

**MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN
DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ)**

Projet de loi no 115 *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute
autre personne majeure en situation de vulnérabilité*

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

**Le respect des
droits :
réponse à la
maltraitance
systémique!**

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

Santé mentale
Respect Liberté
Promotion Vigilance
Droits Défense
Citoyenneté
Solidarité

Santé mentale
Respect Liberté
Promotion Vigilance
Droits Défense
Citoyenneté
Solidarité

Santé mentale
Respect Liberté
Promotion Vigilance
Droits Défense
Citoyenneté
Solidarité

Janvier
2017



Table des matières

INTRODUCTION	3
CONSIDÉRATIONS GLOBALES	4
LES DÉFINITIONS	7
La définition de la maltraitance.	7
RECOMMANDATION 1 :	7
La définition de personne en situation de vulnérabilité.	8
RECOMMANDATION 2 :	9
LE RECOURS AU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	10
RECOMMANDATION 3	10
LA MALTRAITANCE SYSTÉMIQUE DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, INCLUANT LE SYSTÈME PSYCHIATRIQUE	11
Le non-respect des droits	12
Non aux mesures de contrôle! L'utilisation abusive des mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques)	13
Abolissons les électrochocs!	15
La médicalisation des problèmes sociaux des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité	16
RECOMMANDATION 4	19
CONCLUSION	20

INTRODUCTION

Fondée en 1990, 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.

L'AGIDD-SMQ a développé depuis sa fondation une expertise unique et reconnue dans plusieurs milieux concernant les droits des personnes vivant un problème de santé mentale. Elle porte un regard critique sur les pratiques en santé mentale et s'implique pour le renouvellement de celles-ci.

Son action prend différentes formes : information et formations, mobilisation, prises de position publiques et politiques, organisation de colloques et diffusion de publications sur le respect des droits en santé mentale.

L'Association contribue à ce que les personnes reprennent du pouvoir sur leur propre vie en rendant accessible toute l'information sur leurs droits, leurs recours ainsi que sur la médication. La volonté de l'Association a toujours été de transmettre son expertise afin de sensibiliser un nombre croissant de personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale aux enjeux liés à leurs droits.

Nous rappelons à la Commission que l'AGIDD-SMQ avait déposé un avis lors de la consultation concernant le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées* (PAM) 2017-2022. Vous trouverez dans cet avis plusieurs éléments et exemples sur la bientraitance.

Les recommandations de ce mémoire porteront essentiellement sur les points suivants du projet de loi :

- La définition de la maltraitance.
- La définition de personne en situation de vulnérabilité.
- Le recours au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services.
- L'ajout de la maltraitance systémique :
 - o Le non-respect des droits.
 - o L'utilisation abusive de mesures contrôle (contention, isolement, substances chimiques) et des électrochocs.
 - o La médicalisation des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité.

CONSIDÉRATIONS GLOBALES

Ce projet de loi a pour objet *de lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, notamment dans tout établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) en :

- Édifiant des mesures qui visent notamment à faciliter la dénonciation des cas de maltraitance.
- Favorisant la mise en œuvre d'un processus d'intervention concernant la maltraitance envers les aînés.
- Imposant l'obligation pour un établissement d'adopter et de mettre en œuvre une politique de lutte contre la maltraitance (installations maintenues par l'établissement ou à domicile, ressources intermédiaires, ressources de type familial, résidences privées pour aînés, liées à cet établissement et autres organismes ou ressources que le gouvernement désigne).
- Indiquant que la maltraitance peut être le fait d'une personne œuvrant pour l'établissement ou de toute autre personne.
- Confiant au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement la responsabilité de traiter les plaintes et les signalements effectués dans le cadre de la politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et les personnes en situation de vulnérabilité.
- Prévoyant des mesures à l'égard de la personne qui fait un signalement afin d'assurer la confidentialité des renseignements relatifs à son identité, de la protéger contre des mesures de représailles et de lui accorder une immunité contre les poursuites en cas de signalement de bonne foi.
- Favorisant la complémentarité et l'efficacité des interventions destinées à prévenir la maltraitance, à la repérer et à lutter contre celle-ci.
- Définissant la nature de la menace et la notion de « blessures graves » dans les dispositions qui autorisent une personne à communiquer des renseignements personnels, sans le consentement de la personne concernée, afin de prévenir un acte de violence.
- Habilitant le gouvernement à déterminer, par règlement, les modalités d'utilisation des mécanismes de surveillance, tels des caméras ou tout autre moyen technologique, dans les lieux visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Tout en étant d'accord avec le principe de ce projet de loi, nous considérons qu'il n'est qu'un premier pas dans la lutte contre la maltraitance. Nous aurions souhaité une couverture gouvernementale semblable à *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (L.R.Q., chapitre L-7)*, ayant pour objectif de « *guider le gouvernement et l'ensemble de la société québécoise vers la planification et la réalisation d'actions pour combattre la **maltraitance**, en prévenir les causes, en atténuer les effets sur les individus et les familles, contrer l'exclusion sociale et tendre vers un Québec **sans maltraitance**.*¹ »

L'article 16 (1^{er} alinéa) de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*² est précis en ce sens :

Droit de ne pas être soumis à l'exploitation, à la violence et à la maltraitance.

1. *Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, sociales, éducatives et autres mesures appropriées pour protéger les personnes handicapées, à leur domicile comme à l'extérieur, contre toutes formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, y compris leurs aspects fondés sur le sexe.*

Nous saluons le fait que les personnes majeures en situation de vulnérabilité aient été considérées dans ce projet de loi et le fait que le terme utilisé est « personne majeure en situation de vulnérabilité » plutôt que personne vulnérable.

Nous sommes satisfaits que la politique de lutte contre la maltraitance comporte au moins l'obligation des éléments suivants :

- ✓ Une personne responsable de sa mise en œuvre.
- ✓ Des activités de sensibilisation, d'information ou de formation pour prévenir la maltraitance.
- ✓ Des mesures pour assurer la confidentialité des renseignements permettant d'identifier toute personne qui effectue le signalement d'un cas de maltraitance.
- ✓ Des modalités applicables pour que toute autre personne, y compris une personne qui n'œuvre pas pour l'établissement, puisse signaler un cas de maltraitance.
- ✓ Des mesures de soutien disponibles pour aider une personne à formuler une plainte ou à effectuer un signalement.

¹ Nous avons remplacé le mot pauvreté par maltraitance en paraphrasant l'article 1 de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale, L.R.Q., c. L-7*.

² ONU, <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

- ✓ Des modalités pour porter plainte en cas de maltraitance.
- ✓ Des sanctions qui pourraient, le cas échéant, être appliquées devant un constat de maltraitance.
- ✓ Le suivi qui doit être donné à toute plainte ou à tout signalement.
- ✓ Des adaptations nécessaires à son application par une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial ou par une résidence privée pour aînés, visées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nous regrettons toutefois que le recours envisagé soit le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services. Ce point sera traité plus loin.

LES DÉFINITIONS

La définition de la maltraitance.

Le projet de loi définit la maltraitance par : *un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause du tort ou de la détresse à une personne.*

Le projet de loi, plutôt que de résumer la définition de l'OMS concernant les personnes âgées, devrait l'utiliser dans son intégralité pour les personnes âgées et les personnes en situation de vulnérabilité. Cela permettrait, d'une part, de définir diverses formes de maltraitance et, d'autre part, d'inclure la négligence. De plus, cette définition légitimerait le fait de travailler sur l'abolition de pratiques institutionnelles qui provoquent de la maltraitance.

À l'échelle mondiale, de nombreuses personnes âgées courent un risque de maltraitance.

Environ 4 à 6 % des personnes âgées dans les pays développés ont été victimes d'une forme ou une autre de maltraitance à domicile. La maltraitance en institution recouvre le recours à la contrainte physique à l'encontre des patients, l'atteinte à leur dignité (par exemple en négligeant de changer leurs vêtements souillés) et le manque intentionnel de soins (entraînant par exemple l'apparition d'escarres). La maltraitance des personnes âgées peut provoquer de graves traumatismes physiques et avoir des conséquences psychologiques durables.³

RECOMMANDATION 1 :

L'AGIDD-SMQ propose la définition suivante de la maltraitance, basée sur la définition de l'OMS⁴ :

La maltraitance consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. La maltraitance en institution recouvre le recours à la contrainte physique à l'égard des patients, le non-respect de leur dignité – par exemple en négligeant de

³OMS, <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>

⁴ OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>

changer leurs vêtements souillés – et de leur liberté de choix concernant la vie quotidienne, le manque intentionnel de soins (entraînant par exemple l'apparition d'escarres), l'abus ou le défaut de traitement médicamenteux, ainsi que la négligence et la violence morales.

La définition de personne en situation de vulnérabilité.

Tout en ayant fait le choix d'utiliser les termes « *personne en situation de vulnérabilité* », ce qui offre une plus grande portée, la définition proposée dans ce projet de loi est très limitative : *une personne majeure dont la capacité de demander ou d'obtenir de l'aide est limitée temporairement ou de façon permanente, en raison notamment d'une contrainte, d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, lesquels peuvent être d'ordre physique, cognitif ou psychologique.*

Cette définition est particulièrement restrictive : uniquement en lien avec la limitation de la capacité de la personne et sur des caractéristiques individuelles liées à des problèmes de santé. Est-ce à dire qu'une personne qui vivrait de la maltraitance, mais qui aurait la capacité de demander de l'aide, serait exclue de la loi? Ou qu'une personne qui vivrait de la maltraitance, mais qui n'aurait pas de contrainte liée à la maladie, à des blessures ou à un handicap, serait elle aussi exclue?

De plus, puisque ce projet de loi s'adresse essentiellement aux *services de santé et des services sociaux, que ces services soient rendus dans une installation maintenue par l'établissement ou à domicile*, le minimum serait d'établir une concordance avec les déterminants sociaux de la santé.

L'OMS les définit comme *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local*⁵.

Le gouvernement du Québec indique :

La carte de la santé et de ses déterminants comprend quatre champs déployés en cercles concentriques autour de l'élément central, auquel ils contribuent : l'état de santé de la population. Ces quatre champs sont :

- *les caractéristiques individuelles;*

⁵ OMS, http://www.who.int/social_determinants/fr/

- les milieux de vie;
- les systèmes;
- le contexte global.

Tous les déterminants de la santé se retrouvent dans l'un ou l'autre de ces champs. L'analyse des déterminants de la santé se situe dans le temps, puisque les déterminants changent, et dans l'espace, puisque l'importance relative d'un déterminant peut varier d'un lieu à un autre⁶.

Cela veut dire que les déterminants sociaux ont un impact durant toute notre vie et que l'environnement, que ce soit l'État, les politiques, les lois, les règlements, la communauté, la famille, le statut, le genre, le réseau social, le milieu de l'éducation et du travail ou les conditions économiques, aura une influence importante sur notre santé.

RECOMMANDATION 2 :

L'AGIDD-SMQ propose la définition suivante de « personne en situation de vulnérabilité » :

En tenant compte de leur extrême diversité et situation, toute personne majeure susceptible de vivre de la maltraitance et de la violence institutionnelle, notamment par un non-respect des droits et par la non-réalisation des déterminants sociaux de la santé.

⁶ QUÉBEC, *La santé et ses déterminants – Mieux comprendre pour mieux agir*, page 6, 2012.

LE RECOURS AU COMMISSAIRE LOCAL AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

L'alinéa 4 de l'article 16 de la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* précise :

Afin de prévenir toutes les formes d'exploitation, de violence et de maltraitance, les États Parties veillent à ce que tous les établissements et programmes destinés aux personnes handicapées soient effectivement contrôlés par des autorités indépendantes.

Le mandat du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est défini à l'article 33 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS). Il est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Il a uniquement un pouvoir de recommandation. 45 jours peuvent être nécessaires avant de recevoir le résultat de son enquête. Bien qu'ayant une certaine indépendance dans le cadre de la LSSSS, celle-ci ne se reflète pas toujours sur le terrain. Ses ressources humaines et financières sont limitées.

Nous considérons qu'une nécessaire impartialité serait plus facile, à la fois pour porter plainte et également pour tout ce qui entoure la dénonciation de maltraitance.

RECOMMANDATION 3

Afin d'améliorer l'impartialité du régime d'examen des plaintes et d'assurer une saine distance avec les dispensateurs de services, l'AGIDD-SMQ recommande que les commissaires aux plaintes et à la qualité des services soient indépendants des conseils d'administration des CISSS ou CIUSSS, qu'ils relèvent du Protecteur du citoyen et que ce dernier bénéficie des ressources humaines et financières nécessaires à la réalisation de ce nouveau mandat.

LA MALTRAITANCE SYSTÉMIQUE DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, INCLUANT LE SYSTÈME PSYCHIATRIQUE

L'article 3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux indique :

Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° le respect de l'usager et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'usager doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

4° l'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Le projet de loi n'aborde pas la maltraitance systémique incluant la violence institutionnelle. Notre expertise concernant les personnes vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, abonde, malheureusement, de témoignages et de faits reflétant ces violences.

Quatre sujets concernant ces types de maltraitance sont récurrents depuis plus de 20 ans et certains sont même en expansion :

- o Le non-respect des droits et libertés de la personne.
- o L'utilisation des mesures contrôle (contention, isolement, substances chimiques).
- o Le recours aux électrochocs.
- o La médicalisation des difficultés et des problèmes sociaux.

Le non-respect des droits

Tous les établissements doivent avoir une approche fondée sur les droits humains et cette approche doit être transversale et se traduire dans les pratiques.

Une approche de la santé fondée sur les droits de l'homme fournit des stratégies et des solutions pour affronter et rectifier les inégalités, les pratiques discriminatoires et les rapports de force injustes, qui sont souvent au cœur de l'inégalité des résultats sanitaires.

Une approche fondée sur les droits de l'homme vise à ce que l'ensemble des politiques, des stratégies et des programmes de santé soient conçus de façon à améliorer peu à peu la jouissance par tous du droit à la santé⁷.

La connaissance, le respect et l'exercice des droits des citoyens, citoyennes sont loin d'être acquis. Le projet de loi doit faire la promotion d'une culture de droit en tant que principe et valeur et s'assurer que des mesures seront prises afin que cette culture s'ancre dans la pratique.

En effet, plusieurs pratiques institutionnelles compromettent les droits fondamentaux des personnes, tels l'intégrité et l'inviolabilité de la personne, la liberté de la personne, le droit à l'information, le droit au consentement aux soins, le droit à la participation, le droit à des services adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

Plusieurs témoignages nous indiquent des pratiques de maltraitance :

- Infantilisation.
- Non-écoute.
- Manque d'hygiène.
- Violence physique et verbale.
- Applications abusives de mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques).
- Absence d'information lors de prescriptions de médicaments psychotropes.
- Prescriptions abusives de psychotropes.
- Utilisation de menaces ou contraintes pour obtenir le consentement aux soins.
- Perte de la dignité et de l'inviolabilité de la personne.
- Surutilisation d'autorisations judiciaires de soins et de leur renouvellement, sans la présence de la personne concernée.

⁷ ONU, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale N° 20, La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels*; 2009.)

Non aux mesures de contrôle! L'utilisation abusive des mesures de contrôle (contention, isolement, substances chimiques)

Les mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques sont des mesures d'exception qui dérogent aux chartes québécoise et canadienne des droits et libertés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit de nombreux outils afin de les encadrer.

Il précisait notamment, dans ses Orientations ministérielles, en 2002 :

« De plus, sur la base de résultats positifs, obtenus à ce jour dans plusieurs milieux, il devenait nécessaire de proposer clairement à l'ensemble des organismes concernés un objectif de réduction maximale d'utilisation de ces mesures, voire ultimement d'élimination, et ce, par la mise en place de mesures de remplacement efficaces et respectueuses des personnes. »

« Les substances chimiques, la contention et l'isolement constituent des mesures de contrôle de dernier recours dont l'utilisation doit être limitée dans le temps et qui doivent être employées avec la plus stricte parcimonie, lorsque tous les autres moyens ont échoué et que la sécurité immédiate de la personne ou de son entourage est menacée. »⁸

Selon le document intitulé *Décès accidentels associés à l'usage de contention, Québec, depuis 2000*, obtenu en 2012 du Bureau du coroner en chef et ayant des données incomplètes pour 2010, 2011 et 2012, 21 personnes en sont mortes, dont 17 personnes âgées. « *Strangulation et pendaison accidentelles* », « *matériel dangereux entraînant des chutes* » et « *suffocation* » sont les 3 causes les plus fréquentes.

Selon le *Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*, la répartition des événements déclarés selon le groupe d'âge des usagers indique « *qu'un nombre important d'événements concernent les personnes âgées de 75 ans et plus. En effet, près de 54 % des événements déclarés ont touché un usager appartenant à ce groupe d'âge. De la même façon, tous groupes d'âge confondus, on note un nombre d'événements plus élevé chez les femmes que chez les hommes.*

⁸ QUÉBEC, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques, préambule et page 15*, 2002.

Les chutes et les erreurs liées à la médication sont à l'origine de près de 65 % des déclarations d'incidents ou d'accidents. »⁹

Il faut aussi noter que dans ce document, les événements, entre autres liés au consentement aux soins, au bris de confidentialité et aux mesures de contrôle, sont classés dans la catégorie « autres ». Cette catégorie arrive en 2^e place de type d'événements avec 16.61 %.

Dans la pratique, des mesures d'isolement déguisées sont mises en place : plan de chambre, retrait en chambre, plan de chaise, « la zone », « le module », plan de soin comportemental, diminution des stimuli, période de réflexion, chambre d'observation, retrait sensoriel. Du fait qu'elles ne sont pas répertoriées comme des mesures de contrôle, elles ne sont pas comptabilisées ni inscrites dans le dossier de la personne. Le Protecteur du citoyen, qui a réalisé plusieurs interventions sur ce point, recommande de considérer ces pratiques pour ce qu'elles sont : des mesures d'isolement.

Ces mesures soulèvent des problèmes éthiques et déontologiques. Elles sont dangereuses, ont des impacts nocifs auprès des personnes et placent les personnes intervenantes devant un dilemme éthique. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a très peu investi dans la recherche de solutions alternatives aux mesures de contrôle.

De plus, en 2013, le Rapporteur spécial Juan E. Méndez précise, dans son *Rapport sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*¹⁰, « qu'il ne saurait y avoir de justification thérapeutique au recours à la contention et à l'isolement » dans les établissements de soins.

Il associe ces pratiques à des actes de torture ou à de mauvais traitements. Il indique que l'imposition de l'isolement et de la contention, même pour une courte durée, constitue un traitement cruel, inhumain ou dégradant. Il recommande l'interdiction absolue de ces mesures de contrôle et leur remplacement par des services à l'échelon de la communauté.

Enfin, 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 de madame Lise Brouard et du Collectif de défense des droits de la Montérégie (CDDM) contre le Centre hospitalier régional du Suroît de Valleyfield. Son combat de 10 ans a

⁹ QUÉBEC, *Rapport 2014-2015 des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*, pages 19 et 24, 2015.

¹⁰ ONU, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 1er février 2013, page 15.

confirmé l'existence de pratiques systémiques abusives liées aux mesures de contrôle à l'urgence et en psychiatrie¹¹.

Abolissons les électrochocs!

Il est purement scandaleux de voir que, selon les données de la RAMQ¹², le nombre d'électrochocs administrés au Québec a augmenté de près de 60 % depuis 2011. Ce traitement serait fréquemment effectué sur des personnes qui vivent des situations difficiles, notamment des femmes âgées de 65 et plus. De 8686 traitements en 2013, on passe à 9333 en 2014, pour finir par 10 690 en 2015!

« Cette technique violente, humiliante, qui n'apporte aucun bienfait qui ne peut être obtenu par d'autres moyens et qui, de plus, a des répercussions graves sur la santé physique et mentale des personnes qui la subissent est en recrudescence au Québec (et ailleurs)¹³. »

On nous fait croire que la technique a évolué depuis le film *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, en 1975, parce qu'elle est faite sous anesthésie générale, accompagnée par l'administration d'un relaxant musculaire, avec oxygénation et surveillance constante des signes vitaux. Mais dans les faits, on ne sait toujours pas ce que font ces décharges électriques dans le cerveau. Là encore, le recours à « médecine » de soi-disant dernier recours augmente à une vitesse fulgurante.

De plus, les statistiques démontrent que près des deux tiers sont administrés à des femmes. De ce nombre, les femmes âgées de 65 ans et plus sont les plus susceptibles de subir cette intervention.

Pourquoi le recours aux électrochocs est-il en augmentation sachant qu'ils peuvent causer des dommages cognitifs et des problèmes de mémoire?

Or, aucune justification thérapeutique ne doit permettre des traitements cruels, inhumains ou dégradants. Cela a déjà été dit, en 2008, à l'Assemblée générale des Nations Unies, lors de la présentation du rapport d'activités du Rapporteur spécial contre la torture¹⁴ et réaffirmé en 2013.

¹¹ Le 15 mai est désormais la Journée nationale Non aux mesures de contrôle!

¹² RAMQ, *Nombre de services médicaux relatifs aux électrochocs (sismothérapie et électroconvulsivothérapie) réalisés en établissement de 2013 à 2015*.

¹³ Comité Pare-chocs et Action autonomie, <http://www.actionautonomie.qc.ca/parechocs/>

¹⁴ A/63/175, *Rapport d'activité (28 juillet 2008) du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*.

Ce rapport demande à tous les États, dont le Canada et le Québec qui ont signé la Convention contre la torture, de « *prononcer l'interdiction absolue de toutes les interventions médicales forcées incluant les électrochocs.* » Il recommande des services à l'échelon de la communauté. De tels services doivent répondre aux besoins exprimés par les personnes et respecter leur autonomie, leurs choix, leur dignité et leur intimité.

Comment se fait-il que ce traitement inhumain, cruel et dégradant soit en hausse? Pourquoi ne pas travailler sur les causes de la souffrance plutôt que de malmenier le cerveau? Pourquoi ne pas investir dans les déterminants sociaux de la santé?

L'État a la responsabilité et le devoir de promouvoir, protéger et réaliser les droits humains et les libertés fondamentales. L'inviolabilité de la personne, le droit au respect et le droit au consentement aux soins doivent être réalisés en donnant aux personnes les moyens d'exercer ces droits et tous les autres. C'est vraiment l'opposé qui se passe avec les électrochocs. Comment peut-on s'assurer que la personne donne son consentement de façon libre, sans menace ni contrainte et éclairé, avec toute l'information? Quelles alternatives lui propose-t-on?

La médicalisation des problèmes sociaux des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité

La médicalisation des problèmes sociaux des personnes âgées est une réalité très préoccupante. Elle est exponentielle pour tous les citoyens et citoyennes, tous âges confondus. Celle des personnes âgées et des personnes en situation de pauvreté a aussi des conséquences très graves.

Alors que les médicaments psychotropes devraient être prescrits avec extrêmement de précaution aux personnes âgées, à des doses plus faibles que celle des adultes et, à tout le moins, à la plus petite dose, on s'aperçoit que ce n'est vraiment pas le cas.

Les benzodiazépines (Xanax, Rivotril, Dalmane, Valium, etc.), médicaments prescrits selon leur dosage comme anxiolytiques, somnifères ou anticonvulsivants, ne devraient pas être prescrites pour une période supérieure à 4 semaines¹⁵. Elles sont souvent prescrites en complément d'un neuroleptique ou d'un antidépresseur, parfois les deux. Les benzodiazépines provoquent une grande dépendance physique et psychologique et altèrent le cycle normal du sommeil. Du fait que l'effet diminue avec le temps, les doses augmentent. Elles exercent un effet puissant sur les facultés mentales et physiques en plus des actions thérapeutiques. *En fait, les benzodiazépines influencent directement ou*

¹⁵ Dr David HEALY, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, Italie, Elsevier, octobre 2009, page 159.

indirectement presque tous les aspects de la fonction du cerveau. C'est pour cela qu'elles peuvent également produire des effets nocifs¹⁶.

Or, il est très courant que les personnes les prennent depuis des années et certaines sans réels besoins. En 2009, le Conseil du médicament du Québec estimait que jusqu'à 75 % des personnes âgées en résidences consumaient des benzodiazépines.

Une étude, publiée en 2014 dans le British Medical Journal (BMJ), menée par Sophie Billioti de Gage, chercheuse à l'INSERM, et son équipe, complète ce tableau déjà sombre en démontrant que les benzodiazépines augmentent considérablement le risque de développer la maladie d'Alzheimer¹⁷. Les travaux ont porté sur près de 9000 personnes âgées de plus de 66 ans, qui ont été suivies pendant 6 à 10 ans. Ils ont démontré que la prise quotidienne de psychotropes pendant plusieurs mois augmente le risque de développer une maladie neurodégénérative.

Dans le numéro 91 de février 2015 de « Santé Que Choisir »¹⁸, les résultats d'une analyse de 350 ordonnances de personnes âgées sont très alarmants : au total, ce sont 347 ordonnances de patients de plus de 75 ans, contenant près de 3000 médicaments, qui ont été anonymisées puis analysées, dans le but de quantifier le phénomène de surprescription pour les personnes âgées et ses dangers. En moyenne, les ordonnances collectées dans l'échantillon contenaient 8,6 médicaments, avec un maximum de 21 pour une seule personne ! 4 ordonnances sur 10 étaient potentiellement dangereuses pour les patients âgés. 40 % d'entre elles contenaient un médicament déconseillé aux personnes âgées. La « déprescription » est recommandée.

Plus près de nous, Philippe Voyer, qui enseigne en soins infirmiers à l'Université Laval a réalisé une étude sur la consommation de médicaments chez les personnes âgées atteintes de démence au Québec. « *Aux États-Unis, entre 14 % et 22 % de ces personnes consomment des antipsychotiques. Au Québec, c'est entre 30 % et 50 %, et ça peut aller jusqu'à 56 % à 60 % dans certains groupes.*¹⁹ »

¹⁶ AGIDD-SMQ, formation *L'Autre côté de la pilule*, page 109, 2011.

¹⁷ <http://presse.inserm.fr/benzodiazepine-et-alzheimer-le-risque-augmente-avec-la-duree-de-lexposition/15346/>

¹⁸ <http://kiosque.quechoisir.org/magazine-sante-quechoisir-91-fevrier-2015/>

¹⁹ MYLÈNE MOISAN, *Le Soleil*, 26 juin 2015.

D'autre part, le psychiatre Jacques Potvin, spécialisé en gériatrie, a publié un livre inspiré de ses années de pratique, *Démence en CHSLD : et si un jour, ça me concernait?*

« M. Potvin se questionne ouvertement sur la pertinence des traitements prescrits en CHSLD. « Je ne dis pas qu'il ne faut pas en prescrire, ils sont parfois utiles, à petites doses, pour de courtes périodes, avec un suivi adéquat. Mais il est essentiel de se demander : est-ce que les antipsychotiques qui sont prescrits ont les effets recherchés? » Chaque fois qu'il voit un patient, M. Potvin s'attaque à sa liste de médicaments. « Pour chaque médicament, je me demande à quoi ça sert. Pour les malades grabataires, je diminue en moyenne de 44 %, pour ceux qui sont déments, 20 %, et, pour les autres, 22 %. Si vous saviez le nombre de fois que j'entends « ne touchez pas à ça »... »²⁰

Enfin, le 17 novembre 2016, au *Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD*, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barette indiquait, en tant qu'engagement : *Améliorer le recours à des approches non pharmacologiques et à la déprescription des personnes âgées, en mettant à contribution l'expertise de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).*

Plusieurs médicaments sont prescrits davantage pour contrer les comportements dérangeants ainsi que les déficiences du système, en particulier les coupures de services et de personnel. La contention chimique pallie ces manques.

²⁰ Id.

RECOMMANDATION 4

L'AGIDD-SMQ recommande l'ajout d'un point 9° à l'article 3 du projet de loi indiquant :

9° La lutte à la maltraitance systémique pour favoriser un changement de pratique en :

- ✓ **Mettant en place des mesures garantissant que le respect des droits est une priorité qui guide toutes les mesures mises en place pour prévenir la maltraitance des personnes en situation de vulnérabilité qui reçoivent des services de santé et des services sociaux.**
- ✓ **Prévoyant les ressources humaines et financières afin que tous les acteurs concernés par les personnes âgées et les personnes en situation de vulnérabilité aient une connaissance académique générale et continue des droits et recours et de l'état actuel de la recherche concernant la santé mentale.**
- ✓ **Visant l'élimination des mesures de contrôle par la mise en place rapide de mesures préventives et alternatives respectueuses des droits et libertés de la personne.**
- ✓ **Faisant la promotion de l'abolition des électrochocs et leur remplacement par des mesures humaines et respectueuses des droits et libertés de la personne.**
- ✓ **Priorisant la lutte à la médicalisation des problèmes sociaux des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité et en faisant la promotion d'alternatives au traitement et de l'accès aux traitements de psychothérapie.**
- ✓ **Utilisant l'expertise de modèles de bientraitance respectueux des droits humains, issus de groupes communautaires ou d'installations du réseau public.**

CONCLUSION

Ce projet de loi est un premier pas pour lutter contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité.

Toutefois, il faut que ce premier pas commence par un changement de pratique systémique et une profonde volonté politique à interdire le contrôle en tant que soi-disant moyen thérapeutique et le manque de ressources comme excuse à l'inadmissible.

Reconnaître la maltraitance systémique et y trouver des solutions, respecter les droits et libertés des personnes, enrichir ses connaissances par de la formation et mettre tout en place pour favoriser la participation des personnes seraient un bon début.



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

Téléphone : (514) 523-3443

Télécopieur : (514) 523-0797

info@agidd.org

www.agidd.org

<https://www.facebook.com/agidd.smq>

@agiddsmq

Janvier 2017