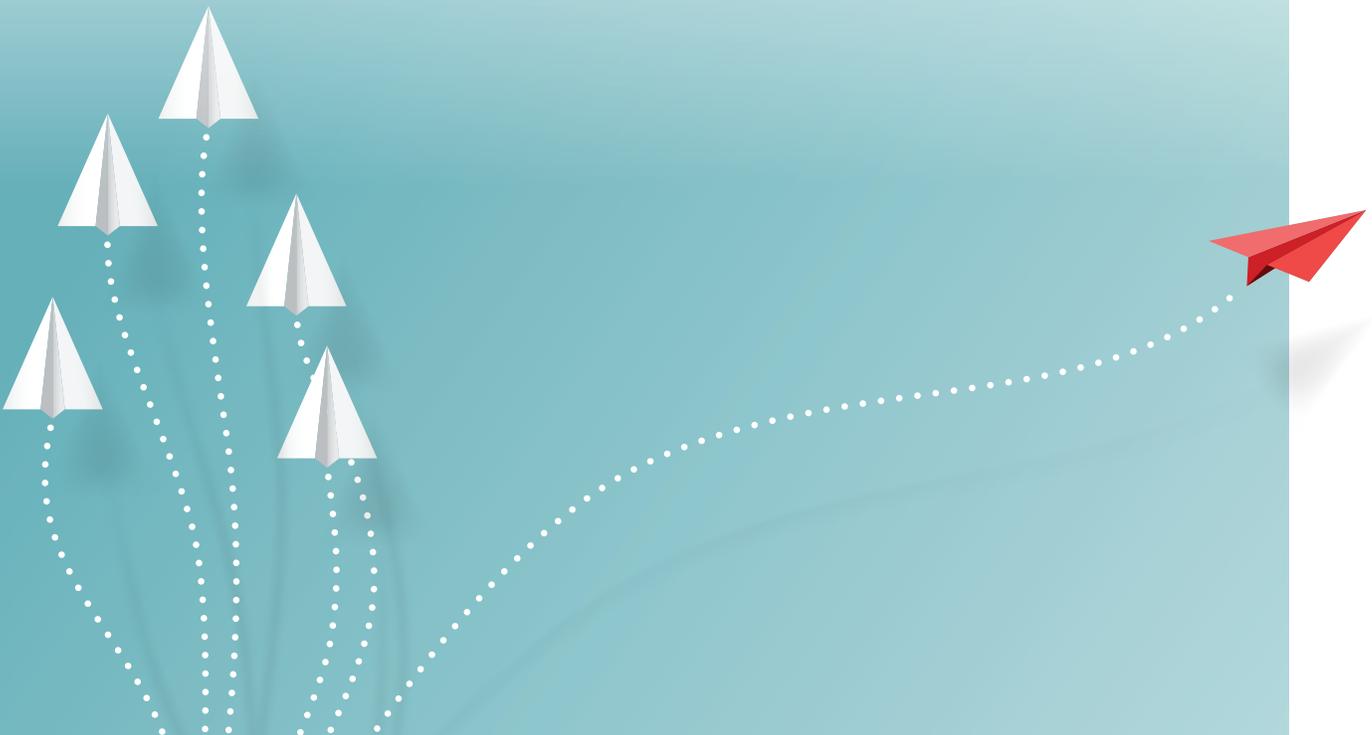


# PSYCHIATRIE

Un profond changement  
de modèle s'impose



## CONSTATS ET ALTERNATIVES CONCERNANT LES MÉCANISMES D'EXCEPTION :

Mesures de contrôle  
Garde en établissement  
Autorisation judiciaire de soins

**AGIDD-SMQ**

**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 • 1 866 523-3443

Télécopieur : 514 523-0797

Courriel : [info@agidd.org](mailto:info@agidd.org)

Site Web : [www.agidd.org](http://www.agidd.org)



[www.facebook.com/agidd.smq](https://www.facebook.com/agidd.smq)



[@agiddsmq](https://twitter.com/agiddsmq)

**L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec** (AGIDD-SMQ) a pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Ces droits, fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité, sont ceux de tout citoyen. L'AGIDD-SMQ porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de ces dernières. La préoccupation de l'AGIDD-SMQ a toujours été de défaire les préjugés et les mythes que subissent les personnes vivant un problème de santé mentale, et ce, à partir de leur point de vue. Fondée en 1990, l'AGIDD-SMQ est administrée majoritairement par des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

## **MERCI**

L'AGIDD-SMQ remercie les membres du comité Mécanismes d'exception de l'AGIDD-SMQ ayant contribué au projet :

ÉMILIE COUTURE-GLASSCO, Droits-Accès de l'Outaouais

PAULINE CYR, Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale - région 02

BRUNO LAMARRE, Pleins Droits de Lanaudière

ANICK LEPAGE, Droits et recours en santé mentale Gaspésie – Les Îles

CLAUDE MOREAU, Pro-Def Estrie

BRUCE MOREL, Collectif de défense des droits de la Montérégie

FRÉDÉRIK MOREL, Collectif de défense des droits de la Montérégie

DORIS PROVENCHER, AGIDD-SMQ

CHLOÉ SERRADORI, AGIDD-SMQ

Merci également à :

GORETTE LINHARES, AGIDD-SMQ

JULIE CORCORAN, Corcoran design

## **DÉPÔT LÉGAL :**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-9800309-7-0

2018

# PSYCHIATRIE : un profond changement de modèle s'impose

CONSTATS ET ALTERNATIVES CONCERNANT  
LES MÉCANISMES D'EXCEPTION :

Mesures de contrôle

Garde en établissement

Autorisation judiciaire de soins



# TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS .....	5
LA PERSONNE, sujet de droits et non pas objet de soins.....	6
<b>1 Constats terrain : des résultats édifiants .....</b>	<b>7</b>
1.1 Consultation menée auprès de onze groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale [2016-2017] .....	7
1.1.1 L'utilisation de certains mécanismes d'exception a tendance à augmenter et la cueillette de données reste ardue.....	7
1.1.2 La vie sur les départements de psychiatrie : on comprend pourquoi des personnes ne veulent plus y retourner! .....	9
1.1.3 La participation citoyenne semble être reconnue, mais.....	10
1.2 Les thèmes récurrents d'abus de droit concernant les trois mécanismes d'exception .....	10
1.2.1 La garde en établissement : .....	11
1.2.2 Les mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques .....	12
1.2.3 L'autorisation judiciaire de soins .....	13
<b>2 Trois nouveaux outils dans l'univers de la santé mentale : des leviers pour la réalisation des droits .....</b>	<b>15</b>
2.1 Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez [1 <sup>er</sup> février 2013].....	15
2.2 Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, par Zeid Ra'ad Al Hussein [31 janvier 2017].....	16
2.3 Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, par Dainius Pūras [28 mars 2017] .....	17

<b>3 La solution : un changement sociétal et la mise en place d’alternatives</b> .....	19
3.1 Un changement sociétal .....	19
3.1.1 La volonté politique des décideurs en faveur du changement, comment la développer? .....	19
3.1.2 Comment rendre possible le changement de paradigme du système psychiatrique, basé sur les droits de la personne, le changement de pratiques et la participation égalitaire des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale? .....	20
3.1.3 L’éveil de la société en général : comment faire évoluer les mentalités? .....	20
3.2 Des alternatives à mettre en place .....	21
3.2.1 Principes de base devant être mis en place au sein du réseau de la santé et des services sociaux pour les trois mécanismes d’exception .....	21
3.2.2 Alternatives concrètes s’appliquant aux trois mécanismes d’exception .....	21
3.3 Quelques exemples de pratiques mises en place pour diminuer ou éliminer les mécanismes d’exception .....	24
3.3.1 Les mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques .....	24
CONCLUSION .....	28
RÉFÉRENCES .....	29
Contributions des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale et celles de l’AGIDD-SMQ concernant les mécanismes d’exception .....	29
Rapports et outils internationaux .....	30
Études, rapports et articles issus de la recherche .....	30
Outils légaux .....	32
Jugements .....	32
ANNEXE 1 : compilation des réponses de la consultation menée auprès de 11 groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale .....	33

Ce document porte essentiellement sur les trois mécanismes d'exception utilisés en psychiatrie, soit les mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques), la garde en établissement (Loi P-38.001) et l'autorisation judiciaire de soins (ordonnance de soins).

Ces procédures coercitives sont appelées « mécanismes d'exception », car elles dérogent à la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* et à la *Charte canadienne des droits et libertés* concernant notamment l'inviolabilité de la personne, son droit à l'intégrité ainsi que son droit à la liberté. En théorie, il s'agit de mesures de dernier recours.



## LES MESURES DE CONTRÔLE

*L'utilisation de la contention, de l'isolement ou de substances chimiques à titre de mesures de contrôle prévues à l'article 118.1 de la Loi [sur les Services de Santé et Services sociaux] se fait de façon minimale et exceptionnelle et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui. Pour l'élaboration des orientations ministérielles en la matière, les définitions suivantes ont été retenues.*

### 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>1</sup>.*

## LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT

*La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui<sup>2</sup> permet de priver la personne de sa liberté, si elle est jugée dangereuse pour elle-même ou pour autrui, suite à la décision d'un juge de la Cour du Québec.*

Il existe trois sortes de gardes :

### 1. La garde préventive

*Tout médecin exerçant dans un établissement qui exploite un centre hospitalier ou un centre local de services communautaires (CLSC) équipé des aménagements nécessaires peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal ni examen psychiatrique préalable, mettre une personne sous garde préventive dans cet établissement pendant un maximum de 72 heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui (...).*

### 2. La garde provisoire

*À la demande d'un médecin ou d'un tiers intéressé, le tribunal peut, s'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, provisoirement gardée dans un établissement exploitant un centre hospitalier ou un CLSC muni des aménagements nécessaires, pour y subir une évaluation psychiatrique (...).*

### 3. La garde autorisée

*Pour que la garde soit autorisée par le tribunal, en plus de la conclusion de deux rapports d'examen psychiatrique qui attestent du danger causé par l'état mental et de la nécessité de la garde, le tribunal doit avoir lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise. Quant à la durée de la garde autorisée, elle est fixée dans le jugement qui l'autorise. Cependant, dès que la garde n'est plus justifiée, même si la période fixée n'est pas expirée, la personne mise sous garde doit être libérée. Toute garde requise au-delà de la période fixée par le jugement doit être autorisée par le tribunal, conformément aux dispositions prévues dans l'article 30 du CCQ<sup>3</sup>.*

## L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS

*L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence.*

*Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit<sup>4</sup>.*

*Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins ou à l'aliénation d'une partie du corps, prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande.*

*Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus<sup>5</sup>.*

1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, page 14, 2002.

2 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001>

3 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, pages 4 et 5, 2018.

4 CODE CIVIL DU QUÉBEC, article 16.

5 *Ibid*, article 23.

# LA PERSONNE, sujet de droits

## et non pas objet de soins

Depuis plus de 25 ans, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) et ses groupes membres observent les pratiques en santé mentale, les documentent et interviennent sur les nombreux manquements et abus préjudiciables aux droits et libertés des personnes, particulièrement en ce qui concerne les mécanismes d'exception.

Inquiète d'une recrudescence de l'utilisation de ces mécanismes et parfois de l'emploi concomitant de ceux-ci, extrêmement préoccupée par les pratiques qui ne tiennent pas compte des prérogatives légales qui encadrent ces mécanismes et particulièrement soucieuse des impacts sur les conditions de vie des personnes hospitalisées en psychiatrie, l'AGIDD-SMQ a sollicité l'expertise des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale afin de dresser un portrait québécois de la situation. Ce portrait est enrichi d'éléments issus d'études, de rapports et de recherches provenant de nombreux acteurs concernés.

De plus, l'AGIDD-SMQ a étudié trois rapports spéciaux provenant de l'Organisation des Nations Unies (ONU), en lien avec la santé mentale, qui apportent un éclairage nouveau sur ces mécanismes d'exception.

Ces trois rapports remettent en question l'approche essentiellement biomédicale du système psychiatrique, proposent l'abolition des mécanismes d'exception sur la base de la *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées*, refusent le statu quo, revendiquent un changement de pratique et proposent des moyens aux États afin de respecter, protéger et promouvoir les droits et libertés de la personne.

L'AGIDD-SMQ a aussi recensé l'expertise locale, régionale, nationale et internationale sur les alternatives à ces mécanismes d'exception.

Ce document, en trois parties, résume ces travaux et souhaite interpeller les citoyens, citoyennes, les personnes concernées des réseaux publics, du milieu politique et du mouvement communautaire autonome en proposant :

### 1. LES CONSTATS

- Les constats de terrain issus de la compilation d'un sondage sur les mécanismes d'exception effectué en 2017 auprès de onze groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale.
- Les constats issus de recherches que l'AGIDD-SMQ, ses membres et d'autres alliés ont réalisées, de 1998 à 2017.

### 2. LES TROIS RAPPORTS DE L'ONU

- *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 2013.
- *Le rapport de Zeid Ra'ad Al Hussein, Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, 2017.
- *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, par Dainius Pūras, mars 2017.

### 3. DES ALTERNATIVES POUR CHACUN DES MÉCANISMES D'EXCEPTION DANS UNE OPTIQUE DE CHANGEMENT SOCIÉTAL

#### La collecte de données au Québec : mise en garde

*La collecte de données qualitatives et quantitatives complètes est un élément essentiel de toute approche fondée sur les droits de l'homme*<sup>6</sup>. Or il est extrêmement difficile d'obtenir des statistiques partielles ou complètes sur les mécanismes d'exception.

Nous avons consulté les Rapports annuels de gestion des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Concernant l'application de la Loi P-38.001, à partir des rapports de 2016-2017, nous avons constaté une nette amélioration au niveau de la rigueur et de l'homogénéité des informations colligées, et ce, pour l'ensemble des établissements. Ce n'est pas le cas pour les mesures de contrôle. Il est très difficile de savoir le nombre de mesures de contrôle appliquées, ainsi que le nombre de personnes qui ont subi ces mesures, et ce, même en faisant la demande à chaque CISSS/CIUSSS. Enfin, on peut obtenir les statistiques concernant les autorisations judiciaires de soins en adressant une demande au Curateur public, mais le chiffre n'est pas significatif dans la mesure où il représente uniquement les personnes sous sa protection. Aucune donnée provinciale complète n'existe.

Ainsi, il est impossible de dresser un portrait exhaustif de l'application des mesures d'exception au Québec, malgré leurs impacts sur les droits fondamentaux des personnes en situation de vulnérabilité. L'expérience sur le terrain des membres de l'AGIDD-SMQ, de ses alliés, ajoutée aux différentes recherches ainsi qu'aux données recueillies par l'Association sont des sources d'informations précieuses. Un portrait partiel fort inquiétant!

6 ONU, *Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, par Zeid Ra'ad Al Hussein, A/HRC/34/32, page 13, 31 janvier 2017.



Penser à une alternative,  
ce n'est pas s'engager dans l'utopie.

Jacques Bidet, philosophe

## 1.1

### Consultation menée auprès de onze groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale [2016-2017]<sup>7</sup>

Ce questionnaire visait à dresser le portrait des pratiques liées aux mécanismes d'exception. De plus, des questions d'ordre général concernant celles qui sont utilisées sur les départements de psychiatrie et celles qui favorisent la participation citoyenne étaient également posées.

#### 1.1.1

L'utilisation de certains mécanismes d'exception a tendance à augmenter et la cueillette de données reste ardue.

#### L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS

**L'augmentation des demandes :** les demandes d'aide adressées aux groupes de promotion et de défense de droits en santé mentale concernant les AJS ont augmenté dans sept régions. Dans la plupart des cas, ces appels se font après que les personnes aient été contraintes par la Cour de prendre une médication et/ou d'être hébergées contre leur gré.

On remarque également que, dans deux régions, le personnel soignant laisse planer la menace de ce recours si la personne ne se soumet pas à leurs demandes, soit lorsqu'elle est en garde en établissement et refuse un traitement ou lorsque l'AJS arrive à échéance.

**La collecte de données :** dans neuf régions, il n'y a pas d'accès aux statistiques concernant les AJS. Il n'en est fait aucune mention dans les rapports annuels de gestion des CISSS/CIUSSS. Le seul moyen d'obtenir ces données est d'en faire la demande au responsable de l'accès à l'information du Curateur public, mais ces données ne sont toutefois pas complètes puisqu'elles concernent uniquement les personnes sous sa protection.

<sup>7</sup> Le détail de la compilation des réponses est inscrit en Annexe 1. Les onze régions concernées sont : Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, Côte-Nord, Estrie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière, Montérégie, Montréal, Outaouais, Saguenay-Lac-Saint-Jean.

#### DE NOUVELLES TENDANCES APPARAISSENT : la visioconférence, l'ordonnance de sauvegarde et la promesse de comparaître.

Nous nous apercevons que ces nouvelles façons de faire apparaissent dans le cadre d'application de la garde en établissement et des autorisations judiciaires de soins. Nous ne comprenons pas toujours les raisons ainsi que les tenants et aboutissants de ces nouvelles mesures, mais elles nous questionnent, car elles grugent de manière insidieuse les droits et libertés. À première vue, elles semblent favoriser la personne, mais en fait :

- Elles renforcent les difficultés qu'a la justice à mettre en application ses propres outils et procédures.
- Elles consacrent les difficultés d'accès à la justice (visioconférence).
- Elles soulèvent les difficultés de liaison et de communication entre la police et les établissements de santé (promesse de comparaître).
- Elles sont pénalisantes puisque la personne reste enfermée (promesse de comparaître) ou est obligée de prendre son traitement (ordonnance de sauvegarde) avant toute démarche légale.

Ces mesures sont relativement nouvelles dans le système psychiatrique, environ cinq ans pour la visioconférence et deux ans pour les autres. L'augmentation de leur utilisation nous fait craindre un détournement des procédures entourant les mécanismes d'exception et le recours au Tribunal administratif du Québec au détriment du respect des droits des personnes.

### > L'utilisation de la visioconférence<sup>8</sup> concernant la garde en établissement et les AJJ :

Elle est utilisée dans sept régions sur onze, notamment pour les auditions concernant la Loi P-38.001, les autorisations judiciaires de soins et celles du Tribunal administratif du Québec. Les raisons invoquées pour justifier l'utilisation de la visioconférence plutôt que les audiences en personne sont la non-disponibilité des juges et la difficulté de respecter les délais prescrits par la loi. Certains groupes apprécient cette nouvelle technologie, d'autres favorisent l'échange direct entre le juge et la personne, particulièrement en cas de témoignage pour vérifier la capacité de la personne à prendre une décision et pour favoriser une justice pleine et entière.

### > L'utilisation d'ordonnances de sauvegarde concernant la Loi P-38.001

*L'ordonnance de sauvegarde est une décision du Tribunal sur une question urgente, qui ne peut attendre l'étape des mesures provisoires ou celle de l'instruction au fond. Comme pour toute autre ordonnance de la Cour, la décision doit être respectée par les personnes qui y sont nommées<sup>9</sup>. Cette procédure est déposée à la Cour lorsque les parties ne s'entendent pas sur une question urgente qui relève du Code civil du Québec ou de la Loi sur le divorce. Celle-ci est utilisée dans cinq régions sur onze, notamment pour la garde en établissement.*

Les arguments cités pour justifier son utilisation sont les suivants : prolonger les délais, bénéficier d'une défense pleine et entière, trouver un avocat, fournir un complément de preuve, passer des examens physiques.

Concernant la Loi P-38.001, l'ordonnance de sauvegarde doit être justifiée par des raisons importantes et exceptionnelles (ex. : distance, délai afin que la personne puisse se préparer, examens physiques). Il est à noter que pendant l'ordonnance de sauvegarde, la personne est d'office en garde préventive.

Voici quelques exemples qui sont cités dans le cas où une demande de sauvegarde a été demandée et accordée :

- Demande d'ordonnance de sauvegarde en attente d'un jugement compte tenu de la fin des délais de la garde préventive, ce qui prolonge le délai.
- Étant donné le caractère urgent de la situation et de la fin de la garde préventive (vendredi à 12 h) et dans le but de permettre au défendeur une défense pleine et entière, le CSSS demande une ordonnance de sauvegarde accordant une garde jusqu'à l'audition finale de la requête, le plus rapidement possible dans la semaine suivante.
- Pratiquement chaque fois que cette procédure est utilisée, il est spécifié que c'est dans l'objectif d'assurer une défense pleine et entière aux défendeurs.

Toutefois, cette mesure prouve à quel point, au lieu de fournir une défense dans les délais requis aux personnes, ou de respecter l'application stricte de la loi, on les prive de liberté avant tout jugement. L'ordonnance de sauvegarde pallie un système dysfonctionnel en bafouant les droits fondamentaux des personnes.

### > La promesse de comparaître concernant la Loi P-38.001

*Si l'enquêteur décide de remettre l'individu en liberté, il peut lui demander de signer une promesse de comparaître. La promesse est un formulaire rempli par l'enquêteur, ou par un officier du poste, qui indique essentiellement le nom et l'adresse du prévenu, la nature de l'accusation à être portée, la date et le lieu de la comparution et le fait qu'un mandat d'arrestation sera émis contre le prévenu s'il fait défaut de se présenter à la Cour pour sa comparution. La promesse indique aussi que le prévenu devra se présenter au lieu et à l'heure indiqués aux fins de la Loi sur l'identification des criminels pour la prise de ses empreintes digitales et de photos pour les dossiers de police. À cet effet, la promesse indique que le défaut de se présenter pour une telle identification au lieu et au temps fixés constitue une infraction criminelle<sup>10</sup>.*

La promesse de comparaître est utilisée dans trois régions, concernant la garde en établissement. Dans une région, selon le personnel des urgences, cela devient une pratique courante. La police, au lieu d'amener la personne qui a commis un délit au poste, la conduit à l'urgence puis lui fait signer une promesse de comparaître. L'établissement la prend alors en charge et la personne est mise d'office en garde préventive, sans que sa dangerosité ne soit vraiment évaluée.

8 TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC : Le Tribunal peut décider d'utiliser des équipements de visioconférence ou de visioaudience, de sa propre initiative ou à la demande d'une des parties. Dans cette dernière éventualité, vous êtes invités à prendre connaissance des Orientations institutionnelles en matière de visio-audiences au Tribunal administratif du Québec.

9 BARREAU DE MONTRÉAL, *Demander une ordonnance de sauvegarde/« un intérimaire » en matière familiale*, 2<sup>e</sup> édition, mars 2017, page 3.

10 JURISMEDIA.COM, <https://www.avocat.qc.ca/public/iicrim-accuse.htm>

**Le respect des critères :** il a été constaté dans cinq régions, dans le cadre de l'accompagnement en Cour de personnes faisant l'objet d'une AJS, que le juge a eu recours aux cinq critères entérinés par la jurisprudence<sup>11</sup>, afin de se positionner sur l'aptitude de la personne :

1. La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement ?
2. La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
3. La personne comprend-elle les risques associés à ce traitement ?
4. La personne saisit-elle les risques encourus à ne pas subir le traitement ?
5. La capacité de la personne de consentir est-elle affectée par sa maladie ?

Dans les autres régions, on indique que le respect des critères dépend du juge et que l'approche du meilleur intérêt de la personne est souvent privilégiée. Il est souvent présumé, et non validé, que la « maladie mentale » affecte la capacité de la personne à consentir.

**La durée de l'AJS :** dans trois régions l'augmentation de la durée est constatée. Dans une autre région, l'augmentation de la durée est en lien avec certaines circonstances. Dans une cinquième, on note que le recours à l'obligation d'hébergement, qui peut être incluse dans l'AJS, a augmenté. Dans quatre autres régions, on constate qu'il n'y a pas eu d'augmentation de durée des AJS. Dans une des quatre, la tendance est à les écourter.

## LES MESURES DE CONTRÔLE

**L'isolement :** cette mesure de contrôle demeure celle qui est la plus utilisée en psychiatrie. Elle est souvent employée comme moyen de pression ou de punition face à des comportements qui dérangent, donc dans un esprit contraire à la loi.

Différents termes utilisés se substituent à celui de l'isolement : plan de chambre, plan de soins pour diminuer les stimuli, plan de soins thérapeutiques, etc. Bien que ces méthodes soient présentées comme ayant des vertus thérapeutiques, il n'en demeure pas moins qu'elles limitent la liberté de mouvement d'une personne et sont, conséquemment, des mesures d'isolement déguisées.

Dans une région, une section complète de l'aile psychiatrique d'un hôpital est utilisée pour l'isolement, ce qui prive l'ensemble des personnes de circuler librement sur l'unité.

Dans une autre région, on observe beaucoup d'isolement « déguisé ».

11 INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL C. BLAIS, (1991) R.J.Q.1969 (C.S.) et repris dans l'arrêt INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL C. G. (A.), 1994 R.J.Q. 2523, page 23, inspiré du *Hospital Act* de la Nouvelle-Écosse.

**La contention :** cette mesure de contrôle est encore utilisée régulièrement. Le recours à la contention n'a pas diminué dans cinq régions alors que dans trois autres, on observe une baisse de son utilisation.

**La contention chimique :** elle accompagne la contention physique dans deux régions.

**Peu d'alternatives aux mesures de contrôle sont mises en place et certaines restent dans le domaine biomédical et de la sécurité.** Des alternatives aux mesures de contrôle lorsqu'une personne est agitée ont été identifiées par les groupes de quatre régions seulement :

- La personne peut sortir fumer si elle est accompagnée d'un gardien de sécurité.
- La personne se fait proposer rapidement un PRN<sup>12</sup>.
- La personne a accès à une salle d'apaisement.
- On accorde plus de temps à la personne pour se calmer.
- Il y a dix ans, dans une région, des mesures telles des espaces de répit, une salle d'apaisement, l'augmentation du personnel et l'objectif « zéro contention » avaient été initiées, mais sont désormais limitées en raison de coupures budgétaires au département de psychiatrie.

### 1.1.2

La vie sur les départements de psychiatrie : on comprend pourquoi des personnes ne veulent plus y retourner !

Les départements de psychiatrie restent majoritairement « barrés », ce qui est contraire au droit à la liberté et ce qui implique que les personnes qui ne sont pas sous garde en établissement ne peuvent circuler librement. Il faut qu'elles demandent la permission. De plus, l'environnement nuit souvent à l'estime des personnes (ex. : « l'aquarium » : tel que l'appellent les personnes hospitalisées : lieu fermé et le plus souvent vitré sur le département où les personnes intervenantes sont installées. Ce lieu est souvent interdit aux personnes hospitalisées.

Parfois, l'heure à laquelle une sortie de groupe est permise est définie. D'autres fois, c'est un « privilège » qui est accordé à certains, mais pas à d'autres, par le psychiatre ou le personnel sur l'étage.

12 PRN : médicament au besoin, du latin *pro re nata*, lorsque l'occasion arrive.

### **Le retrait du téléphone cellulaire est une pratique courante.**

Dans neuf régions, on indique que c'est tout simplement interdit. Dans une autre, on explique que la permission de l'utiliser se fait au cas par cas. Enfin, dans la dernière, on affirme que l'autorisation est rarement donnée.

Pour ce qui est du téléphone public, il peut être utilisé sans avoir à demander une autorisation dans huit régions. Le respect de la confidentialité est toutefois menacé par le fait que le téléphone public est proche du poste de travail du personnel soignant ou du salon fréquenté par l'ensemble des personnes hospitalisées. De plus, on nous rapporte que les conversations sont parfois minutées et/ou arrêtées par le personnel. Finalement, le matériel téléphonique est désuet et la communication est souvent interrompue.

**L'obligation de porter la jaquette dépend de l'établissement et du psychiatre.** En effet, bien souvent, le psychiatre doit donner son autorisation à ce qu'une personne ne porte pas la jaquette d'hôpital. Elle est parfois utilisée comme un outil de négociation, ou comme une punition.

**Le fumoir tend à disparaître** et les mesures mises en place pour pallier ce manque auprès des personnes sont très disparates (timbre nicotinique obligatoire, sorties accompagnées hors du terrain de l'hôpital, espaces fumeur délimités à l'extérieur, fumoir restreint à un nombre de personnes, fumoir uniquement le jour).

### 1.1.3 La participation citoyenne<sup>13</sup> semble être reconnue, mais...

**La participation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale sur les tables et comités des CISSS/CIUSSS est sollicitée dans sept régions et non réalisée dans quatre. De plus, une région a perdu son financement pour réaliser des rencontres permettant d'assurer une représentation démocratique et porter une voix collective dans les lieux de concertation.**

- Le modèle de participation qui existait avant la réforme de la santé et des services sociaux se maintient dans une région.

13 Le Ministère de la Santé et des Services sociaux a publié en 2015 le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020) et en 2016 un guide d'accompagnement intitulé *La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services*. Ces documents demandent aux CISSS/CIUSSS de mettre en place un système organisationnel afin de reconnaître l'expertise et le savoir des personnes et de mettre en place des mesures qui permettront d'entendre la voix collective des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

- Des places sont réservées pour les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale dans tous les lieux de concertation liés à la santé mentale, dans une autre région.
- Certains CISSS d'une région ont formé leur propre groupe de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.
- Dans une autre région, les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale participent uniquement à leur propre table de concertation.

**La participation des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale sur les tables et comités des CISSS/CIUSSS semble être un acquis dans neuf régions, toutefois :**

- Deux régions ne sont pas sollicitées.
- La participation est très différente d'une région à l'autre.
- Parfois la collaboration est très bonne, parfois elle est inexistante.
- Parfois la collaboration est une volonté, mais pas forcément une réalité.
- Parfois certains organismes communautaires refusent de participer.
- Certaines tables de concertation mises en place par les CISSS/CIUSSS continuent d'exister, d'autres sont en train de se mettre en place. Certaines régions n'en ont pas.
- Certains CISSS/CIUSSS ne répondent pas aux demandes de participation du groupe.

## 1.2 Les thèmes récurrents d'abus de droit concernant les trois mécanismes d'exception

Les constats sur les abus de droit de 1998 à 2017 sont issus des documents qui sont listés dans la bibliographie, notamment les études des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale<sup>14</sup> et celles de l'AGIDD-SMQ. Les pourcentages sont le résultat de la somme des réponses concernant chaque thème, indiquées dans chacune étude.

14 L'étude de janvier 2016, de L'A-DROIT de Chaudière-Appalaches, *La P-38.001 en Chaudière-Appalaches – Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014*, établit un comparatif entre toutes ces études (page 90 à 114). Nous avons actualisé les données de cette étude par les données issues des rapports estriens de PRO-DEF ESTRIE de l'automne 2016 et de l'automne 2017 ainsi que de l'étude d'Action Autonomie *Quand l'inacceptable se perpétue, 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*, de décembre 2016.

## 1.2.1

### La garde en établissement :

- **Le pourcentage de personnes représentées par un avocat reste faible** (moyenne de 40 % pour six régions). Il est à noter que la donnée « représentation » n'est pas toujours incluse dans le dossier de la personne.
- **Le taux de présence de la personne à l'audience est faible également** (51,5 % en moyenne pour sept régions), mais croît avec les années dans certaines régions. Il varie d'une région à l'autre et selon si c'est une garde provisoire, une garde en établissement ou un renouvellement de garde. Encore une fois, cette donnée n'est pas toujours inscrite dans le dossier de la personne. La question du désistement est aussi préoccupante : pourquoi les personnes signent-elles un refus de se présenter ? *Des hypothèses peuvent cependant être avancées : le manque d'information et de soutien ; le délai trop rapide entre la signification de la requête et l'audience ; le manque d'argent pour se payer un avocat ; la croyance que sans avocat, il y a peu de chance de gagner ; la croyance que, de toute façon, la cause est perdue d'avance que la personne soit présente ou non, représentée ou pas*<sup>15</sup>.
- **L'accueil des requêtes est toujours aussi important** (en moyenne 92 % pour six régions). Cette donnée varie également selon les régions. Toutefois, on est en mesure de se demander si c'est vraiment la dangerosité qui est évaluée lors de ces requêtes. Le diagnostic, la « dérangérisé », la présomption d'agir dans le meilleur intérêt et le fait que la personne refuse de consentir aux soins sont souvent synonymes de danger pour le juge. La présence de la personne et de son avocat a un impact direct sur l'accueil ou le rejet de la requête.
- **La durée de l'hospitalisation forcée reste importante** : la durée est propre à chaque région et correspond à un certain automatisme. On note toutefois une tendance de 21 jours en moyenne (variance de 7 jours à trois mois).
- **La durée de l'audience est ridiculement brève pour priver quelqu'un de son droit fondamental à la liberté** : elle dure en moyenne 6 minutes dans cinq régions. La présence ou non d'un avocat ainsi que sa spécialisation (ex. : avocat civiliste) semble avoir un impact sur la durée. Là encore, l'application de ce mécanisme d'exception ne devrait pas souffrir de brièveté : comment juger de la dangerosité lorsque la personne est absente ou qu'on n'écoute pas ses arguments ? Il nous semble difficile d'écouter un témoignage et de porter un jugement en 6 minutes.

- La garde en établissement est parfois utilisée pour évaluer l'aptitude à consentir de la personne, ce qui n'est pas le but de cette procédure.

### Ces études confirment dans le temps que :

- La Loi P-38.001 n'est pas rigoureusement appliquée. De plus, les nouvelles tendances identifiées dans les résultats précédents entraînent un contournement de cette loi.
- La notion de dangerosité est régulièrement confondue avec les préjugés liés à la santé mentale, le diagnostic, le principe du meilleur intérêt de la personne ou le fait que la personne soit « dérangeante ».
- Les droits à la représentation, à l'information et au consentement aux soins sont brimés.
- La Cour du Québec cautionne le pouvoir coercitif médical malgré le fait que certains rapports psychiatriques soient incomplets et que la démonstration de la dangerosité de la personne ne soit pas probante.

*En ce qui concerne l'application de l'un ou l'autre des trois types de mise sous garde en établissement (garde préventive, garde provisoire, garde en établissement), les écarts constatés sont liés à l'absence de l'obtention du consentement de l'usager à l'évaluation psychiatrique en vue d'une garde en établissement, au non-respect du délai légal maximal de 72 heures pour maintenir une personne contre son gré en garde préventive ou encore au défaut de transmettre l'avis de garde préventive au directeur des services professionnels de l'établissement qui assume la garde de la personne. Certains établissements accordent aussi des droits de sortie aux usagers, alors qu'ils sont sous garde, donc considérés représentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Cette situation, qui n'est pas prévue à la Loi, questionne la pertinence de garder la personne en garde en établissement, contre sa volonté.*

*PROTECTEUR DU CITOYEN, Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., P -38 001), Rapport sous la direction de Marc-André Dowd et Renée Lecours, page 2, 2011.*

15 PRO-DEF ESTRIE, *Rapport estrien des gardes préventives et des gardes en établissement*, page 11, 2016.

- Les alternatives à l'enfermement forcé sont quasiment inexistantes et les services de crise sont loin d'être implantés dans tout le Québec.
- Une recrudescence du nombre de gardes en établissement chez les personnes âgées à Montréal<sup>16</sup> est manifeste.
- Le Tribunal administratif du Québec est pratiquement inaccessible. En effet, lorsqu'une personne souhaite contester une garde, l'attente de l'audience est parfois plus longue que l'hospitalisation forcée.
- La garde provisoire est peu utilisée, ce qui nous laisse croire que le droit au consentement à l'évaluation psychiatrique est escamoté.
- Une confusion persiste dans le milieu médical et judiciaire entre le fait de contraindre la personne à prendre un traitement et contraindre une personne à l'hospitalisation forcée.

*« [16] La mise sous garde forcée, fut-elle simplement en établissement hospitalier, n'est en effet pas à prendre à la légère. La liberté de la personne est une des valeurs fondamentales, et même suprêmes, de notre ordre social et juridique, comme le rappellent d'ailleurs et la Charte des droits et libertés de la personne et le Code civil du Québec. Si le législateur permet parfois qu'il soit fait exception à ce principe de liberté, ce n'est jamais que pour des raisons sérieuses et graves, raisons qui doivent être connues et qui doivent par conséquent être exprimées d'une façon explicite, afin qu'elles puissent être contrôlées. »*

A c. Centre hospitalier de ST. Mary, 2007 QCCA 358

*Aussi contraignantes que soient ces démarches – et elles le sont indubitablement –, telle est là la volonté législative, qu'un établissement de santé ou un médecin, tout comme le tribunal, ne peut contourner au nom de difficultés pratiques, même réelles, que le législateur est réputé connaître et qui ne peuvent supplanter les droits fondamentaux de l'individu. [...]*

J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2018 QCCA 378

## 1.2.2

### Les mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques

Depuis 2002, suite à une résolution prise en assemblée générale annuelle, l'AGIDD-SMQ et ses membres militent pour l'élimination du recours aux mesures de contrôle et leur remplacement par des mesures alternatives respectueuses des droits.

Basés sur l'expertise de l'AGIDD-SMQ, de ses membres, de partenaires et sur les Rapports annuels du Protecteur du citoyen, les constats suivants perdurent d'année en année :

- Le droit à l'information et le droit au consentement aux soins sont régulièrement bafoués.
- Les plaintes concernant les mesures d'isolement et de contention sont récurrentes d'année en année.
- L'utilisation de la contention chimique en tant que mesure de contrôle est très difficile à évaluer, car ce recours nécessite une prescription médicale et est soumis aux mêmes règles que les autres mesures de contrôle. La différence entre une mesure de contrôle utilisée exceptionnellement pour limiter la capacité d'action d'une personne et un traitement PRN (au besoin) devient alors ténue. De plus, les données sont inexistantes.
- Un changement intentionnel d'appellation se met en place concernant l'isolement : plan de chambre, retrait en chambre, plan de chaise, la « zone », le « module », plan de soins comportemental, diminution des stimuli, retrait sensoriel, chambre d'observation, période de réflexion.
- L'information concernant les motifs d'utilisation des mesures de contrôle n'est toujours pas donnée aux personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.
- Les notes au dossier concernant le comportement qui a motivé la prise ou le maintien de la mesure, les moyens utilisés ainsi que la durée de la période pendant laquelle on y a eu recours, sont laconiques.
- L'outil standardisé de collecte de données n'est toujours pas effectif. La Loi prévoit que, lorsqu'une mesure de contrôle est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Le Ministère entend mettre au point un formulaire standardisé minimal à remplir chaque fois qu'une substance chimique, une mesure de contention ou l'isolement sont utilisés à titre de mesures de contrôle. En plus de permettre un meilleur encadrement de l'utilisation de ces mesures, le formulaire permettra à l'établissement de suivre l'évolution de la situation quant à l'utilisation des mesures de contrôle dans son milieu<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> « Le nombre de requêtes de garde autorisée visant les personnes dans le groupe d'âge des 60- 69 ans a plus que doublé et, la proportion des requêtes visant des personnes de 70 ans et plus a aussi augmenté », Action autonomie, Quand l'inacceptable se perpétue, 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie, page 4, décembre 2016.

<sup>17</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Plan d'action sur les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement, substances chimiques, page 13, 2002.

- Les données et les statistiques sont difficiles à obtenir et souvent incomplètes. Les conseils d'administration des établissements de santé ne disposent donc pas toujours de tous les renseignements pertinents permettant de veiller au respect des droits des personnes par le suivi du recours aux mesures de contrôle dans leur établissement.
- L'évaluation sur une base longitudinale de l'impact de l'implantation des Orientations ministérielles, prévue dans le plan d'action de 2002, n'est toujours pas réalisée.
- Les mesures de contrôle soulèvent des problèmes éthiques et déontologiques. Elles font vivre aux intervenants, intervenantes un dilemme éthique en opposant leur mission dont la base est le respect des droits et libertés de la personne et des soins de qualité, à des mesures privatives de liberté potentiellement dangereuses.
- Leur diminution dépend souvent d'une seule personne en poste d'autorité et dotée d'une volonté de changement.

**Toutefois, certaines installations ont mis en place des alternatives** qui ont grandement diminué l'utilisation des mesures de contrôle, en particulier pour les personnes âgées, et sur certains départements de psychiatrie. Des exemples seront donnés dans la section 3. concernant les alternatives.

Le 15 mai 2015, au palais de justice de Salaberry-de-Valleyfield, la Cour supérieure du Québec a entériné la demande de règlement d'entente du recours collectif mené par le Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) et Madame Lise Brouard, récipiendaire du prix Hommage — 40 ans de la Charte des droits et libertés de la personne, contre le Centre hospitalier régional du Suroît de Valleyfield, pour pratique abusive de mesures de contrôle.

**Ce combat de plus de 10 ans a confirmé l'existence de pratiques systémiques abusives liées aux mesures de contrôle à l'urgence et en psychiatrie et a permis un dédommagement de 600 000 \$**, réparti entre plusieurs personnes qui avaient subi ce traitement, entre le 11 juin 2005 et le 11 juin 2008.

Depuis 2016, à l'initiative du Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) en collaboration avec l'AGIDD-SMQ, le 15 mai a été consacré la journée nationale *Non aux mesures de contrôle*, pour souligner cette victoire.

### 1.2.3

#### L'autorisation judiciaire de soins

Loin d'être une procédure d'exception, les autorisations judiciaires de soins sont accordées presque systématiquement, assez souvent sans que la personne en soit informée. Lorsqu'elle l'apprend, il est souvent trop tard pour la contester, le jugement ayant été rendu et les recours sont pour ainsi dire inexistantes. De plus, il est excessivement difficile, voire impossible, de trouver un avocat dans le délai imparti. Enfin, la personne est le plus souvent absente en Cour, ce qui est questionnable puisque le juge doit statuer sur son aptitude à consentir. De plus, l'AJS est souvent assortie d'une ordonnance d'hébergement.

Le milieu de la recherche, le Barreau du Québec, les membres et partenaires de l'AGIDD-SMQ et l'Association elle-même ont produit plusieurs études depuis une dizaine d'années (voir la liste en Annexe 2) sur ce mécanisme d'exception à peine utilisé dans les années 1990 à 2000.

Là encore les constats se rejoignent, notamment :

- Le droit à l'information, à la participation au traitement, au consentement aux soins libre et éclairé ainsi que le droit à la représentation par avocat et le droit d'être entendu au tribunal sont régulièrement bafoués.
- L'autorisation judiciaire de soins est de plus en plus utilisée.
- Les requêtes sont pratiquement toutes autorisées.
- Sa durée moyenne est passée de deux ans à trois ans.
- Les ordonnances de 5 ans ne sont plus exceptionnelles.
- L'obligation d'hébergement est de plus en plus demandée et autorisée.
- Un grand nombre de personnes intimées ne sont pas présentes ni représentées lors des jugements.
- De nombreuses requêtes indiquent que la personne est soumise à un cocktail de médicaments psychotropes et parfois à d'autres pratiques telles que le gavage, les électrochocs et des mesures de contrôle.
- Le suivi de la requête exercé par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) est confidentiel, ce qui implique que la personne sous autorisation judiciaire de soins ne peut y accéder. De plus, il est impossible de savoir quelle forme de suivi le CMDP réalise.
- Le processus de révision juridique ou de réévaluation médicale reste très limité : cinq jours après le jugement pour aller en appel sur la base que le juge a erré en fait ou en droit. Le Code de procédure civile permet aussi une démarche de révocation de l'AJS sur la base de faits nouveaux.

- Dans plusieurs cas, il est rapporté que l'autorisation judiciaire de soins est souvent précédée d'une ordonnance de garde en établissement. Cet autre mécanisme d'exception est parfois utilisé pour forcer les personnes à prendre leur traitement, alors que ce sont deux procédures différentes qui n'ont pas le même but.
- Le renouvellement de l'autorisation judiciaire de soins, sans que la personne ne soit convenablement informée, est assez courant. La personne peut alors rester de cinq à neuf ans sous AJS<sup>18</sup>.
- La formation juridique des intervenants, intervenantes en santé et de certains avocats et juges concernant les AJS est déficiente, de même que celle concernant la santé mentale, ce qui occasionne des abus de droit.
- Plusieurs changements de médication peuvent être réalisés pendant la durée de l'autorisation judiciaire de soins, sans que le consentement de la personne ne soit demandé ou que son aptitude à consentir aux soins soit réévaluée. Dans la mesure où, souvent, l'ordonnance ne prévoit pas une médication précise, mais une série de possibilités de prescriptions dans les différentes familles de médicaments psychotropes, le médecin peut, selon les réussites et les échecs du traitement, la modifier sans le consentement de la personne.

Emmanuelle Bernheim, professeure au Département des sciences juridiques de l'UQAM, membre du CREMIS, souligne la responsabilité de la magistrature sur la précision qu'elle doit exercer en termes de traitement permis, de leur fréquence et de la durée de l'autorisation.

*« Concernant le traitement proposé, selon les critères de Pinel, le tribunal doit soupeser, dans le contexte spécifique de la personne concernée, les effets du traitement à court, moyen et long terme, ainsi que les risques, par rapport aux bénéfices directs qu'en tire la personne. Les risques ne doivent en aucun cas être disproportionnés par rapport aux effets positifs appréhendés. Ainsi ne peuvent être autorisés que les soins requis par l'état de santé dont les effets bénéfiques surpassent les désavantages. Dans cette perspective, le juge « ne peut déléguer ses pouvoirs aux autorités médicales ou leur donner un blanc-seing que celles-ci pourraient utiliser à volonté ». Il se devra donc d'être extrêmement précis quant aux traitements permis, leur fréquence et la durée de l'autorisation<sup>19</sup>. »*

18 AGIDD-SMQ, *L'autorisation judiciaire de soins : le trou noir de la psychiatrie*, page 24, mai 2014.

19 BERNHEIM EMMANUELLE, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué*, thèse de doctorat, Faculté de droit de l'Université de Montréal et École Normale supérieure de Cachan, mars 2011, page 159.

### En résumé, les abus liés aux mécanismes d'exception perdurent malgré :

- Les recommandations du Protecteur du citoyen et de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse<sup>20</sup> ;
- Les études et la recherche ;
- Les orientations ministérielles, les cadres de référence et les autres outils légaux.
- Les travaux terrain effectués par les groupes régionaux en défense de droits en santé mentale, les organismes de promotion vigilance et les ressources alternatives en santé mentale.
- La connaissance de plus en plus importante des droits par les personnes directement touchées par ces mécanismes d'exception.

L'absence de données provinciales quantitatives et qualitatives sur le recours à ces mécanismes d'exception coercitifs constitue une aberration.

Il faut se questionner collectivement sur le fait que ces mécanismes d'exception coercitifs sont appliqués à des personnes âgées, des enfants, des adolescents et des personnes en situation de vulnérabilité. Il faut qu'on entende leurs témoignages sur les impacts que ces pratiques ont dans leurs vies.

Il est temps de faire entendre leurs voix et d'entreprendre des actions pour un changement profond du modèle psychiatrique.



20 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*, 57 pages, mai 2017.

## TROIS NOUVEAUX OUTILS DANS L'UNIVERS DE LA SANTÉ MENTALE : DES LEVIERS POUR LA RÉALISATION DES DROITS

Le secret du changement consiste à concentrer son énergie pour créer du nouveau, et non pas pour se battre contre l'ancien.

Dan Millman, écrivain.

Depuis 2013, trois rapports de l'ONU, issus de trois organes différents, ont souligné les abus de droit dans le domaine de la santé mentale et ont fait des recommandations percutantes aux États membres.

Ces trois rapports remettent en question l'approche essentiellement biomédicale du système psychiatrique, proposent l'abolition des mécanismes d'exception sur la base de la *Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées*, refusent le statu quo, demandent un changement de pratique et proposent des recommandations et moyens aux États afin de respecter, protéger et promouvoir les droits et libertés de la personne.

En effet, la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* inclut les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, tel que l'indique l'article 1 :

*Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.*

Dans les trois rapports, les termes sont différents pour parler des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale :

- Personnes présentant un trouble mental ou un handicap psychosocial.
- Personne présentant des déficiences psychosociales
- Personnes atteintes de troubles psychosociaux
- Personne handicapée

Tous ces termes sont une traduction en français de *persons with mental health conditions and persons with psychosocial disabilities* ou *persons with disabilities* en lien avec la définition de l'article 1 de la Convention.

### 2.1

#### Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez <sup>21</sup>

[1<sup>er</sup> février 2013]

#### En résumé, le rapporteur :

- Insiste sur la manière dont certains traitements enfreignent l'interdiction de la torture et des mauvais traitements.
- Définit la portée des obligations de l'État pour ce qui est de réglementer, contrôler et superviser les pratiques afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de mauvais traitements sous aucun prétexte.
- Souligne que la doctrine de la nécessité médicale demeure un obstacle à la protection contre les pratiques arbitraires dans les établissements de soins.
- Précise qu'un traitement administré en violation des dispositions de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* – qu'il y ait contrainte ou discrimination – ne saurait être légitime ni justifié par la doctrine de la nécessité médicale.
- Constate que les droits, particulièrement le consentement éclairé, sont fréquemment compromis dans les établissements de soins.
- Spécifie qu'il ne saurait y avoir de justification thérapeutique du recours à l'isolement ni de l'utilisation prolongée de moyens de contention pour les personnes dans les institutions psychiatriques ; la contention et l'isolement peuvent constituer des actes de torture ou des mauvais traitements.

<sup>21</sup> ONU, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1<sup>er</sup> février 2013, 26 pages.

*Les interventions forcées, que l'on essaie souvent de justifier par des arguments relatifs à l'incapacité et à la nécessité thérapeutique contraires à la Convention relative aux droits des personnes handicapées, sont légitimées par les lois nationales, et elles peuvent recueillir l'adhésion du public lorsqu'elles sont présentées comme servant « l'intérêt supérieur » de la personne concernée. Néanmoins, dans la mesure où elles infligent une souffrance et des douleurs aiguës, elles enfreignent l'interdiction absolue de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants.*

Page 16

Le Rapporteur spécial engage tous les États à :

*Préserver le droit au consentement libre et éclairé de tous les individus sans exception, sur un pied d'égalité, grâce à un cadre juridique et à des mécanismes judiciaires et administratifs, notamment des politiques et pratiques de protection contre les abus. Toutes les dispositions législatives contraires à ce principe, comme celles qui autorisent l'isolement ou le traitement forcé dans les établissements de santé mentale, y compris par le biais de la tutelle et d'autres régimes de prise de décisions au nom d'autrui, doivent être modifiées. Adopter des politiques et protocoles qui respectent l'autonomie, l'autodétermination et la dignité humaine. Veiller à ce que les informations relatives à la santé soient véritablement disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité et qu'elles soient communiquées et comprises grâce à des initiatives d'accompagnement et de protection, notamment un large éventail de services communautaires (A/64/272, par. 93). L'administration d'un traitement sans le consentement éclairé du patient devrait donner lieu à une enquête et la victime devrait recevoir réparation ;*

Page 23

### **Par conséquent, le rapporteur recommande notamment :**

- De remplacer les traitements forcés et l'internement forcé par des services à l'échelon de la communauté. L'obligation d'éliminer les interventions psychiatriques forcées fondées uniquement sur le handicap est d'application immédiate et la pénurie de ressources financières ne saurait justifier le report de son exécution.
- De prononcer l'interdiction absolue de toutes les interventions médicales forcées et ne faisant pas l'objet d'un accord sur les personnes handicapées, notamment l'administration de psychochirurgie, d'électrochocs et de médicaments altérant la conscience comme les neuroleptiques, et le recours à la contention et à l'isolement, pour une longue ou une courte durée.
- De réexaminer les dispositions légales qui autorisent la détention pour des motifs de santé mentale, ou dans des établissements de santé mentale, ainsi que les interventions ou traitements forcés dans ce type d'établissements sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Toute loi autorisant le placement en institution de personnes handicapées au motif de leur handicap, sans leur consentement libre et éclairé, doit être abrogée.

## **2.2**

### **Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, par Zeid Ra'ad Al Hussein** <sup>22</sup> [31 janvier 2017]

#### **En résumé, le rapporteur :**

- Rappelle que la santé mentale n'est pas seulement une préoccupation qui relève du domaine de la santé ou du domaine médical : il s'agit pour une grande part, de droits humains, de dignité et de justice sociale.
- Indique que des changements fondamentaux s'imposent dans les approches actuelles de la protection des droits de ces personnes et la manière dont cette protection est mise en œuvre dans les politiques.
- Constate que du fait du « masquage diagnostique », les symptômes de maladies physiques sont attribués, à tort, aux problèmes de santé mentale et, par voie de conséquence, ne sont pas correctement traités ou sont totalement négligés.

22 Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme..., op.cit. 20 pages.

- Déclare que le traitement forcé et d'autres pratiques préjudiciables, telles que la mise à l'isolement, la stérilisation forcée, l'utilisation de moyens de contention, la médication forcée et la surmédication (y compris toute médication administrée sous des prétextes fallacieux et sans informer des risques) constituent non seulement une violation du droit au consentement libre et éclairé, mais aussi une forme de mauvais traitements, voire de torture.

*Bon nombre des personnes qui présentent un trouble mental interrompent leurs études ou ont un accès limité à l'éducation, ce qui réduit leurs chances d'obtenir les qualifications susceptibles de leur assurer un emploi rémunéré. Comme elles peinent à obtenir et à conserver un emploi ou à se procurer une autre source de revenus, elles sont aussi moins à même d'obtenir et de conserver un logement convenable. Cette conjonction de facteurs perpétue les inégalités sociales et a des conséquences désastreuses et durables sur l'exercice du droit à un niveau de vie suffisant et, partant, sur la santé mentale et l'accès aux services sanitaires.*

Page 7

- De protéger le principe du consentement libre et éclairé à un traitement et interdire le traitement sans consentement et la détention.
- De reconnaître l'expertise des personnes et des groupes en santé mentale.

*Compte tenu des répercussions directes des lois et des politiques sur la réalisation des droits de l'homme, la création d'un environnement juridique et politique à même de protéger ces droits est essentielle et, qui plus est, imposée par l'obligation qu'ont les États de respecter, de protéger et de réaliser les droits de l'homme.*

*Dans toute approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, une attention devrait être prêtée aux déterminants fondamentaux en la matière [...]. L'élimination de ces facteurs, parmi d'autres, ne peut se concevoir sans une action coordonnée de l'ensemble du secteur de la santé et des autres secteurs concernés, dans un souci de cohérence et en vue de garantir pleinement la protection des droits des personnes présentant un trouble mental.*

Pages 13 et 14

### En conséquence, il recommande :

- *D'interdire la privation arbitraire de liberté fondée sur le handicap, quelles qu'en soient les justifications avancées reposant sur un prétendu besoin de « soins » ou sur « le danger qu'il y aurait pour la personne elle-même ou pour autrui »<sup>23</sup>.*
- De procéder à un certain nombre de réorientations qui faciliteraient le plein exercice de tous les droits de l'homme. Ces changements s'appuieraient sur des mesures visant à améliorer la qualité de la prestation des services de santé mentale, à mettre fin au traitement sans consentement et au placement en institution, et à créer un environnement juridique et politique propice à la réalisation des droits de l'homme des personnes.
- La collecte de données.
- La participation des personnes.
- L'obligation qu'ont les États de respecter, de protéger et de réaliser les droits.
- De favoriser l'inclusion des personnes dans la société.

<sup>23</sup> *Ibid*, page 14.

## 2.3

### **Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible<sup>24</sup>, par Dainius Pūras [28 mars 2017]**

#### En résumé, le rapporteur :

- Met l'accent sur le droit de chacun à la santé mentale.
- *Approfondit la question en examinant certaines des principales possibilités qui s'offrent pour faire progresser la réalisation du droit à la santé mentale et certains des principaux obstacles à lever pour y parvenir.*
- En appelle à un changement de modèle compte tenu de la récurrence des violations des droits de l'homme dans les établissements de santé mentale.
- Souligne que les crises dans le domaine de la santé mentale devraient être prises en charge, non pas en tant que crises qui relèvent de pathologies particulières, mais en tant que crises fondées sur des obstacles sociaux qui entravent les droits des personnes.

<sup>24</sup> ONU, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, par Dainius Pūras, A/HRC/35/21, 28 mars 2017, 24 pages.

- Indique que *les politiques de santé mentale devraient viser à résoudre les déséquilibres dans les rapports de force plutôt que les déséquilibres chimiques*<sup>25</sup>.
- Dit que ces « exceptions » d'ordre légal normalisaient la coercition dans la pratique quotidienne et augmentaient les situations pouvant donner lieu à des violations des droits de l'homme<sup>26</sup>.
- Favorise les interventions psychosociales et un changement de paradigme concernant l'approche essentiellement biomédicale du système psychiatrique.

*La majorité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale devraient, en première intention, bénéficier d'une prise en charge sur le plan psychosocial, et non se voir prescrire des médicaments.*

Page 20

### En conséquence, il recommande :

- De prendre des mesures ciblées et concrètes pour réduire sensiblement la pratique de la contrainte médicale et s'employer à mettre un terme à tous les traitements psychiatriques contraints et à la pratique de l'isolement.
- De prendre, pour résoudre les déséquilibres de l'approche biomédicale dans les services de santé mentale, des mesures immédiates pour instaurer des cadres de participation inclusifs et utiles en matière de l'élaboration des politiques publiques et des prises des décisions qui s'y rapportent.

- De faire participer les personnes utilisatrices des services en santé mentale à la conception, la mise en œuvre, la prestation et l'évaluation des services, des systèmes et des politiques de santé mentale.
- De revoir les priorités de la recherche en santé mentale pour que soient menés des travaux indépendants, participatifs et de qualité dans le domaine des sciences sociales et que soient créées des plateformes répondant aux mêmes critères, permettant d'envisager des modèles de services non coercitifs.
- De mettre au point une série d'interventions psychosociales appropriées, acceptables (notamment sur le plan culturel) et de bonne qualité en tant que composant essentiel de la couverture sanitaire universelle.

*Cependant, le secteur de la santé mentale continue d'être surmédicalisé et le modèle biomédical réducteur est celui qui s'impose dans la pratique clinique, les politiques, les programmes de recherche, l'enseignement médical et les investissements dans la santé mentale partout dans le monde, avec le soutien de la psychiatrie et de l'industrie pharmaceutique.*

Page 6



<sup>25</sup> *Ibid*, page 22.

<sup>26</sup> *Ibid*, page 7.

Cela semble toujours impossible jusqu'à ce qu'on le fasse.

Nelson Mandela

Malgré tous les constats précédents, la coercition en santé mentale, cautionnée par la société en général, reste encore au cœur du système psychiatrique. Cela entraîne un énorme gâchis de vies, la marginalisation, l'exclusion et la souffrance pour trop de personnes.

Pourtant, si le système psychiatrique était « efficient », on aurait moins de problèmes de santé mentale, plus d'amélioration de l'état des personnes et moins de souffrance. Ce n'est malheureusement pas le cas. Au contraire, nous faisons face à de plus en plus de diagnostics, à de plus en plus de médications et à un élargissement de la « clientèle » en santé mentale.

POURQUOI? Réflexe atavique de protection, obsession du risque zéro, peur de l'inconnu, association irraisonnée entre santé mentale et violence, acceptation de la sécurité au détriment de la liberté, ignorance, indifférence ?

La méconnaissance de ce qui se déroule vraiment dans le système psychiatrique, une forme de désinformation et le contexte actuel de sécurité ont entraîné une certaine indifférence face aux difficultés rencontrées par les personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale.

Toutes ces exceptions aux droits fondamentaux ne soulèvent que peu d'émotions, de questionnements et d'indignation dans la population, dans les médias, dans le système psychiatrique, auprès du politique et chez les gestionnaires du système de santé et du système de justice, tout cela parce que nous avons intériorisé l'idée que la coercition est indissociable de la psychiatrie.

On nous dit toujours en réponse à nos recommandations : « *Mais si la coercition n'est plus là, qu'est-ce que vous faites quand une personne "garroche" les chaises à l'urgence ?* ». La question est biaisée puisque cette malheureuse finalité est représentative des manques du système. En effet, les ressources accordées à la santé et au bien-être et à la prévention ont été sérieusement diminuées et les aménagements de l'espace laissent à désirer. Le roulement de personnel ainsi que les coupures dans le système engendrent parfois que les personnes intervenantes se retrouvent dans un service où elles n'ont pas les compétences requises.

Les ressources humaines et financières ainsi que les services publics diminuent, entraînant une fatigue, un stress et un épuisement de la part des soignants et des soignés, sans

compter que la reconnaissance et la réalisation des déterminants sociaux de la santé sont quasi inexistantes.

## 3.1 Un changement sociétal

Pourtant, il existe des moyens de changer les façons de faire, mais pour y arriver il faut se mobiliser autour des trois vecteurs suivants, et ce, pour les trois mécanismes d'exception :

- La volonté politique des décideurs.
- Un changement de paradigme du système psychiatrique afin qu'il soit basé sur les droits de la personne. Ce virage nécessiterait un changement de pratiques et la participation égalitaire des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ainsi que la remise à neuf de tous les programmes de formation destinés au milieu de la santé, de l'éducation et de la justice.
- L'éveil de la société en général, en proposant des outils d'éducation populaire autonome afin de démystifier les préjugés et d'informer sur la coercition.

### 3.1.1

#### La volonté politique des décideurs en faveur du changement, comment la développer ?

Certains moyens pourraient être utilisés :

- La promotion des constats, solutions et revendications faits sur les mécanismes d'exception (terrain et les trois rapports internationaux de l'ONU) auprès notamment : des instances décisionnelles (ministres, députés, directions, CISSS/CIUSSS), du Protecteur du citoyen, de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, des ordres professionnels, des syndicats et du mouvement alternatif en santé mentale.
- La transmission aux médias et aux politiques des abus et souffrances vécus par les personnes dans le secteur de la santé mentale et celui de la justice.
- Le respect par le Québec et le Canada des engagements issus des ratifications des traités internationaux, notamment le retrait des mécanismes d'exception et leur remplacement par des mesures alternatives respectueuses des droits.

- Le rappel de leurs responsabilités de promouvoir, de protéger et de réaliser les droits humains ainsi que les libertés fondamentales.
- Un réinvestissement en ressources humaines et financières de l'État dans les services de psychothérapie et dans la mise sur pied de mesures alternatives. Ces mesures pourraient être financées par les coûts épargnés résultant du retrait des mécanismes d'exception (coûts judiciaires, équipement, ressources humaines de sécurité, déplacements, coût de la médication et de l'hébergement forcé, administration, etc.).
- L'inclusion, dans les lois, d'un recours permettant des mesures de réparation aux victimes (dédommagement ou compensation monétaire, services correspondant aux besoins des victimes, lutte à l'impunité, etc.).
- L'instauration de collecte de données précises sur les trois mécanismes d'exception, au niveau provincial, pour chaque région, par établissement et par installation.
- La reconnaissance que le droit de jouir des déterminants sociaux de la santé (revenu, logement, éducation, environnement, assistance sociale, etc.) est une condition préalable à l'exercice du droit à la santé et la dotation de moyens nécessaires à la réalisation de ces déterminants.
- L'investissement dans la recherche indépendante.
- Réinvestir dans la prévention et la santé publique, la prévention étant pour nous non pas le dépistage de diagnostics en bas âge, mais bien la réduction des risques pouvant favoriser des problèmes de santé mentale et l'amélioration des conditions économiques, sociales, culturelles, civiles et politiques permettant une bonne santé mentale.
- Élargir l'expertise en santé mentale, notamment en faisant appel à des sociologues, anthropologues, philosophes, historiens, architectes, afin d'avoir une autre vision que celle biomédicale et promouvoir des approches globales.
- Reconnaître l'impact des organismes communautaires en santé mentale pour le mieux-être et le respect des droits des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale.

### 3.1.2

Comment rendre possible le changement de paradigme du système psychiatrique, basé sur les droits de la personne, le changement de pratiques et la participation égalitaire des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ?

Certaines actions pourraient être étudiées et mises en œuvre :

- Favoriser la participation collective et active des personnes dans les prises de décisions concernant la planification, l'organisation et l'évaluation des services.
- Revoir les programmes académiques et ceux de formation continue concernant la santé mentale en les basant sur des concepts globaux (déterminants sociaux, recherches indépendantes, droits, participation des personnes, lutte à la stigmatisation et aux préjugés, meilleure connaissance des effets thérapeutiques et secondaires de la médication psychiatrique, développement de compétences, etc.). Ne pas se concentrer uniquement sur le concept biomédical (étude du DSM 5 et hypothèses indiquées comme réalités concernant le déséquilibre chimique du cerveau, l'hérédité et la génétique comme causes des problèmes de santé mentale).

### 3.1.3

L'éveil de la société en général : comment faire évoluer les mentalités ?

- Faire connaître la réalité vécue dans le système psychiatrique.
- Sensibiliser les différents syndicats (santé, services sociaux, enseignement, services publics et parapublics, etc.) à l'amélioration de la qualité de travail et de vie que provoqueraient des pratiques non coercitives.
- Sensibiliser les médias aux enjeux éthiques et aux alternatives liés aux mécanismes d'exception.
- Lutter contre la désinformation en faisant la promotion des recherches indépendantes.
- Créer un effet d'entraînement en commençant la promotion par de petits groupes qui deviendraient, à leur tour, des courroies de transmission.
- Lutter contre la stigmatisation en utilisant des outils d'éducation populaire autonome (témoignage, cafés-rencontres, affiches, mobilisation autour des campagnes de sensibilisation).
- Inclure des notions de bien-être psychologique, d'alternatives à la coercition (relaxation, gestion du stress, estime de soi) dans le secteur éducatif, de la petite enfance à l'université.
- Développer des stratégies de communication pour mettre les enjeux de pouvoir et de coercition en santé mentale au cœur des débats de société.

C'est possible, mais tout changement provoque une résistance et pour réaliser cette mobilisation il faut proposer des moyens, afin qu'une autre façon de faire s'impose dans les pratiques.

Ce document propose dans les pages suivantes des alternatives efficaces. Certaines de ces alternatives sont applicables à tous les mécanismes d'exception. D'autres sont plus spécifiques.

## 3.2 Des alternatives à mettre en place

### 3.2.1 Principes de base devant être mis en place au sein du réseau de la santé et des services sociaux pour les trois mécanismes d'exception

Les moyens pour effectuer un changement existent, mais pour pouvoir les utiliser, il faut implanter des principes qui permettent de modifier le contexte actuel dans lequel se donnent les soins. Ainsi, les cinq grands principes à prendre en considération pour l'élaboration de programmes respectueux des droits des personnes sont :

1. **Connaître la personne dans sa globalité** : percevoir la personne dans toutes ses dimensions : psychologique, sociale, culturelle, économique, civique, biologique, spirituelle, politique, etc.
2. **Promouvoir la primauté de la personne** : *le PASM 2015-2020 réitère l'importance d'assurer la primauté de la personne par le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'elle entretient avec son environnement. La primauté de la personne implique de tenir compte du point de vue et des capacités de la personne utilisatrice de services, tout en favorisant sa participation, celle de son entourage, la prise en compte de l'ensemble de ses besoins et de sa situation biopsychosociale. La promotion, le respect et la protection des droits en constituent des aspects fondamentaux*<sup>27</sup>.
3. **Connaître et respecter les droits des personnes** : en particulier les droits fondamentaux tels l'intégrité, l'inviolabilité, la liberté de la personne, le droit au consentement aux soins, le droit à la participation au traitement, le droit à l'accompagnement, le droit à la confidentialité et le droit à la participation au traitement.
4. **Organiser les soins et l'environnement physique** différemment afin de correspondre aux besoins des personnes et d'améliorer la beauté de l'endroit, l'harmonie du milieu de vie et l'utilité de ce qui les entoure.
5. **Se documenter et employer des mesures alternatives** : plusieurs exemples (cités dans les pages suivantes) ont prouvé que l'utilisation de certaines de ces méthodes a permis de diminuer, voire d'éliminer certains mécanismes d'exception.

### 3.2.2 Alternatives concrètes s'appliquant aux trois mécanismes d'exception

#### Concernant la personne :

- **L'importance de l'accueil** : la première impression d'une personne face au système de soins se fait à l'accueil. Appeler la personne monsieur ou madame, l'écouter, lui expliquer le fonctionnement de la structure et ce qui peut être offert en termes de services, de soutien et d'appui est essentiel. Il faut également prendre le temps d'expliquer ce qui est acceptable ou non, d'identifier une personne de référence, permettre aux personnes de conserver leurs vêtements plutôt que la jaquette d'hôpital, etc.
- **La connaissance des besoins de la personne** : être hospitalisé peut être une expérience effrayante. Cette peur ainsi que la souffrance sont souvent ignorées et cette méconnaissance peut engendrer des situations difficiles. Il est important de pouvoir rapidement écouter et accueillir la personne dans sa souffrance et son insécurité. Identifier avec elle les sources de stress et proposer des solutions rapidement (ex. : salle d'activités, zone de repos, accès au téléphone, pouvoir garder son cellulaire, sortir fumer, écouter de la musique, accorder le droit de visite, donner des rendez-vous précis et les respecter, ne pas laisser la personne dans l'attente, etc.).
- **La réduction de l'attente et répondre aux questions** : l'attente est une source de stress, de même que d'ignorer ce qui va se produire. Planifier et organiser des rendez-vous avec le psychiatre et s'assurer qu'ils aient lieu à l'heure sont des moyens qui faciliteraient le bon déroulement du séjour de la personne et diminueraient le travail des personnes soignantes. De même, répondre aux questions concernant la médication et le fonctionnement du département de psychiatrie permettrait une diminution des sources d'anxiété et répondrait à l'obligation du droit à l'information.
- **Le respect du droit de la personne à participer à son traitement** : chaque personne est unique et sa trajectoire de vie également. L'écouter et la croire lorsqu'elle partage ses expériences face à la médication ou à ses difficultés physiques et psychologiques est le premier pas vers la participation au traitement. Son expertise est souvent ignorée lorsqu'elle exprime ses craintes concernant une médication qu'elle a déjà expérimentée. Ses douleurs physiques sont souvent associées à son problème de santé mentale et sont peu ou pas investiguées. Ces lacunes entraînent de la frustration et parfois même de la colère qui pourraient facilement être évitées. De plus, ce droit est une des prémices au droit au consentement aux soins. Sa participation et l'écoute de ses volontés doivent également être prises en compte dans son plan de soins.

27 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2010, Faire ensemble et autrement*, page 9, 2015.

- **L'établissement d'une confiance mutuelle** : le développement de relations de confiance permet d'améliorer les effets thérapeutiques. Le respect des droits, en particulier le droit à l'information, au consentement aux soins et à la confidentialité, l'écoute, le respect de la dignité et une connaissance approfondie des besoins de la personne favorisent l'établissement de la confiance et la participation réelle de la personne au traitement.
- **La mise en place d'activités** : favoriser plusieurs formes d'expression (écriture, peinture, musique, théâtre, expression corporelle) et offrir des activités récréatives durant la journée (loisirs, arts, sport, culture, sorties, etc.) permettent à la personne de s'investir dans autre chose que l'attente ou la frustration. Ce type d'activités favorise un mieux-être et réduit les comportements jugés problématiques.

### Concernant les installations (départements de psychiatrie et autres) :

- **La libre circulation** : à moins que la personne ne soit en garde en établissement, elle doit pouvoir sortir et entrer du département de psychiatrie, sans attendre une autorisation.
- **Les effets personnels et moyens de communication** : les personnes doivent pouvoir garder leurs vêtements et effets personnels sans que tout soit systématiquement verrouillé, ce qui nécessite chaque fois une permission pour y avoir accès. Le cellulaire doit être laissé à la personne comme cela est fait sur tous les autres départements. Si la confidentialité et les prises de photos ne sont pas des arguments pour interdire son utilisation aux soins intensifs, il n'y a pas de raison pour qu'elles le soient en psychiatrie.
- **L'organisation des lieux** : avoir un cadre agréable peut avoir un impact positif sur les personnes qui reçoivent les soins, ainsi que sur celles qui les prodiguent. Une zone de repos et une salle multifonctionnelle (ex. : jeux de société, tapis d'exercice, ordinateur, musique, etc.) peuvent améliorer de manière significative la qualité de vie sur les départements de psychiatrie.
- **Le respect du rythme de la personne** : une sieste obligatoire après le repas ne correspond pas au besoin de chaque personne, de même que l'heure qui est fixée pour la douche. Les personnes devraient pouvoir respecter leur rythme et répondre à leurs besoins. Si cette notion était respectée, il y aurait certainement moins de conflits et de discussions autour de ces questions.
- **Le droit aux visites** : les visites se font selon des horaires établis. Ce droit doit être respecté, même si la personne est en garde en établissement ou sous autorisation judiciaire de soins. Aucun refus ne doit être toléré. De plus, ce droit ne peut en aucun cas être tributaire de chantage ou de menaces.
- **Le matériel** : les ressources financières devraient être investies dans du matériel adapté, éducatif ou alternatif (ex. : lit adapté, chariot d'activités, tapis de mousse, horloge, etc.). Ce matériel réduit notamment les effets dommageables des mécanismes d'exception (blessures, stress, anxiété, etc.).

### Concernant le personnel soignant :

- **Le développement des compétences** : l'apprentissage de méthodes pour diminuer les temps d'attente pour répondre aux questions et assurer la transmission rapide et complète de l'information est plus que nécessaire. Les personnes sont toujours en attente de quelque chose, du fait qu'il faut toujours demander la permission pour tout : téléphoner, s'habiller, sortir fumer, rencontrer son psychiatre, connaître sa situation légale, etc. Souvent, la réponse qui est donnée est de demander la permission au médecin. Or, le médecin est peu présent sur le département. Il faut donc attendre encore, ce qui favorise un énervement légitime.
- **L'empathie et l'écoute** : ces qualités sont primordiales et nécessaires pour une prévention adéquate et ainsi, potentiellement, éviter le recours aux mécanismes d'exception. En tenant compte des diverses dimensions de l'environnement de la personne, en valorisant la prise de parole, en favorisant l'expression des sentiments et des émotions, en s'efforçant de connaître le vécu de celle-ci et en sollicitant sa participation aux décisions qui la concernent, la personne devient une actrice responsable et impliquée. Puisque la personne se sent concernée, une relation de confiance peut être établie, l'environnement est plus humanisant, ce qui diminue les facteurs de stress pouvant mener à de l'agitation ou à de l'agressivité.
- **L'établissement d'une communication efficace à chaque quart de travail** : lorsque la personne a attendu toute la journée pour voir son psychiatre ou avoir une réponse à une question, le changement de quart de travail est un moment propice pour s'assurer de la transmission de toutes ses questions. Il faut que le personnel soignant ait le temps de faire deux choses : inviter la personne à voir avec elle ce qui a été prévu avec l'équipe précédente, notamment en regardant avec elle les notes au dossier, et parler avec l'équipe précédente de ce qui s'est déroulé. Actuellement, ces étapes sont souvent escamotées en raison de l'organisation déficiente du travail.

## Concernant les gestionnaires des établissements et des installations en santé et services sociaux :

- **L'obligation de collectes de données et leur publication :** c'est le premier point permettant l'exercice des droits. L'ignorance de ce qui se passe dans l'établissement ou l'installation occasionne des abus et des pratiques qui ne sont pas justifiables. De plus, elles permettent d'avoir l'heure juste et de changer les pratiques.
- **Un poste budgétaire pour la formation continue des personnes employées :** des formations sur les droits, la santé mentale, les déterminants sociaux, la participation citoyenne, la lutte à la stigmatisation, la gestion de crise et les médicaments psychiatriques pourraient permettre aux gestionnaires et aux personnes soignantes d'envisager les soins autrement et de favoriser un changement de pratique. L'expertise des personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale ainsi que celle des organismes communautaires en santé mentale doit être reconnue, partagée et utilisée.
- **L'importance de remettre la prévention et des programmes intersectoriels (ex. : santé et éducation) en place :** la réelle prévention, celle qui agit en amont, sur les déterminants sociaux de la santé offrirait de nouvelles possibilités qui diminueraient la tendance à la médicalisation et à la prolifération de diagnostics.
- **L'organisation du travail et l'accès aux services :** une meilleure répartition des services, en particulier l'utilisation des compétences de l'équipe multidisciplinaire augmenterait les possibilités de services en psychothérapie. Cette répartition permettrait aussi d'offrir un service de référence adéquat et une connaissance des organismes en santé mentale pour proposer des outils, des moyens et des alternatives à la personne. De plus, faire une révision importante des tâches des personnes intervenantes dans les services de Soutien d'intensité variable (SIV) et de Suivi intensif dans le milieu (SIM), basée sur une réelle réponse aux besoins, améliorerait la confiance et le quotidien des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Enfin, l'amélioration de la transmission des informations lors des changements de quart de travail transformerait de manière positive les soins offerts et les relations entre le personnel soignant et les personnes qui sont sur le département de psychiatrie.
- **La participation citoyenne des personnes utilisatrices de services dans la planification et l'organisation des services :** Le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020, Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020), comprend la mesure 1.5 :

*Afin de soutenir la participation active des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage dans la planification et l'organisation des services :*

1. *Le MSSS soutiendra les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale par la diffusion d'un guide en matière de participation des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.*
2. *Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des actions spécifiques visant la mise en place, le maintien, le suivi et l'évaluation de la participation d'usagers et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.*

Les gestionnaires ont la responsabilité de s'assurer que les personnes utilisatrices de services portent une voix collective issue d'un processus citoyen<sup>28</sup>.

Des rapports égalitaires, la reconnaissance de l'expertise des personnes, l'organisation basée sur l'éducation populaire autonome, un soutien et du support, la participation active et réelle aux décisions prises quant à la planification, à l'organisation et à l'évaluation des services et la rémunération des personnes utilisatrices font aussi partie des principes liés à la participation citoyenne.

- **Une meilleure gestion des risques :** une révision des outils pourrait s'avérer nécessaire, notamment en faisant la part de ce qui relève de la dangerosité et de ce qui relève d'un comportement dérangeant (« *dérangerosité* »).
- **Visite impromptue d'évaluation de la qualité :** ces visites ponctuelles doivent permettre de vérifier si les personnes bénéficient de services adéquats et d'un environnement physique de qualité. Une entrevue avec les personnes afin de connaître leur évaluation est un incontournable. Le caractère impromptu de la visite permet de voir à la fois les conditions de vie de la personne, le respect de ses droits, mais également les conditions difficiles du personnel soignant (manque de personnel, surcharge de travail, heures supplémentaires, etc.).
- **Le préjugé favorable pour la personne utilisatrice de services :** cela signifie que l'on doit croire la personne, la soutenir dans l'expression de ses choix et respecter ses valeurs, selon ses propres lectures et interprétations de la réalité, et ce, même si cela va à l'encontre de nos valeurs et croyances.

28 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services - GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT*, page 9, 2016.

## Concernant le secteur de la justice

- **La connaissance des lois et des outils juridiques existants :** une parfaite connaissance de la procédure et des droits liés aux mécanismes d'exception donnerait à la justice, en particulier aux avocats, avocates et aux juges, la liberté d'exercer réellement leur rôle et de ne pas se baser uniquement sur l'aspect biomédical produit par la partie demanderesse. La différence entre la dangerosité et la « *dérangerosité* », la recherche avérée de l'aptitude de la personne à prendre une décision, le droit à la représentation, la présence obligatoire de la personne défenderesse, la possibilité d'obtenir des dédommagements et des recours efficaces et rapides devraient guider les décisions. Actuellement, la justice sert trop souvent de « *rubber stamp* » au système de santé. À cette fin, certains jugements faisant jurisprudence devraient être étudiés dans les cours de droit.
  - **Une formation spécifique sur les mécanismes d'exception :** peu d'avocats et avocates sont spécialisés en droit de la santé. Il serait intéressant qu'il y ait des formations plus complètes basées sur des expériences et la connaissance d'avocats et d'avocates experts juristes en droit de la santé ainsi que sur l'expertise des personnes et des groupes communautaires en santé mentale.
  - **Un rapport égalitaire :** la santé mentale, lors de l'audience et du jugement, est souvent vue à travers le prisme du diagnostic de la personne et son meilleur intérêt. Plutôt que de se baser presque uniquement sur les diagnostics du DSM 5 et sur les hypothèses actuellement non prouvées (déséquilibre chimique du cerveau, génétique, hérédité, environnement, alimentation), il faut que l'expertise et le témoignage des personnes aient une part aussi importante que celle des professionnels de la santé.
  - **La connaissance des médicaments psychotropes et de la santé mentale :** la magistrature et les avocats, avocates sont très peu au courant des effets thérapeutiques et des effets secondaires des médicaments qui sont pourtant prescrits obligatoirement durant une période non négligeable à la personne. Une connaissance de cet aspect des choses pourrait grandement faciliter leur compréhension quant au droit au consentement aux soins.
- ### 3.3 Quelques exemples de pratiques mises en place pour diminuer ou éliminer les mécanismes d'exception
- #### 3.3.1 Les mesures de contrôle : isolement, contention et substances chimiques
- L'étude de Pall Matthiasson, directeur de l'hôpital universitaire d'Islande « Can we reduce coercion in mental health »<sup>29</sup>, propose 7 éléments clés pour l'abolition de la contention mécanique en psychiatrie. Ces 7 éléments sont :
    1. Un changement de politique, un leadership volontaire, avec implication locale, générale et politique.
    2. Un audit externe avec débriefing.
    3. L'utilisation de données : le retour chiffré favorise l'apprentissage et l'émulation entre les équipes.
    4. La formation.
    5. L'implication des usagers, des familles.
    6. L'augmentation du nombre de personnes des équipes de crise.
    7. Des changements de programmes, notamment : l'intervention précoce, une approche moins restrictive de la notion de contrainte, une modification de l'environnement et une augmentation des activités.
  - Le Centre gériatrique Maimonides a réduit de moitié les chutes des personnes âgées dans une de ses unités en mettant en place une série de mesures innovatrices : détecteurs de mouvement sous le lit, matelas en mousse à côté du lit, protecteurs de hanche installés la nuit, diffuseurs de lavande pour faciliter le sommeil, organiser une heure du thé pour éviter la circulation des gens dans le centre, hausse de l'apport en protéines dans l'alimentation, cours de danse pour la musculation, etc. Ce changement de culture organisationnel a entraîné une baisse de mises sous contention des personnes hébergées. Le pourcentage est passé de 66 % à 1,3 % en 13 ans. Les personnes hébergées ont gagné en autonomie et en dignité<sup>30</sup>.

29 <http://www.forumpsy.net/t1093-islande-la-contention-mecanique-abolie-en-psychiatrie#methode>

30 LA PRESSE, Ariane Lacoursière, *L'infirmière de l'année travaille à Montréal*, 6 juillet 2011.

- L'hôpital Pierre-Boucher, à Longueuil, s'est doté d'une politique sur l'utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle. Cette politique a permis une diminution significative du recours à la contention et à l'isolement tout en maximisant l'implication de l'usager dans le processus décisionnel<sup>31</sup>.
- Au Pavillon Louis Riel de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, une intervenante nous a indiqué que des outils de gestion de crise ont été mis en place, tels des pictogrammes de différentes couleurs (vert, jaune, orange, rouge) que la personne s'approprie pour gérer elle-même la montée de la crise. Une salle aménagée avec sofa, des jeux et de la musique est également disponible.
- L'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a réalisé le projet d'une chambre de réconfort nommée « L'oasis<sup>32</sup> ».
- LE CHU de Québec–Université Laval a acquis un chariot de confort mobile<sup>33</sup> qui contient, entre autres, des huiles essentielles, une console Wii, des jeux de cartes et un appareil vidéo, le tout pour une intervention multisensorielle réconfortante. Après six mois, sur 24 observations, il a été constaté que tous les comportements perturbés avaient disparu, donc une diminution de la contention.
- Certains intervenants, intervenantes du réseau public nous ont également indiqué que servir du thé et des tisanes relaxantes, du jus, mettre de la musique relaxante sur l'étage, baisser les rideaux et permettre à la personne de fumer, réduisait l'agitation et l'anxiété.
- Le Mohawk Valley Psychiatric Center, dans l'État de New York : grâce à des démarches entre le personnel et les personnes, des affiches ont été posées pour rappeler à tous de ne pas élever la voix dans l'unité pour éviter de créer des tensions indésirables dans les aires de traitement. De plus, des « zones de tranquillité », une intervention multidisciplinaire, la formation, la fréquence aux 15 minutes concernant l'évaluation de la nécessité du mécanisme d'exception et la mise en place de sessions de sensibilisation réalisées par les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ont également permis un recul de l'utilisation des mesures de contrôle<sup>34</sup>.

## La garde en établissement

*L'application d'une garde doit se limiter à la présence d'un danger pour la personne ou pour autrui et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été tentées et ont échoué [nos soulignés], la personne s'opposant catégoriquement à être gardée en établissement malgré une recherche active de son consentement<sup>35</sup>.*

- Une unité de soins d'urgence adaptée pour les personnes ayant un problème de santé mentale a été ouverte à l'Hôpital royal universitaire de Saskatoon<sup>36</sup>. La lumière est tamisée, les couleurs sont sobres et les chambres sont individuelles, ce qui soulage les personnes qui devaient auparavant se rendre à la salle d'urgence habituelle à l'ambiance plus chaotique.
- Le Conseil de la Nation Atikamekw a une approche basée sur le bien-être collectif qui concilie les dimensions spirituelle, physique, mentale et émotionnelle de l'être. Les quatre domaines du bien-être collectif sont : le culturel, le social, le politique et l'économique. Des guides d'apprentissage, mentors, conseillers, parents, professeurs, professeures, personnes âgées offrent de l'aide et du soutien. Ils font partie intégrante du cycle d'apprentissage tout au long de la vie. Cette approche globale permet d'accompagner la personne tout au long de sa vie et à travers les périodes difficiles qu'elle peut vivre.
- En Suède, les services de soins de Stockholm ont mis en place une équipe d'intervention dotée d'une ambulance dédiée uniquement aux soins de santé mentale. C'est la première du genre dans le monde. « *En traversant la ville, la PAM ressemble à l'ambulance conventionnelle. À l'intérieur, cependant, des sièges confortables ont remplacé les civières, et les lumières vives ont été changées pour une lueur plus chaude. L'équipe d'intervention comprend deux infirmières en santé mentale et un ambulancier paramédical. En mettant à disposition des professionnels formés pour les interventions d'urgence, la qualité des soins fournis est améliorée<sup>37</sup>.* ».

31 CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE BOUCHER, *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, page 36.

32 <http://www.iusmm.ca/cemcsm/cemcsm/projets-de-recherche/projets/projet-chambre-de-reconfort.html>.

33 <https://www.journaldequebec.com/2015/12/22/tisane-et-musique-pour-apaiser-les-patients-agites>

34 AGIDD-SMQ, *Actes du colloque isolement et contention : Pour s'en sortir et s'en défaire*, 2000, page 317, Hank Visalli, infirmier en psychiatrie et Grace McNasser, directrice du nursing, du Mohawk Valley Psychiatric Center, New York.

35 *Cadre de référence en matière d'application de la Loi...*, op.cit., page 6.

36 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1097928/salle-urgence-troubles-mentaux-hopital-universitaire-saskatoon>

37 [https://apolitical.co/solution\\_article/worlds-first-mental-health-ambulance-arrives-sweden/](https://apolitical.co/solution_article/worlds-first-mental-health-ambulance-arrives-sweden/)

- Dans le nord de la Finlande, un groupe de thérapeutes familiaux a mis au point une approche novatrice qui a été rapportée dans le documentaire intitulé « Dialogue ouvert<sup>38</sup> » réalisé par Daniel Mackler. Leur façon de procéder est relativement simple. Dès l'apparition d'une crise, l'équipe voit immédiatement la personne sur une base quotidienne et cela, jusqu'à ce que la crise soit résorbée. L'équipe évite donc l'hospitalisation et tous ces effets de stigmatisation envers la personne. De plus, cette approche va en sens inverse de ce qui se fait en psychiatrie puisqu'elle ne favorise pas la prise de médication antipsychotique. Leur approche respecte la voix de la personne concernée, mais également de tous ceux qui sont impliqués dans le processus. Finalement, les services sont offerts gratuitement grâce aux soins médicaux de la Finlande.
- La maison Afiya a Northampton, Massachusetts et la *Dial House* à Leeds, en Angleterre sont deux maisons de répit<sup>39</sup>. Ce sont des lieux tenus par des personnes qui vivent ou qui ont vécu un problème de santé mentale. Elles offrent des alternatives à l'hospitalisation et à la crise ainsi que d'autres services.
- L'approche néerlandaise propose de donner des subventions aux hôpitaux, sous condition de la mise en place d'un programme spécifique. Une évaluation a été réalisée à l'hôpital Vincent Van Gogh : l'éducation sur les effets négatifs des mesures coercitives, la mise en place d'ambassadeurs pour stimuler les changements de pratiques, une formation à la gestion de l'agression verbale et physique ainsi que la stabilité du personnel ont démontré l'efficacité de ces mesures<sup>40</sup>.

## L'autorisation judiciaire de soins

- En Norvège, un premier hôpital offre un service sans médicament. Il n'y a pas de portes fermées, et les personnes sont libres de partir et de rentrer chez elles, si c'est ce qu'elles veulent. Elles peuvent organiser leur temps comme elles le souhaitent. *Les chambres du service de six lits sont assez spartiates, avec pour chacune un lit simple et une table pour écrire, un peu comme une chambre d'internat dans un collège. Les repas sont préparés dans une cuisine du service et servis dans une grande pièce commune, où les personnes passent souvent du temps pour discuter, les fenêtres donnant sur un paysage apaisant de mer et de montagnes enneigées à l'ouest. Les programmes thérapeutiques font passer la journée d'une manière paresseuse et douce. Les séances de thérapie réflexive quotidiennes, les marches quotidiennes à l'air frais, et les exercices dans un gymnase au rez-de-chaussée font partie de la planification hebdomadaire. Pendant cette « thérapie », les personnes écrivent leur propre ressenti sur ce qui s'est passé, et ce compte-rendu intègre leur dossier médical. Les personnes peuvent aussi voir ce que les thérapeutes écrivent et ce compte-rendu intègre leur dossier médical<sup>41</sup>.*

Les exemples suivants démontrent que l'on peut éviter une autorisation judiciaire de soins en faisant de la prévention, particulièrement chez les personnes âgées et les personnes institutionnalisées :

- Les jardins thérapeutiques : *ces jardins se sont développés dans les années 80 au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et au Japon. Ces jardins présentent beaucoup de bénéfices pour les personnes. Par exemple, le fait de pouvoir déambuler à l'extérieur les rend moins agitées. Les plantes, les fleurs, réveillent aussi des souvenirs. Grâce aux différentes activités menées dans ces jardins, on note une amélioration de leur humeur, une diminution des symptômes dépressifs. De nombreux jardins sont aussi implantés dans des établissements pour personnes âgées. Certaines s'y promènent, d'autres prennent une part active dans l'entretien du jardin. Cette activité est à la fois apaisante et stimulante. Certains espaces sont dédiés aux sens : le toucher avec des plantes aux feuilles douces ou rugueuses, l'odorat avec des plantes aux odeurs prononcées, le goût avec des plantes dont on peut manger les feuilles, les fleurs ou les racines, etc. Par ailleurs personnes et soignants font des activités en commun ce qui permet de tisser un nouveau lien social, de réinsérer la personne dans un environnement dont le problème de santé mentale l'a coupée<sup>42</sup>.*

38 <http://www.forumpsy.net/t1580-open-dialogue-aux-usa-2016-les-premiers-resultats-a-framingham> et <https://www.youtube.com/watch?v=7tb8ITIFoY>

39 <http://www.zinzizine.net/2017/10/a-quoi-ressemblent-des-maisons-de-repit-pour-personnes-en-crise-tenues-par-des-concerne-es.html>

40 SANTÉ MENTALE, Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, dossier *Pour restreindre l'isolement et la contention*, numéro 2, pages 45-46, novembre 2017.

41 <http://www.forumpsy.net/t1509-2017-la-norvege-lance-des-services-psychiatriques-publics-sans-medicaments>

42 [https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-ma-sante/c-est-ma-sante-des-jardins-therapeutiques-pour-aider-les-malades\\_2698058.html](https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-ma-sante/c-est-ma-sante-des-jardins-therapeutiques-pour-aider-les-malades_2698058.html)

- Un CHSLD du Centre-du-Québec a réduit de façon importante la prise d'antipsychotiques chez les patients avec des trucs pourtant très simples comme une poupée, des photos de famille et des boules de lumière pour le bain<sup>43</sup>.
- En novembre 2017, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé un projet pilote dans vingt-quatre (24) CHSLD, pour réduire la consommation d'antipsychotiques. On propose d'avoir recours à des outils non pharmacologiques, comme la musique, pour calmer les résidents lors d'épisodes difficiles<sup>44</sup>. Le projet se déploiera en trois phases :
  - PHASE 1 : avril 2017 à octobre 2018 : 24 CHSLD québécois
  - PHASE 2 : janvier 2019 à avril 2020 : 136 CHSLD de plus
  - PHASE 3 : mai 2020 à août 2021 : 140 CHSLD de plus

Ainsi, certains exemples ont prouvé que la réduction, voire l'élimination du recours aux mécanismes d'exception et leur remplacement par des mesures respectueuses du droit des personnes sont possibles. C'est sur la base de l'exercice des droits et de la participation des personnes que ce cheminement s'est réalisé.

L'élimination de ces mécanismes peut se faire si tous les acteurs concernés respectent les droits des personnes et remplacent ces moyens coercitifs et inhumains par des mesures préventives et alternatives.

L'implication du législateur est une donnée essentielle pour que de réels changements surviennent dans le réseau de la santé et des services sociaux en ce qui concerne ces mesures d'exception.

C'est à cette conclusion qu'en arrive le *Rapporteur spécial sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible* de l'ONU, monsieur Dainius Pūras, dans son rapport du 21 mars 2017 :

*87. Pour opérer le changement de modèle qui s'impose d'urgence, il convient de donner la priorité à des politiques innovantes axées sur les populations, de cibler les déterminants sociaux et de se défaire du modèle médical prédominant qui s'attache à guérir les personnes en ciblant des «troubles».*



43 <http://www.journaldemontreal.com/2018/05/01/un-chsld-prouve-que-des-medecins--prescrivent-trop-dantipsychotiques>

44 <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1090264/sante-publique-chsld-medicaments-prescriptions>

Il n'existe rien de constant, si ce n'est le changement.

Bouddha

Ce document interpelle tous les acteurs concernés par le respect des droits et libertés et requiert une réflexion concernant la coercition qui sévit dans le système psychiatrique. Plusieurs mécanismes, qui devaient être des exceptions sont de plus en plus utilisés et pas toujours en respectant les principes qui les régissent.

Les constats issus du mouvement alternatif et de défense des droits en santé mentale, de la recherche et de l'Organisation des Nations Unies sont concordants. Quand deux rapporteurs spéciaux de l'ONU et le Haut-commissaire aux droits de l'homme demandent l'abolition des mécanismes d'exception (P-38.001, autorisation judiciaire de soins, mesures de contrôle) et recommandent à tous les États de modifier leurs lois pour répondre au droit à l'égalité, au droit à la capacité juridique de la personne et à la non-discrimination, il est difficile de trouver plus probant.

L'idée fait son chemin comme en témoignent deux autres documents, « *Abolir la coercition dans les services de santé mentale*<sup>45</sup> », un rapport publié par l'Association des neuropsychiatres espagnols, et « *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*<sup>46</sup> » édité par l'Organisation mondiale de la santé.

Le remplacement de ces mécanismes par la mise en place de mesures alternatives respectueuses des droits ne saurait se faire sans un changement profond de mentalité et de vision concernant la santé mentale.

La participation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale est un moteur de changement. Les écouter et les croire, respecter leurs droits, soulager leur souffrance par des soins, de l'accompagnement et des mesures alternatives sont la base de toute pratique. Cela semble si simple, mais le contexte actuel tend plutôt à se diriger vers des rapports de force, ce qui nuit à la fois aux personnes et au personnel soignant.

Enfin, nous espérons que ce document permette au mouvement communautaire autonome en santé mentale, aux travailleurs, travailleuses des secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice et de la recherche, de réfléchir et de se positionner sur de tels mécanismes, en vue d'en arriver à se mobiliser pour un changement de modèle en psychiatrie.



45 [http://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180508/ob\\_2f7cd9\\_abolir-la-coercition-en-sante-mentale.pdf](http://data.over-blog-kiwi.com/1/85/65/14/20180508/ob_2f7cd9_abolir-la-coercition-en-sante-mentale.pdf)

46 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254809/WHO-MSD-MHP-17.9-eng.pdf;jsessionid=580B61720591C0B073C2ECB5B13628A4?sequence=1>

## Contributions des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale et celles de l'AGIDD-SMQ concernant les mécanismes d'exception

- ACTION AUTONOMIE, LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, *Quand l'inacceptable se perpétue, 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*, 153 pages, décembre 2016<sup>47</sup>.
- ACTION AUTONOMIE, LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, *Protection ou coercition, Point de vue des personnes interpellées*, 144 pages, mai 2007.
- AGIDD-SMQ, *La judiciarisation des problèmes de santé mentale : une réponse à la souffrance ?*, Le Partenaire, vol. 19, n° 1, pages 18 à 24, printemps 2010.
- AGIDD-SMQ, Actes du Colloque international sur l'isolement et la contention : *Pour s'en sortir et s'en défaire*, 487 pages, 2000.
- AGIDD-SMQ, *Aucune justification thérapeutique ne doit permettre des traitements cruels, inhumains ou dégradants. Commentaires et recommandations de l'AGIDD-SMQ concernant le Septième rapport périodique du Canada sur la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, 27 pages, 2016.
- AGIDD-SMQ, *Contention chimique, Quand s'arrête le contrôle et où commence le traitement ?*, 11 pages, 2004.
- AGIDD-SMQ, *Ensemble pour s'en sortir et s'en défaire. Réflexions et recommandations visant l'élimination des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 24 pages, 2006.
- AGIDD-SMQ, *L'autorisation judiciaire de soins : le trou noir de la psychiatrie*, 44 pages, mai 2014<sup>48</sup>.
- AGIDD-SMQ, *La garde en établissement : Une loi de protection... une pratique d'oppression*, 34 pages, avril 2009<sup>49</sup>.
- AGIDD-SMQ, *Non aux mesures de contrôle – isolement, contention et substances chimiques – Plus de dix ans après les orientations ministérielles : Manifeste pour un réel changement de pratiques*, 42 pages, janvier 2014.
- DROITS — ACCÈS DE L'OUTAOUAIS, *Bilan sur l'état des droits en santé mentale de l'Outaouais — Changer nous ferait tous du bien*, 173 pages, mars 2014<sup>50</sup>.
- DROITS ET RECOURS LAURENTIDES ET CENTRE COMMUNAUTAIRE JURIDIQUE LAURENTIDES-LANAUDIÈRE, BUREAU D'AIDE JURIDIQUE DE SAINT-JÉRÔME, District de Terrebonne, *Étude menée dans la région des Laurentides sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui — Lorsque les pratiques bâillonnent les droits et libertés !*, 63 pages, janvier 2010<sup>51</sup>.
- DROITS ET RECOURS SANTÉ MENTALE GASPÉSIE – ÎLES-DE-LA-MADELEINE, *La Perte des droits et libertés, ça se questionne... aussi en Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine*, 60 pages, novembre 2014<sup>52</sup>.

47 Ce rapport est une mise à jour effectuée pour l'année 2014 concernant la P-38.001. Cinq études précédentes ont été réalisées sur ce sujet par Action Autonomie.

48 Les résultats de la compilation des données de la recherche concernent 150 requêtes, s'échelonnant de 2005 à 2010, soit 25 demandes par année, sur tout le territoire du Québec.

49 Cette étude identifie l'ensemble des problèmes de 1998 à 2008 concernant l'application de la Loi P-38.001.

50 Cette étude collige les données de 2006 à 2011 concernant les abus de droit.

51 Cette étude collige les données de 2006 à 2008 concernant l'application de la Loi P-38.001.

52 Cette analyse porte sur des données recueillies dans les districts judiciaires de Gaspé et Bonaventure et comprises entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2012.

LA-DROIT DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, *La P-38.001 en Chaudière-Appalaches – Étude sur l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, du 1<sup>er</sup> janvier 2012 au 31 décembre 2014*, 135 pages, janvier 2016.

PRO-DEF ESTRIE, *Rapport estrien des gardes préventives et des gardes en établissement*, 22 pages, automne 2016.<sup>53</sup>

## Rapports et outils internationaux

ONU, *Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif*, 38 pages, 2006.

ONU, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 26 pages, 1<sup>er</sup> février 2013.

ONU, *Le Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, par Dainius Pūras, A/HRC/35/21, 24 pages, 27 mars 2017.

ONU, *Rapport d'activité du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, M. Manfred Nowak, présenté en application de la résolution 62/148 de l'Assemblée générale, A/63/175, 27 pages, 28 juillet 2008.

ONU, *Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, par Zeid Ra'ad Al Hussein, A/HRC/34/32, 20 pages, 31 janvier 2017.

## Études, rapports et articles issus de la recherche

APOLITICAL, *The world's first mental health ambulance arrives in Sweden*, 20 novembre 2017.

ASSOCIATION ESPAGNOLE DE NEUROPSYCHIATRIE, *Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental*, 254 pages, 2017.

BAPST AURÉLIE et GUILLEMIN ALAN, *Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte. Une revue de littérature actualisée*, travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers, Haute École de Santé, Fribourg Filière soins infirmiers, 64 pages, 11 juillet 2016.

BARREAU DU QUÉBEC, *Rapport du groupe de travail sur la santé mentale et la justice du Barreau du Québec*, 26 pages, mars 2010.

BERNHEIM EMMANUELLE, *Quinze ans de garde en établissement – De l'état des lieux à la remise en question*, Volume 393 La protection des personnes vulnérables, p. 197–220, 2015.

BERNHEIM EMMANUELLE, *La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique?*, revue Santé mentale au Québec, Volume 35, Numéro 2, Automne, p. 163–184, 2010.

BERNHEIM EMMANUELLE, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué*, Thèse de doctorat effectuée en cotutelle à la Faculté de droit de l'Université de Montréal et à l'École Normale supérieure de Cachan, 857 pages, mars 2011.

CENTRE D'ÉTUDE SUR LES MESURES DE CONTRÔLE EN SANTÉ MENTALE, *Projet chambre de réconfort*, 2014.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE BOUCHER, *Rapport annuel de gestion 2014-2015*, 64 pages.

COLDEFY MAGALI (IRDES), FERNANDES SARAH (ORU-PACA, UNIVERSITÉ AIX-MARSEILLE), avec la collaboration de LAPALUS David (ARS PACA), *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011*, 8 pages, février 2017.

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Étude sur l'utilisation de l'isolement et de la contention au sein des missions réadaptation jeunesse des CISSS et CIUSSS du Québec, ainsi que dans certains établissements non fusionnés*, 57 pages, mai 2017.

<sup>53</sup> Ce portrait est réalisé pour l'ancien territoire sociosanitaire de l'Estrie, c'est-à-dire avant l'adoption de la loi 10. Il concerne donc 7 territoires de l'Estrie, soit ceux de Coaticook, du Granit, du Haut-St-François, de Memphrémagog, de Sherbrooke, des Sources et du Val Saint-François. Depuis 2006, PRO-DEF ESTRIE dresse un portrait annuel concernant la garde en établissement.

- FRANCEINFO, *C'est ma santé. Des jardins thérapeutiques pour aider les malades*, 24 AVRIL 2018.
- GUTIÉRREZ MARCIO, BERNHEIM EMMANUELLE, ACTION AUTONOMIE, LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, SERVICE AUX COLLECTIVITÉS, Université du Québec à Montréal *Perspectives internationales sur les alternatives à l'internement psychiatrique*, 72 pages, juillet 2017.
- JOURNAL DE QUÉBEC, JOHANNE ROY, *Tisane et musique pour apaiser les patients agités*, 22 décembre 2015.
- JOURNAL DE MONTRÉAL, AMÉLIE ST-YVES, *Un CHSLD prouve que des médecins prescrivent trop d'antipsychotiques*, 1<sup>er</sup> mai 2018.
- LAMARCHE LUCIE, Ph. D., Ad. E., MSRC Département des sciences juridiques UQAM, *Les droits humains : une proposition réflexive en matière de santé mentale*, présentation au Colloque de l'AGIDD-SMQ, 27 mai 2015.
- LA PRESSE, LACOURSIÈRE ARIANE, *L'infirmière de l'année travaille à Montréal*, 6 juillet 2011.
- MAD IN AMERICA, MINKOWITZ TINA, Esq. *UN to USA : Forced Treatment is Prohibited*, 24 octobre 2017.
- MÉNARD JEAN-PIERRE, « *Les requêtes en autorisation de traitements : enjeux et difficultés importantes à l'égard des droits de la personne, Autonomie et protection* », Service de la formation continue du Barreau du Québec, volume 261, Cowansville, Éditions Yvon Blais, pages 317 à 339, 2007.
- MORENO PÉREZ ANA, IBÁÑEZ ROJO VICENTE, GÓMEZ BENEYTO MANUEL, *Abolir la coercition dans les services de santé mentale, Chapitre 6 de «Coerción y salud mental Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental»*, Association espagnole de neuropsychiatrie, 2017.
- NEPTUNE, *Open Dialogue aux USA : 2016, les premiers résultats à Framingham*, 6 décembre 2017.
- NEPTUNE, *La Norvège lance des services psychiatriques publics sans médicaments*, 8 septembre 2017.
- NEPTUNE, *Islande : la contention mécanique abolie en psychiatrie*, 12 mars 2016.
- OTERO MARCELO, BERNHEIM EMMANUELLE, ACTION AUTONOMIE, LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, SERVICE AUX COLLECTIVITÉS, Université du Québec à Montréal, *L'impact des autorisations judiciaires de soins (AJS) dans les trajectoires de personnes utilisatrices des services d'Action Autonomie*, 74 pages, novembre 2015.
- OTERO MARCELO, KRISTOFFERSEN-DUGRÉ GENEVIÈVE, ACTION AUTONOMIE, LE COLLECTIF POUR LA DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, SERVICE AUX COLLECTIVITÉS, Université du Québec à Montréal, *Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal : entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale*, 80 pages, février 2012.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Strategies to end the use of seclusion, restraint and other coercive practices*, 79 PAGES, 2017.
- PROTECTEUR DU CITOYEN, *Les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q., P -38 001)*, sous la direction de Marc-André Dowd et Renée Lecours, Québec, Gouvernement du Québec, 2011, 39 pages.
- PROTECTEUR DU CITOYEN, *Rapport annuel d'activités 2016-2017*, 163 pages, septembre 2017.
- RADIO-CANADA SASKATCHEWAN, *Une salle d'urgence pour troubles psychiques ouvre à Saskatoon*, 28 avril 2018.
- RADIO-CANADA, *Une moyenne de 14 médicaments par résident dans les CHSLD*, 19 mars 2018.
- RÉSEAU JURIDIQUE DU QUÉBEC, *Une arrestation, que faire maintenant ?* Texte de JURISMEDIA vérifié par Me TABEL Myriam, avocate au cabinet Myriam Tabet de Québec.
- SANTÉ MENTALE, *Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, dossier Pour restreindre l'isolement et la contention*, numéro 2, novembre 2017.
- YOUTUBE, « *Dialogue ouvert* », un moyen alternatif de guérir la psychose (Open Dialogue, French subtitles).
- ZINZIN ZINE, *À quoi ressemblent les maisons de répit pour personnes en crise tenues par des psychiatisés-es ?*, 26 octobre 2017.

## Outils légaux

CODE CIVIL DU QUÉBEC, CCQ-1991.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, 88 pages, 2018.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES, *La participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services – Guide d'accompagnement*, 14 pages, 2016.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, 79 pages, 2015.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Gouvernement du Québec, 124 pages, 2011.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques*, 27 pages, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action sur les Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement, substances chimiques*, 19 pages, 2002.

NOUVELLE-ÉCOSSE, *Hospitals Act Chapter 208 of the Revised Statutes*, 14 pages, 1989 (dernier amendement en 2014).

QUÉBEC, MSSS, *Rapport 2016-2017 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux au Québec du 1<sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017*, 86 pages, décembre 2017.

QUÉBEC, *chapitre P-38.001 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 12 pages, 1998.

TRIBUNAL ADMINISTRATIF DU QUÉBEC, *Orientations institutionnelles en matière de demandes de visioaudiences au Tribunal administratif du Québec*, 3 pages, mars 2016.

## Jugements

J.M. c. HÔPITAL JEAN-TALON du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de Montréal, 2018 QCCA 378.

F.D. c. CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL (Hôpital Royal-Victoria), 2015 QCCA 1139.

A c. CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY, 2007 QCCA 358.

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. G. (A.), 1994 R.J.Q. 2523.

INSTITUT PHILIPPE-PINEL DE MONTRÉAL c. BLAIS, (1991) R.J.Q.1969 (C.S.).



# ANNEXE 1 : COMPILATION DES RÉPONSES DE LA CONSULTATION MENÉE AUPRÈS DE 11 GROUPES RÉGIONAUX DE PROMOTION ET DE DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE

## L'utilisation de la visioconférence concernant la Loi P-38.001 et les AJS

- Six (6) régions sur onze (11) l'utilisent (63,6 %) : Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Outaouais, Montréal.
- Deux régions (2) l'utilisent pour les auditions concernant la P-38.001 et les AJS : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord.
- Deux (2) régions pour les audiences de la P-38.001 et du TAQ : Chaudière-Appalaches et Outaouais.
- Une (1) région pour les audiences de la P-38.001 : Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine.
- Une (1) région pour le TAQ : Montréal

## L'utilisation d'ordonnance de sauvegarde concernant la P-38.001 et les AJS

- Quatre (4) régions sur onze (11) l'utilisent (36,36 %) : Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine, Estrie, Lanaudière.
- Une (1) région l'utilise pour la P-38.001 et les AJS : Abitibi-Témiscamingue.
- Trois (3) régions l'utilisent pour la P-38.001 : Estrie, Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière.
- Une (1) région parle de l'appellation « *garde intérimaire* » : Montréal.

## La promesse de comparaître concernant la Loi P-38.001

Trois (3) régions sur onze (11) l'utilisent pour la P-38.001 : Saguenay-Lac-Saint-Jean (mais cela passe par le poste de police), Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière.

## L'autorisation judiciaire de soins

- Les onze (11) régions reçoivent des appels concernant les AJS, essentiellement après le jugement pour savoir les recours, afin de connaître la procédure pour les supprimer ou pour faire modifier la durée de l'ordonnance et supprimer l'obligation d'hébergement.
- Sept (7) régions ont vu les demandes d'information, d'aide et d'accompagnement concernant les AJS augmentées : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Bas-Saint-Laurent, Montérégie, Lanaudière, Montréal.
  - Dans une (1) région (Montréal), les appels sont réguliers, chaque semaine.
  - Dans une (1) région (Lanaudière), l'utilisation de la P-38.001 en fin d'AJS est utilisée.
  - Dans une (1) région (Montréal), la menace d'AJS est utilisée quand la personne est en garde en établissement ou quand elle refuse le traitement.
- Neuf (9) régions n'ont pas accès aux statistiques concernant les AJS, une (1) région (Chaudière-Appalaches) les a reçues en 2014-2015, une région (1) (Estrie) n'a pu valider la question.

## Le respect des critères et la durée des AJS

- Cinq (5) régions, utilisation des 5 critères : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Outaouais, Lanaudière, Chaudière-Appalaches.
- Deux (2) régions, uniquement les critères 1, 2 et 5 : Abitibi-Témiscamingue, Montréal (avec une priorité pour le 1 et le 5).
- Une (1) région, cela dépend du juge et du secteur. Le critère 5 n'est jamais vérifié, il est présumé d'emblée. L'approche est paternaliste et le critère 4 est vu plutôt comme le meilleur intérêt de la personne : Montérégie.
- Trois (3) régions n'ont pas d'information à ce sujet.

- Quatre (4) régions n'ont pas vu d'augmentation : Abitibi-Témiscamingue (au contraire, les juges ont tendance à écourter la durée), Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, Lanaudière.
- Trois (3) régions ont vu la durée des AJS augmenter : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Montérégie, Outaouais. L'obligation d'hébergement est en augmentation en Outaouais, ce qui permet un évitement du processus de garde.
- Dans une (1) région, l'augmentation n'est pas systématique, mais selon les circonstances.

## Les mesures de contrôle, isolement, contention, substances chimiques

### LA PLUS UTILISÉE

- Neuf (9) régions indiquent que la mesure de contrôle la plus utilisée est l'isolement : Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine, Côte-Nord, Bas-Saint-Laurent, Montérégie, Chaudière-Appalaches, Outaouais, Lanaudière, Montréal.
- La contention est accompagnée de mesures chimiques dans deux (2) régions : Côte-Nord, Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine.
- L'isolement est utilisé comme monnaie de négociation : Côte-Nord.
- Dans une (1) région l'isolement est surtout utilisé dans les départements de longue durée : Lanaudière.
- Aucune demande concernant la contention n'a été faite dans le Bas-Saint-Laurent.

### LA FRÉQUENCE DE LA CONTENTION

- Cinq (5) régions indiquent ne pas avoir vu de baisse concernant la contention : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Outaouais, Lanaudière, Montérégie (selon les sous-régions).
- Trois (3) régions ont observé des baisses d'utilisation de la contention : Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine, Bas-Saint-Laurent, Montréal.
- Une (1) région indique qu'il y a beaucoup d'isolement déguisé (ex. : rester dans sa chambre) : Chaudière-Appalaches.

### LES ALTERNATIVES

- Quatre (4) régions ont observé la mise en place de mesures alternatives dans les hôpitaux et autres installations (CHSLD, centres jeunesse) : Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine, Montérégie, Outaouais, Montréal.
- Une (1) région indique un manque de connaissance, aucune approche pour désamorcer la crise et un non-respect du consentement aux soins : Abitibi-Témiscamingue.

## La vie sur les départements de psychiatrie

### LE VERROUILLAGE DES DÉPARTEMENTS

- Onze (11) régions ont des départements de psychiatrie verrouillés.
- Il y a cinq (5) régions où certains départements ne sont pas verrouillés : Montérégie, Lanaudière, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches.
- L'urgence psychiatrique est barrée pour entrer et sortir au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).
- Deux (2) départements sur cinq (5) sont ouverts quand il n'y a pas de garde en établissement en Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine.

### LA CIRCULATION DES PERSONNES QUI NE SONT PAS SOUS GARDE EN ÉTABLISSEMENT

- Les personnes peuvent circuler librement dans deux (2) régions : Saguenay-Lac-Saint-Jean et Bas-Saint-Laurent.
- Certaines installations le permettent dans trois (3) régions : Montérégie, Lanaudière, Chaudière-Appalaches.
- Dans quatre (4) régions, les personnes ne peuvent pas circuler librement : Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine, Estrie, Outaouais.
- Une (1) région : oui pour certaines personnes, mais pas facile : Côte-Nord.
- Une (1) région : cela dépend des situations, mais plutôt rare : Montréal.

### LE TÉLÉPHONE CELLULAIRE

- Dans neuf (9) régions, le cellulaire n'est pas autorisé sur les départements de psychiatrie : Montérégie, Lanaudière, Bas-Saint-Laurent, Côte-Nord, Chaudière-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine, Estrie, Outaouais.
- Une région (1) région, rare : Montréal.
- Une (1) région : cela fonctionne au cas par cas : Bas-Saint-Laurent
- Cela va au mérite dans une installation de Montérégie (Granby).
- L'argument utilisé en Montérégie : la possibilité de prendre des photos.

### LE PORT DE LA JAQUETTE

- Dans sept (7) régions, généralement la personne peut garder ses vêtements : Abitibi-Témiscamingue, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Montérégie, Chaudière-Appalaches, Outaouais, Montréal.
- Dans deux (2) régions : oui et non. Dans Lanaudière (hôpital Pierre-Le Gardeur), les personnes en garde en établissement sont en jaquette contrairement aux autres personnes hospitalisées qui n'en ont pas. Dans Chaudière-Appalaches, c'est selon les hôpitaux.
- Dans une (1) région, c'est souvent utilisé comme outil de négociation, de punition ou de contrôle : Montréal.
- Dans une (1) région, les personnes sont en jaquette 24 h en chambre d'observation, ensuite elles peuvent porter leurs vêtements quand une chambre leur est attribuée : Gaspésie-Les Îles-de-la-Madeleine.
- Dans une (1) installation en Montérégie, le risque de fuite ou de fugue entraîne le port de la jaquette.
- Dans une (1) région, c'est parfois un privilège que donne le médecin : Côte-Nord

### LE FUMOIR

- Six (6) régions n'ont plus de place désignée pour fumer : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Estrie, Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine, Montérégie, Chaudière-Appalaches.
- Cinq (5) régions en ont encore, mais la pratique tend à disparaître : Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Lanaudière, Outaouais, Montréal.
  - Le fumoir est à l'extérieur.
  - Le fumoir intérieur est fermé la nuit.
  - Il ne peut y avoir qu'un nombre défini de personnes à l'intérieur du fumoir.
  - La cigarette peut être un outil de chantage.

### La participation des groupes sur les tables et comités des CISSS/CIUSSS

- Neuf (9) régions indiquent que la participation du groupe est sollicitée : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Bas-Saint-Laurent, Estrie, Montérégie, Montréal, Chaudière-Appalaches, Lanaudière, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord.
- Deux (2) régions indiquent que non : Outaouais et Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine.

### La participation des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale sur les tables et comités des CISSS/CIUSSS

- Sept (7) régions indiquent que la participation est sollicitée : Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Bas-Saint-Laurent, Estrie, Lanaudière, Montréal.
- Quatre (4) régions indiquent que non : Gaspésie-Les-Îles-de-la-Madeleine, Outaouais, Montérégie, Chaudière-Appalaches



***Il est inacceptable de  
ne pas remettre en cause  
le statu quo afin de s'attaquer  
aux violations des droits  
de l'homme  
dans les systèmes  
de santé mentale.***

Dainius Pūras,  
Rapporteur spécial sur  
le droit qu'a toute personne  
de jouir du meilleur  
état de santé physique  
et mentale possible.



EXTRAITS DU JUGEMENT QCCA 1139 :

- [51] *Le seul fait que les soins proposés apparaissent au juge, à première vue, être dans l'intérêt d'une personne qui les refuserait ne permet jamais de conclure à l'incapacité de cette personne. Il en va de même du fait qu'elle exprime un avis différent de celui de son médecin :*
- [44] *(...) il n'est pas nécessaire que le patient soit d'accord avec son médecin sur le diagnostic pour qu'il soit considéré apte à comprendre et à appliquer les renseignements pertinents à sa situation personnelle ; en somme, le tribunal aurait tort de conclure à l'incapacité d'une personne simplement parce que celle-ci n'accepte pas le diagnostic de son médecin traitant.*
- [46] *(...) L'important c'est de savoir si le patient comprend vraiment les paramètres de la décision qu'il a à prendre. Il serait erroné de conclure à l'incapacité d'une personne simplement parce que les soins qu'elle refuse sont dans son intérêt. En somme, une personne qui comprend les paramètres de la décision qu'elle a à prendre (la nature et l'objet du traitement proposé, les effets bénéfiques et les risques prévisibles du traitement, les autres traitements possibles, les conséquences prévisibles du fait de ne pas subir le traitement) a tout à fait le droit de refuser de subir le traitement que ses médecins lui proposent.*

F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal-Victoria), 2015, QCCA 1139.

*Il ne saurait y avoir de justification thérapeutique du recours à l'isolement ni de l'utilisation prolongée de moyens de contention pour les personnes handicapées dans les institutions psychiatriques ; la contention et l'isolement peuvent constituer des actes de torture ou des mauvais traitements (A/63/175, par. 55 et 56). Le Rapporteur spécial a abordé la question de l'isolement et a estimé que l'imposition de cette mesure, quelle qu'en soit la durée, à des personnes présentant un handicap mental, constituait un traitement cruel, inhumain ou dégradant (A/66/268, par. 67, 68 et 78).*

ONU, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, pages 15-16, 1<sup>er</sup> février 2013.

*Au Québec, les droits et libertés de la personne sont garantis par les chartes québécoise et canadienne. Cependant, lorsque cela s'avère nécessaire pour assurer la protection de la personne ou celle d'autrui, la loi permet de priver temporairement une personne de sa liberté en la gardant, contre son gré, dans une installation maintenue par un établissement de santé et de services sociaux. Puisque la garde ainsi imposée porte atteinte aux droits à l'intégrité et à la liberté de la personne en l'absence de son consentement, son application doit être exceptionnelle et les dispositions prévues dans le cadre législatif pour ce faire, rigoureusement suivies. L'objectif ainsi poursuivi est d'atteindre un juste équilibre entre la protection des personnes et la préservation de leurs droits.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Cadre de référence en matière d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui – Garde en établissement de santé et de services sociaux*, page 3, 2018.



[www.agidd.org](http://www.agidd.org)