

Les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle : un statut juridique controversé

Emmanuelle Bernheim

Volume 3, numéro 2, 2020

Éthique et santé mentale
Ethics and Mental Health

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1073543ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1073543ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bernheim, E. (2020). Les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle : un statut juridique controversé. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 3(2), 14–23. <https://doi.org/10.7202/1073543ar>

Résumé de l'article

Au Québec, les mesures de contrôle – isolement, contentions et substances chimiques – font l'objet d'un encadrement législatif depuis 1998. Or, depuis cette date, les substances chimiques sont au coeur d'un débat sur leur statut juridique, entre thérapie et contrôle. En 2015, le ministère de la Santé et des Services Sociaux publie un Cadre de référence révisé sensé établir des normes directrices en matière de substances chimiques utilisées à des fins de contrôle. Un examen de ce cadre laisse pourtant apparaître plusieurs incohérences, entretenant l'indétermination sur leur statut. D'une part, l'exception prévue en matière de consentement ne correspond pas au cadre juridique québécois en matière de soins, laissant penser qu'il s'agit bien d'une mesure de contrôle. D'autre part, les actes réservés sont les mêmes, que les substances chimiques soient utilisées à des fins de contrôle ou à des fins thérapeutiques, laissant penser qu'il s'agit plutôt d'une mesure thérapeutique.

Copyright © Emmanuelle Bernheim, 2020



Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle : un statut juridique controversé

Emmanuelle Bernheim¹

Résumé

Au Québec, les mesures de contrôle – isolement, contentions et substances chimiques – font l'objet d'un encadrement législatif depuis 1998. Or, depuis cette date, les substances chimiques sont au cœur d'un débat sur leur statut juridique, entre thérapie et contrôle. En 2015, le ministère de la Santé et des Services Sociaux publie un Cadre de référence révisé sensé établir des normes directrices en matière de substances chimiques utilisées à des fins de contrôle. Un examen de ce cadre laisse pourtant apparaître plusieurs incohérences, entretenant l'indétermination sur leur statut. D'une part, l'exception prévue en matière de consentement ne correspond pas au cadre juridique québécois en matière de soins, laissant penser qu'il s'agit bien d'une mesure de contrôle. D'autre part, les actes réservés sont les mêmes, que les substances chimiques soient utilisées à des fins de contrôle ou à des fins thérapeutiques, laissant penser qu'il s'agit plutôt d'une mesure thérapeutique.

Mots-clés

mesures de contrôle, substances chimiques, contention chimique, thérapie, consentement, actes réservés

Abstract

In Quebec, control measures – isolation, restraints and chemical substances – have been the subject of a legislative framework since 1998. However, since that date, chemical substances have been at the heart of a debate on their legal status, between therapy and control. In 2015, the Ministry of Health and Social Services published a revised Reference Framework that is supposed to establish guidelines for chemical substances used for control purposes. A review of this framework, however, reveals several inconsistencies, continuing an indeterminacy about their status. On the one hand, the consent exception does not correspond to the Quebec legal framework for care, suggesting that it is indeed a control measure. On the other hand, the reserved acts are the same whether the chemical substances are used for control or for therapeutic purposes, suggesting that it is in fact a therapeutic measure.

Keywords

control measures, chemicals, chemical restraint, therapy, consent, reserved acts

Introduction

Au Québec, les mesures de contrôle constituent des mesures exceptionnelles visant exclusivement la protection de l'intégrité des personnes et ne pouvant être administrées qu'en dernier recours. L'expression « mesures de contrôle » désigne l'usage de l'isolement, des contentions physiques ou mécaniques, ou encore des substances chimiques, dans le seul but de prévenir des blessures (1). Ainsi, lorsque l'objectif de l'utilisation de l'isolement, des contentions ou des substances chimiques est de restreindre la capacité d'une personne d'exécuter un mouvement préjudiciable ou socialement inacceptable, de poser un geste ou de se déplacer d'une façon jugée non sécuritaire, ou de se placer devant un danger imminent, l'intervention constitue une mesure de contrôle. Toute utilisation à des fins disciplinaires ou punitives, ou en raison de contraintes organisationnelles, est prohibée (2,3).

L'encadrement législatif des mesures de contrôle apparaît à l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après LSSSS) (4) :

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 ces moyens ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de ladite mesure.

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

Le caractère exceptionnel de l'utilisation des mesures de contrôle se justifie tant par l'atteinte aux droits à la liberté et à l'intégrité qu'en raison des risques qui y sont associés et du débat scientifique qu'elle génère (5-10). Alors que sa nature thérapeutique est mise en question en raison des préjudices, notamment psychologiques, que mettent en évidence différentes recherches (11-16), certains avancent au contraire qu'elle peut constituer une « expérience très positive » (17,18). Il semble que l'attitude du personnel soignant et l'environnement physique des unités psychiatriques ont une importante influence sur l'expérience subjective des usagers (19-20).

Depuis la sanction des dispositions concernant les mesures de contrôle en 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (ci-après MSSS) a pris différentes mesures visant la réduction, voire l'élimination, de l'utilisation de l'isolement et des contentions dans les établissements de santé : orientations ministérielles (21) et plan d'action (22), obligation de formation des professionnels (23), obligation des établissements d'établir des protocoles d'utilisation et de colliger des statistiques (1), publication d'un aide-mémoire sur les mesures de remplacement aux mesures de contrôle (24).

En raison d'une controverse sur le statut des substances chimiques – mesures de contrôle ou mesures thérapeutiques – sur laquelle nous avons fait le point en 2010 (25), le MSSS les a systématiquement exclues de ses publications jusqu'à récemment. Le ministère avait annoncé la mise sur pied d'un comité de travail chargé d'élaborer des lignes directrices spécifiques pour les substances chimiques dès 2002. Suite à ses enquêtes, la Protectrice du citoyen a déploré à différentes reprises la lenteur du ministère dans ce dossier (20,26-28). En 2015, le ministère publie la mise à jour de son *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, où figurent les substances chimiques (3).

L'objectif de cet article est de faire le point sur l'encadrement actuel des substances chimiques utilisées à des fins de contrôle à la lumière de ce cadre de référence et d'en questionner la portée¹ à la lumière des débats scientifique, éthique, politique et juridique. Nous commencerons par dresser un bref portrait de l'utilisation de la médication en psychiatrie, et plus particulièrement en milieu hospitalier. Nous retracerons ensuite l'historique de la controverse concernant l'inclusion des substances chimiques à titre de mesure de contrôle dans la LSSSS depuis 1998. Nous nous intéresserons finalement aux cadres juridique et ministériel actuels, notamment le cadre de référence révisé, et nous verrons comment différentes contradictions ont pour effet de mettre en cause le statut juridique des substances chimiques utilisées à des fins de contrôle.

L'utilisation de la médication en psychiatrie : thérapie ou contrôle?

L'utilisation de l'isolement et des contentions comporte des risques pour les personnes qui les subissent, tels que des suicides en chambre d'isolement, des étouffements liés au matériel de contention, des arrêts respiratoires et cardiaques dus à l'utilisation de la force, etc. (3,29-31). D'autres effets tels que les hallucinations, l'anxiété, la détresse ou la remémoration d'événements traumatisants ont également été documentés (3,11-16).

Or cette utilisation est également traumatique pour le personnel des établissements de santé qui rapporte détresse, angoisse et culpabilité (32-33). Les recherches démontrent à cet égard que l'utilisation de l'isolement et, dans certains cas, des substances chimiques utilisées à des fins de contrôle, est considérée comme moins coercitive et moins problématique pour la relation thérapeutique puisqu'elle n'implique pas le même niveau de coercition et de violence que les contentions (19-20,34). Les recherches démontrent également que l'isolement, et surtout les contentions, sont souvent utilisées en combinaison avec des substances chimiques, ce qui permettrait de faciliter l'application de l'ensemble des mesures et éventuellement de mettre fin plus rapidement à l'épisode de crise (35). Certains usagers affirment également se sentir moins contraints par la médication que par l'isolement ou les contentions (12,19,36). Cette opinion n'est cependant pas partagée par tous (14).

Des recherches menées en milieux psychiatriques démontrent plusieurs types d'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle. Elles sont notamment utilisées à l'urgence pour réduire l'agitation avant qu'une évaluation psychiatrique n'ait été réalisée (37) et pour contrôler le comportement d'un usager agressif ou violent (38). Deux classes de médicaments psychotropes sont utilisées à des fins de contrôle en fonction de l'état d'agressivité ou d'agitation : les antipsychotiques et les anxiolytiques (35). La majorité de cette médication est prescrite sous la forme de médication au besoin (« PRN ») dont la décision d'application revient au personnel infirmier. Selon les recherches, la médication administrée de force représente entre 10% et le quart de la médication utilisée dans les milieux psychiatriques (37,39,40). Les pratiques sont cependant très variables en fonction notamment des caractéristiques des unités de soins (39) et des usagers. Des études ont ainsi démontré que l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle, de même que de l'isolement et des contentions, est plus fréquente pour les usagers jeunes, masculins, psychotiques et issus de l'immigration (41,42).

La littérature scientifique est mitigée sur le statut et l'utilité de cette forme d'utilisation de la médication, entre traitement et contrôle. Pour certains, le traitement est directement lié à l'état de santé et la médication, si elle est prescrite suite à une évaluation qui donne lieu à un plan d'intervention, constitue un traitement et non une mesure de contrôle (12). Pour d'autres, le fait qu'une évaluation ait eu lieu et qu'une médication figure au plan d'intervention n'écarte pas la possibilité que son utilisation constitue une mesure de contrôle, à partir du moment où elle vise à immobiliser ou à imposer une sédation (43). D'autres encore parlent de mesure de contrôle à partir du moment où la médication est administrée en réaction à un comportement en dehors de toute indication strictement thérapeutique. Ainsi, l'utilisation de la médication qui ne viserait pas à agir directement sur une condition psychiatrique serait considérée comme une mesure de contrôle (44). D'autres auteurs, au contraire, considèrent plutôt que toute forme d'utilisation de la médication – suite à une évaluation ou non, liée directement à un diagnostic ou non – est un traitement (45). Dans cette perspective, les symptômes psychiatriques étant directement liés aux comportements, agir sur le comportement serait nécessairement une mesure thérapeutique.

¹ Bien que les mesures de contrôle, et notamment les substances chimiques, soient utilisées dans une pluralité de milieux de soins, cette réflexion aura pour cadre la pratique psychiatrique. La recherche démontre en effet que la littérature scientifique, les publications des établissements de santé et les enquêtes de la Protectrice du citoyen portant sur l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle concernent très majoritairement les milieux psychiatriques et, dans une moindre mesure, gériatriques.

La controverse qui transparaît dans la littérature scientifique internationale sur le statut des substances chimiques – mesures thérapeutiques ou de contrôle – correspond en tout point à la nature de la controverse suscitée par la mise en œuvre de l'article 118.1 de la LSSSS au Québec.

La controverse sur les substances chimiques utilisées à des fins de contrôle

Les travaux parlementaires menant à l'adoption de l'article 118.1 de la LSSSS (4) ont lieu en 1997, au moment des débats menant à la promulgation de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (ci-après LPPEM) (46). Ils suivent également les importants débats ayant menés à la réforme du *Code civil du Québec* par laquelle les dispositions sur l'intégrité et les soins ont été entièrement revues (47). Il semble que le projet initial ait été d'intégrer la disposition sur les mesures de contrôle dans la LPPEM; mais puisque les mesures de contrôle trouvent application dans divers milieux de santé, elle a finalement été ajoutée à la LSSSS.

Durant les audiences en commission parlementaire, des avis contraires avaient déjà été exprimés au sujet de l'inclusion, dans la disposition sur les mesures de contrôle, des substances chimiques au même titre que l'isolement et les contentions. Soulignons les positions divergentes des différentes associations professionnelles dont l'Ordre des infirmiers et infirmières (OIIQ), l'Association des médecins psychiatres (AMPQ) et le Collège des médecins (CMQ) (25). Pour l'OIIQ, les médecins étant les seuls à pouvoir diagnostiquer et prescrire (48), les substances chimiques doivent faire l'objet de dispositions particulières, notamment au regard du rôle que pourrait avoir le personnel infirmier dans leur administration et leur surveillance. Pour l'AMPQ, l'utilisation de la médication constituant un « privilège thérapeutique », « on peut laisser au médecin la décision des quantités et la façon d'utiliser les médicaments, considérations strictement médicales » (49, p.69); elle ne peut donc pas être soumise au même cadre juridique que l'isolement et les contentions. Le CMQ, au contraire, s'est montré favorable à l'inclusion des substances chimiques à l'article 118.1 de la LSSSS.

En 2002, le MSSS publie ses Orientations ministérielles dans lesquelles il s'engage à constituer un comité de travail visant l'élaboration de lignes directrices spécifiquement pour encadrer l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle (21). Le dépôt de ces lignes directrices est prévu pour juin 2003 (50). Or, en 2004, le CMQ publie un énoncé de position complètement contraire à sa position initiale, affirmant que l'utilisation de la médication vise des objectifs thérapeutiques même lorsqu'elle n'est pas associée au traitement d'une maladie ou de symptômes. Le cadre applicable en matière de mesures de contrôle, notamment le critère d'utilisation « minimale et exceptionnelle », ne pourrait donc pas trouver application (51). Par la suite, les différentes publications du MSSS sur les mesures de contrôle sont silencieuses au sujet des substances chimiques, laissant les établissements de santé déterminer s'ils les incluent ou non dans leurs protocoles. Leur analyse démontre à cet égard une disparité qui subsiste encore aujourd'hui (50).

Suite aux plaintes reçues des usagers du système de santé et des résultats de ses enquêtes, la Protectrice du citoyen sonne l'alarme à plusieurs reprises. En 2007, elle demande expressément au MSSS de « baliser la notion de substance chimie en tant que mesure de contrôle » (52, p.288). L'année suivante, relevant diverses difficultés de mise en œuvre des protocoles d'application des mesures de contrôle dans les établissements de santé, et plus particulièrement en psychiatrie, elle « juge inacceptable le report continu de l'adoption des lignes directrices sur les mesures de contrôle que sont les substances chimiques initialement prévues pour juin 2003 » (53, p.90). À partir de 2008, la Protectrice du citoyen recommande presque chaque année au MSSS d'encadrer le recours aux substances chimiques comme mesure de contrôle et se dit à plusieurs reprises insatisfaite du suivi donné à cette recommandation. En 2013, dans son rapport annuel, elle se dit impatiente de prendre connaissance du cadre de référence révisé que le MSSS annonce pour l'automne de la même année. L'année suivante, dans un discours, la Protectrice du citoyen affirme que le projet de lignes directrices balisant spécifiquement l'utilisation des substances chimiques semble avoir été abandonné :

Selon nos plus récentes informations, il aurait été convenu d'intégrer la question de l'encadrement des substances chimiques au cadre de référence actuel, au même titre et selon les mêmes critères que les contentions physiques. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui se range derrière l'avis du Collège des médecins, ce n'est pas le médicament ou la substance chimie qui fait la contention, mais bien l'intention derrière son utilisation. De ce fait, le recours aux substances chimiques ne peut être spécifiquement encadré, tel qu'il était prévu initialement. C'est donc l'intention qui doit plutôt être encadrée, ce qui est notamment la raison d'être du cadre de référence. (28)

Il faut attendre mars 2015 pour que le MSSS publie l'édition révisée de son Cadre de référence (3). L'objectif de cette révision est double : d'abord « insérer la notion de substance chimie utilisée comme mesure de contrôle » (3, p.1), puis harmoniser le cadre en matière de compétences réservées. Soulignons notamment que les infirmières praticiennes spécialisées ont acquis depuis 2003 la possibilité de poser plusieurs actes réservés aux médecins, notamment celui de prescrire de la médication (54,55). Notons également que la position du CMQ semble également avoir changé. D'après un article diffusé dans le bulletin *Le Collège* en 2011, l'énoncé de position publié en 2004 n'est plus « valide » (56); il n'est d'ailleurs plus disponible sur son site internet. Cependant, le CMQ ne l'ayant pas officiellement remplacé et n'ayant publié aucune recommandation officielle à l'attention de ses membres, il est impossible à ce jour de connaître sa position officielle.

La publication de la version révisée du *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* (3) doit donc mettre fin à plus de dix ans de controverse en plus de répondre aux besoins spécifiques d'encadrement liés à l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle.

L'ambiguïté du statut juridique des substances chimiques utilisées à des fins de contrôle

En droit, les soins sont définis comme « toutes espèces d'examen, de prélèvements, de traitements ou d'interventions, de nature médicale, psychologique ou sociale, requis ou non par l'état de santé, physique ou mentale » (57). S'il apparaît évident que les mesures de contrôle, et *a fortiori* les substances chimiques, constituent des soins en droit, la superposition problématique des cadres juridiques général et spécifique, de même que leur interprétation ambiguë contribuent à entretenir la controverse à savoir si elles constituent, ou non, des mesures thérapeutiques.

L'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle est en effet soumise à un double cadre juridique : un premier cadre, général, concernant les soins, et un second cadre, spécifique, régissant les mesures de contrôle (4,47). Or ces deux cadres sont contradictoires dans la mesure où ils sont divergents quant à l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé avant d'appliquer les mesures de contrôle. La révision du cadre de référence était l'opportunité de clarifier les indéterminations introduites par les Orientations ministérielles publiées en 2002 et par le premier Cadre de référence émis en 2011, notamment quant aux contextes d'application des mesures de contrôle (1,21). Or, au contraire, le cadre révisé non-seulement ne fait pas ces clarifications, mais introduit de nouvelles difficultés liées aux actes réservés.

Cadre juridique concernant les soins

L'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle est soumise aux mêmes exigences légales que tout traitement, soit aux principes généraux du droit civil concernant les soins. L'autodétermination en est le fondement, et le consentement libre et éclairé doit être sollicité à chaque fois que des soins sont proposés; en corolaire, le refus de soins libre et éclairé doit impérativement être respecté (4,49). La divulgation complète d'information et l'obtention d'un consentement libre et éclairé sont également des obligations déontologiques pour les professionnels de la santé (58,59).

Les informations à divulguer afin de permettre la prise de décision relative aux soins concernent la nature et l'objectif du traitement proposé, les risques, les effets et les bénéfices qui y sont associés, la procédure, la conséquence de l'absence de traitement et les alternatives possibles (63). La LSSSS prévoit que, lors de l'élaboration de son plan d'intervention, l'usager doit « être informé sur [...] les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que [sur] les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant » (4, art 8).

Concernant plus spécifiquement les mesures de contrôle, les professionnels doivent discuter avec les usagers des motifs justifiant l'utilisation, en dernier recours, d'une mesure de contrôle; des risques qui lui sont inhérents et des modalités d'application (durée et fréquence de révision notamment) (1,22).

Le consentement ou le refus est considéré comme « libre » lorsqu'il est dénué de toute contrainte induite (crainte, menace, pression, promesse); il est considéré comme « éclairé » lorsque l'usager a eu accès à l'ensemble de l'information pertinente permettant de faire un choix, dans un langage qu'il comprend et de façon claire (22,61). Le consentement à des soins peut être révoqué à tout moment.

Pour exprimer un consentement ou un refus de soins libre et éclairé, l'usager doit être en mesure de comprendre et d'évaluer les informations transmises, d'arrêter une décision en fonction de ses besoins et d'exprimer cette décision. L'impossibilité de le faire constitue l'inaptitude à consentir aux soins. L'inaptitude à consentir aux soins ne dispense aucunement les professionnels de la santé d'obtenir un consentement : il faudra alors recourir au consentement substitué, donné par le représentant légal ou la personne habilitée à consentir pour le patient (47). Comme l'aptitude à consentir aux soins peut fluctuer dans le temps et être influencée par plusieurs facteurs comme la médication, l'anxiété ou les effets de la maladie, elle doit être réévaluée à chaque intervention, même pour des patients sous régime de protection (61). Bien que la personne qui donne son consentement pour autrui doive le faire dans le meilleur intérêt de l'usager, la volonté de l'usager inapte à consentir aux soins doit au minimum être sollicitée, au mieux respectée (47).

Il existe quelques exceptions au principe du consentement aux soins dont celle de l'urgence médicale, soit l'atteinte irréversible à l'intégrité ou à la vie en raison d'un état clinique grave dont le pronostic ne permet pas la mise en place de démarches pour obtenir un consentement. Ainsi, l'article 13 du *Code civil du Québec* prévoit qu'« [e]n cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile ».

Encadrement de l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle

En 2002, dans ses Orientations ministérielles, le MSSS définissait l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle comme « consist[ant] à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (21). Le Cadre de référence révisé en 2015 précise qu'il s'agit de médicaments dont l'usage n'est pas standard en fonction de la condition

médicale, dont l'effet est la limitation de la liberté de mouvement et qui sont généralement utilisées dans le but de gérer un comportement (3). La distinction entre l'utilisation de la médication à des fins thérapeutiques et à des fins de contrôle est donc liée à l'intention du professionnel de la santé – soigner ou contrôler.

Comme pour l'isolement ou les contentions, les substances chimiques ne peuvent être utilisées que dans un contexte de risque imminent, pour empêcher une personne « de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions » (3). Deux contextes d'intervention sont possibles : les contextes d'intervention planifiée ou non planifiée. Ici le Cadre de référence révisé ne fait que reprendre le contenu des Orientations ministérielles de 2002 et ne propose rien de spécifique pour les substances chimiques.

Le contexte d'intervention planifiée est celui où l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle, à l'instar de l'isolement ou des contentions, est prévue à l'avance dans le plan d'intervention élaboré en collaboration avec le patient, conformément aux principes prévus dans le Code civil et à la LSSSS (4,47). L'obtention du consentement libre et éclairé de l'utilisateur ou de son représentant légal est donc une condition impérative de l'intervention planifiée. La décision d'appliquer des mesures de contrôle en contexte planifié se fait en cinq étapes : 1) évaluer la situation en tentant notamment d'identifier les causes du comportement problématique; 2) analyser et interpréter les informations à la lumière du jugement clinique; 3) planifier les interventions en favorisant les mesures de remplacement et en sollicitant la participation du patient; 4) communiquer le plan d'intervention à l'utilisateur et obtenir son consentement libre et éclairé; et 5) réévaluer l'état de l'utilisateur et l'efficacité du plan d'intervention (1). Bien entendu, même si un utilisateur a donné son consentement à l'utilisation des mesures de contrôle au moment de l'élaboration du plan d'intervention, il peut exprimer son désaccord au moment de leur application. Dans ce cas, si l'application des mesures de contrôle s'avère nécessaire, il faudra procéder par le moyen de l'intervention non planifiée.

Les Orientations ministérielles et le Cadre de référence révisé prévoient la possibilité d'utiliser les mesures de contrôle sans le consentement libre et éclairé de l'utilisateur, voire en dépit de son refus. Cette possibilité s'explique par l'urgence de la situation qui « survient de façon imprévisible et [...] présente un risque imminent de danger pour la vie ou l'intégrité de la personne ou d'autrui » (3, p.6).

Le Cadre de référence révisé ne prévoit cependant qu'une seule situation, soit celle où le comportement n'a pas pu être prévu : « si ce comportement ne s'est pas manifesté antérieurement, ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement, c'est donc un comportement inhabituel et par conséquent non prévu » (3, p.5). Le cadre révisé stipule, en s'appuyant sur l'exception prévue à l'article 13 du Code civil, que dans ce contexte, le consentement « n'est pas obligatoire » (3, p.6). L'intervention non planifiée devra être suivie, comme l'intervention planifiée, d'une analyse postsituationnelle. Cette analyse doit permettre d'intégrer dans le plan d'intervention des mesures de remplacement et des mesures de contrôle, le cas échéant (21). Le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant légal doit alors être obtenu pour toute intervention ultérieure (3). Or il apparaît que le cadre révisé, à l'instar de la documentation antérieure du MSSS, fait l'impasse sur la situation la plus problématique susceptible de survenir en contexte d'intervention non planifiée : celle où l'utilisateur oppose un refus. Rappelons que le refus de soins libre et éclairé doit être respecté, peu importe ses conséquences, y compris le décès. Ce principe est solidement établi par la jurisprudence depuis 1992 (62).

L'exception d'urgence médicale prévue à l'article 13 du Code civil, et sur laquelle le MSSS s'appuie, prévoit que le consentement libre et éclairé « n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou [que] son intégrité [est] menacée » et que le consentement « ne peut être obtenu en temps utile ». Pour le CMQ : l'urgence se définit comme une situation où la vie (ou l'intégrité d'un membre) de la personne est en danger immédiat. Il s'agit d'une condition d'exception à l'obtention du consentement, et non d'un congé de consentement. En effet, chaque fois que le patient peut consentir, même si c'est une urgence, ce consentement est requis (63).

Ainsi, l'exception de l'article 13 concerne les situations où l'urgence ne permet pas d'informer et d'obtenir le consentement : c'est donc une question de temps. Or l'analyse de la littérature scientifique sur les mesures de contrôle (64), et sur les substances chimiques en particulier (33-35,40-42,65), ne permet pas de conclure que l'intervention non planifiée corresponde à cette exception.

D'abord, la situation d'urgence qui prévaut en contexte d'intervention non planifiée ne paraît pas nécessairement liée à un danger pour la santé ou l'intégrité comme le prévoit l'article 13, les documents ministériels faisant référence tantôt au « risque imminent de danger pour la vie ou l'intégrité », tantôt à la « sécurité immédiate de la personne et de son entourage » (3). Ainsi, au contraire de l'article 13, l'intervention non planifiée est possible lorsque le danger est seulement anticipé, et non lorsqu'il est constaté. Le Cadre de référence révisé fait d'ailleurs référence à la notion de « risque » plus souvent qu'à la notion de « danger ». Or, si le danger correspond à une menace claire qui peut se constater par des faits, le risque est au contraire, par nature, potentiel et éventuel (66,67). Il en va de même pour la notion de sécurité qui n'apparaît pas correspondre au danger pour la vie ou l'intégrité.

Ensuite, les conditions exceptionnelles de dispense d'obtention du consentement ne sont pas les mêmes en vertu de l'article 13 du Code civil qu'en contexte d'intervention non planifiée. Concernant l'article 13, le consentement ne peut être obtenu « en temps utile » en raison de l'urgence médicale alors que l'intervention non planifiée permet plutôt de procéder en dépit d'un refus de soins, ce qui n'apparaît pas équivalent. En effet, dans les cas d'urgence médicale, le refus de soins reste possible,

et doit être respecté, notamment par le biais des directives médicales anticipées (68) ou les refus de soins exprimés par avance comme ce peut être le cas pour les Témoins de Jéhovah qui refusent les transfusions sanguines en signant une carte de refus de transfusion qu'ils gardent sur eux en tout temps (69). Il s'agit donc ici d'une impossibilité strictement pratique d'obtenir le consentement. Or l'intervention non planifiée peut avoir lieu malgré un refus : il n'est donc aucunement question d'impossibilité d'obtenir le consentement, mais plutôt de la possibilité de passer outre, même lorsqu'il est clairement exprimé. Il s'avère donc que l'intervention non planifiée peut être appliquée dans le contexte où un danger est seulement anticipé, peu importe le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Le consentement aux soins libre et éclairé étant au cœur du droit civil québécois, les mesures de contrôle appliquées en contexte d'intervention non planifiée peuvent-elles être qualifiées d'interventions médicales, psychologiques ou sociales, et donc correspondre à la définition juridique des soins?

L'indétermination qu'introduit la notion d'intervention non planifiée est renforcée par le fait que l'utilisation de substances chimiques à des fins de contrôle dans ce contexte ne fait pas l'objet d'activités professionnelles réservées. Alors que la décision d'appliquer des mesures de contrôle en contexte d'intervention planifiée ne concerne que certains professionnels de la santé, l'intervention non planifiée est susceptible d'être initiée et appliquée par des ambulanciers, des policiers, du personnel scolaire, des agents de sécurité, des infirmières auxiliaires ou des préposés (70). Ce personnel ne possède pourtant pas nécessairement de compétence en matière de soins.

Les actes réservés

Les documents ministériels établissent une différence entre la décision d'utiliser les mesures de contrôle et la mise en application de cette décision. Ainsi, en contexte d'intervention planifiée, la décision d'utiliser les mesures de contrôle constitue un acte réservé à certains professionnels. La mise en application, qui n'est pas un acte réservé, peut être le fait d'un ensemble de personnes travaillant dans les établissements de santé tels que les préposés et les agents de sécurité (3). En contexte d'intervention non planifiée, cependant, il n'existe pas d'actes réservés concernant l'isolement et les contentions. Les substances chimiques font l'objet d'un traitement différent, mais une lecture simultanée du Cadre de référence révisé et des dispositions pertinentes de la *Loi médicale* et de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* introduit une ambiguïté qui ne permet pas de déterminer si l'application de substances chimiques en contexte d'intervention non planifiée constitue un acte réservé ou non (3,47,54).

Peu importe le contexte d'intervention, la décision d'utiliser des substances chimiques à des fins de contrôle constitue un acte réservé aux médecins et aux infirmières praticiennes spécialisées. Concernant l'application, le Cadre de référence révisé prévoit dans le chapitre sur les actes réservés qu'elle est un acte réservé : « L'application d'une contention chimique est réservée aux personnes autorisées, en conformité avec leur champ d'exercice spécifique, et qui sont habilitées à administrer une médication » (3, p.16). Or, dans le chapitre sur l'élaboration des protocoles d'utilisation des mesures de contrôle, au contraire, il prévoit plutôt que les établissements doivent déterminer qui pourra appliquer les trois mesures :

Le protocole devrait définir le rôle et les responsabilités des différents intervenants dans la démarche entourant l'utilisation d'une mesure de contrôle, et ce, dans le respect de leur champ d'exercice et de leurs activités réservées : [...] personnes autorisées à appliquer une mesure de contrôle (isolement, contention physique et chimique) (3, p.27).

Cette ambiguïté est renforcée par les libellés des lois médicale et sur les infirmières et infirmiers, où l'isolement et les contentions font l'objet de compétences et de dispositions particulières (47,54), alors que l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle n'est pas même mentionnée. Il semble qu'il faille plutôt considérer le droit de « prescrire des médicaments et autres substances » comme reconnaissance de la compétence de décider et d'utiliser de la médication, que ce soit à des fins thérapeutiques ou de contrôle. L'acte de prescrire une médication à des fins thérapeutiques et l'acte de prescrire une médication à des fins de contrôle constitueraient donc un seul et même acte réservé. De cette perspective, il semble que l'utilisation des substances chimiques à des fins de contrôle soit à considérer comme une mesure thérapeutique, en contradiction avec l'article 118.1 de la LSSSS et le Cadre de référence révisé.

Conclusion

Les spécificités de l'intervention non planifiée relativement au consentement et l'absence de compétences réservées pour les substances chimiques en tant que telles mettent en question leur statut juridique. En effet, alors qu'elles correspondent à la définition juridique des soins, leurs modalités de mise en œuvre créent une ambiguïté que n'a pas contribué à régler la révision du *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*, bien au contraire. Ainsi on ne peut que déplorer l'absence de réflexion structurelle sur les contradictions évidentes entre les dispositions concernant les soins et celles concernant les mesures de contrôle, et plus particulièrement les substances chimiques. Ces contradictions, vingt ans après l'entrée en vigueur de l'article 118.1 de la LSSSS, ne font que démontrer l'absence de volonté politique à agir en conformité avec les objectifs de réduction, voire d'élimination, pourtant annoncés et réitérés par le MSSS.

Remerciements

Je remercie les assistantes de recherche qui ont contribué à la revue de la littérature de même que les réviseurs qui ont contribué substantiellement à améliorer le texte.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Responsabilités des évaluateurs externes

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Édition/Editors: Sihem Neïla Abtroun & Aliya Affdal

Évaluation/Peer-Review: Marie Hélène Goulet & Etienne Paradis-Gagné

Affiliations

¹ Section de droit civil, Faculté de droit, Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

Correspondance / Correspondence: Emmanuelle Bernheim, Emmanuelle.Bernheim@uottawa.ca

Reçu/Received: 21 Feb 2019 **Publié/Published:** 30 Oct 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

Acknowledgements

I thank the research assistants who contributed to the literature review as well as the reviewers who made a substantial contribution to improving the text.

Conflicts of Interest

None to declare

Peer-reviewer responsibilities

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Canadian Journal of Bioethics](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement. Québec : mars 2011.
2. A.G. c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau, 2009 QCCQ 5954.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques](#). Québec : Édition révisée, mars 2015.
4. [Loi sur les services de santé et les services sociaux](#), RLRQ, chapitre S-4.2.
5. Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la Loi constitutionnelle de 1982 [annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada, 1982, chapitre 11 (R.-U.)].
6. [Charte des droits et libertés de la personne](#), RLRQ, chapitre C-12.
7. Boulet D. Contentions : quand la protection devient un piège, à qui la faute? In : Service de la formation continue du Barreau du Québec, directeur. Responsabilités et mécanismes de protection. Cowansville : Yvon Blais; 2004. p.127-159.
8. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob, T. [Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints](#). *Psychiatric Q.* 2003;84(4):499-512.
9. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W et al. [A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments](#). *Worldviews Evid Based Nurs.* 2006;3(1):8-18.
10. Gill S, Seitz D. [Association of antipsychotics with mortality among elderly patients with dementia](#). *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15:983-4.
11. Barnett R, Strirling C, Pandyan, A. [A review of the scientific literature related to the adverse impact of physical restraint: gaining a clearer understanding of the physiological factors involved in cases of restraint-related death](#). *Med Sci Law.* 2012;52(3):137-42.
12. Mayers P, Keet N, Winkler G, Flishe, AJ. [Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint](#). *Int J Soc Psychiatry.* 2010;56(1):60-73.
13. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. [Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion](#). *Psychiatr Q.* 2012;83(1):1-13.
14. Fabris E, Aubrecht K. Chemical constraint: experiences of psychiatric coercion, restraint, and detention as carceral techniques. In: Ben-Moshe L, Chapman C, Carey AC, eds. *Disability Incarcerated - Imprisonment and Disability in the United States and Canada*. New York: Palgrave Macmillan; 2014. p.185-199.
15. Strout TD. [Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature](#). *Int J Ment Health Nurs.* 2010;19(6):416-27.
16. Holmes D, Murray SJ, Knack N. [Experiencing seclusion in a forensic psychiatric setting: a phenomenological study](#). *J Forensic Nurs.* 2015;11(4):200-13.

17. Larue C, Dumais A, Boyer R et al. [The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients](#). *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34:317-24.
18. Iversen VC, Sallaup T, Vaaler AE et al. [Patients' perceptions of their stay in a psychiatric seclusion area](#). *J Psychiatr Intensive Care* 2011;7(1):1-10.
19. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez J et al. [Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: a systematic review](#). *Can J Psy*. 2018;63(2):129-44.
20. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. [Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review](#). *Front Psychiatry*. 2019;10:1-19.
21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelles des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques](#). Québec : décembre 2002.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Plan d'action. Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelles des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques](#). Québec : décembre 2002.
23. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Programme de formation : vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement](#). Québec : janvier 2006.
24. Ministère de la Santé et des Services sociaux. [Aide-mémoire sur les mesures de remplacement de la contention et de l'isolement](#). Québec : janvier 2008.
25. Bernheim E. [La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ?](#) *Santé mentale au Québec*. 2010;35(2):163-84.
26. Protecteur du citoyen. [Rapport annuel d'activité 2011-2012](#). Québec : novembre 2012.
27. Protecteur du citoyen. [Rapport annuel d'activité 2012-2013](#). Québec : septembre 2013.
28. Protecteur du citoyen. *Mesures de contrôle en milieu psychiatrique et droits humains*. Discours prononcé le 24 février 2014.
29. B.H. c. *Centre hospitalier régional de Baie-Comeau*, 2009 QCCS 585
30. [Bureau du coroner](#). Québec.
31. Santé Canada. [Les lits d'hôpitaux pour adultes : Risque de piégeage des patients, fiabilité du verrouillage des barrières et autres risques](#). Ottawa: mars 2008.
32. Thurmond JA. [Nurses' perceptions of chemical restraint use in long-term care](#). *Appl Nurs Res*. 1999;12(3):159-62.
33. Johnson MS, Kilty JM. ["It's for their own good": Techniques of neutralization and security guard violence against psychiatric patients](#). *Punishment & Soc*. 2016;18(2):177-97.
34. Gerace A. [Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey](#). *Int J Mental Health Nurs*. 2019;28(1):209-25.
35. Zun LS. [Evidence-based treatment of psychiatric patients](#). *J Emerg Med*. 2005;28(3):277-83.
36. Georgieva I, Mulder CL, Wierdsma A. [Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion](#). *Psychiatr Q*. 2012;83(1):1-13.
37. Currier GW, Allen MH. [Emergency psychiatry: physical and chemical restraint in the psychiatric emergency service](#). *Psychiatr Serv*. 2000;51(6): 717-719.
38. Humble F, Berk M. [Pharmacological management of aggression and violence](#). *Hum Psychopharmacol*. 2003;18(6):423-36.
39. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. [A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics](#). *BMC Health Serv Res*. 2010;10:89.
40. Zun LS. [A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department](#). *J Emerg Med*. 2003;24(2):119-24.
41. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. [Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review](#). *J Adv Nurs*. 2008;64(6):538-48.
42. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G et al. [Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study](#). *Psychiatr Serv*. 2011;62(5):492-7.
43. Norton AA. [The captive mind: antipsychotics as chemical restraint in juvenile detention](#). *J Contemp Health Law Policy*. 2012;29(1):152-82.
44. Edwards N, King J, Watling H, Hair SA. [Qualitative exploration of psychotropic medication to manage challenging behaviour in adults with intellectual disability: views of family members](#). *Adv Ment Health Intellect Disabil*. 2017;11(5):207-18.
45. Menon K, Baburaj R, Bernard S. [Use of restraint for the management of challenging behaviour in children with intellectual disabilities](#). *Adv Ment Health Intellect Disabil*. 2012;6(2):62-75.
46. [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#), RLRQ, chapitre P-38.
47. [Code civil du Québec](#), RLRQ, chapitre CCQ-1991.
48. [Loi médicale](#), RLRQ, chapitre M-9.
49. Assemblée nationale du Québec. *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 18 février 1997;35:57.
50. Protecteur du citoyen. [Rapport annuel d'activité 2008-2009](#). Québec : mai 2009.
51. Collège des médecins du Québec. [Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle?](#) Québec; 2004.

52. Bernheim E, Visotzky-Charlebois M, Florea-Echaiz L. Mesures de contrôle : isolement, contentions, substances chimiques. In : Savard AM, Bourassa-Forcier M, Kour, RP, eds. *Jurisclasseur Droit de la santé*. Montréal : Lexis Nexis; 2019. p. 851-81.
53. Protecteur du citoyen. [Rapport annuel d'activité 2007-2008](#). Québec : mai 2008.
54. [Loi sur les infirmières et les infirmiers](#), RLRQ, chapitre I-8.
55. [Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins](#), RLRQ, chapitre M-9, r 13.
56. Collège des médecins du Québec. Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle? Le collège. 2011;51(3):12.
57. Ministère de la Justice. Commentaires du ministre de la Justice, tome 1. Québec : Publications du Québec; 1993.
58. [Code de déontologie des infirmières et infirmiers](#), RLRQ, chapitre I-8, r. 9.
59. [Code de déontologie des médecins](#), RLRQ, chapitre M-9, r. 17.
60. Philips-Nootens S, Kouri RP, Lesage-Jarjoura P. *Éléments de responsabilité civile médicale : Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4^e éd. Cowansville : Yvon Blais; 2016.
61. Kouri RP, Philips-Nootens S. *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd. Cowansville : Yvon Blais; 2017.
62. Nancy B c. Hôtel-Dieu de Québec, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).
63. Collège des médecins du Québec. *Les aspect légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec*. Québec: 2010.
64. D'Obrío B, Wimby G, Haggard, P. [Reducing risk associated with seclusion and restraint](#). *Psychiatr Times*. 2007; 24:48-52.
65. Currier GW. [The controversy over «chemical restraint» in acute care psychiatry](#). *J Psychiatr Pract*. 2003;9(1):59-70.
66. Castel R. *La gestion des risques*. Paris : Éditions de Minuit; 1981.
67. Bernheim E. [Une tension normative irréconciliable : les discours psychiatriques et juridiques sur le risque psychiatriques](#). *RDUS*. 2009;40:32-63.
68. Ménard, J-P. [Les directives médicales anticipées: nouvelle responsabilité des avocats](#). In : Service de la formation continue du Barreau du Québec. Congrès du Barreau du Québec; Juin 2015.
69. Kouri, R, Lemieux, C. [Les témoins de Jéhovah et le refus de certains traitements : problèmes de forme, de capacité et de constitutionnalité découlant du Code civil du Québec](#). *RDUS*. 1995;26:77-132.
70. Office des professions du Québec. [Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines](#). Québec : décembre 2013.