ des ressources alternatives en santé mentale et adopter l'Indice des coûts de fonctionnement milieu communautaire (ICMFC) pour fixer l'indexation annuelle, de manière à consolider les groupes déjà existants.

2.2. Prévoir un financement supplémentaire pour soutenir l'émergence de ressources alternatives dans les communautés qui en ont le besoin, et du soutien financier à la mise en place d'initiatives permettant de faire tomber les barrières géographiques (*reaching out*, transport, etc.).

Recommandation 3- Accroître les services publics et communautaires en santé mentale, en misant sur des approches de proximité

3.1 Rehaussement de la qualité de l'accompagnement psychosocial en embauchant davantage d'intervenant·es sociaux et de psychologues, et en assurant un accès, en présentiel, dans toutes les communautés.

3.2 S'assurer que les suivis puissent être maintenus dans la durée, afin de favoriser la continuité du lien thérapeutique.

3.3 Accroître l'offre d'hébergement de transition, en misant sur des modèles communautaires avec soutien communautaire, de même que les logements sociaux avec soutien communautaire

3.4 Soutenir le développement de groupes d'entendeurs de voix dans toutes les communautés

Recommandation 4- Reconnaître et soutenir le développement de l'expertise communautaire en prévention et en intervention de crise

4.1 Assurer l'accessibilité, partout sur le territoire québécois, à des centres de crise de proximité, de l'hébergement et du logement avec soutien communautaire.

¹⁸ tels que définis par les seuils-plancher.

4.2 En matière d'intervention de crise, soutenir le déploiement d'équipes mobiles et communautaires d'intervenant-es psychosociaux, de manière à faire de l'hospitalisation/traitement forcés un dernier recours.

4.3 Financer de manière pérenne le développement et le déploiement de pratiques en accueil de la crise, dont l'approche du *Dialogue ouvert*, dans les groupes communautaires en santé mentale, en fonction des besoins des communautés.

4.4 Maintenir un *statu quo juridique* autour de la Loi P.38 en maintenant le critère de danger immédiat pour le transport à l'hôpital, de même que les tribunaux distincts.

4.5 Soutenir le développement d'une expertise alternative dans les groupes de parents et proches (qui pourrait reprendre l'approche du Dialogue ouvert, telle qu'appliquée par le Carrefour en santé mentale des familles et de l'entourage, par exemple) pour éviter le recours aux mesures d'exception.

Recommandation 5- Garantir à toute personne, dans une perspective d'amélioration de sa qualité de vie, un soutien de qualité et de l'information complète autour de la médication

5.1 Soutenir le développement des pratiques de soutien à la Gestion autonome de la médication (GAM) dans toutes les régions du Québec.

5.2 Que les rôles et responsabilités professionnelles entourant la prise en charge et le soutien à la déprescription des médicaments psychotropes soient clairement établis et définis, et que ces professionnels soient sensibilisés à l'importance d'accompagner les personnes dans une perspective d'amélioration de la qualité de vie.

5.3 Que les préparations magistrales¹⁹ pharmaceutiques soient remboursées par la RAMQ pour permettre une diminution sécuritaire de la médication lorsque nécessaire.

Recommandation 6- Reconnaître l'expertise et soutenir la participation des personnes premières concernées dans l'organisation du réseau public

6.1 Financer les projets *Représent'Action santé mentale* dans toutes les régions du Québec et s'assurer de la présence active de leurs représentant-es dans les espaces de concertation nationaux et régionaux.

6.2 Soutenir des initiatives de lutte aux préjugés et à la discrimination (dont le masquage diagnostique) au sein du réseau et dans les communautés en misant sur

¹⁹ Une préparation magistrale est un médicament préparé spécifiquement pour un·e patient·e déterminé·e, lorsque les spécialités pharmaceutiques disponibles ne répondent pas à ses besoins. Cela peut inclure des ajustements de dosage, des formes pharmaceutiques adaptées (comme des liquides pour les enfants ou les personnes âgées), ou la combinaison de plusieurs principes actifs pour une synergie d'action.

des stratégies de contact et de sensibilisation portées par les personnes premières concernées.

6.3 Encadrer le déploiement du Dossier santé numérique afin d'éviter l'amplification du masquage diagnostique et des pratiques discriminatoires envers les personnes ayant un diagnostic en santé mentale

6.4 Soutenir le développement de programmes destinés aux élèves du primaire et du secondaire, pour contribuer à la sensibilisation aux questions entourant la santé mentale, et mettre de l'avant basée sur la force de l'entraide, l'accueil de la vulnérabilité et sur l'approche alternative de la santé mentale

RÉFÉRENCES

ARCHAMBAULT, Héloïse, 11 novembre 2025, "Coincés à l'hôpital depuis des mois, des patients ont coûté plus d'un demi-million\$", *Le Journal de Québec*, <https://www.journaldemontreal.com/2025/10/30/coince-a-lhopital-depuis-des-mois-des-patients-ont-coute-plus-dun-demi-million>

Collardey, Sarah, 4 mai 2026, «Semaine de la santé mentale. Un appel collectif à se rassembler contre la solitude», *Le Devoir*, <https://www.ledevoir.com/actualites/sante/977069/appel-collectif-rassembler-lutter-contre-solitude>

Couturier, E.-L. (2023). Diagnostic de la crise en santé mentale au Québec et ses remèdes. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques. <https://iris-recherche.qc.ca/publications/crise-sante-mentale/>

Daoust-Boisvert, Amélie, 22 janvier 2018, «Les dépenses sociales, la clé pour la santé», *Le Devoir*, <https://www.ledevoir.com/actualites/sante/518167/accroitre-les-depenses-sociales>

Fau, V., Boucher-Réhel, M. et Kara H. (2025). La loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ; recommandations finales. Institut québécois de réforme du droit et de la justice. <https://iqrdj.ca/cpt-posts/etude-sur-la-p-38/>.

Gouvernement du Québec, *Unir nos forces pour mieux prévenir*, Plan d'action gouvernemental 2026-2031 de la Stratégie nationale de prévention en santé, 2026. [Plan d'action gouvernemental 2026-2031 de la Stratégie nationale de prévention en santé – Unir nos forces pour mieux prévenir](#)

lain, P. (2025). Vers des comités des usagers sous tutelle? *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/dialogue/opinions/2025-11-24/nouveau-cadre-de-sante-quebec/vers-des-comites-des-usagers-sous-tutelle.php>

Institut national de santé publique du Québec, 26 novembre 2024, « Cohésion sociale : déterminant de la santé en contexte de changements climatiques », <https://www.inspq.qc.ca/changements-climatiques/vrac-parc/cohesion-sociale>

Laboratoire sur la santé, les déviances et les contraintes, Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale, décembre 2024, *Les pratiques de soins en établissement de santé lors d'hospitalisations et de traitements involontaires : un angle mort du droit psychiatrique*

Mouvement Jeunes et santé mentale, 2024, *Le (non) accès aux soins et services en santé mentale*, cahier #5 du Portrait du Mouvement Jeunes et santé mentale.

MSSS. (2015). Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/>

MSSS. (2022). S'unir pour un mieux-être collectif : Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003301/>.

MSSS. (2025). Comptes de la santé et des services sociaux 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003862/>.

OMS, *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*

Pariseau-Legault, Pierre et al., Unité d'enseignement et de recherche Santé, déviances et contraintes,, « Les pratiques de soins en établissement de santé lors d'hospitalisations et de traitements involontaires : un angle mort du droit psychiatrique », mémoire déposé dans le cadre de la consultation sur la P38 mené par l'IQRDJ, décembre 2024.

Plamondon, J. et Noël, B. (2024). «La crise des benzodiazépines aussi grave que celle des opioïdes, disent des médecins» Radio-Canada.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2052657/crise-benzodiazepines-grave-opioide>

Rodriguez Del Barrio, Lourdes, *Au-delà de la contrainte: humaniser les soins et l'intervention de crise en santé mentale*. Mémoire déposé dans le cadre des consultations particulières sur le projet de loi 23, Équipe de recherche ÉRASME, juin 2026.

Roy, J. (2024). Les antidépresseurs posent-ils un problème de sevrage? Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/info/long-format/2050737/antidepresseur-sevrage-arret-medicament-medecin>.

RRASMQ. (2026). La Gestion autonome de la médication. <https://www.rrasmq.com/gam/>.

Sauvageau, Flavie, 25 septembre 2025, «Un autre service d'aide en santé mentale ferme ses portes à Québec», *Radio-Canada*, <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2195023/ciuss-s-porte-entree-masm-psychologique>

Zaccoletti, D. et al. (2026). Comparison of antidepressant deprescribing strategies in individuals with clinically remitted depression: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. Vol 13, no 1, p. 24-36.