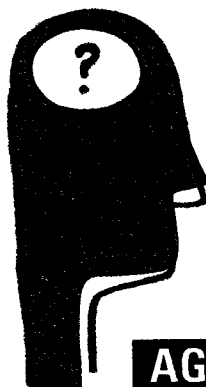


CI - 002M  
C.P. - P.L. 50  
Code des professions  
Domaine santé mentale et  
relations humaines



ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DEFENSE DES DROITS EN SANTE MENTALE  
DU QUEBEC

## **Mémoire concernant le projet de loi 50**

Loi modifiant le Code des professions  
et d'autres dispositions législatives  
dans le domaine de la santé mentale  
et des relations humaines

Présenté à la Commission des Institutions

Février 2008

S.COMM.13FEB'08 15:42

Mémoire de  
l'Association des groupes d'intervention  
en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ)  
4837, rue Boyer, bureau 210  
Montréal (Québec) H2J 3E6

Téléphone : (514) 523-3443  
Télécopieur : (514) 523-0797  
Courriel : [info@agidd.org](mailto:info@agidd.org)  
Site Internet : [www.agidd.org](http://www.agidd.org)

Février 2008

## **Préambule**

Nous remercions la Commission des Institutions de recevoir nos réactions, commentaires et questionnements concernant les modifications envisagées au Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

Notre expertise et notre expérience acquises sur le terrain depuis plus de quinze ans, particulièrement en ce qui concerne l'isolement et la contention, ajouteront au débat actuel le point de vue des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

Notre mémoire portera essentiellement sur la question des mesures de contrôle que sont l'isolement et la contention, ainsi que sur les définitions concernant certains champs d'exercice.

Bonne lecture.

## **Présentation de l'AGIDD-SMQ**

Fondée en 1990, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) lutte en faveur de la reconnaissance et de l'exercice des droits pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des droits de tout citoyen, soit les droits fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité.

L'Association regroupe près de 30 organismes répartis dans toutes les régions du Québec : groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale, groupes d'entraide ayant un mandat de promotion-vigilance et comités d'usagers.

L'AGIDD-SMQ a développé, depuis sa fondation, une expertise unique et reconnue dans plusieurs milieux concernant les droits des personnes vivant un problème de santé mentale.

L'Association porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières.

Son action s'articule autour de différents axes :

- Prises de position publiques et politiques;
- Diffusion de formations aux personnes utilisatrices ainsi qu'aux intervenants des milieux communautaires et du réseau de la santé;
- Diffusion de publications sur les droits en santé mentale;
- Organisation de colloques sur les droits en santé mentale.

La volonté de l'Association a toujours été de transmettre son expertise afin de sensibiliser un nombre croissant de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale aux enjeux liés à leurs droits.

### **L'AGIDD-SMQ, l'isolement et la contention**

Depuis de nombreuses années, l'AGIDD-SMQ est préoccupée par l'utilisation des mesures de contrôle auprès des personnes vivant un problème de santé mentale.

En 1999, l'AGIDD-SMQ fut le maître d'œuvre du colloque international sur l'isolement et la contention, *Pour s'en sortir et s'en défaire*, auquel prenait part

près de 500 personnes provenant du Québec, de plusieurs provinces du Canada, des États-Unis, de l'Angleterre et de la France.

Plus d'une quarantaine de conférenciers et de conférencières de qualité issus de domaines et champs d'intérêt divers, y compris des personnes utilisatrices de services en santé mentale, vinrent y partager leurs expériences.

La publication des actes de ce colloque a reflété l'ensemble de l'expertise internationale en plus de servir de référence aux travaux du Ministère de la Santé et des Services sociaux dans l'élaboration d'orientations portant sur l'isolement et la contention.

À la suite du succès obtenu par ce colloque international, l'AGIDD-SMQ a poursuivi ses actions dans le dossier des mesures de contrôle. Elle a participé aux travaux du comité ministériel chargé d'élaborer les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* (2002).

En 2002, réunis en assemblée générale, les membres de l'AGIDD-SMQ ont adopté à l'unanimité une position visant l'élimination des mesures de contrôle.

Dans la lignée de cette position, en mai 2006, l'AGIDD-SMQ publiait *Ensemble, pour s'en sortir et s'en défaire, Document de réflexions et de recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*. Ce document offre un survol du chemin parcouru à ce jour en faveur de la réduction du recours aux mesures de contrôle en plus de présenter un argumentaire pour leur élimination. Sachant que le remplacement des mesures de contrôle par des mesures alternatives, plus humaines, passe par un changement de culture institutionnelle, l'AGIDD-SMQ présente également dans ce document trois recommandations au Ministère de la Santé et des Services sociaux.

## **Projet de loi 50**

### **Réactions et commentaires de l'AGIDD-SMQ**

#### **Isolement et contention**

Dans la Section III du Code des professions (*Professions à titre réservé*) plusieurs paragraphes de l'article 37.1. (*Activités professionnelles réservées pouvant être exercées*) ont été modifiés par le projet de loi 50, afin que la décision d'utiliser une mesure de contention ou d'isolement soit réservée à davantage de professionnels (travailleurs sociaux, psychologues, psychoéducateurs).

37.1.

1.1° *l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec :*

1.1.1° *pour l'exercice de la profession de travailleur social :*

*i) décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5) ;*

37.1.

1.2° *l'Ordre professionnel des psychologues du Québec :*

*i) décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ;*

37.1.

1.3.2° *pour l'exercice de la profession de psychoéducateur :*

*g) décider de l'utilisation des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ;*

La décision d'utiliser une mesure d'isolement a également été ajoutée aux activités professionnelles réservées pouvant être exercées par les ergothérapeutes, les infirmières et les médecins.

Le projet de loi 50 suggère de modifier le paragraphe 4. de l'article 37.1. du Code de profession :

4° l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec:  
d) décider de l'utilisation des mesures de contention «ou d'isolement  
*dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les  
services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services  
sociaux pour les autochtones cris*»;

Le projet de loi 50 suggère de modifier le paragraphe 14. de l'article 36. de la  
Loi sur les infirmières et les infirmiers :

14° décider de l'utilisation des mesures de contention «ou d'isolement  
*dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les  
services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services  
sociaux pour les autochtones cris*» ;

Le projet de loi 50 suggère de modifier le paragraphe 10. de l'article 31. de la  
Loi médicale :

10° décider de l'utilisation des mesures de contention «ou d'isolement  
*dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les  
services sociaux et de la Loi sur les services de santé et les services  
sociaux pour les autochtones cris*» ;

En résumé, si le projet de loi est adopté tel quel, médecins, infirmiers et  
infirmières, ergothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux et  
psychoéducateurs pourront décider de l'utilisation des mesures de contention et  
d'isolement.

Nous aimerions comprendre les motifs ayant mené le législateur a proposé ces  
changements. Nous nous demandons en quoi ces changements représenteront  
un bénéfice pour les personnes vivant un problème de santé mentale? Ne  
s'agit-il pas de commodités administratives?

Nous comprenons que ces changements s'inscrivent dans la foulée de  
l'adoption du projet de loi 90, ainsi que du dépôt du rapport du comité  
d'experts présidé par le Dr Jean-Pierre Trudeau. Nous en déduisons que les  
changements proposés concerneraient l'utilisation des mesures de contrôle  
dans un contexte planifié, et ce, par une équipe multidisciplinaire. La  
contention chimique ne ferait pas partie des changements visés.

L'adoption du projet de loi 90, en 2002, était pour nous une aberration. C'est  
donc avec déception que nous avons constaté que le projet de loi 50 n'a pas  
été conçu pour rectifier la situation, au contraire.

D'un côté, les orientations ministérielles visent la réduction, voire l'élimination,  
des mesures de contrôle, mais de l'autre, le pouvoir de décider de l'utilisation

de ces mesures est sans cesse octroyé à un plus grand nombre de professionnels. Pour nous, il s'agit d'un paradoxe.

S'il est adopté tel quel, le projet de loi 50 pourrait avoir des effets pervers dont seront victimes les personnes vivant un problème de santé mentale. Le premier effet pervers que nous redoutons est l'augmentation du recours aux mesures de contrôle dans un contexte planifié. Le second effet pervers touche à une notion au cœur des droits et recours en santé mentale, soit celle de d'imputabilité; en effet, qui sera réellement imputable de la décision d'utiliser une mesure de contrôle lorsque ladite décision aura été prise en équipe multidisciplinaire?

Nous sommes également préoccupés quant à la mise en oeuvre des changements proposés, sachant que l'article 118.1 est appliqué de manière abusive, tout comme est trop souvent escamoté le consentement libre et éclairé, au sens où l'entend le Code civil du Québec.

Notre inquiétude est d'autant plus grande étant donné que le projet de loi n'impose aucune formation à ces professionnels qui pourraient désormais décider de l'utilisation de mesures de contrôle. Pourtant, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a initié, l'année dernière, une formation intitulée *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. La nécessité de formations obligatoires est primordiale afin de garder le cap sur l'objectif d'élimination des mesures de contrôle.

## **Nouvelles définitions de champs d'exercice**

Le projet de loi 50 propose plusieurs changements à l'intérieur de la Section III du Code des professions (*Professions à titre réservé*).

Plusieurs de ces changements sont introduits à l'article 37 (*Activités professionnelles pouvant être exercées*).

37.

d) *l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec :*

*i. pour l'exercice de la profession de travailleur social : évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en oeuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement ;*

*ii. pour l'exercice de la profession de thérapeute conjugal et familial : évaluer la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles, déterminer un plan de traitement et d'intervention ainsi que restaurer et améliorer les modes de communication dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'être humain en interaction avec son environnement ;*

37.

e) *l'Ordre professionnel des psychologues du Québec : évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement ;*

37.

g) *l'Ordre professionnel des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec :*

*i. pour l'exercice de la profession de conseiller d'orientation : évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, intervenir sur l'identité ainsi que développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de permettre des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir*

*l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement ;*

*ii. pour l'exercice de la profession de psychoéducateur : évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en oeuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement ;*

Nous portons ici votre attention sur l'utilisation du terme «rétablir». L'utilisation de ce terme est loin d'être anodine à nos yeux. En effet, ce verbe fait référence au concept-clé du rétablissement.

Le rétablissement en santé mentale est un parcours de rémission et de transformation habilitant la personne ayant un problème de santé mentale à vivre une vie épanouie dans une communauté qu'il, ou elle, a choisi tout en s'efforçant d'actualiser son plein potentiel.<sup>1</sup>

Il est important de comprendre que le rétablissement est un processus n'ayant pas la même finalité pour toutes les personnes vivant un problème de santé mentale.

En effet, bien que certaines personnes ne manifestent plus aucun symptôme psychiatrique, le rétablissement ne signifie pas d'être libre de tout problème. Une part importante du rétablissement consiste à s'éloigner de l'identité de «patient psychiatrique» pour s'identifier plutôt comme un travailleur, un parent, un étudiant, un voisin, un artiste, un locataire, un amoureux, bref, un citoyen à part entière.<sup>2</sup>

Avant d'entreprendre ce cheminement, ce processus, la personne doit trouver sa propre voix et reprendre le contrôle sur sa vie. La personne doit s'approprier son pouvoir, non pas le confier à d'autres. Ainsi donc, le concept d'appropriation du pouvoir est la fondation de toute démarche de rétablissement.

Comme le démontre le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, les programmes de santé mentale tendent à intégrer le concept de rétablissement. La volonté du législateur de le voir intégrer à des articles du Code des professions, dans le cadre d'une réforme touchant à la santé mentale, ne nous étonne guère.

---

<sup>1</sup> [http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/R%e9tablissement%20\(finale\).pdf](http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/R%e9tablissement%20(finale).pdf) Page 2

<sup>2</sup> [http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/R%e9tablissement%20\(finale\).pdf](http://www.agirensantementale.ca/docs/documents/R%e9tablissement%20(finale).pdf) Page 2

Néanmoins, nous ne pouvons que déplorer la manière dont cette volonté législative a été traduite.

Ainsi donc, il reviendrait :

- aux psychologues de *«déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement»* ;
- aux travailleurs sociaux de *«soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement»* ;
- aux psychoéducateurs de *«rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne»*.

Pour nous, ces définitions sont loin de traduire le concept de rétablissement chez les personnes vivant un problème de santé. En effet, les psychologues, les travailleurs sociaux et les psychoéducateurs sont des professionnels qui doivent participer à l'appropriation du pouvoir des personnes utilisatrices, puis à leur rétablissement. Ces professionnels ne peuvent à eux seuls rétablir la santé mentale, le fonctionnement social et les capacités adaptatives d'une personne utilisatrice ; ils peuvent cependant collaborer à son rétablissement, avec elle. La personne utilisatrice est le maître d'œuvre de son propre rétablissement.

Cette nuance est d'autant plus importante étant donné que le rétablissement ne doit pas correspondre à une série de normes sociales (travail, logement, autonomie financière, etc.). Le rétablissement appartient aux personnes utilisatrices.

## **Conclusion**

L'AGIDD-SMQ croit que tout changement au Code des professions, à la Loi médicale et à la Loi sur les infirmières et les infirmiers doit favoriser l'élimination des mesures de contrôle au profit de mesures de remplacement, plus humaines. Tout changement doit également favoriser le respect des droits des personnes vivant un problème de santé mentale. Pour ce faire, les professionnels doivent placer la personne au cœur de leurs interventions et collaborer avec elles en vue de respecter leurs choix. Enfin, nous espérons que l'interprétation des changements proposés par le projet de loi 50 sera centrée sur la personne utilisatrice, et non sur le développement de commodités administratives.

# ENSEMBLE, POUR S'EN SORTIR ET S'EN DÉFAIRE

Réflexions et recommandations  
visant l'élimination des mesures de contrôle:  
contention, isolement et substances chimiques



Dans son plus grand effort,  
l'Homme ne peut que se proposer de diminuer  
arithmétiquement la douleur du monde.  
Mais l'injustice et la souffrance demeureront  
et, si limitées soient-elles,  
elles ne cesseront pas d'être un scandale.

Albert Camus, L'Homme révolté

Publication de  
l'Association des groupes d'intervention en défense des droits  
en santé mentale du Québec

4837, rue Boyer, bureau 210  
Montréal (Québec) H2J 3E6

Téléphone : (514) 523-3443 - 1 (866) 523-3443  
Télécopieur : (514) 523-0797  
Courriel : [agidd@videotron.ca](mailto:agidd@videotron.ca)  
Site web : [www.agidd.org](http://www.agidd.org)

Mai 2006

Comité de rédaction :  
Claudelle Cyr (Action Autonomie)  
Pauline Cyr (GPDDSM-02)  
Gorette Linhares (AGIDD-SMQ)  
Guy Moreau (Pro-Def Estrie)  
Jean-Luc Pinard (RAIDAT)  
François Winter (L'A-Droit)

Remerciements à Sébastien Maltais pour sa contribution  
à la version préliminaire du document.

Conception graphique : Alexandra Papantonopoulos-Dumas

Ce document est entièrement imprimé sur du papier recyclé 100% postconsommation avec des encres végétales.



# TABLE DES MATIÈRES

<b>Préambule</b> .....	<b>2</b>
<b>L'AGIDD-SMQ: une expertise unique</b> .....	<b>4</b>
<b>1. En route vers l'élimination des mesures de contrôle</b> .....	<b>8</b>
1.1. L'article 118.1 .....	8
1.2. Colloque international sur la contention et l'isolement .....	10
1.3. Orientations ministérielles & plan d'action .....	10
<b>2. Pourquoi éliminer les mesures de contrôle?</b> .....	<b>11</b>
2.1. Parce qu'il existe des mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle .....	11
2.2. Parce que des enquêtes publiques confirment l'usage dangereux des mesures de contrôle .....	16
2.3. Parce que les mesures de contrôle causent d'avantage de traumatismes qu'elles ne protègent les personnes .....	18
2.4. Parce que l'exercice des droits et recours demeure insatisfaisant .....	19
<b>Conclusion</b> .....	<b>21</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>22</b>
<b>Médiagraphie</b> .....	<b>23</b>

# préambule

Malgré son impact sur les droits fondamentaux, l'application des mesures de contrôle a constamment été présente et l'est encore au sein du milieu institutionnel québécois ainsi que dans des ressources d'hébergement.

Pourtant, ce n'est que depuis juin 1998 que ces pratiques d'intervention visant à exercer un contrôle chez l'être humain furent circonscrites par un article de loi : l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*. Puis, en 2002, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a concrétisé l'importance de revoir les modes de pratique en adoptant ses *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle*, orientations rattachées à un plan d'action prometteur, mais dont l'application accuse un retard tout aussi important que regrettable.

En 2002, réunis en assemblée générale, les membres de l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) ont adopté à l'unanimité une position claire orientée vers l'élimination des mesures de contrôle.

Cette volonté est soutenue par la certitude que des soins de qualité peuvent être prodigués dans un environnement sécuritaire, où les droits fondamentaux, tant chez les utilisateurs de services que les dispensateurs, sont respectés et préservés. Mais pour réaliser ce projet, un virage important s'impose pour un véritable changement de la culture institutionnelle.

Ce virage urgent ne peut s'effectuer sans la participation des personnes victimes et survivantes de l'isolement et de la contention. En effet, il est essentiel de mettre au premier plan la philosophie de l'appropriation du pouvoir, qui consiste notamment à permettre à la personne de s'outiller de façon collective et systémique pour trouver des solutions alternatives.

À cela s'ajoute un autre incontournable pour que s'effectue un véritable changement de la culture institutionnelle, soit l'arrimage des milieux public, privé et communautaire pour des pratiques plus respectueuses des droits et libertés des personnes. Si l'on persiste à fermer les yeux sur la nécessité de prendre une nouvelle orientation concernant les pratiques actuelles, nous croyons que l'usage de méthodes coercitives continuera malheureusement d'être la norme dans nos institutions.

L'AGIDD-SMQ souhaite alimenter les débats entourant la question des mesures de contrôle et de leurs mesures alternatives. Forte de la position unanime de ses membres en regard des mesures de contrôle, inquiète du retard qu'accuse l'application des mesures contenues dans le plan d'action précédemment mentionné, constamment alertée par les scandales qui défraient trop souvent l'actualité, l'AGIDD-SMQ présente son document

*Ensemble, pour s'en sortir et s'en défaire.* Ce document de réflexions et de recommandations vise l'élimination des mesures de contrôle pour un plus grand respect des droits fondamentaux des personnes vivant un problème de santé mentale.

Par ce document, l'AGIDD-SMQ propose une réflexion générale pour favoriser l'émergence d'une nouvelle culture de soins afin de contrer l'utilisation des mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques.

Ce document offre un survol du chemin parcouru à ce jour en faveur de la réduction du recours aux mesures de contrôle en plus de présenter un argumentaire en faveur de leur élimination. Nous suggérons trois recommandations afin d'inciter l'ensemble des milieux à se mobiliser pour atteindre cet objectif. Nous comptons à l'aide de ce document susciter l'adhésion d'un nombre significatif de partenaires à nos principes, à nos valeurs et favoriser ainsi l'émergence de pratiques alternatives.

## QUELQUES SCANDALES QUI ONT FAIT LA MANCHETTE...

2005 :

UNE PERSONNE EST ISOLÉE PENDANT 25 JOURS CONSECUTIFS AU CENTRE HOSPITALIER ROBERT-GIFFARD, A QUÉBEC.

2002 :

UNE PERSONNE HOSPITALISÉE AU CENTRE HOSPITALIER ROBERT-GIFFARD EST DEMEURÉE ISOLÉE DANS SA CHAMBRE PENDANT SIX JOURS, DANS SES EXCRÉMENTS.

2002 :

MONSIEUR SIMON RICHER, 23 ANS, EST MORT ÉTOUFFÉ PAR UNE CONTENTION À L'URGENCE DU CENTRE HOSPITALIER DES VALLÉES-DE-L'OUTAOUAIS.

2001 :

MADAME MARIE-LOUISE BRUNARD EST DÉCÉDÉE AU CENTRE MONTSERRAT À QUÉBEC, UNE RÉSIDENCE PRIVÉE POUR PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE, DES SUITES D'UNE ASPHYXIE POSITIONNELLE OCCASIONNÉE PAR LE GILET DE CONTENTION UTILISÉ DANS CE CENTRE.

2000 :

AU CENTRE HOSPITALIER ANTOINE-LABELLE DE L'ANNONCIATION, MONSIEUR JONATHAN DUBÉ, ÂGÉ DE 24 ANS, EST DÉCÉDÉ D'UNE ASPHYXIE MÉCANIQUE CAUSÉE PAR UNE CONTENTION THORACIQUE.

2000 :

MONSIEUR BRIAN BÉDARD, 33 ANS, EST DÉCÉDÉ EN SALLE D'ISOLEMENT APRÈS AVOIR ÉTÉ MAÎTRISÉ PAR UNE DIZAINE D'AGENTS DES SERVICES CORRECTIONNELS.

# L'AGIDD-SMQ : une expertise unique

Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ lutte en faveur de la reconnaissance et l'exercice des droits pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, des droits de tout citoyen, c'est-à-dire les droits fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité.

L'Association regroupe près de 30 organismes répartis dans toutes les régions du Québec : groupes régionaux de promotion et de défense de droits en santé mentale, groupes d'entraide ayant un mandat de promotion-vigilance et comités d'usagers.

L'AGIDD-SMQ a développé depuis sa fondation une expertise unique et elle est reconnue dans plusieurs milieux s'intéressant aux droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et favorise le renouvellement de ces pratiques par son implication. Dans ce dessein, l'Association commente fréquemment les différents projets de loi susceptibles d'avoir un impact sur les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, met en place des comités chargés d'influencer le législateur, réagit à l'actualité lorsque les droits des personnes sont en cause, etc.

L'Association contribue également à ce que les personnes reprennent du pouvoir sur leur propre vie en rendant accessible l'information sur leurs droits et sur la médication.

La volonté de l'Association a toujours été de transmettre son expertise afin de sensibiliser un nombre croissant de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale aux enjeux liés à leurs droits. Dans cet esprit, l'AGIDD-SMQ a fait partie du comité de consultation mis en place pour élaborer la formation *Droits et Recours en santé mentale* en plus de recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de l'offrir dans toutes les régions du Québec.

En ce qui concerne la médication, à l'automne 1995, l'AGIDD-SMQ a procédé au lancement du *Guide critique des médicaments de l'âme*. Ce guide a été réalisé en collaboration avec M. David Cohen, Ph.D., maintenant professeur à l'Université internationale de Floride, Mme Suzanne Cailloux-Cohen, journaliste et experte en communication, ainsi qu'avec la participation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ce guide vise notamment à informer les personnes sur les médicaments qu'elles consomment afin qu'elles puissent y consentir de façon libre et éclairée. Ce guide propose une vision critique de la médication et de la pratique psychiatrique.

Plus de 8500 exemplaires ont été écoulés à ce jour ce qui témoigne sans aucun doute de l'importance et de la nécessité de mettre à la disposition des personnes utilisatrices de services en santé mentale des outils qui vont dans le sens de l'appropriation de leur

pouvoir et du respect de leurs droits. Cet ouvrage a connu un tel succès que la Direction des Ressources humaines Canada l'a recommandé à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme contribution et référence du Canada dans le domaine.

Une formation intitulée *L'autre côté de la pilule* a aussi été élaborée et est diffusée dans une majorité de régions du Québec aux personnes directement concernées, mais également à leurs proches et aux intervenants des milieux institutionnels et communautaires.

Toujours dans le domaine de la médication, l'AGIDD-SMQ a de plus collaboré étroitement à la publication du *Guide personnel sur la gestion autonome des médicaments de l'âme* avec le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et le groupe de recherche ÉRASME.

Enfin, l'AGIDD-SMQ a également été proactive en s'impliquant dans des dossiers sociaux et en proposant des pistes d'action qui soient respectueuses des droits des personnes. Quatre colloques importants ont été réalisés par l'Association dans son histoire. Un premier, en 1993, a été consacré au thème des Plans de services individualisés (PSI). Un deuxième a été organisé, en 1996, en collaboration avec le RRASMQ, sur la désinstitutionnalisation au Québec. En 1999, un colloque international sur la contention et l'isolement a réuni près de 500 personnes. Enfin, un colloque nord-américain sur l'appropriation du pouvoir des personnes vivant un problème de santé mentale a également été organisé en 2001. Lors de cet événement réunissant plus de 400 participants, la présentation de l'ensemble des conférences fut exclusivement prise en charge par des personnes vivant un problème de santé mentale.

# PAROLES D'EXPÉRIENCE



<sup>1</sup> AGIDD SMQ,  
*Actes du colloque*  
*isolement et contention :*  
*Pour s'en sortir et s'en défaire,*  
2000, Montréal, page 4 - 6.

« [...] on s'est aperçu, de ce moment là, que la violence jamais n'était thérapeutique.

Il... On s'aperçoit ensuite que ce n'est pas de l'ordre humain, que c'est de l'ordre où les plus forts peuvent opprimer les plus faibles. On s'aperçoit aussi que cette façon de traiter des exclus n'a servi qu'à sauvegarder un ordre le plus souvent inhumain et bureaucratique. On s'est aperçu que ces violences naissent d'une mentalité pour qui le matériel est plus précieux qu'un être humain. Et on s'est aperçu que ces interventions sont dangereuses, anti-thérapeutiques, mortelles.

Et puis, c'est là que ça devient intéressant, surtout pour vous qui avez l'esprit pragmatique, ce n'est pas seulement une dénonciation de principe, de la démagogie, on a aussi trouvé des alternatives. On a trouvé des alternatives pour dire qu'on peut faire autrement. Que ce qui paraissait évident et nécessaire n'est ni évident ni nécessaire, mais mauvais.

Il... Ce qui est nécessaire, avant tout, c'est le changement de regard sur les usagers. Et je pense qu'aussi longtemps que vous allez traiter les malades mentaux comme des sacs à symptômes, comme des espèces de sacs remplis de bonnes choses et de mauvaises choses dans le style de la nomenclature psychiatrique américaine, tout naturellement, vous allez centrer tous vos efforts pour enlever les mauvaises choses, comme on enlève les mauvaises herbes dans un champ, et pour faire fleurir les bons symptômes, comme on fait pousser les fleurs. Pourtant, les hommes, ce ne sont pas des champs, ce ne sont pas des fleurs. Les hommes, c'est une histoire, c'est une souffrance, ce sont des projets. Et je pense qu'aussi longtemps que nous n'allons pas regarder les malades mentaux comme des êtres tout à fait comme nous, avec les mêmes souffrances, les mêmes joies, les mêmes passés, les mêmes avenir, aussi longtemps que nous allons les regarder uniquement sous l'aspect des échelles, comme Jean ai vu dans un hôpital (des échelles qu'on appelle Omega), des échelles complètement différentes, qui prétendent, par exemple, mesurer un danger potentiel, comme si cet homme n'était là que comme un animal sauvage, plus ou moins dangereux. C'est là une réduction de l'être humain à l'état d'un objet ou d'un animal et aussi longtemps que cela dure, la violence, la contention, la persistance ou le retour de la barbarie seront toujours à l'honneur des institutions.

Ce changement de regard ne peut être obtenu que par un effort d'empathie. Que veut dire l'empathie? Ça veut dire que nous, les soignants, nous devons essayer, ne serait-ce qu'un moment, de comprendre, de sentir, ce qui se passe dans le cœur, dans l'âme, dans le cerveau de nos clients.

Il... Et je ramènerai en disant qu'on ne peut pas être soignant si on n'a pas une sensibilité qu'un tout petit peu de ce que nous avons appelé une « attitude authentiquement affective » envers nos patients. Je ne veux pas dire le mot « amour », il est peut-être trop fort, mais au moins un sentiment d'amitié et de respect. »

# 1. en route vers l'élimination des mesures de contrôle

## 1.1. L'article 118.1

Dans les années 1990, l'utilisation inadéquate des mesures de contrôle est à l'origine de pressions sociales en faveur de l'humanisation des soins et de la protection des droits des personnes. Ces pressions ont contribué à la remise en cause de l'utilisation de ces mesures et à la naissance de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* en juin 1998.

L'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* est très clair sur la nature et l'application des mesures de contrôle. Elles ne peuvent être considérées comme des mesures de traitement ou des mesures thérapeutiques. Ce sont des mesures de protection pour empêcher une personne de causer à autrui ou à elle-même des lésions. Inutile de rappeler ici le contexte de l'urgence qui peut commander une telle intervention. Au-delà du caractère urgent, les mesures de contrôle doivent être soumises au consentement libre et éclairé des personnes, car elles deviennent des interventions au sens des règles législatives qui permettent d'amener une personne à avoir un comportement désiré.

### Définitions des mesures de contrôle

#### CONTENTION :

mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.

#### ISOLEMENT :

mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

#### SUBSTANCE CHIMIQUE :

mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX.

*Orientations ministérielles  
relatives à l'utilisation exception-  
nelle des mesures de contrôle,*  
2002, page 14.

Les groupes de promotion et de défense de droits en santé mentale constatent que certains intervenants et intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux utilisent ces mesures tantôt pour des motifs punitifs, tantôt pour des raisons administratives, tantôt par manque d'outils et de formation ou par mesure de protection du personnel lui-même. Qui plus est, plusieurs enquêtes publiques témoignent de façon significative de l'usage excessif de ces mesures et cela pour différentes raisons contraires au sens et à l'esprit de la loi.

Néanmoins, si les mesures extrêmes de régulation des comportements que sont les mesures de contrôle ont finalement été reconnues comme telles par le législateur québécois, il importe toutefois de comprendre qu'un article de loi est, et demeurera insuffisant, à briser le cycle de la violence.

En effet, une loi et des orientations ne sont que l'amorce d'une transformation des pratiques et non une fin en soi. L'exemple de la loi quant à l'internement involontaire en vertu de la dangerosité d'une personne pour elle-même ou pour autrui illustre bien ce point. Le psychiatre et juriste américain Paul Appelbaum a analysé cette différence entre des lois sur papier, souvent très légalistes, et leur mise en pratique. C'est qu'une variété d'acteurs a le potentiel d'en modifier l'application. Ainsi, si certains acteurs en position de pouvoir jugent qu'elles les contraignent trop, ils agiront selon leur rôle et leurs responsabilités afin d'en arriver à un résultat plus satisfaisant à leurs yeux<sup>4</sup>... C'est ainsi qu'est parfois négligée la primauté de la personne.

#### **L'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux**

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.<sup>3</sup> »

M. Marc Bélanger, de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, lors de son allocution au Colloque international sur l'isolement et la contention en 1999, s'exprimait dans le même sens :

« Vouloir prévenir l'utilisation de l'isolement et des mesures qui s'en rapprochent, sans tenir compte du contexte organisationnel dans lequel ces mesures sont utilisées, constitue un projet voué à l'échec.

Ne pas s'attaquer aux causes institutionnelles d'une utilisation excessive de ces mesures, se contenter de les interdire sans prendre le soin d'identifier ce qui leur donne naissance et de les modifier constitue une fausse piste. Car, en fait, l'utilisation plus ou moins intense des mesures de contrôle sur la personne dépend étroitement de la qualité des services offerts par un établissement.

La prévention de l'isolement dans le quotidien, cela repose, bien sûr, sur un développement continu de la compétence des personnes appelées à intervenir auprès des jeunes et de leur connaissance des techniques d'intervention qui permettent de prévenir la crise ou d'en limiter l'ampleur.

D'un point de vue systémique, la prévention de l'isolement fait toutefois partie de la gestion de la qualité qui, de nos jours, constitue une partie intégrante de la gestion d'un organisme ou d'un établissement respectueux de sa clientèle, redevable à sa communauté et à ses bailleurs de fonds.<sup>5</sup> »

<sup>3</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., art. 118.1.

<sup>4</sup> MORIN, PAUL, CÉCILE MICHAUD. *Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination*, Santé mentale au Québec, xxviii, 2003, page 130.

<sup>5</sup> AGIDD'SMQ. *Actes du colloque isolement et contention : Pour s'en sortir et s'en défaire*, Montréal, 2000, page 413.

Ainsi, l'adoption de l'article 118.1 ne constituait qu'un premier pas vers la restriction de l'utilisation de ces mesures, d'où l'intérêt de l'Association à poursuivre la réflexion et le débat sur les nombreux enjeux suscités par l'utilisation de l'isolement, de la contention et des substances chimiques dans les pratiques quotidiennes institutionnelles de contrôle.

## 1.2. Colloque international sur la contention et l'isolement

En 1999, l'AGIDD-SMQ fut le maître d'œuvre du colloque international sur l'isolement et la contention, *Pour s'en sortir et s'en défaire*, auquel prenait part près de 500 personnes provenant du Québec, de plusieurs provinces du Canada, des États-Unis, de l'Angleterre et de la France. Plus d'une quarantaine de conférenciers et de conférencières de qualité issus de domaines et champs d'intérêt divers, y compris des personnes utilisatrices de services en santé mentale, vinrent y partager leurs expériences.

Une recherche de solutions pour l'élimination de ces pratiques a été amorcée : par exemple, une équipe du Mohawk Valley Psychiatric Center (New York) était venue présenter des pistes d'actions alternatives pour un modèle efficace de pratiques dans un environnement libre de contention.

La publication des actes de ce colloque a reflété l'ensemble de l'expertise internationale en plus de servir de référence aux travaux du MSSS dans l'élaboration d'orientations portant sur l'isolement et la contention.

## 1.3. Orientations ministérielles & plan d'action

Ainsi, à la suite du succès obtenu par ce colloque international, l'AGIDD-SMQ a poursuivi ses actions dans ce dossier. Elle a participé aux travaux du comité ministériel chargé d'élaborer les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* (2002). Un plan d'action découlant de ces orientations a également été produit la même année par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Avec ce plan d'action, le Ministère affirme la nécessité d'en arriver dans les meilleurs délais « à réduire de façon substantielle, et si possible à éliminer », le recours aux mesures de contrôle, « notamment grâce à la promotion et à la mise en application de pratiques de remplacement<sup>6</sup> ».

<sup>6</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SERVICES SOCIAUX.

Plan d'action. *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, 2002, Québec, page 5.

Le plan ministériel définit les actions à poser afin de s'assurer de l'appropriation des orientations ministérielles sur l'utilisation des mesures de contrôle par les groupes de personnes concernées.

Enfin, le plan contient également des moyens d'action afin d'encadrer l'utilisation des mesures de contrôle, notamment en faisant en sorte que chaque établissement adopte un ou des protocoles d'application des mesures.

L'AGIDD-SMQ avait accueilli très favorablement les orientations ministérielles ainsi que les mesures prometteuses contenues dans le plan d'action. Mais l'Association a déchanté en raison du retard important qu'accuse ce dernier. En plus des recommandations contenues dans ce document, il est évident que l'AGIDD-SMQ s'attend à ce que la mise en place du plan d'action soit accélérée pour un plus grand respect des personnes.

## 2. pourquoi éliminer les mesures de contrôle?

### 2.1. Parce qu'il existe des mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle

Comme le spécifient les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, c'est sur la base de résultats positifs obtenus à ce jour dans plusieurs milieux qu'il devenait nécessaire de proposer clairement à l'ensemble des institutions concernées un objectif de réduction maximale d'utilisation de ces mesures, voire ultimement d'élimination, et ce, par la mise en place de mesures alternatives respectueuses des personnes.

Les mesures alternatives s'inspirent de « l'ailleurs et l'autrement<sup>7</sup> ». Il s'agit de donner la primauté à l'être humain plutôt qu'à la « maladie » et à la source de la souffrance plutôt qu'aux symptômes, mais avant tout, de prendre tous les moyens possibles pour prévenir l'apparition ou l'escalade de situations potentiellement dangereuses ou générant une escalade d'agressivité et ce, sans mettre en péril la sécurité des membres du personnel.

La mise en place et l'affermissement de pratiques alternatives aux mesures de contrôle suggèrent une réforme majeure de la culture institutionnelle. Un tel changement signifie, entre autres, de prendre le temps de comprendre les causes sous-jacentes aux

<sup>7</sup> « "L'ailleurs" et "l'autrement" constituaient le slogan des partisans de la désinstitutionnalisation qui fait référence à des ressources "ailleurs" que dans des institutions psychiatriques et des pratiques éloignées du modèle asilaire. »  
RODRIGUEZ, Lourdes et al.  
*Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Québec, 2006, p.84.

comportements agressifs d'une personne. La réponse à la colère et à la violence ne se retrouve pas dans des moyens de contrôle. Ceux-ci risquent de provoquer une escalade de la violence qui mène inévitablement à la violence institutionnelle. Il est temps de passer de la parole aux actes et d'éradiquer cette violence.

### Pourquoi changer ?

« Afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention sans que les membres du personnel aient le sentiment d'être privés de leur droit à la sécurité, il faut remplacer ces méthodes par autre chose. Mais ce qui remplacera l'isolement et la contention devra être suffisamment efficace pour prévenir la violence physique et émotionnelle sur les unités. Pour effectuer ce virage, un changement radical dans la façon de penser doit se faire. Au lieu de se demander "Comment pouvons-nous contrôler les gens sans le recours à la contention", nous devons nous poser la question suivante : "Qu'est-ce que les patients et les membres du personnel doivent apprendre pour créer un environnement qui soutient les gens recevant des services dans leur capacité de créer une vie significative"? »

Nancy Riffer, Ph.D., consultante<sup>8</sup>

### L'importance de la formation

Le meilleur moyen de travailler au changement des pratiques est sans l'ombre d'un doute la mise en place de formations dans les milieux d'intervention. Les changements de culture passent par l'acquisition de nouvelles connaissances.

Lors du colloque international de novembre 1999 sur la contention et l'isolement, *Pour s'en sortir et s'en défaire*, plusieurs experts et expertes ont démontré l'importance de développer des contenus de formation pour l'éducation et la sensi-

bilisation des intervenants et intervenantes à la réalité des personnes qui subissent ces mesures. L'implication des personnes utilisatrices des services pour élaborer et donner des contenus de formation est incontournable pour bien saisir l'impact des mesures de contrôle sur les personnes.

<sup>8</sup> AGIDD SMQ.

*Actes du colloque*

*isolement et contention :*

*Pour s'en sortir et s'en défaire,*

Montréal, 2000, pages 353-354.

### Approcher les personnes dans leur globalité

Il apparaît important de situer la question de la violence dans un cadre plus global. La personne ne peut pas être vue comme une «violente» ou une «malade», il faut l'approcher dans sa globalité. La communication est souvent au cœur du problème. Il est difficile, cependant possible, de décoder dans le comportement d'une personne le message qu'elle tente, souvent désespérément, de communiquer. La contention et l'isolement ne sont donc pas des solutions. Ces mesures ne font que contrôler la personne, augmenter les frustrations et provoquer l'escalade de la violence.

Seule une évaluation globale de la situation et des besoins de la personne peut faire la lumière sur la cause du problème ou du comportement marginal. Une telle évaluation intègre les éléments physiques, psychologiques et, surtout, environnementaux. L'organisation actuelle de l'environnement dans plusieurs établissements amplifie

la violence institutionnelle et en est même un déclencheur. Le ratio déficitaire d'intervenants par rapport aux personnes hospitalisées dans les départements de psychiatrie est souvent un facteur déterminant.

Malheureusement, au Québec, l'organisation des services, telle la planification des priorités régionales et locales, le manque de ressources humaines et matérielles, les ordres professionnels et les administrateurs et administratrices des établissements bâillonnent cette manière d'approcher les personnes dans leur globalité, manière de faire qui est pourtant bien documentée aux États-Unis par exemple.

Ceux ou celles qui désirent s'y adonner sont trop souvent confrontés à un système de santé conservateur qui encourage davantage des solutions traditionnelles et archaïques faciles, telles la contention et la médication comme agents de gestion de crise. Ainsi, plutôt que d'encourager l'installation de pratiques novatrices qui nécessiterait un déploiement de ressources humaines plus actives et informées, notamment pour être à l'écoute des personnes, nos institutions se tournent encore vers les mesures de contrôle.

### Partage de constats de réussite

Malgré les efforts de certains établissements ayant adopté des plans et des politiques de réduction de l'utilisation des mesures de contrôle, l'ensemble des établissements n'a pas emboîté le pas vers un réel changement de pratiques. Peu de promotion et peu d'échanges ont été réalisés jusqu'à maintenant pour établir des stratégies communes afin d'en arriver à comprendre et à saisir les enjeux inhérents à l'utilisation des mesures de contrôle.

Cependant, des expériences positives, même ici au Québec, ont été réalisées. Par exemple, en 2003, le Centre gériatrique Maimonides à Montréal a obtenu le prix 3M<sup>11</sup> de la qualité pour son programme de réduction des mesures de contrôle.

Le partage de ces constats de réussite demeure malheureusement insuffisant.

### Des effets néfastes physiques et psychologiques

« Selon les motifs le plus souvent invoqués, l'utilisation de la contention a graduellement été introduite afin de protéger les patients contre d'éventuelles blessures et de contrôler les comportements perturbateurs. Or, on n'a nulle part pu démontrer que l'utilisation plus fréquente de la contention assure une meilleure sécurité des personnes. Les études disponibles tendent également à démontrer que les techniques de contention ne facilitent pas non plus le travail du personnel. En raison de ses effets néfastes sur les plans physique et psychologique, plutôt que de faciliter la pratique professionnelle l'utilisation des contentions entraîne une augmentation du coût des traitements et de la charge de travail. »

Pierre Michaud, en 1999, alors sous-ministre adjoint au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> AGIDDSMQ.

*Actes du colloque*

*isolement et contention:*

*Pour s'en sortir et s'en défaire,*

Montréal, 2000,

page 481.

<sup>10</sup> LAZURE, Dr Denis.

*Bilan de la santé*

*mentale*, entrevue par

Pierre Maisonneuve à

*Maisonneuve en Direct*,

SRC Première Chaîne,

16 mai 2004.

<sup>11</sup> CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES.

*Prix*, En ligne, page consultée

le 20 avril 2006.

Adresse URL :

[www.maimonides.net/f/](http://www.maimonides.net/f/centre/awards.html)

[centre/awards.html](http://www.maimonides.net/f/centre/awards.html)

### Être à l'écoute

« (...) une situation qui m'a beaucoup frappé quand je suis revenu à la clinique psychiatrique, il y a cinq ans, ici, à l'hôpital. La plupart de mes collègues –il y a des exceptions- ce n'est pas qu'ils n'ont pas le temps matériel d'écouter, c'est un peu ça, mais ce n'est pas seulement ça, c'est aussi parce qu'ils ont mis à tort ou à raison une croyance excessive dans la valeur du médicament. (...).<sup>10</sup> »

Denis Lazure, psychiatre

<sup>12</sup> Le recours au plan de chambre — le fait de confiner une personne à sa chambre — n'est pas reconnu par tous les établissements comme étant une mesure d'isolement. Mais pour l'AGIDD-SMQ, il est clair qu'il en s'agit d'une.

Il s'agit ici d'une responsabilité que le système public de santé et de services sociaux doit assumer rapidement tout en faisant preuve d'une extrême vigilance afin de ne promouvoir que les «success stories» dignes de mention. Par exemple, la fermeture des salles d'isolement d'un centre hospitalier s'avère une réussite seulement si ces fermetures n'occasionnent pas des recours excessifs au «plan de chambre<sup>12</sup>» ou encore l'augmentation des contentions chimiques.

### **La nécessité d'un deuxième colloque international**

Il va sans dire que l'élimination des mesures de contrôle passe par un changement de discours, certes, mais surtout par une modification profonde de la culture organisationnelle des différents établissements y ayant recours.

Comment changer cette culture organisationnelle? Il faut d'abord et avant tout croire à l'élimination des mesures de contrôle au profit de mesures alternatives. Et pour y croire, il faut en premier lieu se laisser imprégner par l'expérience d'autres personnes.

#### **La délicate question de la contention chimique**

« Si un médicament est donné à une personne pour ne plus qu'elle soit dérangement, il y a contention chimique. Si un médicament est donné parce que le personnel est débordé, il y a contention chimique. Si un médicament est donné à une personne à des doses plus fortes que nécessaires, il y a contention chimique. »

AGIDD-SMQ<sup>13</sup>

Il est donc essentiel de se tourner vers les personnes utilisatrices de services pour comprendre leurs irritants en regard de leur hospitalisation; nous ne le répéterons jamais assez, ces personnes sont les véritables expertes. C'est autour de leurs expertises que les moyens pour changer la culture organisationnelle des différents établissements ayant recours aux mesures de contrôle doivent être élaborés.

En plus de considérer l'apport incontournable des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, il faut également se pencher sur les expériences — concluantes ou non — ayant eu cours dans le monde et au Québec pour la réduction et l'élimination des mesures de contrôle; il faut apprendre du succès et des erreurs d'autrui.

<sup>13</sup> AGIDD SMQ.  
*Contention chimique. Quand s'arrête le contrôle et ou commence le traitement?*  
Montréal, 2004, page 6.

Le Québec a donc besoin d'un grand chantier des idées pour mettre en lumière les expériences, d'ici et d'ailleurs, des personnes utilisatrices et dispensatrices de services, des groupes communautaires en santé mentale ainsi que des chercheurs, et ce, afin de voir émerger de réelles mesures préventives et alternatives au Québec. Ce grand chantier des idées pourrait prendre la forme d'un colloque international considérant l'aspect très mobilisant de cette formule.



L'AGIDD-SMQ recommande donc au MSSS de financer un colloque international sur les mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle.

Voir un tel événement financé par le MSSS démontrerait la volonté indéniable du législateur de faire en sorte que le recours aux mesures de contrôle soit éliminé. En poussant un peu plus loin la réflexion, il n'y a qu'un pas à faire pour imaginer le Québec devenir une référence mondiale dans le domaine des mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle.

Ce colloque serait également une réponse aux préoccupations des établissements désirant mettre en place des mesures alternatives aux mesures de contrôle. Plusieurs groupes de promotion et de défense de droits le constatent : l'intérêt pour la mise en place de mesures de remplacement à l'isolement et à la contention est bien présent dans le milieu institutionnel, mais les personnes qui y travaillent se sentent peu outillées.

Par ailleurs, non seulement l'idée de tenir un colloque international sur la question des mesures préventives et alternatives est intéressante, mais les retombées de ce colloque le sont tout autant. Pensons ici aux retombées à court, moyen et long terme : échanges d'expertises, amorce de réflexions en faveur de l'élimination, réalisation de formations, mise en place de projets-pilotes, réorientation de politiques internes, etc. Ces retombées s'échelonnent sur plusieurs années et feraient en sorte de soutenir l'intérêt pour l'élimination de l'isolement et de la contention ainsi que des substances chimiques utilisées à titre de mesures de contrôle.

#### Vers des techniques de camouflage plus raffinées

« Des lois ou des directives issues d'un besoin de mettre fin à des habitudes sans la participation de ceux et celles qui les appliqueront risquent de susciter chez ces derniers des techniques de camouflage plus raffinées pour annuler le message disqualifiant de la nouvelle législation<sup>14</sup> ».

Suzanne Lamarre, psychiatre

Ce dernier aspect est majeur. Pour illustrer l'importance de maintenir élevé l'intérêt pour l'élimination des mesures de contrôle, reportons-nous à l'analyse des taux d'utilisation des salles d'isolement, à la suite de l'implantation d'un programme de formation en matière de prévention des comportements agressifs en milieu psychiatrique, au Centre hospitalier Pierre-Janet, situé en Outaouais.

L'année où le programme de formation a été implanté, soit en 2002-2003, le nombre d'« épisodes » en salle d'isolement a diminué de moitié. Par la suite, une augmentation

<sup>14</sup> AGIDD-SMQ.  
*Actes du colloque  
isolement et contention :  
Pour s'en sortir et s'en défaire,*  
Montréal, 2000,  
pages 295-296.

<sup>15</sup> LeBlanc, Line.  
*Analyse des taux d'utilisation  
des salles d'isolement  
suite à l'implantation d'un  
programme de formation en  
matière de prévention des  
comportements agressifs en  
milieu psychiatrique.* Centre  
hospitalier Pierre-Janct.  
15 février 2006, page 4.

des épisodes a été constatée pour atteindre, en 2004–2005, le taux le plus élevé des cinq années précédentes. Le même phénomène est observable quant au nombre d'heures d'utilisation des salles d'isolement par année.

Selon Line LeBlanc, Ph.D., du département de psychoéducation et de psychologie de l'Université du Québec en Outaouais, « il y a tout lieu de croire que les discussions entourant le programme ainsi que son implantation aient pu sensibiliser le personnel à l'obligation de recourir aux mesures de contrôle uniquement lors de situations présentant un danger imminent pour la personne ou pour les autres ».

Dans une suite logique, « l'augmentation des taux observée les années subséquentes à l'implantation du programme laisse supposer que les efforts doivent être maintenus de façon constante après la formation. <sup>15</sup> »

## **2.2. Parce que des enquêtes publiques confirment l'usage dangereux des mesures de contrôle**

<sup>16</sup> Me NAHI, Geneviève,  
Raymond GRIFFIN,  
*Contention et isolement,  
normes et critères de la  
qualité des soins et services,*  
Montréal, Décarie Éditeur,  
2004, page 19.

Une étude du Bureau du coroner du Québec (1999) rapporte 27 décès de personnes de plus de 60 ans et 11 décès de personnes de 20 à 60 ans reliés à l'utilisation d'une contention <sup>16</sup>. Selon des informations plus récentes, pendant la période de 5 ans s'étalant de 1999 à 2003, on compte en moyenne 3 décès par année par asphyxie associée à l'usage d'une contention. En général, ces décès ne surviennent pas en isolement <sup>17</sup>.

Sur le terrain, les groupes de promotion et de défense de droits rapportent que des personnes ont tenté de s'enlever la vie après avoir subi des mesures sévères de contention ou d'isolement en centre hospitalier. Ces données demeurent non comptabilisées.

<sup>17</sup> PÉRON, Paul-André.  
Bureau du coroner  
en chef de Québec,  
*courrier électronique,*  
22 septembre 2005.

L'AGIDD-SMQ a suivi avec grand intérêt le déroulement de diverses enquêtes publiques. Les rapports d'enquête suivant les décès de monsieur Jonathan Dubé (23 janvier 2000), de monsieur Brian Bédard (27 avril 2000) et de madame Marie-Louise Brunard (26 juin 2001) ont été étudié tout particulièrement.

<sup>18</sup> FERLAND, Me Michel.  
*Rapport d'enquête de Maître  
Michel Ferland, coroner, sur  
les causes et les circonstances  
du décès de monsieur  
Jonathan Dubé survenu au  
Centre hospitalier et Centre de  
réadaptation Antoine-Labelle  
à L'Annonciation le 23 janvier  
2000,* mai 2003, page 46.

Le 23 janvier 2000, au Centre hospitalier Antoine-Labelle de l'Annonciation, monsieur Jonathan Dubé, âgé de 24 ans, s'est asphyxié avec ses contentions. Me Michel Ferland, coroner, conclut qu'une mauvaise installation et un manque de surveillance ont causé cet accident. Selon lui, il s'agissait d'un décès évitable.

Dans son enquête, Me Ferland s'est longuement attardé à comprendre la raison pour laquelle Jonathan Dubé était souvent «contentionné». Il conclut son rapport en indiquant :

« Si les contentions sont de l'avis de certains, un mal nécessaire, la tendance actuelle penche vers la recherche d'alternatives à ces contraintes physiques.<sup>18</sup> »

Le 18 avril 2000, monsieur Brian Bédard, âgé de 33 ans, est arrêté par la police. Une accusation mineure (tentative d'introduction de nuit) est alors portée contre lui et il se retrouve au Centre de détention de Rivière-des-Prairies. Le 21 avril 2000, il est maîtrisé par une dizaine d'agents des services correctionnels, car on veut le transporter dans une salle d'isolement, pour lui mettre les contentions.

Pour l'immobiliser, environ cinq agents des services correctionnels le placent en position ventrale sur un matelas. Au moment de le retourner, on constate qu'il ne semble plus respirer. Inconscient et dans un coma profond, il meurt le 27 avril 2000 des suites de cette intervention plus que musclée. Il avait été examiné le 17 avril 2000 par un psychiatre qui n'évaluait pas sa condition comme étant un « danger grave et immédiat<sup>19</sup> ». Bien que sa condition psychiatrique fut évidente, que les policiers en furent informés, que l'infraction dont on l'accusait fut mineure, rien ne fut fait pour éviter la judiciarisation de la situation vécue par M. Bédard.

Le 26 juin 2001, madame Marie-Louise Brunard est décédée au Centre Montserrat à Québec, une résidence privée pour personnes âgées en perte d'autonomie. Le docteur Lauzon, pathologiste, conclut qu'elle est décédée des suites d'une asphyxie positionnelle occasionnée par le gilet de contention utilisé dans ce centre.

« (...) au Centre Montserrat, madame Brunard était immobilisée en permanence et ne faisait plus aucune activité physique. La vie de madame Brunard se résumait à demeurer couchée dans son lit, retenue par une contention ou assise dans un fauteuil gériatrique.

Très rapidement après son retour au Centre, madame Brunard est devenue totalement repliée sur elle-même. Elle se montrait très agressive lorsque le personnel du Centre voulait l'approcher. Je ne suis pas surpris d'une telle réaction. Vivre littéralement immobilisé 24 heures sur 24 dans un appartement doit sûrement rendre agressif. Si, de plus, l'on souffre de maniacodépression en plus comme madame Brunard, la situation doit vite devenir intolérable.<sup>20</sup> »

### Savez-vous à quoi on pense là-dedans ?

« Ce que les médecins ne savent pas, c'est que, souvent, ils nous remettent en position de notre jeunesse. On finit par les hair et les prendre pour d'autres. Savez-vous quoi? Ils me faisaient chier, les psychiatres avec leurs diplômes sur les murs mais qui ne ressentent pas ce qu'on peut ressentir, ce qu'ils nous font vivre quand on est là, dans les salles d'isolement. Ils disent qu'on est là pour penser. Savez-vous à quoi on pense là-dedans? On pense à vouloir en finir avec la vie. On en a assez d'être un fardeau pour tout le monde, même pour nous même. On se dit que quand on va sortir, on va se tenir tranquille. Mais ce qui fait qu'on reste tranquille, c'est qu'on est médicamenté au boutte pour être gelé comme ils le veulent. »

Jacky Levac<sup>21</sup>

<sup>19</sup> KRONSTRÖM, Me Andrée. *Rapport d'enquête de Me Andrée Kronström, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de Brian Bédard (dossier 105909) survenu à Montréal le 27 avril 2000*, 13 mars 2001, page 1.

<sup>20</sup> MALOIN, Me Luc. *Rapport d'enquête de Maître Luc Malouin, coroner, sur les causes et des circonstances du décès de madame Marie-Louise Brunard survenu à Québec le 8 juillet 2001*, Nicolet, 5 mai 2005, pages 11 – 12.

<sup>21</sup> CADIEUX, Christiane, Jacky Levac. *La vie qui bat: du désespoir à l'autonomie en passant par la relation d'aide*, Montréal, Les Éditions internationales Alain Stanké, 2003, page 280.

### Une question d'éthique

« C'est une question d'éthique. À partir du moment où un établissement accepte de fournir des soins à un client, il a une obligation de moyen. Il doit donc s'assurer qu'il a les moyens en place pour remplir son obligation. Il ne suffit pas de se retrancher derrière la satisfaction des usagers et le rapport qui en découle (C-56). Il ne suffit pas de dire qu'on a fait du mieux qu'on pouvait avec les moyens du bord. Personne ne confierait un travail à un ouvrier s'il n'a pas les outils nécessaires pour exécuter la tâche.<sup>22</sup> »

Maître Michel Ferland

Comme le démontrent plusieurs enquêtes publiques, personne ne semblait imputable et responsable de l'encadrement de l'utilisation des mesures de contrôle au moment où ces événements se sont produits. Cette situation ne peut plus durer et il est urgent d'agir afin de ne plus vivre de drames comme ceux de monsieur Jonathan Dubé, de monsieur Brian Bédard, de madame Marie-Louise Brunard.



Par conséquent, l'AGIDD-SMQ recommande qu'il y ait dans tout milieu ayant recours aux mesures de contrôle (hôpitaux, ressources intermédiaires, centres de réadaptation pour jeunes, CHSLD, etc.) une personne imputable de l'encadrement, de l'évaluation et de l'application des mesures de contrôle, et ce, dans un objectif d'élimination. Cette personne devra rendre compte au MSSS des rapports concernant ces mesures et l'objectif de leur élimination, rapports qui devront être publics.

### 2.3. Parce que les mesures de contrôle causent davantage de traumatismes qu'elles ne protègent les personnes

<sup>22</sup> FERLAND, Me Michel.  
*Rapport d'enquête de Maître Michel Ferland, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Jonathan Dubé survenu au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle à l'Annonciation le 23 janvier 2000*, mai 2003, page 44.

Les mesures de contrôle ne sont pas un traitement humain. La littérature abondante sur le sujet et les témoignages constants reçus par les groupes de promotion et de défense de droits tendent à démontrer que l'utilisation de ces mesures cause plus de traumatismes à la personne que d'effets positifs sur son état de santé. Également, les personnes affirment qu'elles sont souvent victimes d'abus de pouvoir de la part des intervenants et intervenantes. Par la suite, l'anxiété et la détresse psychologique ne font que s'accroître, influant ainsi directement sur la confiance et l'estime que la personne a d'elle-même.

#### Victimisation secondaire

« J'allais à l'hôpital pour me faire aider, mais je revivais mes traumatismes ou on m'en infligeait d'autres. »

Lucie Pivin<sup>23</sup>

<sup>23</sup> COMITÉ DE DÉFENSE DE DROITS DE LA MONTREAL.  
*Actes du colloque provincial Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire « vers un changement de culture »*, mai 2003, page 30.

#### Les pratiques psychiatriques et la victimisation secondaire

Les femmes ayant un problème de santé mentale et ayant vécu de la violence sont plus à risque d'être hospitalisées. Or, il arrive que

celles-civivent de la violence institutionnelle dans les centres hospitaliers. Cette violence se manifeste dans certaines pratiques psychiatriques, notamment les mesures de contrôle. Ces mesures tiennent rarement compte de la dignité, du respect primordial de la femme et enfreignent sa liberté tant sur le plan physique que psychologique. Ce genre de pratiques peut causer un état de victimisation secondaire surtout chez les femmes<sup>25</sup>, mais aussi chez les hommes.

### Être confrontés à la souffrance

« Les complications inhérentes à l'utilisation de l'isolement et de la contention sont très bien connues et documentées dans la littérature. De plus, les nombreux témoignages de personnes qui y ont été soumises mettent aussi en évidence la nécessité de remettre cette pratique en question et d'être davantage attentif à prévenir leurs effets secondaires lorsqu'en dernier recours elles doivent être utilisées. Ces témoignages ne sont pas faciles à entendre : ils nous confrontent à la souffrance, à l'expérience traumatisante, au sentiment d'abandon, à l'humiliation, au sentiment de révolte et aux brisures vécus par des personnes soumises à nos soins; une sorte de descente aux enfers que décriront certaines personnes et qui les hantent encore des années après l'événement.<sup>24</sup> »

Association des hôpitaux du Québec

Le phénomène de la victimisation secondaire est complexe<sup>26</sup>. Par exemple, il est possible de revivre son traumatisme par un nouvel événement relié ou non au traumatisme initial. Ainsi, si un jour une femme ayant été victime d'un viol est admise en psychiatrie pour un répit ou une aide médicale et que le personnel applique sur elle une mesure de contrôle comme l'isolement ou la contention, elle peut revivre son traumatisme étant donné qu'elle se voit soumise à nouveau à une force contre laquelle elle est sans défense. Ces mesures de contrôle lui font alors revivre son agression.

<sup>24</sup> ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *L'utilisation judiciaire et sécuritaire de la contention et de l'isolement en milieu psychiatrique*, Montréal, avril 2001, page 14.

<sup>25</sup> WHIPP, Katleen. *Lost in the Diagnosis: Incest Survivors in psychiatry*, Kettle Friendship Society staff training, Peggy's Place staff training, Fall 1997, Fall 1998

## 2.4. Parce que l'exercice des droits et recours demeure insatisfaisant

En 2004-2005, l'application inadéquate des mesures de contention et d'isolement, notamment dans les urgences et les unités psychiatriques des hôpitaux, est au nombre des principales insatisfactions portées à l'attention du Protecteur des usagers<sup>27</sup>.

L'utilisation des mesures de contrôle brime les droits fondamentaux, tels la liberté et le respect de l'intégrité. Les témoignages des personnes ainsi que l'expérience sur le terrain des organismes de promotion et de défense des droits en santé mentale confirment l'utilisation abusive et illégale des mesures de contrôle.

Pourtant, l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* autorise seulement une utilisation exceptionnelle de ces mesures. L'exception est malheureusement devenue la règle dans plusieurs situations.

Les recours pour les personnes demeurent insatisfaisants. Le mécanisme de traitement des plaintes est inefficace pour ce genre de situation. Les personnes utilisatrices de services de santé mentale ont peu recours à ce mécanisme par peur des représailles et par méfiance envers ce système. Les mécanismes de plaintes sont souvent présentés

<sup>26</sup> Dans sa définition la plus large, selon Joane Turgeon, la victimisation secondaire se compose des « réactions négatives envers la victime d'une agression de la part des personnes à qui elle parle de l'agression, se confie ou demande de l'aide. » COLLECTIF DE DÉFENSE DE DROITS DE LA MONTRÉGIE. *Actes du colloque provincial Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire « vers un changement de culture »*, mai 2003, page 27.

comme des moyens d'exprimer des insatisfactions et de susciter l'amélioration des services ou pour aider à corriger une situation de violation de droits. L'acte de dénoncer contient aussi l'espoir de voir les faits reconnus, les responsabilités admises, les mesures disciplinaires prises, les correctifs apportés et les garanties de respect fournies pour l'avenir. Cependant, ce qui est souhaité par la personne concernée, c'est d'abord une intervention rapide pour la défense et le respect de ses droits.

### Combien d'hôpitaux ?

« Combien d'hôpitaux au Québec sont encore réfractaires à toute intervention extérieure lorsqu'il est question d'offrir du support et de l'assistance à une personne désireuse de défendre ses droits ? Combien restreignent l'accès aux lieux d'isolement, les heures accessibles sur l'unité de soins et les conditions permettant des entretiens confidentiels ? Combien d'établissements pratiquant la contention et l'isolement offrent à la personne la possibilité de communiquer avec l'extérieur pour appeler de l'aide ? Y en a-t-il seulement un ? Là, on parle des circonstances où la personne a le plus besoin de faire appel à quelqu'un pour exercer un recours immédiat. »

Jean-Luc Pinard, coordonnateur du RAIDDAT (groupe de promotion et de défense de droits de l'Abitibi-Témiscamingue)<sup>28</sup>

<sup>27</sup> PROTECTEUR DES USAGERS.

*La Protectrice des usagers rend*

*public son rapport annuel*

*— Une vigilance accrue quant*

*au respect des droits des usagers*

*et à la protection des personnes*

*vulnérables*, En ligne, page

consultée le 20 avril 2006,

adresse URL :

[www.cnw.ca/fr/releases/archive/](http://www.cnw.ca/fr/releases/archive/June2004/09/c2899.html)

[June2004/09/c2899.html](http://www.cnw.ca/fr/releases/archive/June2004/09/c2899.html)

<sup>28</sup> AGIDD-SMQ.

*Actes du colloque isolement et*

*contention : Pour s'en sortir et*

*s'en défaire*, Montréal, 2000,

page 195.

Les services de plaintes, de même que les syndicats des ordres professionnels, participent à la culture et aux modes d'interprétation de leurs collègues dispensateurs de services. Les contenus des plaintes sont accueillis comme l'expression de perceptions subjectives de personnes dont la crédibilité est constamment remise en doute. Quoi qu'il en soit, les recours permettent aux établissements l'autorégulation de leurs critères de qualité des services.

L'ultime recours actuellement est la poursuite civile. Les coûts liés à la réalisation d'une telle action la rendent souvent inaccessible.

Les personnes sont donc prises dans cette situation. Comme il a été dit précédemment, l'expérience d'une mesure de contrôle peut les mener à des tentatives de suicide. Les traumatismes des personnes victimes et survivantes de ces mesures coercitives sont très importants. Les personnes utilisatrices ont besoin d'être informées de leurs droits et ont besoin d'être accompagnées dans leurs démarches afin de les faire respecter.

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont le devoir d'informer les personnes hospitalisées de leurs droits et de leurs recours concernant les mesures de contrôle; ils doivent les informer de l'existence de l'organisme communautaire de promotion et de défense des droits en santé mentale de leur région ou du comité des usagers de leur établissement et leur en faciliter l'accès.



L'AGIDD-SMQ recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soutienne l'action des organismes communautaires de promotion et de défense des droits en santé mentale en rendant accessible leur intervention à toute personne subissant des mesures de contrôle dans l'ensemble du réseau.

## en conclusion

Par ce document, l'AGIDD-SMQ tient à souligner la nécessité d'accentuer les efforts faits jusqu'à ce jour pour que se mette en place une nouvelle culture de soins afin de contrer l'utilisation de l'isolement et de la contention jusqu'à son élimination définitive. Les recommandations proposées ici visent à inciter l'ensemble des milieux à se mobiliser pour atteindre cet objectif. Aussi, nous comptons susciter l'adhésion d'un nombre significatif de partenaires aux principes, aux valeurs et aux choix présentés ici. À partir de maintenant, la question à se poser n'est plus « *Pourquoi?* » mais bien : « *Comment y arrivera-t-on?* ».

Si l'encadrement et la réduction de la contention et de l'isolement donnent des résultats tangibles, il ne faudrait pas assister à des formes plus insidieuses de contrôle, comme c'est actuellement le cas dans des centres de réadaptation pour jeunes qui ont recours à l'« arrêt d'agir » et aux « plans de chambre »<sup>29</sup>. Il faudra prévenir l'apparition de toute autre méthode de contrôle comportementale asservissant l'individu, l'infantilisant ou l'atteignant dans sa dignité. Pensons au contrôle excessif des cigarettes, des visites, des sorties, des vêtements (ex.: port systématique de la « jaquette d'hôpital »), des appels téléphoniques, des repas et collations, le tout afin de rendre des personnes dociles. Lorsque des relations de pouvoir primeront sur le lien thérapeutique d'accueil, d'écoute et de support au rétablissement, il y aura encore lieu de s'alarmer.

Le principe d'appropriation du pouvoir des utilisateurs de services de santé mentale est prioritaire dans les orientations ministérielles récentes<sup>30</sup>. Il reconnaît la personne comme acteur principal de son plan de service, où l'interdisciplinarité doit prévaloir, dans une optique de soins partagés. L'appropriation du pouvoir ne pourra donc s'exercer que si ces personnes développent une véritable alliance thérapeutique avec les intervenants et les intervenantes, où chaque membre de la communauté continue à prendre ses responsabilités et demeure en tout temps un citoyen à part entière.

Le présent document se veut un instrument de ralliement pour passer à l'action et accélérer la mise en œuvre de mesures déjà planifiées par des travaux antérieurs faits en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Des mesures préventives et alternatives doivent être rapidement mises en place, les cibles réaffirmées, les échéanciers resserrés. Il en va de même pour la réalité de la contention chimique et des autres méthodes comportementales associées aux mesures de contrôle ciblées dans la loi.

Plus jamais nous ne devons permettre que des pratiques existantes puissent être apparentées à un « scandale déguisé en système organisationnel », tel que le décrivait l'Honorable Juge Jean-Jude Chabot, j.c.s., en parlant de l'utilisation des mesures de contrôle dans le domaine de la santé lors du colloque du Barreau du Québec en janvier 2004<sup>31</sup>. Donnons-nous comme but d'éliminer l'utilisation des mesures de contrôle et de développer des moyens alternatifs d'accueillir les souffrances et de protéger les personnes.

Pourquoi n'auraient-elles pas droit à ce respect?

<sup>29</sup> DESROSIERS, Me Julie.

*Isolement et mesures disciplinaires dans les centres de réadaptation pour jeunes*, Montréal, Wilson & Lafleur, 2005, 351 pages.

<sup>30</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ

ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2005 - 2010 : La force des liens*, Québec, 2005, 98 pages.

<sup>31</sup> Le colloque

du Barreau du Québec, qui a eu lieu le 30 janvier 2004 à Longueuil, portait sur les responsabilités et les mécanismes de protection. Les actes du colloque (volume 200) sont disponibles aux Éditions Yvon Blais.

# **Recommandations de l'AGIDD-SMQ pour un changement de culture et un véritable respect des droits fondamentaux**

L'AGIDD-SMQ recommande au ministère de Santé et des Services sociaux du Québec de financer un colloque international sur les mesures préventives et alternatives aux mesures de contrôle.

L'AGIDD-SMQ recommande qu'il y ait dans tout milieu ayant recours aux mesures de contrôle (hôpitaux, ressources intermédiaires, centres de réadaptation pour jeunes, CHSLD, etc.) une personne imputable de l'encadrement, de l'évaluation et de l'application de ces mesures, et ce, dans un objectif d'élimination. Cette personne devra rendre compte au ministère de la Santé et des Services sociaux des rapports concernant ces mesures et l'objectif de leur élimination. Ces rapports devront être publics.

L'AGIDD-SMQ recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec soutienne l'action des organismes communautaires de promotion et de défense des droits en santé mentale en rendant accessible leur intervention à toute personne subissant des mesures de contrôle dans l'ensemble du réseau.

## MÉDIAGRAPHIE

AGIDD-SMQ.

*Actes du colloque isolement et contention :*

*Pour s'en sortir et s'en défaire,*

Montréal, 2000, 487 pages.

AGIDD-SMQ.

*Contention chimique. Quand s'arrête le contrôle et où commence le traitement ?*

Montréal, 2004, 12 pages.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC.

*L'utilisation judicieuse et sécuritaire de la contention et de l'isolement en milieu psychiatrique,*

Montréal, avril 2001, 80 pages.

CADIEUX, Christiane, Jacky LEVAC.

*La vie qui bat : du désespoir à l'autonomie en passant par la relation d'aide,*

Montréal, Les Éditions internationales Alain Stanké, 2003, 315 pages.

CENTRE GÉRIATRIQUE MAIMONIDES.

*Prix*, En ligne, page consultée le 20 avril 2006,

[www.maimonides.net/f/centre/awards.html](http://www.maimonides.net/f/centre/awards.html)

COLLECTIF DE DÉFENSE DES DROITS DE LA MONTÉRÉGIE.

*Actes du colloque provincial Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire*

*« vers un changement de culture »,*

mai 2003, 110 pages.

DESROSIERS, Me Julie.

*Isolement et mesures disciplinaires*

*dans les centres de réadaptation pour jeunes,*

Montréal, Wilson & Lafleur, 2005, 351 pages.

FERLAND, Me Michel.

*Rapport d'enquête de Maître Michel Ferland, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Jonathan Dubé survenu au Centre hospitalier et Centre de réadaptation Antoine-Labelle à L'Annonciation le 23 janvier 2000,*

mai 2003, 52 pages.

LAZURE, Dr Denis.

*Bilan de la santé mentale*, entrevue par Pierre Maisonneuve à *Maisonneuve en Direct*, SRC Radio Première chaîne, 16 mai 2004.

KRONSTRÖM, Me Andrée.

*Rapport d'enquête de Me Andrée Kronström, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de monsieur Brian Bédard survenu à Montréal le 27 avril 2000*, 13 mars 2001, 74 pages.

LEBLANC, Line.

*Analyse des taux d'utilisation des salles d'isolement suite à l'implantation d'un programme de formation en matière de prévention des comportements agressifs en milieu psychiatrique*. Centre hospitalier Pierre-Janet, 15 février 2006, 4 pages

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q.

MALOUIN, Me Luc.

*Rapport d'enquête de Maître Luc Malouin, coroner, sur les causes et les circonstances du décès de Mme Marie-Louise Brunard survenu à Québec le 8 juillet 2001*, Nicolet, 5 mai 2003, 61 pages.

MÉNARD, Geneviève, Raymond GRENIER,

*Contention et isolement, normes et critères de la qualité des soins et services*, Montréal, Décarie Éditeur, 2004, 138 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

*Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002, Québec, 27 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

*Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*, Québec, 2005, 98 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.

*Plan d'action. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002, Québec, 19 pages.

MORIN, Paul, Cécile MICHAUD.

*Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination*, Santé mentale au Québec, XXVIII, 2003, pages 126-250.

PERRON, Paul-André.

Bureau du coroner en chef du Québec, *courrier électronique*, 22 septembre 2005.

PROTECTEUR DES USAGERS.

*La Protectrice des usagers rend public son rapport annuel — Une vigilance accrue quant au respect des droits des usagers et à la protection des personnes vulnérables*, En ligne, page consultée le 20 avril 2006, [www.cnw.ca/fr/releases/archive/June2004/09/c2899.html](http://www.cnw.ca/fr/releases/archive/June2004/09/c2899.html)

RODRIGUEZ, Lourdes et all.

*Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Québec, 2006, 307 pages.

WHIPP, K.

*Lost in the Diagnosis : Incest Survivors in psychiatry*, Kettle Friendship Society staff training, Peggy's Place staff training, Fall 1997, Fall 1998.