

MÉMOIRE DE L'ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) SUR LE DOCUMENT DE CONSULTATION INTITULÉ *PLAN D'ACTION VIEILLIR ET VIVRE ENSEMBLE 2018-2023*



**Être entendu, respecté
et reconnu, trois
principes de base pour
vivre ensemble!**



AGIDD-SMQ
ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE
DU QUÉBEC

Octobre 2017



Table des matières

Introduction	3
Mettre en valeur le rôle des personnes âgées et la contribution qu'elles apportent à la société ...	5
Le respect de l'exercice des droits	5
Recommandation 1	5
Des interactions sociales valorisantes basées sur la participation citoyenne	6
Recommandation 2	7
La lutte à la médicalisation et la surmédication des personnes âgées	8
Recommandation 3	10
La bientraitance, un modèle pour vieillir et vivre ensemble	12
En ce qui concerne la contention physique et chimique :	13
En ce qui concerne les électrochocs	14
En ce qui concerne les abus et maltraitements liés au système :	16
Recommandation 4	17
Conclusion : les personnes âgées, une grande richesse dans une société bienveillante	18

Introduction

En vieillissant on voit mal, mais on voit mieux. Adolphe d'Houdetot, écrivain.

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.

Le projet de plan d'action traite de 3 orientations et de 7 thèmes :

Orientation 1 : Favoriser la participation des personnes âgées à la société.

- Thème 1 – Mettre en valeur et soutenir l'engagement citoyen et social des personnes âgées.
- Thème 2 – Favoriser l'employabilité et le maintien en emploi des travailleurs expérimentés.

Orientation 2 : Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté.

- Thème 3 – Favoriser la concertation des acteurs pour mieux soutenir les personnes âgées à domicile et dans la communauté.
- Thème 4 – Reconnaître, accompagner et soutenir les proches aidants d'aînés.

Orientation 3 : Créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants.

- Thème 5 – Soutenir les communautés dans leur adaptation au vieillissement de la population.
- Thème 6 – Rendre les habitations adaptables, adaptées, abordables et sécuritaires pour les personnes âgées.
- Thème 7 – Assurer la mobilité des aînés.

Les recommandations de ce mémoire porteront essentiellement sur :

- ✚ Le thème « *Mettre en valeur et soutenir l'engagement citoyen et social des personnes âgées.* ».
- ✚ Deux thèmes qui ne sont pas présents dans ce projet de plan d'action et qui pourraient être inclus dans l'orientation 2 — *Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté* :
 - La lutte à la médicalisation des personnes âgées.
 - La lutte à la maltraitance systémique des personnes âgées.

En préalable, nous souhaitons que ce futur plan d'action :

- ✚ **Établisse une concordance avec toutes les politiques, stratégies et plans d'action des différents ministères, notamment le *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 – Faire ensemble et autrement*, la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, ainsi que les rapports suivants : *La santé de la population – Portrait d'une richesse collective – Rapport du directeur national de santé publique 2016*, notamment ce qui concerne la participation sociale des personnes âgées et le *Rapport annuel d'activités 2016-2017 du Protecteur du citoyen*, en particulier les recommandations qui concernent les soins à domicile, la durée et la qualité des services rendus, l'accès à une place en CHSLD.**
- ✚ **Tienne compte des déterminants sociaux de la santé.**
- ✚ **Reconnaisse l'expertise des personnes âgées dans toutes les décisions qui les concernent ainsi que celle des groupes communautaires impliqués, les consulte et assure leur participation.**
- ✚ **Prene en considération l'extrême diversité des personnes âgées et de leur situation.**
- ✚ **Utilise une analyse différenciée selon le sexe.**
- ✚ **Prévoit les ressources humaines et financières pour son application.**

Ces points sont, pour nous, directement en lien avec le respect des droits et libertés des personnes âgées vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale. Nous souhaitons également que les recommandations qui suivent fassent l'objet d'une attention particulière et soient intégrées dans les mesures spécifiques du plan d'action seront élaborées.

Mettre en valeur le rôle des personnes âgées et la contribution qu'elles apportent à la société

On reconnaissait le citoyen à ce qu'il avait part au culte de la cité, et c'était de cette participation que lui venaient tous ses droits civils et politiques. Pierre Desproges, artiste.

Le respect de l'exercice des droits

Le respect et l'exercice des droits de tous les citoyens et de toutes les citoyennes, incluant les personnes âgées vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale, sont loin d'être acquis. Le futur *Plan d'action* doit faire la promotion d'une culture de droit en tant que principe et valeur. Il doit également s'assurer que des mesures soient prises afin que cette culture s'applique dans la pratique, que ce soit au niveau municipal, régional et provincial.

L'infantilisation, la stigmatisation, la non-reconnaissance de la primauté de la personne, la maltraitance engendrée par les coupures dans les différents systèmes (santé, travail, justice, éducation, culture, loisirs, etc.), les atteintes à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, au respect de la vie privée, à son consentement aux soins, sont réalité quotidienne pour maintes personnes âgées. De plus, comme le décrit le document de consultation, les « *situations de grandes vulnérabilités* » touchent davantage les femmes âgées.

Pour parvenir à faire changer les mentalités et diminuer ces *situations de vulnérabilité*, la connaissance des droits humains et l'investissement de ressources financières et humaines permettant de les exercer sont les principaux remparts face aux abus dont sont victimes les personnes âgées.

Recommandation 1

L'AGIDD-SMQ recommande que le respect des droits soit la priorité d'intervention transversale du Plan d'action *Vieillir et vivre ensemble 2018-2023*. À cette fin, il doit prévoir les ressources humaines et financières afin que tous les acteurs concernés par la santé mentale des personnes âgées aient une connaissance académique générale et continue des droits et recours.

La participation des personnes âgées vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale ainsi que des groupes communautaires qui les aident et accompagnent doit être incluse lors de l'élaboration, de la diffusion et de l'évaluation de ces contenus de formation.

Des interactions sociales valorisantes basées sur la participation citoyenne

Le milieu de la santé et des services sociaux est assez présent dans la vie des personnes âgées, que ce soit en termes de santé, de soutien à domicile, de médication, d'accompagnement, etc. En décembre 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait un *Guide d'accompagnement sur la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services en santé services sociaux* dans le cadre de la mise en œuvre de la mesure 1.5 du *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 — Faire ensemble et autrement*.

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

1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) soutiendra les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale par la diffusion d'un guide en matière de participation des personnes utilisatrices de services et des membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.

2. Chaque établissement responsable d'offrir des soins et des services en santé mentale inclura, dans son plan d'action sur la primauté de la personne dans l'organisation et la prestation des services, des actions spécifiques visant la mise en place, le maintien, le suivi et l'évaluation de la participation d'utilisateurs et de membres de leur entourage à la planification et à l'organisation des services.

Un des moyens pour favoriser la participation des personnes âgées est de mettre en application, dans les différents secteurs de la vie des personnes (transport, loisirs, culture, justice, logement, éducation, santé, implication municipale et locale, etc.), les moyens qui sont décrits dans ce guide et qui peuvent être transférables, notamment¹ :

- La prise en compte du savoir expérientiel de la personne : reconnaître le rôle, le savoir, le vécu et les expériences des personnes âgées et voir la personne dans sa globalité.
- La reconnaissance de l'apport de la participation citoyenne en tant qu'outil de démocratie. La participation citoyenne permet de recueillir de l'information sur les valeurs, les préoccupations et les préférences de la population ou d'un groupe de la population.
- Le repérage de contextes favorables à la participation, en particulier :

¹ MSSS, *Guide d'accompagnement sur la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services*, pages 4 à 11. 2016.

- La thématique faisant l'objet de l'exercice participatif doit susciter l'intérêt des participants, participantes.
- L'exercice de participation doit être utile, donner lieu à une prise de décision ou avoir un effet direct sur la planification et l'organisation des services.
- Les participants doivent avoir la possibilité réelle d'influencer une décision ou d'apporter un changement en matière de planification et d'organisation des services.
- La participation de personnes et de membres de l'entourage est basée sur une voix collective issue d'un processus citoyen, dans la collectivité;
- L'instauration d'un climat de confiance et de respect entre les participants et les participantes est essentielle à la réalisation d'une expérience positive en matière de participation.
- Le soutien offert aux participants pour remplir leur rôle aura un effet sur leur participation. Ce soutien peut se traduire par exemple par la mise en place d'une procédure d'accueil avant la rencontre, de mesures d'intégration instaurées par l'établissement ou de l'implication d'une personne-ressource qui pourra répondre aux questions des participants.
- L'adaptation de la forme et du contenu de l'exercice participatif, étroitement liée à plusieurs des points précédents, est primordiale.
- L'évaluation de la participation et la diffusion des retombées d'un exercice participatif font foi d'une transparence et favorisent l'implication et la confiance des personnes concernées.

De plus, l'AGIDD-SMQ estime que la participation citoyenne implique :

- ✚ Des rapports égalitaires.
- ✚ Une organisation basée sur l'éducation populaire autonome.
- ✚ La rémunération des personnes âgées ainsi que le remboursement des transports, repas et hébergement si cela est nécessaire.

Recommandation 2

L'AGIDD-SMQ recommande que le **Plan d'action *Vieillir et vivre ensemble 2018-2023*** mette en application, dans les différents secteurs de la vie des personnes (transport, loisirs, culture, justice, logement, éducation, santé, implication municipale et locale, etc.), les moyens qui sont décrits dans le *Guide d'accompagnement sur la participation de personnes utilisatrices de services et de membres de l'entourage à la planification et à l'organisation des services* publié par le MSSS et les moyens proposés par l'AGIDD-SMQ.

La lutte à la médicalisation et la surmédication des personnes âgées

En interagissant avec les aînés au cours des années ça nous rend beaucoup plus humbles, on reconnaît la sagesse et les connaissances que détiennent les porteurs de savoir dans les communautés, et on vient à les reconnaître comme nos pairs, c'est un peu leurs PhD, leurs professeurs d'université. Pierre Haddad, professeur de pharmacologie, l'Université de Montréal².

La médicalisation des personnes âgées est une réalité très préoccupante. Même si la médicalisation des problèmes sociaux est exponentielle pour tous les citoyens et citoyennes de la société, tous âges confondus, celle des personnes âgées 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, on s'aperçoit que ce n'est vraiment pas le cas.

Les benzodiazépines (Xanax, Rivotril, Dalmane, Valium, etc.), médicaments prescrits selon le dosage comme anxiolytiques, somnifères ou anticonvulsivants ne doivent pas être consommées pour une période supérieure à 4 semaines³, notamment parce qu'elles provoquent une grande dépendance physique et psychologique et altèrent le cycle normal du sommeil. De plus elles sont souvent prescrites en complément d'un neuroleptique ou d'un antidépresseur, parfois les deux. Elles exercent un effet puissant sur les facultés mentales et physiques en plus des actions thérapeutiques. En fait, les benzodiazépines influencent directement ou indirectement presque tous les aspects de la fonction du cerveau. C'est pour cela qu'elles peuvent également produire des effets nocifs⁴. Puisque l'effet diminue avec le temps, le prescripteur a tendance à en augmenter les doses.

Or, il est très courant que les personnes les prennent depuis des années et certaines sans réel besoin. En 2009, le Conseil du médicament du Québec estimait que jusqu'à 75 % des personnes âgées en résidences consommaient 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'Alzheimer⁵.

² <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1058182/ameliorer-services-sante-autochtones>

³ Dr David HEALY, *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, Italie, Elsevier, octobre 2009, p. 159.

⁴ AGIDD-SMQ, formation *L'Autre côté de la pilule*, 185 pages, 2011.

⁵ <http://presse.inserm.fr/benzodiazepine-et-alzheimer-le-risque-augmente-avec-la-duree-de-lexposition/15346/>

Les travaux ont porté sur près de 9000 personnes âgées de plus de 66 ans, qui ont été suivies durant 6 à 10 ans. Ils ont démontré que la prise quotidienne de psychotropes pendant plusieurs mois augmente le risque de développer une maladie neurodégénérative :

- Une prise quotidienne durant 3 à 6 mois augmente le risque de maladie d'Alzheimer de 30 %.
- Une prise quotidienne durant plus de 6 mois augmente le risque d'Alzheimer de 60 % à 80 %.

Dans le numéro 91 de février 2015 de Santé Que Choisir⁶, les résultats d'une analyse auprès de 350 ordonnances de personnes âgées sont très alarmants : au total, 347 ordonnances de patients de plus de 75 ans, contenant près de 3000 médicaments, ont été 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 :

La « déprescription », un enjeu sanitaire et financier

Au-delà des enjeux sanitaires, la surprescription a un coût pour notre système de sécurité sociale. Les dépenses de médicaments ont atteint en France 33,5 milliards d'euros en 2013, à près de 90 % pour des médicaments remboursables par l'assurance maladie. Notre pays demeure un gros consommateur, avec une consommation par habitant 22 % supérieure à la moyenne des grands pays européens. Il est indispensable que les professionnels de santé prennent conscience du coût sanitaire et économique de cette situation, et commencent enfin à « déprescrire »⁷.

Plus près de nous, Philippe Voyer, qui enseigne en soins infirmiers à l'Université de 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.⁸ »

⁶ <http://kiosque.quechoisir.org/magazine-sante-quechoisir-91-fevrier-2015/>

⁷ <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-medicaments-halte-a-l-overdose-pour-les-personnes-agees-n14033/>

⁸ MYLÈNE MOISAN, Le Soleil, 26 juin 2015.

⁸ Id.

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 ?* Il se questionne ouvertement sur la pertinence des traitements prescrits en CHSLD. *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 »... »*⁹

Enfin selon la Régie de l'Assurance maladie du Québec (RAMQ), près de 200 000 personnes de 65 ans et plus ont pris des antidépresseurs, et pas moins de 4 647 065 ordonnances ont été remises à des gens de 65 ans et plus assurés par la RAMQ en 2015. Le nombre d'ordonnances d'antidépresseurs aux aînés québécois a augmenté de 56 % en seulement cinq ans¹⁰.

Dans le Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, 136 763 erreurs sont liées à la médication, soit 28,3 % de la totalité des événements survenus¹¹.

Plusieurs médicaments sont prescrits davantage pour contrer la « *dérangerosité* » des personnes âgées et les déficiences du système, en particulier les coupures de services et de personnel.

Recommandation 3

L'AGIDD-SMQ recommande que la lutte à la médicalisation et la surmédication des personnes âgées soit une priorité transversale de l'orientation 2 — *Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté.*

À cette fin, elle demande que le *Plan d'action* :

- **Prévoit les ressources humaines et financières afin que tous les acteurs concernés par la santé mentale des personnes âgées aient une connaissance académique générale et continue de la médication psychotrope : les effets thérapeutiques, les effets secondaires, les contre-indications, les interactions médicamenteuses et le monitoring.**

La participation des personnes âgées vivant ou ayant vécu un problème de santé mentale et des groupes communautaires qui les aident et accompagnent doit être

¹⁰ HÉLOÏSE ARCHAMBAULT, le Journal de Montréal, *Explosion du nombre des prescriptions d'antidépresseur aux aînés*, 26 septembre 2016.

¹¹ MSSS, Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, page 9, décembre 2016.

incluse lors de l'élaboration, de la diffusion et de l'évaluation de ces contenus de formation.

- **Mette en place des actions concrètes, notamment avec des personnes âgées, leur entourage, divers acteurs des réseaux communautaires, de la recherche, des professionnels et des différents ministères, afin de changer les pratiques concernant la médicalisation des personnes âgées.**
- **Fasse la promotion d'alternatives au traitement et de l'accès aux traitements de psychothérapie, comme l'indiquait le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport de 2012 intitulé *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, et leur remboursement.**
- **Reconnaisse les pratiques des organismes communautaires et leur expertise.**

La bientraitance, un modèle pour vieillir et vivre ensemble

On compare parfois la cruauté de l'homme à celle des fauves, c'est faire injure aux fauves. Fiodor Dostoïevski, écrivain.

Pour pouvoir bien vieillir et vivre ensemble, pour participer au développement de la cité, être bien traité devrait être la règle.

Nous avons vu précédemment que le non-respect des droits et la médicalisation des personnes âgées sont déjà une forme de maltraitance, il faut malheureusement y ajouter d'autres pratiques :

- ✚ L'utilisation de mécanismes d'exception, telle la contention physique et chimique;
- ✚ La prescription en hausse d'électrochocs.
- ✚ La maltraitance systémique, scandaleusement justifiée par le manque ressources financières et humaines (des mesures d'hygiène précaire, une mauvaise nourriture, des lieux insalubres, une réduction du soutien à domicile et de la durée des services, etc.).
- ✚ L'infantilisation, la grossièreté et les moqueries.

Or, notre société non seulement accepte l'inacceptable, mais continue à se mettre des ceillères.

Aucun argument ne peut justifier ces manques graves, de même qu'il n'existe pas de « petites maltraitances ». Quel que soit le niveau, quand la personne perd sa dignité, la maltraitance est là et ne devrait en aucun cas être tolérée. Alors que notre système de santé devrait être un modèle, il justifie ces mesures de maltraitance par des raisons absolument inacceptables et qui contreviennent aux droits humains.

Remettre en cause ces pratiques reste un sujet reste si tabou qu'il n'est jamais abordé dans les projets de loi ou plans d'action. Pourtant il est à la base de traitements inhumains, cruels et dégradants. En ce sens, le futur plan d'action ne déroge pas, car il reste muet sur ces réalités.

Plusieurs choses doivent être mises en place afin que les services et les pratiques favorisent la participation sociale des personnes âgées, que celles-ci puissent recevoir des services de qualité, non coercitifs, en lien avec leurs besoins, le tout en sollicitant les différents ministères impliqués.

En ce qui concerne la contention physique et chimique :

Certaines initiatives ont prouvé que l'élimination des mesures de contrôle et leur remplacement par des mesures respectueuses du droit des personnes sont possibles. C'est sur la base de l'exercice des droits et de la participation des personnes que ce cheminement s'est réalisé. Il est toutefois regrettable que cela dépende souvent des valeurs personnelles de la personne responsable et non pas d'une prise de conscience éclairée du système.

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

Parmi les initiatives existantes visant l'élimination des mesures de contrôle, 5 grands principes ressortent et ceux-ci doivent être mis en place dans la pratique des différents établissements publics :

1. Connaître la personne dans sa globalité : son état de santé, son environnement (habitudes et rythme de vie, alimentation, intérêts, etc.), ce qui vise notamment à évaluer les raisons médicales émotives et environnementales pouvant entraîner de l'agitation ou de l'agressivité : réaction à un manque de choix concernant la nourriture, les règlements, le non-respect de la vie privée, culotte d'incontinence non changée, les effets secondaires et interactions des médicaments, les troubles du sommeil, la douleur et la souffrance qui provoquent des comportements plus agressifs, etc.

2. Respecter les droits : droit à la liberté, à la dignité, à l'intégrité et à l'inviolabilité de la personne, droit à l'information, droit au consentement aux soins, droit de participer au traitement, etc.

3. Développer une nouvelle culture organisationnelle : Organisation différente de l'environnement physique, adaptation architecturale des lieux, luminosité, diminution du bruit et d'éléments perturbateurs, détecteurs de mouvement, service de thé, charriot d'activités, formation continue des intervenants et intervenantes, interdisciplinarité.

4. Offrir des activités récréatives et faciliter leur accès : loisirs, arts, sports, culture, sorties, etc.

5. Se documenter sur des approches alternatives basées sur la communication, l'appropriation du pouvoir, la globalité de la personne, la reconnaissance de ses capacités et de son potentiel, le respect de l'exercice des droits et libertés et une approche humaine.

6. Suivre l'exemple de l'Islande :

Selon l'étude de Pall Matthiasson, les 7 éléments clé pour l'abolition effective de la contention mécanique en psychiatrie sont :

- 1. Un changement de politique, un leadership volontaire, avec implication locale, générale et politique.*
- 2. Un audit externe avec débriefing.*
- 3. L'utilisation de données : le retour chiffré favorise l'apprentissage et l'émulation entre les équipes.*
- 4. La formation :*
 - o développement des compétences en désescalade/gestion de crise/formation en situation,*
 - o formation des décideurs clé : changer les attitudes en brisant les mythes.*
- 5. L'implication des usagers, des familles.*
- 6. L'augmentation du nombre de personnes des équipes de crise.*
- 7. Des changements programmatiques :*
 - o intervention précoce,*
 - o approche moins restrictive de la notion de contrainte,*
 - o modification de l'environnement,*
 - o augmentation des activités¹².*

En ce qui concerne les électrochocs

Il est purement scandaleux de voir que, selon les données de la RAMQ¹³, 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.

Le nombre est passé de 8 686 traitements en 2013 à 9 333 en 2014, pour finir par 10 690 en 2015 !

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.

Aucune justification thérapeutique ne doit permettre des traitements cruels, inhumains et dégradants. Cela a déjà été dit, en 2008, à l'Assemblée générale des Nations Unies dans le rapport d'activités du Rapporteur spécial contre la torture¹⁴.

¹² <http://www.forumpsy.net/t1093-islande-la-contention-mecanique-abolie-en-psychiatrie>

¹³ RAMQ, *Nombre de services médicaux relatifs aux électrochocs (sismothérapie et électroconvulsivothérapie) réalisés en établissement de 2013 à 2015.*

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

En 2013, monsieur Juan E. Méndez, rapporteur spécial de l'ONU contre la torture, publiait un rapport accablant sur certaines formes d'abus dans les établissements de soins et demandait 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* ¹⁵ ». 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.

De plus, en 2017, deux autres rapports, le *Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, monsieur Zeid Ra'ad Al Hussein, concernant les principaux obstacles rencontrés par les usagers, usagères des services en santé mentale et celui de monsieur M. Dainius Pūras, Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale insistent sur :

- ✚ le fait que, *dans toute approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, une attention devrait être prêtée aux déterminants fondamentaux en la matière, qui englobent, comme cela a été indiqué plus haut, des facteurs tels que les violences et les mauvais traitements*¹⁶.
- ✚ La nécessité de *prendre des mesures ciblées et concrètes pour réduire sensiblement la pratique de la contrainte médicale et s'employer à mettre un terme à tous les traitements psychiatriques contraints et à la pratique de l'isolement*¹⁷.

L'investissement dans les déterminants sociaux, en particulier le travail sur les causes de la souffrance doit être privilégié.

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 ?

Le *Plan d'action Vieillir et vivre ensemble* doit faire la promotion de l'abolition des électrochocs et leur remplacement par des mesures humaines et respectueuses des droits et libertés de la personne.

¹⁵ ONU, A/HRC/22/53, *Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, Juan E. Méndez, 1er février 2013, page 25.

¹⁶ ONU, *Santé mentale et droits de l'homme, Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme*, 31 janvier 2017, page 14.

¹⁷ ONU, A/HRC/35/21, *Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, 28 mars 2017, page 24.

En ce qui concerne les abus et maltraitements liés au système :

Les exemples qui suivent s'inspirent à la fois du gros bon sens et du milieu de la recherche. Cette liste n'est pas exhaustive :

- ✚ Arrêter les mesures d'austérité qui renforcent les souffrances des personnes les plus vulnérables, les médicalisent à outrance, permettent des pratiques de maltraitance pour pallier le manque de personnel et épuisent le personnel des institutions publiques.
- ✚ Écouter les personnes et les croire quand elles parlent de mauvais traitements.
- ✚ Se poser des questions, en tant que professionnel, lorsqu'on est obligé, par le système, de poser des gestes qui manquent d'éthique et qui provoquent une atteinte à l'intégrité de la personne, refuser de les faire et les dénoncer.
- ✚ Investir dans des espaces et des lieux où la personne peut notamment relaxer, écouter de la musique, socialiser, recevoir de la formation, s'investir dans du bénévolat et de la militance, avoir du plaisir, faire du sport, avoir accès à la culture, au transport et être réellement chez elle (se faire à manger, recevoir qui elle veut).
- ✚ S'intéresser aux outils pédagogiques et guides de pratique de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées.¹⁸
- ✚ Baser les pratiques sur les déterminants sociaux de la santé. À cette fin le gouvernement du Québec a produit d'excellents documents¹⁹ sur les déterminants sociaux de la santé, en langage clair et accessible. Ils devraient être utilisés, à la fois comme canevas du futur Plan d'action et en tant que formation auprès des différents acteurs œuvrant auprès de personnes âgées, dans tous les milieux concernés.

On les appelle les « super-aînés ». Ils atteignent 85 ans et plus sans développer de cancer, de démence ou de maladie grave. Le secret se cache-t-il dans leurs gènes ? Leur alimentation ? Leur mode de vie ? Des chercheurs veulent le savoir. Et pour ça, ils ont décidé de regarder vieillir des milliers de Canadiens.

Les chercheurs savent déjà que le secret pour vieillir en bonne santé n'est pas associé à un gène précis, à un aliment miracle ou à une habitude en

¹⁸ <http://www.maltraitancesaines.com/fr/>

¹⁹ MSSS, *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants — Résultats d'une réflexion commune*, 35 pages, mars 2010. *La santé et ses déterminants — Mieux comprendre pour mieux agir*, 24 pages, 2012.

particulier. « Il n’y a pas de recette isolée, c’est un cocktail très complexe. C’est pourquoi on regarde tous les déterminants ensemble. On a des informations sur les habitudes de vie, l’audition, la vision, la nutrition, le travail, la retraite, l’environnement dans lequel vit la personne. On fait passer des échographies Doppler des vaisseaux cérébraux, des prises de sang, des examens corporels complets », énumère Yves Joanette²⁰.

Recommandation 4

L’AGIDD-SMQ recommande que les moyens énumérés précédemment soient mis en œuvre dans l’orientation 2 — *Permettre aux personnes âgées de bien vieillir en santé dans leur communauté*, afin que les personnes âgées aient un rôle actif dans la société et vieillissent en santé, dans le respect et la dignité.

²⁰ PHILIPPE MERCURE, La Presse, *Quel est le secret des « super-ânés » ?* 28 septembre 2017.
http://plus.lapresse.ca/screens/4f8e8f49-a095-42b7-a81f-0e68ef3d740a%7C_0.html

Conclusion : les personnes âgées, une grande richesse dans une société bienveillante

Je m’amuse à vieillir. C’est une occupation de tous les instants. Paul Léautaud, écrivain.

Plusieurs moyens simples et pratiques existent afin que les personnes âgées puissent vieillir en santé et avoir un rôle dans la cité. Les entendre, les respecter et reconnaître leur expertise doivent être les 3 piliers d’une société bienveillante et « *bientraitante* ».

Nous vous demandons d’être innovateur dans le plan d’action *Vieillir et vivre ensemble 2018-2023*, particulièrement en ayant le courage de proposer des moyens pour lutter contre la médicalisation et la surmédication des personnes âgées et pour contrer les abus et la maltraitance liés aux mesures d’austérité.



AGIDD-SMQ

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION
EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE
DU QUÉBEC**

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

Octobre 2017