

CONTENTION CHIMIQUE

QUAND S'ARRÊTE LE CONTRÔLE ET OÙ COMMENCE LE TRAITEMENT?

Dénoncé de position par l'Association des groupes d'intervention
en défense de droits en santé mentale du Québec



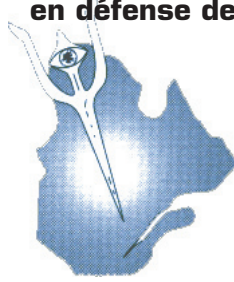
NOVEMBRE 2004

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

Pour une défense de qualité des droits
au service des personnes



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



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

Téléphone : (514) 523-3443
Télécopieur : (514) 523-0797
Courriel : agidd@videotron.ca
www.cam.org/~agidd

Novembre 2004

Rédaction : Jean-Luc Pinard (RAIDDAT)
Collaboration à la rédaction : Comité Isolement et contention de l'AGIDD-SMQ
composé de Pauline Cyr (GPDDSM-02)
Constance Foisy (Collectif de défense de droits de la Montérégie)
Sébastien Maltais (AGIDD-SMQ)
François Winter (L'A-Droit de Chaudière-Appalaches)

Table des matières

Des mesures de contrôle à éliminer.....	3
Les substances chimiques à titre de mesure de contrôle.....	4
Une médecine de qualité au service du public... Ne serait-ce qu'un slogan?.....	4
Nul ne peut être juge et partie.....	5
Un consentement qui ne doit pas être trafiqué.....	7
Le jugement clinique du contrôle.....	8
La réalité des contentions chimiques au Québec.....	9
La nécessité de promouvoir des alternatives et un changement des pratiques.....	10
Conclusion.....	11
Bibliographie.....	11

Le présent avis veut manifester la vive inquiétude de notre organisation quant à la situation actuelle des pratiques de contention chimique au Québec, confirmée par la récente prise de position du Collège des médecins du Québec sur ces pratiques. Les diverses expériences vécues par les personnes et transmises aux groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale et les principes énoncés dans le document *Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle?* du Collège des médecins du Québec demandent qu'on s'y attarde plus attentivement.

Des mesures de contrôle à éliminer

Malgré son impact sur les droits fondamentaux, l'application des mesures de contrôle, telles que l'isolement, la contention et les substances chimiques, a constamment été présente et l'est encore au sein du milieu institutionnel québécois, ainsi que dans certaines ressources intermédiaires. Pourtant, ce n'est que tout récemment que ces pratiques d'intervention visant à exercer un contrôle chez l'être humain furent balisées par un article de loi : l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec*.

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

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

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

À la fin de 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec rendait publiques les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* ainsi que le plan d'action s'y référant.

Comme le spécifient ces orientations ministérielles, c'est sur la base de résultats positifs obtenus à ce jour dans plusieurs milieux qu'il devient nécessaire de proposer clairement à l'ensemble des organismes concernés un objectif de réduction maximale d'utilisation de ces mesures, voire d'élimination, et ce, par la mise en place de mesures de remplacement efficaces et respectueuses des personnes.

L'AGIDD-SMQ soutient toujours cet objectif d'élimination des mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques.

Les substances chimiques à titre de mesure de contrôle

Dans le document du Collège des médecins du Québec, celui-ci mentionne « *qu'il souscrit pleinement à l'orientation visant à considérer les mesures de contrôle comme une intervention exceptionnelle de dernier recours et qui doit être utilisée de façon minimale, dans le respect de la dignité des patients.* »¹

Il indique toutefois que :

*L'inclusion des substances chimiques dans la catégorie des mesures de contrôle requiert plus de nuances, l'utilisation des médicaments reposant d'abord sur un ou plusieurs objectifs thérapeutiques. Associer sans distinction l'utilisation de substances chimiques à la contention physique et à l'isolement comme mesure de contrôle engendre non seulement des difficultés, mais aussi un malaise certain, voire de la résistance. Les médecins ont toujours eu une grande réticence à utiliser l'expression « contention chimique » ; les écrits scientifiques recensés sous les mentions « contentions chimiques » ou « chemical restraint » sont d'ailleurs quasi absents. Pour certains, la notion de « contention chimique » n'existe pas.*²

La définition de substance chimique à titre de mesure de contrôle proposée dans les orientations ministérielles est très précise : *Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.* Aucune interprétation erronée ou ambiguë n'est possible devant une définition aussi claire. Conséquemment, il importe de la reconnaître comme une réalité.

Une médecine de qualité au service du public... Ne serait-ce qu'un slogan ?

Le Collège des médecins du Québec, par son énoncé de position, a le mérite de préciser les réserves et les malaises qu'éprouvent ses membres à respecter la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ainsi que les orientations ministérielles quant à l'utilisation de la médication comme mesure de contrôle des comportements.

*Cependant, le Collège croit que certaines difficultés pourraient être soulevées par l'application littérale de ces principes généraux à des situations aussi variées qu'un comportement violent dans une salle d'urgence, une agitation consécutive à un delirium, un comportement perturbateur en milieu psychiatrique ou dans un centre d'hébergement pour personnes âgées, une activité mutilante d'un déficient mental, ou encore, un comportement violent chez un adolescent en centre d'accueil.*³

Voilà une déclaration qui ouvre la porte à une permissivité sans limites pour la contention chimique dans tous les milieux où il se pratique de l'intervention comportementale. C'est ce que nous constatons à travers les témoignages reçus dans les groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale.

Lorsqu'une substance chimique est administrée par la force à un adolescent en centre d'accueil pour un comportement jugé violent, il s'agit bien là de l'utilisation non médicale de substances

1. Collège des médecins du Québec, *Contention chimique - Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle ?*, Montréal, 2004, page 3

2. Idem, page 3 et 4

3. Idem, page 3

Pourquoi changer ?

[...] la communauté thérapeutique est maintenant mise au défi et doit donc repenser et redéfinir sa relation avec les gens qui reçoivent ses services.

À l'instar de ce changement rendu nécessaire par une conscience accrue du rétablissement, la pression provient aussi des nouvelles lois adoptées qui prévoient une diminution de l'utilisation de la contention et de l'isolement dans les établissements psychiatriques. Les membres du personnel se font dire qu'ils doivent abandonner les moyens utilisés dans le passé pour maintenir l'ordre. Pour plusieurs d'entre eux, ces nouvelles directives leur enlèvent les meilleurs moyens qu'ils estimaient avoir pour éviter d'être blessés et pour maintenir « un environnement thérapeutique sécuritaire ».

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

Nancy Riffer, Ph.D.

Actes du colloque international sur l'isolement et la contention,
pages 353-354

chimiques pour des fins comportementales, comme il s'en fait aussi dans les unités psychiatriques, dans les urgences et dans de nombreux CHSLD du Québec. Ainsi, il suffirait qu'une personne hospitalisée ait un comportement perturbateur, c'est-à-dire dérangeant pour les autres patients d'une unité psychiatrique, pour que le médecin lui administrait une contention chimique soit approuvé sans réserve par son ordre professionnel, *dont la mission première est de protéger le public et de respecter ses droits.*

Que les médecins éprouvent un malaise ou de la résistance à composer avec les termes de la loi est certes déjà inquiétant. La réticence des médecins à utiliser l'expression « contention chimique » ne change en rien la réalité vécue par de nombreuses personnes : suite à une ordonnance parfois renouvelée sur une longue période, des jeunes, des personnes âgées et des personnes psychiatisées se font administrer de puissants médicaments pour des fins de contrôle comportemental.

N'est-ce pas la compagnie Janssen-Ortho Inc. qui vante les mérites de son produit Risperdal, un médicament neuroleptique abondamment utilisé au Québec tant auprès des jeunes, des adultes que des personnes âgées, comme « traitement éprouvé de l'agressivité » ? Dans leur publicité auprès des médecins, leur produit est présenté comme « le seul médicament indiqué pour les troubles comportementaux en cas de démence grave, pour le traitement symptomatique à court terme des comportements inappropriés liés à l'agressivité... »⁴.

Nul ne peut être juge et partie

Que le médecin soit seul à décider de toutes les substances chimiques qui sont administrées pour des fins comportementales place ce dernier dans une position de juge et partie, c'est-à-dire dans une situation évidente de conflit d'intérêt. Seul un groupe interdisciplinaire de vigilance dédié à

4. Association des CLSC et des CHSLD du Québec, « La Nouvelle », vol 4, no 4, septembre 2001, page couverture, publicité

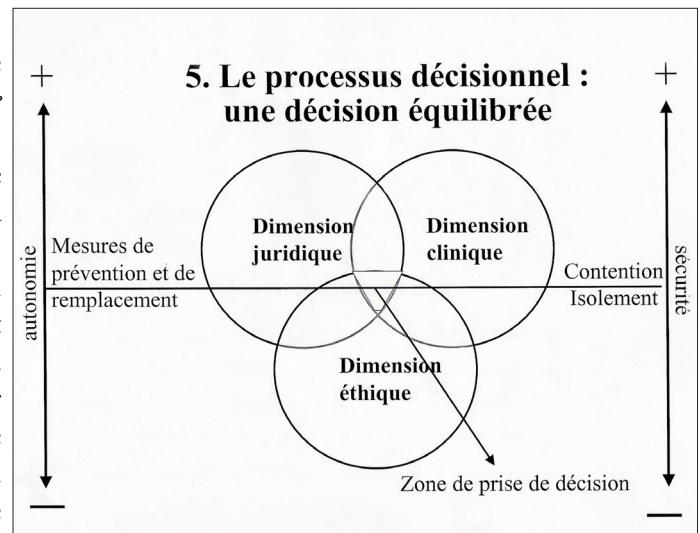
la réflexion éthique, juridique et clinique ainsi qu'au respect des droits fondamentaux des personnes devrait, à notre avis, dans chaque établissement, autoriser ou entériner, en cas de force majeure et de situation exceptionnelle, l'utilisation de tels produits administrés expressément pour traiter chimiquement l'agressivité alors qu'il pourrait être indiqué d'utiliser d'autres approches.

Pour le médecin, l'objectif premier est le traitement de la maladie, physique ou mentale. L'utilisation qu'il fait des médicaments a donc une visée thérapeutique, ce qui inclut aussi le contrôle des symptômes. Lorsque ces symptômes se traduisent par des comportements dangereux pour le patient ou pour autrui, l'administration de substances psychoactives peut être indiquée et faire partie intégrante des soins.⁵

Si la visée thérapeutique d'un médicament inclut le contrôle des symptômes, le contrôle de la personne est un tout autre aspect et là s'arrête la perspective thérapeutique. Il ne faudrait pas jouer à l'autruche, la contention chimique existe et plus que nous le croyons. Si un médicament est donné à une personne pour ne plus qu'elle soit dérangement, il y a contention chimique. Si un médicament est donné parce que le personnel est débordé et n'a pas le temps d'intervenir adéquatement auprès de la personne, il y a contention chimique. Si un médicament est donné à une personne à des doses plus fortes que nécessaires, il y a contention chimique.

Lorsque les comportements d'une personne ayant été diagnostiquée comme « malade » sont de nature à inquiéter le personnel d'une institution, le médecin pourrait, si on se fie à l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec, interpréter tout geste de la personne comme un symptôme découlant d'une maladie et rappelons que lui seul détient le pouvoir de lui administrer une substance qui risque de la rendre dans un état profondément léthargique pour un certain nombre d'heures, de jours, voire de semaines, notamment dans le cas de l'utilisation des médicaments neuroleptiques.

En tout respect pour les réserves des médecins sur cette question, la réponse ne relève pas d'un jugement clinique exclusif, mais aussi d'un jugement éthique et juridique, auquel la profession médicale a la responsabilité de contribuer. La réponse ne relève certainement pas de la seule autorité du médecin, elle ne peut être subjective, ni basée exclusivement sur un flou et une pratique si diversifiée d'un intervenant à un autre. Cela serait encore plus nécessaire si le Collège des médecins du Québec refusait d'adhérer aux définitions proposées par les orientations ministérielles en la matière. La limite entre la « protection » et la « nuisance » étant si fragile, il devient essentiel de s'appuyer sur les jugements éthique et juridique pour mieux garantir que les décisions



Ce tableau illustre l'importance de prendre en compte les trois dimensions précitées. Extrait de *Addenda : Mise à jour des connaissances à la lumière des nouvelles orientations ministérielles et de la nouvelle législation* produit par l'Association des hôpitaux du Québec en 2004.

5. Op.cit., page 4

cliniques en cette matière respecteront les droits des personnes.

Le fait de médicaliser ou d'associer potentiellement à une «maladie» tout comportement dangereux (ou risque de comportement dangereux) est un danger grave pour le respect de la liberté et de l'intégrité de la personne, en plus de contribuer au maintien des préjugés concernant la dangerosité associée systématiquement aux personnes vivant un problème de santé mentale.

Or, voici que pour administrer une contention chimique à une personne, il suffirait qu'un médecin ait évalué que, selon son jugement

clinique, elle perturbe son entourage et que cela est dû à une maladie. La disproportion de la gravité des décisions et des précautions prévues dans les lois est tout simplement dramatique alors que le médecin s'approprie le pouvoir de rendre une personne inhabile à penser, à agir, à se concentrer et à se souvenir, et ce, pour une période dont lui seul détermine la durée.

On assiste également à un profond problème de révision de ces mesures. Un manque évident et reconnu à ce niveau provoque un grand nombre de situations illégales. Toute mesure de contrôle qui est appliquée nécessite une évaluation de la durée nécessaire ainsi que de son efficacité. Dans les faits, plusieurs d'entre elles perdurent à outrance. Dans bien des situations, la maxime «l'essayer, c'est l'adopter» pourrait être appliquée aux mesures de contrôle. Lorsqu'une personne vit par exemple une situation transitoire, il n'y a pas de pratique rigoureuse de réévaluation.

Un consentement qui ne doit pas être trafiqué

Les conseillers et les conseillères des groupes régionaux de promotion et de défense des droits en santé mentale, membres de l'AGIDD-SMQ, rencontrent fréquemment des personnes qui, après avoir été admises en unité interne de psychiatrie et avoir subi la contention chimique, éprouvent des pertes de mémoire et des difficultés importantes de concentration, des problèmes de santé liés à la médication (par exemple, la dyskinésie tardive), ainsi que des traumatismes permanents comme la peur de l'hospitalisation et la victimisation secondaire⁶. Leur habilité à défendre leur point de vue et leur capacité à exercer un consentement éclairé se trouvent considérablement diminués et, parfois même, annulés par une contention chimique. Une substance, administrée pour des raisons «louables», peut ainsi servir à amener des personnes à consentir tacitement, c'est-à-dire par inertie, à des traitements jugés souhaitables pour elles par ceux-là même qui administrent également la contention chimique.

Cependant, il est illusoire de penser que les médicaments par eux-mêmes sont suffisants. Les interventions psychosociales d'hébergement, d'écoute et d'accompagnement avec compassion, de réadaptation, d'intervention de crise sont aussi essentielles. Hélas, ce sont ces modalités d'intervention qui sont les plus déficitaires dans nos réseaux de services pour des personnes aux prises avec de grands problèmes de santé mentale. S'ils étaient disponibles adéquatement, on aurait beaucoup moins recours à la «contention chimique» et on pourrait limiter l'usage des médicaments essentiellement à des fins thérapeutiques.

Frédéric Grunberg, psychiatre, CH Louis-H. Lafontaine
Actes du colloque international sur l'isolement et la contention,
page 217

6. La victimisation secondaire est le fait de revivre son traumatisme par un nouvel événement relié ou non au traumatisme initial. Par exemple, si une femme ayant été victime d'un traumatisme (un viol par exemple) est admise en psychiatrie pour un répit ou une aide médicale et que le personnel applique sur elle une mesure de contrôle comme la contention chimique, elle peut revivre son traumatisme étant donné qu'elle se voit soumise à nouveau à une force contre laquelle elle est sans défense. Cette mesure de contrôle lui fait alors revivre son agression.

Il en est de même pour les médicaments administrés à des fins de contrôle des symptômes liés aux comportements. Il arrive malencontreusement, de façon régulière, que ce type de situation se produise spécifiquement à la veille d'une comparution au tribunal pour une garde en établissement ou autres, ce qui est évidemment très préjudiciable pour une personne dans ses efforts pour la défense de ses droits.

Toujours selon le seul jugement clinique du médecin traitant, la famille, les proches ou les personnes qui pourraient exercer une assistance et une vigilance dans ces circonstances se font mettre à l'écart et se font reprocher de vouloir « jouer au thérapeute » s'ils posent des questions trop critiques sur la contention chimique. Les règles de confidentialité sont utilisées pour éloigner les proches et laisser libre cours à des mesures de contrôle qui ne sont l'objet d'aucun processus de vigilance éthique ou de protection des droits, et ce, dans le mépris de la volonté de la personne utilisatrice des services et de celles qui habituellement l'assistent ou la représentent.

Le jugement clinique du contrôle

Quand le traitement s'arrête-t-il et où le contrôle commence-t-il? La question demeure entière. Ni l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), ni le texte sur les orientations ministérielles, ni aucun autre document ne peuvent répondre à cette question. La réponse relève du jugement clinique.⁷

Voilà une réponse des plus dangereuses pour le respect des droits des personnes.

À notre avis, la question des limites entre le contrôle social et le traitement n'est surtout pas une question qui devrait être déterminée exclusivement par la profession médicale. D'autres enjeux vécus dans les milieux de soins ont déjà fait l'objet de délibérations éthiques et de questionnements pluridisciplinaires, celui de la contention chimique en est un de taille qui ne devrait pas y échapper.

Pourtant, la pratique actuelle dans de nombreux milieux, de réadaptation ou de traitement, donne le pouvoir entier au médecin d'interpréter et de déterminer l'application de mesures de contrôle d'une extrême gravité.

Encore plus, dans certains contextes cliniques, l'utilisation de ce type de médicaments s'avère la solution la plus adéquate, même si elle n'est pas associée au traitement d'une maladie sous-jacente ou de ses symptômes.⁸

Ces affirmations contenues dans le document du Collège des médecins du Québec devraient nous alarmer au plus haut degré lorsque les auteurs revendiquent le privilège de mettre « sous sédation », selon le bon jugement d'un seul médecin, une personne présentant des comportements dérangeants « sans être associés aux symptômes d'une maladie », parce que cela lui semblerait être « la solution la plus adéquate ». Si le pouvoir d'autoriser ces pratiques est confié aux seuls médecins à l'égard de n'importe quelle personne présentant un problème dérangeant sans causes médicales, peut-on véritablement qualifier de tels agissements d'actes médicaux ou simplement de contrôle social direct? Il est essentiel de se rappeler que la perte de liberté associée à l'application d'une mesure de contrôle est un acte fort important qui se

7. Op.cit., page 4

8. Op.cit., page 5

doit d'être rigoureusement encadré de législations restrictives envers tous ceux et celles qui les autorisent et qui les exécutent.

La réalité des contentions chimiques au Québec

Il a été reconnu que les données relatives aux mesures de contrôle sont peu connues et généralement sous-estimées dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. C'est aussi et surtout le cas pour la contention chimique que l'on confond avec un traitement des symptômes associés à une « maladie » ou à un trouble psychique, même si ce dernier n'est pas réputé être traitable chimiquement (exemple : certains troubles de la personnalité). L'ampleur de cette situation ne peut donc être appréciée actuellement qu'à partir du nombre et de la gravité des plaintes, des dénonciations et des signalements. Le constat fait dans le dernier rapport du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux concernant la contention et l'isolement est également assez révélateur.

Pour illustrer la réalité des contentions chimiques au Québec, il faudrait répertorier, regrouper et analyser toutes les démarches faites par de simples citoyens et citoyennes et parfois par du personnel vigilant mais impuissant qui ont tenté, la plupart du temps sans grand succès, de faire abolir ces pratiques. L'AGIDD-SMQ et ses groupes membres peuvent, à partir de leur expérience-terrain et des témoignages des personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, brosser un portrait de la situation, mais il sera incomplet. Le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux doit aussi disposer de certaines données, mais toutes les plaintes de nature médicale échappent en principe à ses pouvoirs d'enquête.

Toute personne devrait pouvoir porter plainte au moment où elle subit une mesure de contrôle qu'elle juge illégale avec l'assurance que la situation sera examinée et, s'il y a lieu, corrigée dans les plus brefs délais. Il en est de même pour un proche ou un représentant de la personne. Comme le processus de plainte à l'endroit de la profession médicale est éprouvant, long, lourd et ardu pour les personnes et les familles qui l'utilisent, nous faisons face à un cercle vicieux où les recours et les efforts de vigilance tendent à se voir neutralisés dans les méandres de la bureaucratie des CMDP (Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens).

Voici un exemple récent : pour une plainte adressée à un médecin examinateur dans un centre hospitalier psychiatrique en juin 2003, aucune réponse de sa part n'est encore parvenue aux requérants en date du 1^{er} novembre 2004. Ajoutons à cette période d'attente le délai normal de traitement de la plainte par le Collège des médecins du Québec et on comprendra le sentiment d'impuissance que peuvent vivre les personnes. Si rien n'est fait pour mettre en place un processus efficace de surveillance et de recours lorsqu'il y a possibilité d'abus et d'illégalité dans de telles circonstances, imaginez le nombre de mois pendant lesquels la personne subira de la contention chimique ou d'autres mesures de contrôle questionnables et dangereuses.

La nécessité de promouvoir des alternatives et un changement des pratiques

Il faut garder à l'esprit que des alternatives sont possibles. Le personnel soignant a malheureusement recours à ces mesures de contrôle parce qu'il ne connaît pas, bien souvent, d'autres moyens d'intervenir. Un renouvellement des pratiques et de l'organisation même des milieux de soins et des urgences (par exemple, par la mise en place de centres de crise 24/7), une meilleure connaissance des mesures alternatives par le personnel, mais aussi par les décideurs et les gestionnaires, et davantage de promotion permettront de respecter les droits des personnes et les lois en vigueur. Il est urgent de limiter l'application des mesures de contrôle à des situations exceptionnelles et de travailler ainsi efficacement à l'élimination de ces mesures. Le groupe interdisciplinaire de vigilance dédié à la réflexion éthique, juridique et clinique devrait également assumer, pour chaque établissement, un mandat de planification du renouvellement des pratiques, donc de développement d'alternatives aux mesures de contrôle, afin d'atteindre l'élimination de ces mesures. Il faut mettre en place des programmes de formation à cet effet et travailler à la recherche et à l'application en priorité de mesures novatrices qui seront de véritables alternatives à la contention et à l'isolement.

Le recours à la contention et à l'isolement doit s'inscrire dans un contexte d'examen introspectif et d'analyse de ses propres attitudes vis-à-vis ces mesures. Pour arriver à un changement de pratiques de soins, il est essentiel que les autorités administratives et l'équipe interdisciplinaire travaillent de concert dans cette démarche de changement. À tous les niveaux de l'organisation, de l'encadrement de gestion à l'environnement de soins, il est essentiel de comprendre que la contention et l'isolement ne représentent généralement pas la solution aux problèmes de chutes, d'errance, d'agitation ou aux autres comportements perturbateurs.⁹

Lors du Colloque international sur la contention et l'isolement de novembre 1999, plusieurs experts et expertes ont présenté l'importance de développer des contenus de formation pour l'éducation et la sensibilisation des intervenants et intervenantes à la réalité des personnes qui subissent ces mesures de contrôle. Il existe également des formations pour le personnel axées sur la gestion de l'agressivité des personnes hospitalisées; elles ont leur utilité, mais, selon nous, ces formations ne favorisent pas véritablement l'apparition d'une nouvelle culture de soins respectueuse des droits des personnes.

Le statu quo serait un châtiment pour les usagers et les intervenants.

Association des hôpitaux du Québec,
Cadre de référence - Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement, Montréal, 2004, page 53

Nous attirons aussi votre attention sur le fait que l'implication des personnes utilisatrices des services dans l'élaboration et la diffusion des contenus de formation nous apparaît incontournable pour bien saisir l'impact des mesures de contrôle sur ces dernières. Au cours des dernières années, la qualité de leur apport a été amplement démontrée relativement à diverses problématiques touchant les services de santé mentale.

9. Association des hôpitaux du Québec, *Cadre de référence Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Montréal, 2004, page 30

Conclusion

On peut donc dire que la mainmise de la profession médicale sur la contention chimique ainsi que sur tous les mécanismes qui pourraient en surveiller l'application placent les personnes dans une situation pratiquement sans issue. Il y a là de quoi inquiéter très sérieusement l'ensemble des citoyens et citoyennes du Québec et, parmi eux, surtout les personnes qui ont connu les milieux de contrôle auxquels fait référence l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec sur la contention chimique.

Il y a nécessité de mettre en place des mesures efficaces de vigilance et de surveillance sur une pratique appliquée actuellement selon une lecture uniquement clinique et sujette à être lourdement biaisée. De plus, il est extrêmement ardu d'obtenir un portrait documenté de la situation de la contention chimique au Québec.

Le Collège des médecins du Québec doit prendre un engagement ferme et mobiliser ses membres autour du respect de l'article 118.1 de la LSSSS, mais aussi travailler à l'élimination complète des mesures de contrôle tel que mis de l'avant par les orientations ministérielles en la matière. L'AGIDD-SMQ invite le Collège des médecins du Québec à assumer son leadership sur cette question et à participer au renouvellement des pratiques afin de construire un système de soins digne des Québécois et des Québécoises et respectueux de leurs droits.

Nous sollicitons le législateur et les autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec afin qu'ils définissent et mettent rapidement en application un plan d'action pour l'encadrement éthique et juridique de la contention chimique comportant des moyens concrets pour viser et atteindre l'élimination de ce type de mesure de contrôle.

Unissons nos forces « pour s'en sortir et s'en défaire ».

Bibliographie

Association des CLSC et des CHSLD du Québec, « La Nouvelle », vol. 4, no 4, septembre 2001, publicité en page couverture.

Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec, *Actes du Colloque international sur l'isolement et la contention « Pour s'en sortir et s'en défaire »*, Montréal, 2000, 487 pages.

Association des hôpitaux du Québec, *Cadre de référence – Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Montréal, Édition révisée 2004, 60 pages.

Collectif de défense des droits de la Montérégie, *Actes du Colloque Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire - Vers un changement de culture*, Longueuil, 2004, 110 pages.

Collège des médecins du Québec, *Contention chimique – Quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle?*, Montréal, 2004, 7 pages.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., art. 118.1.

Ministère de la santé et des services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec, 2002, 28 pages.

Visitez le site Internet de l'AGIDD-SMQ où vous retrouverez des liens vers l'ensemble de ces documents : www.cam.org/~agidd

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

Fondée en 1990, l'Association des groupes d'intervention en défense de droits en santé mentale du Québec, AGIDD-SMQ, regroupe plus de 30 organismes répartis dans toutes les régions du Québec : groupes régionaux de promotion et de défense de droits en santé mentale, groupes d'entraide ayant un mandat de promotion-vigilance et comités d'usagerEs.

Administrés majoritairement par les personnes directement concernées, ces groupes se mettent au service des personnes qui, ayant un problème de santé mentale, ont besoin d'appui pour exercer leurs droits. Ces groupes interviennent également à un niveau systémique, c'est-à-dire pour remettre en cause des règlements, des politiques ou l'organisation des services de santé mentale. Leurs interventions visent à accroître la compétence des personnes à défendre elles-mêmes leurs droits et à favoriser l'accès et l'utilisation des recours existants.

Tous, nous nous donnons pour mission de lutter pour la reconnaissance et l'exercice des droits des personnes directement concernées comme tout citoyen et toute citoyenne à part entière, c'est-à-dire des droits fondés sur des principes de justice sociale, de liberté et d'égalité.

C'est suite à un colloque international sur l'isolement et la contention, organisé par l'AGIDD-SMQ en 1999, qu'une position officielle a été prise. Lors de l'assemblée générale de 2000, les membres de l'AGIDD-SMQ ont en effet adopté à l'unanimité la position de viser l'élimination complète des mesures de contrôle (i.e. l'isolement, la contention et les substances chimiques).

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

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

Téléphone : 1-866-523-3443 ou (514) 523-3443

Télécopieur : (514) 523-0797

Courriel : agidd@videotron.ca

Site internet : www.cam.org/~agidd