

LIGNES DIRECTRICES

Décider de l'utilisation
des mesures de contention
et d'isolement dans le cadre
de la Loi sur les services
de santé et des services
sociaux et de la Loi
sur les services de santé
et des services sociaux
pour les autochtones cris



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

LIGNES DIRECTRICES

Décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et de la Loi sur les services de santé et des services sociaux pour les autochtones cris

AUTEUR :

Alain **HÉBERT**, T.S., Chargé d'affaires professionnelles, secteur travail social, direction du développement professionnel, OTSTCFQ.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL :

Luc **BEAUREGARD**, T.S., CRDI Gabrielle Major, Denise **COUTURE**, T.S., Hôpital Douglas,
Sylvie **GIROUARD**, T.S., CSSS Jardin Roussillon, Martine **LAROSE**, T.S., CSSS Jardin Roussillon
Marie-France **RACINE-GAGNÉ**, T.S., Hôpital Louis H. Lafontaine

Merci à tout le personnel de la permanence de l'Ordre, particulièrement aux professionnels de la Direction du développement professionnel pour leur soutien et pour leurs avis éclairés.

GRILLE GRAPHIQUE

MISE EN PAGE ET IMPRESSION : Litho SB, Laval

RÉVISION ET PRODUCTION : Direction des communications, OTSTCFQ

DÉPÔT LÉGAL

ISBN-13 978 2 920215 33 7

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

Le document Lignes directrices; décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et de la Loi sur les services de santé et des services sociaux pour les autochtones cris a été adopté par le Conseil d'administration de l'OTSTCFQ en décembre 2010.

NOTA : dans ce texte, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes. L'utilisation du pluriel comprend le singulier, le cas échéant.

La reproduction en tout ou en partie du contenu de ce document est permise à la condition d'en mentionner clairement la source.



Ce document est soumis à la politique de réduction d'empreinte écologique de l'Ordre, voulant que tous les documents soient d'abord et avant tout accessibles sur notre site Internet (www.otstcfq.org) et qu'un nombre minimal de copies soit imprimé.

AVANT-PROPOS

À l'instar de la Loi 90 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé), adoptée le 14 juin 2002, la Loi 21 (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines), adoptée le 18 juin 2009, apporte une nouvelle définition des champs d'exercice des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Elle accorde également à certains professionnels la réserve (exclusive ou partagée) de la pratique d'activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, de même qu'elle prévoit l'encadrement de la pratique de la psychothérapie.

Pour les travailleurs sociaux, le champ d'exercice consiste à : *« évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement ».*

Pour les thérapeutes conjugaux et familiaux, le champ d'exercice consiste à : *« évaluer la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles, déterminer un plan de traitement et d'intervention ainsi que restaurer et améliorer les modes de communication dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'être humain en interaction avec son environnement ».*

De plus, tous les professionnels visés par la Loi 21 voient leur champ d'exercice bonifié de la phrase suivante : *« L'information, la promotion de la santé et la prévention du suicide, de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités font également partie de l'exercice de la profession du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles ».*

Ces nouvelles définitions des champs d'exercice et l'attribution d'activités réservées ont des impacts sur la pratique des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux. Afin de bien établir la marque distinctive de chacune de ces professions et pour souligner leur apport spécifique, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec a produit plusieurs documents dont celui-ci, Lignes directrices; décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et de la Loi sur les services de santé et des services sociaux pour les autochtones cris, que nous sommes fiers de vous présenter et que nous vous invitons à lire avec attention.



Claude Leblond, T.S., M.S.s.
Président



Ghislaine Brosseau, T.S.
Secrétaire et directrice générale

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	3
Introduction	5
1. Mise en contexte	6
2. Le cadre légal et les balises clinico-administratives	8
2.1 Activités réservées et lien avec le champ d'exercice	8
2.2 Finalité et paramètres du recours aux mesures de contrôle	9
2.3 Définitions, philosophie d'intervention et principes directeurs	10
2.4 Contextes d'intervention et consentement	12
3. Aspects cliniques de l'intervention du travailleur social	13
3.1 La notion de décision	13
3.2 L'évaluation de la situation	14
3.3 La planification des interventions	16
3.4 Communication et application du plan d'intervention	19
3.5 Réévaluation de la situation	20
3.6 Particularités liées à l'intervention non planifiée	20
3.7 Activités transversales du travailleur social	21
4. Considérations éthiques et déontologiques	23
4.1 Tenue de dossier	23
4.2 Une pratique réflexive et critique axée sur le pouvoir d'agir	23
4.3 L'engagement du travailleur social dans les mesures préventives	25
4.4 Responsabilité, développement et soutien professionnels	25
Conclusion	26
Bibliographie	27
Annexes	29

INTRODUCTION

Parmi les dix activités réservées aux travailleurs sociaux par la Loi 21, deux sont relatives à la décision d'utiliser des mesures de contrôle du comportement d'une personne dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS, chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et des services sociaux pour les autochtones cris (LSSSS, chapitre S-5). L'une porte sur l'utilisation de mesures de contention physique tandis que l'autre concerne les mesures d'isolement. Ce document de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (ci-après l'Ordre) propose des lignes directrices visant à guider la pratique professionnelle des travailleurs sociaux et à les soutenir dans l'exercice de ces activités dans lesquelles ils n'ont, à ce jour, jamais été impliqués directement. En raison des similitudes qui caractérisent ces deux activités nous avons choisi de les traiter dans un même document. L'implication des travailleurs sociaux dans ces activités représente un défi stimulant dans le meilleur intérêt des personnes concernées.

Ces lignes directrices s'appuient sur le cadre légal québécois, des données probantes issues de la littérature scientifique, des points de vue d'utilisateurs de diverses sources ainsi que sur le référent axiologique et normatif des travailleurs sociaux. Élaborées en collaboration avec un groupe de travail formé spécifiquement à cette fin, elles font la promotion d'une activité professionnelle rigoureuse, réflexive et centrée sur l'exercice du jugement clinique et professionnel, allant dans le sens du respect de la dignité et de la défense des droits fondamentaux des personnes susceptibles d'être concernées par la contention ou l'isolement. Ces lignes directrices sont aussi rédigées en référence et en complément à d'autres documents publiés par l'Ordre dont la lecture est recommandée, notamment le *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*¹.

Pour l'Ordre, il s'avère fondamental que les travailleurs sociaux inscrivent leurs activités professionnelles dans le sens des orientations et des lois en vigueur au Québec en matière de contention et d'isolement, tout en s'y investissant en fonction de leur champ d'exercice. Pour ce faire, il est nécessaire de bien connaître les orientations qui encadrent les activités réservées en elles-mêmes et le contexte dans lequel elles s'inscrivent. C'est l'objet de la première partie du présent document. Dans un second temps, la notion de décision impliquée dans ces activités sera précisée. Sont ensuite proposés des repères quant au processus décisionnel et aux rôles attendus des travailleurs sociaux au plan clinique. Des considérations d'ordre éthique et déontologique viennent enfin clore ces lignes directrices qui visent à valoriser le jugement professionnel des travailleurs sociaux amenés à décider de l'utilisation de mesures de contention et d'isolement, dans un contexte interdisciplinaire.

Les travailleurs sociaux sont en effet appelés à exercer un rôle extrêmement critique face au recours à de telles mesures. En ce sens, leur contribution devrait surtout consister à mettre en évidence leur impact sur le fonctionnement social des personnes et à œuvrer à la mise en place de mesures alternatives dans la perspective d'en éliminer l'usage.

¹ Voir en particulier, parmi les publications de l'Ordre dont il est fait mention le *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social* (2010), *L'éthique et les travailleurs sociaux; éléments de réflexion et guide de délibération* (2007), le *Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation* (2006), le *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux* (2005).

1. MISE EN CONTEXTE

Les pratiques de contrôle du comportement des personnes telles que la contention et l'isolement remontent très loin dans l'Histoire et leur usage traverse pratiquement toutes les sociétés. Contestées dans certains pays d'Europe dès le 18^e siècle, ces pratiques ont également été sérieusement remises en cause au Québec au cours des trente dernières années. Dans le sillage du mouvement pour l'humanisation des soins, amorcé notamment par la publication de l'ouvrage *Les fous crient au secours*², des groupes d'usagers réclamèrent plus tard la fin du recours aux mesures de contrôle en mettant en évidence tant les effets négatifs qui en découlent que l'entrave aux droits humains fondamentaux qu'elles constituent.

En 1998, l'article 118.1 fut incorporé à la LSSSS par le législateur québécois dans le but de baliser l'utilisation des mesures de contrôle dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux³. Au cours de la décennie suivante, plusieurs actions ont été entreprises pour en concrétiser la finalité. Après le

Colloque international de l'Association des Groupes d'Intervention en Défense des Droits en Santé Mentale du Québec (A.G.I.D.D.-S.M.Q.), en 1999, et celui de l'Association des Hôpitaux du Québec (A.H.Q.)⁴, l'année suivante, des orientations ministérielles dotées d'un plan d'action triennal furent adoptées, en 2002, par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La publication de ces documents amena l'A.H.Q. à effectuer en 2004 une édition révisée de son Cadre de référence *Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*⁵ publié quatre ans plus tôt. La production d'un Programme national de formation en 2006⁶ servit ensuite de base à la réalisation d'une tournée de formation dans le réseau de la santé et des services sociaux afin de mieux actualiser la philosophie de réduction des mesures de contrôle mise de l'avant par le MSSS. L'Ordre participa sur invitation à la consultation au sujet de ce Programme en formulant plusieurs commentaires et recommandations à la fin du processus de rédaction.

² PAGÉ, Jean-Charles 1961). *Les fous crient au secours*, Édition du Jour.

³ J. Desrosiers (2006) note qu'au départ, le projet d'article ne devait viser que le contexte de soins psychiatriques, mais que la portée en fut étendue également aux autres contextes de soins touchant les jeunes, les personnes âgées et les personnes aux prises avec un problème de santé physique.

⁴ Devenue l'Association Québécoise des Etablissements de Santé et de Services Sociaux (AQESSS) suite à la fusion avec l'Association des CLSC et des CHSLD avec l'adoption du projet de loi 25 en 2003.

⁵ AHQ (2004). *Cadre de référence. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée 2004, 60 p.

⁶ MSSS (2006). *Programme de formation « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement »*, Gouvernement du Québec.

Il convient de noter un autre changement important survenu récemment au Québec concernant les pratiques professionnelles de contention et d'isolement. La loi 90, modifiant le Code des professions et d'autres dispositions dans le domaine de la santé, adoptée en 2002, attribuait à d'autres professionnels que les médecins la possibilité de décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement à savoir les infirmières, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes. La toute récente Loi 21 vient élargir à nouveau le spectre en attribuant également aux travailleurs sociaux, aux psychologues ainsi qu'aux psychoéducateurs la réserve, en partage, de ces activités. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux où se pratiquent ces activités doivent donc intégrer ces professionnels, en l'occurrence les travailleurs sociaux, dans les processus décisionnels qui y sont reliés.

D'autre part, les craintes exprimées par certains groupes⁷ voulant que la multiplication

des professionnels autorisés à décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement aille à l'encontre de la visée de leur réduction – voire de leur élimination prônée par le MSSS – ne sauraient être ignorées. La réserve de ces activités dans le cadre de la Loi 21 vient cependant confirmer à la fois le risque de préjudice important qu'elles comportent pour les personnes qui peuvent en faire l'objet ainsi que la contribution possible, souhaitable et unique des travailleurs sociaux dans le processus de décision de leur utilisation. Puisqu'elles entraînent la suspension de droits civils individuels garantis par les Chartes des droits et libertés et les lois québécoises⁸ tout en étant susceptibles de produire des effets délétères sur les personnes, leurs proches, leurs familles et même sur les professionnels et autres membres du personnel des établissements impliqués, décider de l'utilisation de telles mesures représente une intervention exceptionnelle et complexe qu'il convient de fonder, de justifier, de baliser et d'éclairer.

⁷ Voir la position exprimée par l'AGIDD-SMQ dans son *Mémoire concernant le projet de loi 50*, présenté à la Commission des Institutions, février 2008. Cette association milite en faveur de l'élimination du recours aux mesures de contrôle. À son initiative, plus de 200 groupes et 1000 personnes signaient une déclaration en ce sens adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux, au printemps 2009.

⁸ À ce sujet, on trouvera à l'Annexe 1 quelques extraits significatifs de la *Charte canadienne des droits et libertés* et de la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec.

2. LE CADRE LÉGAL ET LES BALISES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Outre les questionnements apportés par la montée des droits humains et les groupes d'usagers, le cadre légal et les orientations ministérielles récentes au Québec ont été développés à partir d'un double constat. Premièrement, une forte prévalence de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement existe toujours sans que soient explorées suffisamment les possibilités de mise en œuvre de mesures alternatives ou de remplacement. D'autre part, paradoxalement, les conclusions de la recherche tendent à démontrer le caractère mitigé des résultats obtenus par ces mesures et à plutôt mettre en évidence les impacts négatifs que leur recours engendre tant pour les personnes que pour leur entourage, les professionnels et le personnel impliqués⁹.

Ces constats valent autant pour les milieux de soins et d'hébergement de courte durée que pour ceux de longue durée et pointent vers le fait qu'aucune base théorique solide¹⁰ ne vient étayer le bien-fondé de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement, que ce soit auprès des jeunes, des personnes vivant avec un problème de santé mentale, une déficience intellectuelle ou des personnes

âgées. Il convient d'en prendre acte car la prise au sérieux de ces constats motive et supporte la nécessité de développer une intervention résolument orientée vers la finalité d'un recours tout à fait exceptionnel à ces mesures, finalité recherchée par la législation québécoise et les orientations ministérielles et que les travailleurs sociaux partagent en fonction des principes et valeurs qui fondent leur profession¹¹.

2.1 ACTIVITÉS RÉSERVÉES ET LIEN AVEC LE CHAMP D'EXERCICE

Les activités relatives à la décision d'utiliser les mesures de contention et d'isolement attribuées en partage aux travailleurs sociaux sont libellées de la manière suivante dans la Loi 21.

Décider de l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5).

⁹ Voir une revue de littérature effectuée dans MSSS (2006). *Programme de formation «Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement»*, Module : Le changement de pratique en matière d'application de mesures de contrôle : l'argumentation en faveur d'un changement de pratiques, Gouvernement du Québec, ainsi que MORIN, P. et MICHAUD, C. (2003). «Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination» dans *Santé mentale au Québec*, vol. 28, no 1, p. 127ss.

¹⁰ Voir les références de la note précédente.

¹¹ Voir à l'annexe 2.

*Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et de la Loi sur la santé et les services sociaux pour les autochtones cris.*¹²

Ces activités sont les seules à ne pas être formulées en termes d'évaluation ou de détermination d'un plan d'intervention. Il ne s'agit pas ici « d'évaluer » ou de « déterminer », comme c'est le cas pour les autres activités dans la Loi 21, mais bien de « décider ». La notion de décision n'y étant pas explicitée, une compréhension du sens qu'elle peut prendre pour les travailleurs sociaux est présentée dans la section 3.1.

La loi 21 prévoit également que les activités réservées soient exercées par chaque professionnel, en fonction de son champ d'exercice. Les travailleurs sociaux ont pour leur part à décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement sous l'angle de l'évaluation et du rétablissement du fonctionnement social des personnes pour favoriser leur développement optimal.

Le champ d'exercice se formule comme suit dans la Loi 21 :

Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec l'environnement.

C'est donc en regard du fonctionnement social que le travailleur social doit mener ses activités professionnelles relatives au fait de décider de l'utilisation des mesures de contention ou des mesures d'isolement. Le fonctionnement social renvoie aux interactions et aux interinfluences entre les capacités et les aspirations d'une personne à assurer son bien-être, à réaliser ses activités de la vie quotidienne et ses rôles sociaux pour satisfaire ses besoins avec les attentes, les ressources, les obstacles et les opportunités de son environnement¹³. Il s'agit de l'objet d'analyse, d'évaluation et d'intervention du travail social.

2.2 FINALITÉ ET PARAMÈTRES DU RECOURS AUX MESURES DE CONTRÔLE

L'article 118.1 de la LSSSS contient une définition générale des mesures de contrôle qui précise leur finalité et fixe certains paramètres par rapport à l'intervention et à la tenue des dossiers. En raison de son importance déterminante, il est reproduit intégralement ci-dessous.

« 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 de telles mesures doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

¹² Projet de Loi 21, article 4, juin 2009.

¹³ OTSTCFQ (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*, p. 6.

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 être consignées une prescription des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

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

Il se dégage de cet article plusieurs éléments importants à prendre en compte. Les mesures de contrôle doivent être utilisées de manière exceptionnelle et, le cas échéant, de façon minimale, dans le seul et unique but d'empêcher la personne de blesser autrui ou de se blesser elle-même¹⁴. Cet article circonscrit également le champ d'application de la loi, à savoir les établissements du réseau de la santé et des services sociaux¹⁵, lesquels doivent par ailleurs adopter et diffuser auprès de leurs usagers un protocole d'application des mesures de contrôle. Enfin, l'utilisation de ces mesures doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Les

professionnels qui y recourent se voient obligés de consigner à son dossier une description détaillée de la manière dont elle a agi pour en motiver le recours ou le maintien, ainsi que les circonstances dans lesquelles l'événement s'est produit. Les établissements doivent de plus procéder à une évaluation annuelle de l'application des mesures.

2.3 DÉFINITIONS, PHILOSOPHIE D'INTERVENTION ET PRINCIPES DIRECTEURS

En référence au protocole d'application des mesures de contrôle par les établissements, l'article 118.1 spécifie que ces mesures doivent tenir compte des « orientations ministérielles ». Il s'agit ici des *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* publiées par le MSSS en 2002¹⁶ à l'intention des établissements qu'il régit et du personnel qui y œuvre. Ces orientations découlent de l'article 118.1 et représentent en quelque sorte la position ministérielle quant à la manière d'actualiser ces dispositions. Fait à noter, elles constituent de l'avis même du MSSS la résultante d'une importante démarche de consultation et de concertation d'experts issus du réseau et du milieu communautaire, incluant des personnes utilisatrices de services.

¹⁴ Le sens du terme « lésions » utilisé dans la Loi n'est défini nulle part. Il demeure donc sujet à interprétation, quoique la finalité soit orientée vers la protection de l'intégrité physique. Le Programme national de formation (2006), rapportant la définition du dictionnaire Le Petit Robert (2006) conclut qu'« Une lésion, dans le cadre de cette loi, est un préjudice corporel ou un dommage physique causé par une personne à elle-même ou à une autre » (p. 4-5 du Module : Consentement).

¹⁵ Les établissements dans lesquels se trouvent les centres suivants : un centre local de services communautaires, un centre hospitalier, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, un centre d'hébergement de soins de longue durée, un centre de réadaptation (LSSSS, art. 79). Sont exclus, par exemple, les milieux scolaires et domiciliaires.

¹⁶ Le document est daté de 2002, mais il a été publié en février 2003.

- **Définition de la contention et de l'isolement**

Si le terme « isolement » apparaît à l'article 118.1, ce n'est pas le cas pour celui de « contention ». Cette dernière y est évoquée par la référence à « la force » et à « tout moyen mécanique ». Les concepts de contention et d'isolement reçoivent en fait une définition opérationnelle dans les *orientations ministérielles*.

Contention

Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.

Isolement

Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

Il ressort de la définition de la contention retenue par le MSSS qu'elle correspond à ce qu'on désigne ordinairement comme « contention physique » et exclue ce qu'on appelle la « contention chimique ». Cette dernière est définie dans les *Orientations ministérielles* par l'expression « substance chimique », mais l'utilisation de cette mesure de contrôle est réservée aux seuls médecins et ne figure pas parmi les activités réservées aux autres professionnels, incluant les travailleurs sociaux.

Comme c'est le cas à l'article 118.1, la contention et l'isolement sont souvent désignés de manière implicite par l'expression générique et plus englobante « mesures de contrôle », laquelle réfère à des dispositions prises à l'endroit d'une personne dans l'intention de mettre fin à un comportement

estimé perturbateur, dangereux ou menaçant pour sa sécurité ou celle d'autrui.

- **Philosophie et principes directeurs**

Les *Orientations ministérielles* fixent l'objectif de réduction maximale d'utilisation des mesures de contrôle, voire, ultimement, d'élimination de ces mesures et par la mise en place de mesures de remplacement. Pour ce faire, sont préconisés une philosophie d'intervention et des principes directeurs que l'Ordre retient pour l'exercice des activités réservées reliées à la contention et l'isolement par les travailleurs sociaux.

Cette philosophie se traduit par le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne. Elle doit guider en toile de fond l'intervention, laquelle doit également être menée dans une perspective de relation d'aide respectueuse de la personne, de ses ressources et de son environnement. La prise en compte de ses antécédents et la sollicitation des acteurs présents dans son environnement est essentielle. L'appropriation par la personne de son pouvoir sur sa propre situation doit enfin être au cœur de l'intervention.

Les principes directeurs prescrivent quant à eux que les mesures de contrôle, le cas échéant, doivent être utilisées en dernier recours, dans un contexte de risque imminent, de la manière la moins contraignante possible, la plus confortable pour la personne et le moins longtemps possible en plus de faire l'objet d'une surveillance attentive. L'utilisation de ces mesures doit enfin être balisée et contrôlée par des procédures émises par les établissements et faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi par leurs conseils d'administration. Le libellé exact des principes directeurs est reproduit à l'annexe 3.

2.4 CONTEXTES D'INTERVENTION ET CONSENTEMENT

La question du recours aux mesures de contention et d'isolement peut se poser pour le travailleur social et les autres professionnels dans deux contextes différents au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée¹⁷. Le contexte d'intervention planifiée réfère à une situation où les mesures sont prévues et incluses au Plan d'intervention ou au Plan de services comme une intervention possible avec le consentement libre et éclairé de la personne. Cela peut par exemple se produire dans le cas d'une désorganisation comportementale récente qui risque de survenir à nouveau ou encore en raison d'informations obtenues qui permettent d'anticiper cette éventualité. Plusieurs moyens peuvent avoir été identifiés et convenus avec la personne pour y faire face, dont, en dernier recours, certaines mesures de contention ou d'isolement. En cas d'incapacité à consentir aux soins spécifiques que constituent de telles mesures, son représentant légal ou une autre personne désignée à cette fin, selon les règles du consentement substitué, doit donner ce consentement dans le meilleur intérêt de la personne. Il est à rappeler ici que le fait d'être représentée dans le cadre d'un régime de protection pour une personne majeure inapte ne rend pas nécessairement la personne inapte à consentir à des soins.

Le second contexte correspond plutôt à une situation où l'application d'une mesure de contention ou d'isolement survient en raison d'un comportement inhabituel de la personne, par conséquent non prévu, et qui met en danger de façon imminente sa sécurité physique ou celle d'autrui. Il s'apparente à une situation d'urgence en vertu de l'article 13 du Code civil du Québec. Dans ce cas, le consentement de la personne n'est pas requis, mais les mêmes principes directeurs doivent guider l'intervention. Une analyse postsituationnelle est cependant requise afin notamment d'évaluer la possibilité que se produise à nouveau la situation ayant donné lieu à l'application de telles mesures ainsi que de planifier et d'intégrer au plan d'intervention de la personne des mesures préventives, de remplacement ou l'utilisation exceptionnelle de mesures de contrôle telle que la contention et l'isolement, dans le futur. L'analyse postsituationnelle réalisée à la suite de l'application non prévue de ce type de mesure constitue en quelque sorte le point de départ du processus d'évaluation qui doit s'effectuer en contexte d'intervention planifiée. D'autre part, selon les milieux de pratique, la pertinence de traiter l'intervention dans ce contexte comme un incident ou un accident dans le cadre d'une approche de gestion des risques fondée sur les articles 183.1 et 183.2 de la LSSSS est à considérer¹⁸.

¹⁷ MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, p. 18.

¹⁸ LSSSS (L.R.Q., c. S-4.2), art. 183.1 et 183.2.

3. ASPECTS CLINIQUES DE L'INTERVENTION DU TRAVAILLEUR SOCIAL

L'intervention du travailleur social s'inscrit à l'intérieur du cadre légal et des balises cliniques et administratives qui en découlent. Adoptant la finalité de réduction maximale de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement, le travailleur social s'appuie sur les principes directeurs et la philosophie générale d'intervention recommandée par le MSSS qui doivent par ailleurs guider de manière impérative les politiques des établissements concernés. Il le fait également en fonction des valeurs, du champ d'exercice et de la marque distinctive de sa profession qui déterminent le caractère spécifique de sa contribution dans le processus de décision de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement mené dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire et selon les modalités prévues par les protocoles en vigueur dans l'établissement au sein duquel il œuvre.

3.1 LA NOTION DE DÉCISION

Décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement représente dans ce contexte une activité complexe. Quel est le sens d'une telle activité? La notion de « décision » réfère de manière générique à l'idée de faire un choix parmi plusieurs options, d'arrêter ce qu'on doit faire et, implicitement, de rendre ce choix exécutif¹⁹. Cette notion fait appel à la mise en œuvre d'un processus de réflexion au cours duquel sont considérées

diverses options conduisant à ce choix²⁰. La notion de choix elle-même implique l'analyse et l'appréciation d'une situation en vue d'une finalité, elle en présuppose en fait l'évaluation.

Pour les travailleurs sociaux, l'activité qui consiste à décider de l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement se fonde sur une évaluation du fonctionnement social. Cette évaluation constitue un processus continu, interactif et réflexif.

L'évaluation du fonctionnement social est une activité incontournable dans la pratique professionnelle du travailleur social. Elle vise à produire une compréhension de la situation d'une personne à un moment précis avec sa participation pour ensuite, émettre des hypothèses cliniques, formuler une opinion professionnelle et dégager des recommandations qui servent de repère pour l'action en s'appuyant sur les savoirs issus de la pratique, les connaissances scientifiques et les assises théoriques. L'évaluation reflète les forces et les ressources de la personne ainsi que celles de son milieu tout en analysant ses conditions de vie avec une attention particulière aux questions d'oppression, de discrimination,

¹⁹ Dictionnaire Le Petit Robert, 2003. Voir également Duhamel A. et N. Mouelhi (2001). *Éthique. Histoire, politique, application*, gaëtan morin éditeur, p. 178-179.

²⁰ Voir l'article de E. PICAUVET, cité en bibliographie, pour une synthèse sur la théorie de la décision.

d'exclusion, de stigmatisation ainsi que des inégalités sociales et économiques.²¹

En somme, décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement se traduit, pour le travailleur social, par une recommandation d'y recourir ou non. Cette décision s'effectue sur la base de son opinion professionnelle et au cours d'un processus délibératif réalisé dans le cadre d'une approche interdisciplinaire²². Ce processus pourrait amener le travailleur social à affirmer son autonomie professionnelle dans une situation où il serait en désaccord avec l'ensemble des membres de l'équipe.

Le processus décisionnel en contexte d'intervention planifiée devrait s'actualiser en équipe interdisciplinaire et en fonction d'étapes qui recouvrent l'ensemble des dimensions exigées par le cadre légal. Il existe différentes manières de circonscrire, représenter et nommer ces étapes. Afin de refléter l'aspect dynamique du processus et de bien situer les activités et les rôles du travailleur social tout au long de l'intervention, nous présentons ci-dessous un modèle de prise de décision en quatre étapes²³ : 1) l'évaluation de la situation, 2) la planification des interventions, 3) la communication et application du plan d'intervention, 4) la réévaluation de la situation et réajustement.

3.2 L'ÉVALUATION DE LA SITUATION

L'évaluation de la situation est fondamentale et constitue l'amorce du processus décisionnel. Elle vise à développer une connaissance approfondie de la personne et de son environnement pour mettre en œuvre un plan d'intervention interdisciplinaire et les plans d'intervention de chacun des professionnels impliqués. Ces derniers partagent notamment des informations relatives au risque que pourrait présenter la personne pour sa propre sécurité physique ou celle d'autrui. Il s'agit ici pour le travailleur social de participer à la formulation d'hypothèses sur les facteurs explicatifs des comportements présents ou susceptibles de se produire dans le milieu de soins et de services dans le but de planifier, ultérieurement, des mesures appropriées.

Pour ce faire, le travailleur social effectue une évaluation du fonctionnement social de la personne. La collaboration de celle-ci est fondamentale à toutes les phases du processus d'évaluation. Et puisque celle-ci implique la compréhension des interactions et des influences réciproques de la personne avec son environnement, le travailleur social privilégiera également, avec son autorisation, la participation des proches et des personnes significatives notamment parmi les membres de la famille²⁴.

²¹ OTSTCFQ (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*, p. 38.

²² MSSS (2006). *Programme de formation «Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement»*, Gouvernement du Québec, Module : Prise de décision, p. 11.

²³ Ce processus s'inspire pour l'essentiel des modèles présents dans le Cadre de référence de l'A.H.Q. (2004) et du Programme national de formation du MSSS (2006).

²⁴ OTSTCFQ (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*, p. 8-9.

A- Prise de contact et cueillette de données

Lors de la prise de contact et de la cueillette de données, tout en s'appuyant au *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social* publié par l'Ordre, le travailleur social apportera une attention particulière à l'obtention d'informations spécifiques par rapport à des facteurs critiques reliés à l'utilisation de mesures de contention et d'isolement.

• Caractéristiques personnelles

Le travailleur social prendra soin au départ de s'assurer que la personne comprend la langue d'usage dans le milieu des soins et des services. Il prendra en compte notamment son âge, son genre, son origine ethnique, son état de santé physique et mentale et les effets de la maladie, son histoire et ses habitudes de vie, ses forces et ses capacités, ses projets et ses espoirs, ses préférences quant aux soins et services, ses valeurs ainsi que ses référents normatifs aux plans social, culturel et religieux.

Il cherchera aussi de manière plus spécifique à retracer avec la personne et ses proches²⁵ :

- 1) son historique quant aux éléments perturbants et aux facteurs déclencheurs de comportements à risque;
- 2) son historique en matière de contention ou d'isolement; type de mesures appliquées, conséquences entraînées et signification attribuée;
- 3) son historique en matière de victimisation pendant l'enfance ou depuis le début de l'âge adulte, qu'il s'agisse d'abus physiques ou sexuels, d'abus psychologiques ou autres traumatismes;
- 4) solutions préventives aux comportements à risque ou les alternatives à la contention ou à l'isolement expérimentées antérieurement et le cas échéant, les réactions produites.

• Caractéristiques environnementales

Le travailleur social cherchera à faire le point avec la personne²⁶ sur son environnement immédiat et sociétal en recueillant des données relatives aux composantes suivantes : 1) milieux de vie d'origine et précédents; 2) aménagement physique de la chambre et de l'unité, références mobilières connues, perception des attitudes du personnel soignant, espace de liberté, voisinage immédiat physique et humain du milieu de soins et de services; 3) relations familiales et autres relations interpersonnelles, réseau ou formes de soutien social, personnes significatives; 4) ressources financières et autres ressources disponibles ou à développer, lieux et possibilités d'activités et d'implication participatives au sein du milieu de soins et de services; 5) procédures et politiques de l'établissement pertinentes, personnel de soins et de services, etc.

B- Analyse de la situation

En matière de contention et d'isolement, il importe pour le travailleur social de procéder à une analyse différenciée selon le genre. En effet, les mesures de contention et d'isolement sont susceptibles d'activer un processus de victimisation secondaire sur la base des antécédents de la personne. Beaucoup plus de femmes que d'hommes se retrouvent dans les unités de soins psychiatriques. Il est bien documenté que ces femmes sont surreprésentées parmi les personnes ayant subi de la violence physique, psychologique ou sexuelle, quoique ce phénomène touche également les hommes. L'impact de l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement pour les personnes ayant subi une forme de violence s'avère d'autant plus important alors qu'elles se retrouvent en situation de vulnérabilité, sans possibilité de fuir ou de se défendre en cas d'agression.

²⁵ Sous réserve de l'autorisation de la personne.

²⁶ Et en collaboration avec ses proches, avec son autorisation.

Il importe également pour le travailleur social de considérer que la personne, parce qu'elle est en situation de stress ou de déstabilisation, cherchera d'autant plus à reproduire ses habitudes antérieures dans le milieu de soins et de services. Il peut arriver qu'une personne devienne agressive à certains moments lorsqu'un intervenant s'apprête à entrer dans sa chambre parce que chez elle, elle a tendance à se retirer seule dans sa chambre lorsqu'elle ne va pas bien. Ou encore, dans le cas d'une personne avec une démence, celle-ci sera portée à adopter des comportements qui la sécurisaient auparavant à la maison, comme mettre une chaise sur sa tête pour ressentir un sentiment de sécurité.²⁷

Il s'avère donc particulièrement important, pour le travailleur social, de faire émerger le sens du comportement présenté par la personne et de le recadrer à la lumière de son fonctionnement social antérieur. Au-delà de son comportement actuel, il convient de saisir la réalité des différents rôles sociaux qu'elle exerçait. Comment fonctionnait-elle au quotidien, en interaction avec son environnement? De quoi était fait son environnement physique et social? Quels liens avait-elle avec des personnes significatives? La plupart du temps, il s'avère précieux de rencontrer les proches et les membres de la famille de la personne, dans le cadre de l'évaluation, pour documenter ces aspects et permettre d'identifier, en collaboration avec la personne concernée, ce qui pourrait agir comme élément déclencheur des comportements à risque, souvent présents dans l'environnement institutionnel.

En ce sens, l'analyse de la situation par le travailleur social aurait avantage à inclure en quoi la personne dispose, dans le milieu de soins et de services, d'opportunités pour mettre en valeur ses forces de manière à s'actualiser, faire des choix, reprendre du pouvoir sur sa vie, favoriser sa participation sociale, continuer

d'exercer des rôles sociaux et restaurer son fonctionnement social. Dans le cadre de ses communications interdisciplinaires, à l'étape de l'évaluation de la situation comme aux étapes subséquentes, le travailleur social doit faire intervenir, rappeler et expliciter le point de vue de la personne ainsi que prendre en compte et privilégier sa perception de la situation²⁸. Il cherchera de manière particulière à faire ressortir les forces de la personne ainsi qu'à identifier les liens entre la situation problématique et ses conditions de vie dans le milieu de soins et de services, en portant une attention particulière à l'identification et à la satisfaction de ses besoins de même qu'aux situations d'oppression et de discrimination qu'elle pourrait vivre.

3.3 LA PLANIFICATION DES INTERVENTIONS

À l'étape de la planification des interventions, divers moyens sont identifiés pour prévenir les situations où la personne pourrait se blesser ou blesser autrui. Avant de considérer une quelconque mesure de contention ou d'isolement, l'équipe doit s'assurer que tout a été fait pour éviter le recours à de telles mesures. Dans ce contexte, le travailleur social doit proposer des mesures alternatives ou dites de remplacement avant de considérer l'utilisation de mesures de contrôle ou d'isolement. On entend par mesures alternatives ou de remplacement des stratégies d'intervention susceptibles d'agir de manière efficace sur la globalité de la situation de la personne en interaction avec son environnement afin de prévenir des comportements qui présentent un risque de blessure pour elle-même ou pour autrui. Ces stratégies peuvent également comprendre des moyens d'adaptation de l'environnement qui, sans empêcher que survienne le comportement à risque, neutralise le risque de blessure de la personne ou d'autrui.

²⁷ Exemple tiré du film *Everyone wins! Quality care without restraints*. Terra Nova Films, 1995.

²⁸ OPTSQ (2006). *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, p. 5.

Les mesures de remplacement

En fonction de son évaluation du fonctionnement social de la personne, le travailleur social participera, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, à la planification et, lorsque pertinent, à la mise en place d'une série de mesures alternatives à cette fin. Pour le travailleur social, cette démarche se fera en considérant que la personne est experte de sa situation²⁹ et qu'elle possède les connaissances et les compétences nécessaires pour contribuer à la détermination de mesures alternatives. Celles-ci auront par conséquent avantage à être planifiées en collaboration avec la personne. À l'instar des autres professionnels, le travailleur social est invité à faire preuve de créativité et à explorer le plus grand nombre de mesures de remplacement possible dans le meilleur intérêt de la personne. La participation de la famille et des proches est ici tout à fait de mise, dans la mesure où elle y consent. Les mesures alternatives ou de remplacement varient notamment selon les milieux de pratique et les problématiques présentées par les personnes. Le travailleur social intéressé trouvera dans le Programme national de formation du MSSS plusieurs exemples de ces mesures en fonction des problématiques les plus fréquentes (errance, risque de chute, delirium, interférence aux traitements incommodes, agressivité et agitation)³⁰.

Il s'agit ici d'un rôle initial du travailleur social puisqu'il vise à ce que soit éliminé le recours aux mesures de contention et d'isolement.

En outre, le modèle de Kayser-Jones (2006)³¹ est souvent utilisé par les professionnels de la santé pour supporter l'évaluation de la situation et la planification des mesures alternatives. Ce modèle suggère une nomenclature de l'environnement global de la personne pour soutenir la prise de décision en équipe interdisciplinaire et identifie en ce sens cinq composantes : 1) la personne; 2) l'aménagement physique; 3) les structures organisationnelles; 4) l'aspect psychosocial et culturel; 5) l'environnement humain. Advenant que ce modèle soit utilisé au sein de l'équipe interdisciplinaire dans laquelle exerce le travailleur social, celui-ci portera une attention spéciale aux mesures d'ordre psychosocial, structurel et environnemental.

Le travailleur social est enfin invité à évaluer l'option d'inclure au Plan d'intervention diverses formes de « directives de soins anticipés »³². Il peut jouer un rôle de premier plan pour accompagner la personne dans l'élaboration de ces directives en fonction de sa situation singulière, des déclencheurs susceptibles d'entraîner une séquence d'événements non souhaités par la personne et susceptibles de lui causer des blessures ou d'en causer à autrui.

²⁹ OTSTCFQ (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*, p. 9.

³⁰ MSSS (2006). *Programme de formation «Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement»*, Module Mesures de remplacement.

³¹ GAGNON et ROY., dans MSSS (2006). *Programme de formation «Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement»*, Cahier du formateur, Gouvernement du Québec, p. 59-61.

³² AMBROSINI, Daniel L. et Anne G. CROCKER (2009). «Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonome», dans *Santé mentale au Québec*, vol. 34, no 2, 51-74.

- **La planification de mesures de contention ou d'isolement**

Dans l'éventualité où toutes les mesures alternatives échouent ou ne répondent pas aux besoins de la personne, il est possible que le travailleur social considère le recours à des mesures de contention ou d'isolement, mais de façon tout à fait exceptionnelle. Une analyse exhaustive doit être effectuée afin de juger des avantages et des inconvénients de diverses mesures de contention ou d'isolement, le cas échéant. Si une telle démarche doit se faire en équipe interdisciplinaire, elle doit d'abord et avant tout être réalisée avec la personne concernée. Le travailleur social cherchera surtout à anticiper et à mettre en évidence la portée de la décision de recourir à l'utilisation d'une mesure de contention ou d'isolement sous l'angle de son impact sur le fonctionnement social de la personne, mais également sur les proches, la famille et sur les autres patients ou résidents. Les préoccupations relatives à la personne elle-même demeurent cependant centrales et doivent prédominer dans cette démarche.

Étant donné que le recours à l'utilisation d'une mesure de contention ou d'isolement doit être considéré uniquement en fonction d'un risque imminent que court la personne de s'infliger des lésions à elle-même ou d'en infliger à autrui, ce risque doit être sous-pesé avec les effets négatifs qui peuvent découler de l'application d'une telle mesure. Par exemple, il faut prendre en compte qu'une mesure de contention entraîne souvent en elle-même un risque de blessure et peut faire que la personne devienne à la merci des autres, sans compter la détresse psychologique qui peut en résulter. À l'inverse, ne pas considérer l'application d'une mesure de contention ou d'isolement peut amener la personne à se blesser gravement ou même à tenter de mettre fin à sa vie. L'exercice du jugement professionnel devient ici primordial.

Si des mesures de contention ou d'isolement sont planifiées, celles-ci doivent répondre aux critères de l'article 118.1 de la LSSSS et des *Orientations ministérielles*. Elles doivent donc être minimales et les moins contraignantes possible. En tout temps, le consentement de la personne est requis. Même si cela représente un défi de taille, le travailleur social sera particulièrement attentif à l'exercice du consentement qui doit être libre et éclairé et obtenu de la personne concernée ou, en cas d'incapacité à consentir, de son représentant légal, ou encore d'une autre personne en vertu des règles du consentement substitué, et cela spécifiquement pour les mesures de contention ou d'isolement retenues. Le plan d'intervention doit quant à lui être élaboré avec la participation de la personne.

Sommaire

En guise de synthèse des deux premières étapes du processus décisionnel, le travailleur social se posera les questions suivantes en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire :

Quel est le besoin de la personne?

Qu'est-ce que la personne tente d'exprimer par le comportement problématique?

Y a-t-il un risque réel et important de lésions?

Ce risque est-il fondé, imminent, documenté?

Quel a été le résultat de l'application des mesures antérieures, le cas échéant?

Toutes les mesures alternatives ont-elles été épuisées?

Quelle autre mesure pourrait être envisagée?

Existe-t-il, dans l'environnement de la personne, un élément déclencheur compte tenu de son histoire de vie ou de sa situation actuelle?

Quelle est la mesure de contention ou d'isolement envisagée?

Pourquoi cette mesure en particulier est-elle envisagée?

Quels sont les bénéfices escomptés de son application? ses inconvénients?

Correspond-elle aux critères d'application du cadre légal? (durée brève, la moins contraignante pour la personne, la plus minimale, confortable, surveillance, etc.)

Qu'en dit la personne, que veut-elle, a-t-elle donné son consentement?

Qu'en disent ses proches, les membres significatifs de sa famille?

Quel sera l'impact prévisible sur son fonctionnement social?

Au moment de décider, alors qu'on a répondu aux questions précédentes, le travailleur social a également la responsabilité de se demander si la ou les mesures envisagées sont « proportionnelles » à la situation et applicables dans le contexte. Il a enfin la responsabilité de s'assurer, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire, de la planification des mesures de surveillance de la personne pendant l'application des mesures. L'impact et la portée de l'application d'une mesure de contention ou d'isolement d'une personne sur le reste de l'unité doivent également être considérés.

3.4 COMMUNICATION ET APPLICATION DU PLAN D'INTERVENTION

Lorsque la planification des interventions est terminée, il devient nécessaire de s'acquitter des tâches reliées à la communication du plan d'intervention. Comme il doit avoir été élaboré avec la personne concernée, celle-ci est en principe bien informée des objectifs et des

moyens qu'il contient. L'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire est de facto informée du Plan d'intervention interdisciplinaire. Les remplacements et la rotation de personnel dans les milieux de soins et de services rendent néanmoins nécessaire le fait de prévoir des modalités de transmission d'informations pertinentes relatives au contenu des plans d'intervention des professionnels impliqués.

De même, il importe que les membres du personnel de l'établissement susceptibles d'être interpellés par l'application des mesures de contention et d'isolement, le cas échéant, soient bien au courant de leur teneur. En effet, les non professionnels peuvent et sont souvent sollicités pour l'application des mesures. Le travailleur social ne devrait pas s'impliquer lui-même directement dans l'application des mesures de contention ou d'isolement. Cependant, s'il est présent au moment où cela se produit, il peut s'acquitter, en concertation avec l'équipe interdisciplinaire, d'un certain nombre de rôles auprès de la personne, des proches et de la famille.

- **Intervention auprès de la personne**

Si le travailleur social est présent au moment de l'application des mesures, il doit prendre les moyens nécessaires pour que les besoins d'information de la personne concernée soient pris en compte. Il est important que la personne soit informée de ce qui se passe et que ses réactions soient reçues avec empathie. Puisque les mesures de contention et d'isolement ne doivent jamais être actualisées comme une punition pour un mauvais comportement, mais toujours en tant que modalité thérapeutique et de protection dans un contexte de danger pour l'intégrité physique de la personne ou d'autrui, le travailleur social prendra soin de maintenir une attitude respectueuse envers la personne. Il est

également responsable d'intervenir auprès de ses supérieurs ou des instances appropriées de l'établissement en remettant en question, au besoin, l'application d'une mesure inappropriée sur la base de son jugement professionnel.

- **Auprès des proches, de la famille et de l'entourage**

Lors de l'application des mesures de contention et d'isolement, le travailleur social doit également planifier et réaliser, en concertation avec l'équipe interdisciplinaire, une intervention auprès des proches et de la famille. Il peut jouer un rôle de médiation et d'information pour diminuer leurs craintes, répondre à leurs questions, faire comprendre le point de vue de la personne, en appeler à une gestion des risques et expliquer le contexte d'utilisation des mesures de contention et d'isolement. Il peut également être amené à intervenir en ce sens auprès des autres patients ou résidents entourant la personne, de même qu'auprès des autres membres de l'équipe interdisciplinaire (individuellement ou en équipe) et des membres du personnel, au besoin. Les membres du personnel ayant appliqué la mesure sont particulièrement susceptibles d'avoir besoin de support.

3.5 RÉÉVALUATION DE LA SITUATION ET REAJUSTEMENT

La réévaluation de la situation constitue une étape primordiale. Elle doit permettre de manière continue une rétroaction sur l'actualisation des mesures contenues au plan d'intervention avec la personne de même qu'en équipe interdisciplinaire. Si une mesure de contention ou d'isolement a été appliquée, les effets qui en résultent et les conséquences qui en découlent doivent être identifiés, particulièrement pour le fonctionnement social de la personne. Il est important que la personne soit rencontrée. Le travailleur social se sert de toutes

ses connaissances et, sur la base de sa conscience professionnelle, il fait prévaloir le droit de la personne aux meilleures formes de soins et de services possibles.

Ainsi, le travailleur social participe à cette démarche évaluative en tentant à nouveau de trouver des moyens alternatifs à la contention ou à l'isolement. Avec un esprit d'autocritique, l'apprentissage de l'expérience vécue doit prévaloir dans le meilleur intérêt de la personne. Tout ce qui entraîne la privation d'un droit devrait être réévalué de manière constante dans une optique de suspension de la mesure dès que possible. Il est essentiel de s'assurer que la mesure appliquée l'a été en fonction du besoin de la personne, dans le sens d'un fonctionnement social optimal, et non en raison des contraintes reliées au fonctionnement de l'équipe ou du département découlant des politiques organisationnelles.

3.6 PARTICULARITÉS RELIÉES À L'INTERVENTION NON PLANIFIÉE

Le processus décisionnel précédemment exposé s'applique bien dans le contexte d'intervention planifiée. C'est d'ailleurs dans ce contexte que le travailleur social peut être d'un apport optimal étant donné l'évaluation du fonctionnement social de la personne approfondie qu'il effectue. Il peut cependant arriver que la question du recours aux mesures de contention et d'isolement se pose dans un contexte d'intervention non planifiée. Ce contexte a été décrit conformément aux *Orientations ministérielles* (voir section 2.4) comme étant caractérisé par le fait qu'un comportement inhabituel et imprévisible d'une personne se produise et risque de manière imminente de lui causer des lésions ou à autrui. Le caractère urgent d'une action de protection à entreprendre rend non nécessaire l'obtention du consentement de la personne pour décider de l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement.

Le travailleur social appelé exceptionnellement à intervenir dans un contexte d'intervention non planifiée doit au préalable connaître ce que le protocole de l'établissement dans lequel il œuvre prévoit et, dans la mesure du possible, s'y conformer. Sous réserve des dispositions prévues par un tel protocole, il demeure possible que le travailleur social soit contraint de décider de l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement dans une situation d'urgence où la réponse à un besoin de sécurité immédiat doit primer. L'exercice du jugement professionnel est ici de première importance, et le travailleur social doit alors recourir à une approche d'intervention en situation d'urgence³³. Une telle approche suppose toutefois de mener un processus décisionnel relatif à l'utilisation de mesures de contention et d'isolement en s'inspirant pour l'essentiel des mêmes principes et paramètres que ceux qui prévalent en contexte d'intervention planifiée.

Il est impératif qu'une réévaluation de la situation soit faite en équipe interdisciplinaire après que le travailleur social ou un autre professionnel ait pris une décision relative à l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement en contexte d'intervention non planifiée. Cette étape revêt ici une importance particulière. En effet, si le type de comportement ayant donné lieu à la décision du recours à l'utilisation d'une mesure de contention ou d'isolement s'était déjà produit auparavant, il devient alors « prévisible ». Dans ce contexte, une recherche de mesures de remplacement devient nécessaire et les mesures de contention ou d'isolement devraient faire partie ultérieurement du Plan d'intervention interdisciplinaire et recevoir le consentement de la personne. Sinon, la situation aurait avantage à être adressée aux instances appropriées de l'établissement pour une recherche de solution adéquate et respectueuse des droits de la personne dans ces circonstances.

3.7 ACTIVITÉS TRANSVERSALES DU TRAVAILLEUR SOCIAL

Des étapes du processus décisionnel ont été identifiées et, pour chacune, des rôles ont été énoncés pour le travailleur social. Certains de ces rôles devraient néanmoins être transversaux et s'exercer à toutes les étapes du processus, en raison de l'importance qu'ils présentent pour les travailleurs sociaux.

- **Solliciter la participation et la collaboration des proches et des familles**

Les personnes admises dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux pour différents soins et services se retrouvent souvent isolées de leurs proches et des membres de leur famille. Il est de la responsabilité du travailleur social de considérer avec la personne la possibilité de faire appel à certaines personnes significatives aux différentes étapes du processus décisionnel et en particulier pour procéder à l'évaluation du fonctionnement social. Sous réserve de son consentement, la participation et la collaboration de membres parmi les proches et la famille de la personne sont à favoriser, et ce, même si une telle avenue est peu courante ou encore peu favorisée dans la culture de l'établissement où il œuvre.

- **Chercher le consentement de la personne en tout temps**

Pour le travailleur social, la personne doit demeurer au centre des préoccupations de l'équipe interdisciplinaire. En ce sens, il importe de rechercher en tout temps son consentement, notamment lorsqu'il est question de

³³ GINGERICH, Susan (2002). « Social Workers as Crisis Counselors », dans *Social Work Practice in Mental Health. Contemporary Roles, tasks, and Techniques*, Kia J. Bentley Editor, p. 18-42.

mesures de contention et d'isolement. Cette recherche de consentement pose un défi de taille et comporte des enjeux importants. En effet, planifier de telles mesures dans le Plan d'intervention suppose que la personne y ait consenti préalablement. Même dans ce cas, elle peut y opposer son refus, une fois en situation. Bien que le consentement ne soit pas requis pour procéder en contexte d'intervention non planifiée, le travailleur social cherchera à tout moment le consentement de la personne, dans le respect de sa dignité. Cette orientation se fonde sur le fait que les mesures de contention ou d'isolement, même pour des motifs de protection, demeurent des mesures restrictives de liberté eu égard au principe d'autodétermination de la personne et des dispositions contenues dans les Chartes canadienne et québécoise des droits et libertés.

- **Mettre en évidence les impacts sur le fonctionnement social de la personne**

À toutes les étapes du processus décisionnel, le travailleur social a la responsabilité d'identifier et de faire connaître les impacts de l'application des mesures de contention ou d'isolement appréhendées ou effectives sur le fonctionnement social de la personne, sur ses

proches et les membres de sa famille. Il le fait dans une visée de restauration du fonctionnement social de la personne et de prévention de l'application des mesures de contention ou d'isolement, par la mise en place de mesures alternatives en collaboration avec elle et avec son consentement, celui de ses proches et des membres de sa famille. Cela devrait constituer l'essentiel de sa contribution dans le processus décisionnel.

- **Défendre les droits de la personne**

Le travailleur social, à toutes les étapes du processus décisionnel, sera particulièrement vigilant au respect et à la défense des droits de la personne au sein de l'équipe interdisciplinaire et, plus largement, à l'intérieur de l'établissement. En premier lieu, il verra à ce que le client soit informé de ses droits et prendra les moyens jugés opportuns à cette fin. Ces moyens pourraient comprendre le recours à des organismes de la communauté spécialisés en la matière, à des publications ou d'autres sources de documentation pertinentes. Au besoin, en fonction de son évaluation de la situation à la lumière de son jugement professionnel, le travailleur social entreprendra des actions ou des démarches de représentation nécessaires en exerçant divers rôles d'*advocacy*.

4. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Les activités qui consistent à décider de l'utilisation de mesures de contention et d'isolement sont complexes et requièrent du travailleur social qu'il développe de manière continue tant ses habiletés d'intervention au plan clinique que l'ensemble de ses compétences professionnelles. Elles nécessitent également de sa part qu'il se place en processus continuels de réflexion et de délibération quant aux enjeux éthiques et sociaux liés à l'intervention auprès des personnes susceptibles d'être visées par l'application de mesures de contention et d'isolement. Elles l'invitent enfin à exercer sa responsabilité professionnelle au-delà des tâches courantes inhérentes à la fonction immédiate qu'il occupe au sein de l'établissement qui l'emploie. Certaines de ces considérations sont brièvement abordées dans cette dernière section.

4.1 TENUE DES DOSSIERS

Il est important que le travailleur social s'assure que soit consignées au dossier de la personne visée par les mesures de contention et d'isolement les informations nécessaires en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS. Cet article prescrit que l'on retrouve au dossier de la personne une mention détaillée de l'utilisation d'une mesure de contention ou d'isolement, le cas échéant. Doivent notamment être consignées une prescription des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils l'ont été et une description du comportement qui a motivé la décision de l'application ou du maintien de la mesure.

Sous réserve des dispositions prises par les établissements concernant la tenue des dossiers, le travailleur social demeure responsable de s'assurer que les activités professionnelles qu'il a exercées auprès de la personne et dans le cadre de l'équipe interdisciplinaires fassent l'objet de rapports distincts et de notes chronologiques appropriées. Son évaluation du fonctionnement social incluant son opinion professionnelle, les recommandations qu'il a formulées et les activités qu'il a réalisées doivent apparaître au dossier de manière à ce qu'elles puissent lui être clairement attribuées. Le travailleur social est invité à se référer au *Guide des normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation* publié par l'Ordre en 2007 sur ces questions.

4.2 UNE PRATIQUE RÉFLEXIVE ET CRITIQUE AXÉE SUR LE POUVOIR D'AGIR

Dans le cadre des activités relatives à la contention et à l'isolement, le travailleur social est invité à adopter une attitude clinique et une posture éthique appropriées par rapport à la personne visée par les mesures. Dans le sens des *Orientations ministérielles*, il est amené « à se percevoir comme l'un des acteurs parmi d'autres dans le processus menant à une réduction ou à une résorption des difficultés vécues par la personne »³⁴. En ce sens, le travailleur social joue un rôle important dans tout le processus de décision, plaçant la personne au cœur de son intervention.

³⁴ MSSS (2002). *Orientations ministérielles*, p. 9.

Dans le contexte de l'intervention interdisciplinaire, le travailleur social occupe souvent une position privilégiée. Il sera particulièrement sensible à l'importance d'obtenir l'avis de la personne sur sa situation, de voir comment elle se situe et de transmettre ses volontés. Parfois, il devra également faire les liens entre les différents professionnels, avec les proches et avec la famille. Dans ces situations, le travailleur social est alors porteur des questions suivantes : que pense la personne de sa situation? Que comprendre et comment tenir compte des préoccupations qu'elle exprime? Privilégier le point de vue de la personne constitue un élément clé de l'évaluation du fonctionnement social³⁵. En présence de directives de soins anticipés, le travailleur social en fait valoir l'importance dans le processus décisionnel.

Il est également du ressort du travailleur social de faire valoir et de défendre, au besoin, les droits de la personne au sein de l'équipe, de l'établissement et, plus largement, dans la société. Ces droits concernent au premier chef les conditions dans lesquelles s'exerce la dispensation des soins et des services dans l'établissement. Plus largement, le travailleur social exercera les représentations sociales requises des personnes dans un sens d'*advocacy* pour faire valoir et défendre leurs droits à des soins et à des services ainsi qu'à des conditions de vie décentes dans la communauté sur la base des Chartes canadienne et québécoise ainsi que de pactes internationaux comme le Pacte International des Droits Économiques, Sociaux et Culturels (PIDESC).

Le travailleur social doit également demeurer critique par rapport aux idéologies dominantes dans les milieux de soins et de services et remettre en question, lorsque pertinent, tant les structures organisationnelles que les pratiques cliniques et de gestion courante visant la réduction, voire d'élimination des mesures de contention et d'isolement poursuivie par les *Orientations ministérielles*. Pour poser ce type de questionnement dans une perspective constructive, le travailleur social est invité à faire preuve des habiletés relationnelles nécessaires³⁶, à fournir des pistes argumentatives qui motivent ses questions et à s'inclure lui-même dans le questionnement. Par-dessus tout, le travailleur social doit placer l'intérêt de la personne au centre de la discussion dans un juste équilibre entre les besoins de protection et les principes et valeurs d'autodétermination.

Les dernières décennies ont vu naître, d'abord aux États-Unis, puis au Québec, une philosophie d'intervention en santé mentale axée sur les concepts de « rétablissement » et de « réappropriation du pouvoir ». La philosophie issue de ces concepts a passablement influencé l'introduction de l'article 118.1 de la LSSSS ainsi que l'élaboration des *Orientations ministérielles* de 2002. Cette philosophie d'intervention rejoint grandement les principes et les valeurs de la profession de travailleur social. L'Ordre invite les travailleurs sociaux à mieux la connaître, à s'en inspirer, voire à l'adopter pour l'exercice de ces activités³⁷.

³⁵ Voir le *Référentiel des compétences* et le *Cadre de référence de l'évaluation du fonctionnement social*.

³⁶ OPTSQ (2005). *Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*.

³⁷ BILODEAU, Guy (2005). *Traité de travail social*, Rennes, Éditions de l'école nationale de la santé publique, p. 131-134.

4.3 L'ENGAGEMENT DU TRAVAILLEUR SOCIAL DANS LES MESURES PRÉVENTIVES

L'article 118.1 de la LSSSS prévoit que les établissements adoptent un protocole d'application des mesures de contrôle fondé sur les *Orientations ministérielles*, le fassent connaître aux usagers et procèdent à une évaluation annuelle de leur application. Il est de la responsabilité du travailleur social exerçant dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux de contribuer, individuellement et avec ses pairs, à ce que ces obligations soient actualisées par l'établissement. La connaissance préalable du protocole d'application est très importante parce que le travailleur social doit inscrire sa décision d'utiliser des mesures de contention et d'isolement en fonction de ce protocole. Il a notamment la responsabilité, en s'associant avec les autres travailleurs sociaux de l'établissement, de s'assurer que le protocole d'application contient les dispositions nécessaires à l'exercice des activités des travailleurs sociaux en fonction de leur champ d'exercice. De même, le travailleur social participera à l'identification et à la mise en place de mesures préventives de type systémique et organisationnel et fera preuve de créativité, comme le recommandent les *Orientations ministérielles* à cette fin.

La pratique de la contention et de l'isolement représentent encore aujourd'hui, au Québec, un enjeu de société fort important. Étant donné qu'elles portent atteintes à l'intégrité et à la dignité de la personne en limitant sa liberté – droits reconnus dans les Chartes – il est d'une importance capitale de s'inscrire dans le mouvement de réflexion et d'action visant à en réduire encore davantage l'utilisation, voire à les éliminer complètement. D'autant plus que

les motifs d'utilisation de l'isolement et de la contention semblent encore trop souvent fondés sur une insuffisance de moyens plutôt que sur la base des données de la recherche. Les conditions organisationnelles qui encadrent la pratique professionnelle des travailleurs sociaux jouent un rôle de premier plan en ce domaine. Aussi devient-il approprié de développer une analyse critique constante des facteurs systémiques, culturels et économiques qui la déterminent. L'allocation de ressources suffisantes est nécessaire pour structurer les programmes et l'organisation du travail qui permettent d'intervenir de manière respectueuse auprès de la personne, de ses droits, de ses besoins et de sa dignité.

4.4 RESPONSABILITÉ, DÉVELOPPEMENT ET SOUTIEN PROFESSIONNELS

Il est suggéré dans ces lignes directrices que le travailleur social mène le processus de décision de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement en interdisciplinarité. Il n'est pas toujours certain que cela puisse être le cas. Il est possible que le travailleur social doive prendre une telle décision à titre de seul professionnel présent dans l'établissement, surtout en contexte d'intervention non planifiée et pour une personne qu'il pourrait connaître très peu au plan professionnel. De toute manière, et en toute circonstance, le travailleur social doit se rappeler qu'il demeure imputable de chaque geste professionnel qu'il pose. Il se peut donc qu'il ait à conserver son indépendance professionnelle face à l'influence que pourrait vouloir exercer sur lui des intervenants aux prises avec une situation difficile et s'abstenir d'intervenir dans un contexte où il ne possède ni les données, ni les compétences pour exercer l'activité professionnelle correspondante.

D'autre part, il est de la responsabilité professionnelle du travailleur social de s'assurer d'acquiescer, de maintenir et de développer les connaissances et les habiletés nécessaires à l'exercice des activités professionnelles relatives au fait de décider de l'utilisation de mesures de contention et d'isolement. De manière spécifique, le travailleur social verra à assurer son développement professionnel dans les champs de la santé mentale, de la déficience intellectuelle et de la gériatrie. Par ailleurs, il s'assurera de détenir les formations appropriées telles que les formations sur l'intervention en situation d'agressivité, de type Omega par exemple. Il aura de plus recours à un processus décisionnel éprouvé pour intervenir dans des situations qui l'interpellent et lui posent un dilemme éthique³⁸. Pour assurer son développement professionnel, il se fera également un devoir de suivre l'évolution des enjeux sociaux, politiques et économiques

reliés de près ou de loin aux pratiques de contention et d'isolement³⁹ en s'intéressant à la recherche sociale à ce sujet.

Le travailleur social cherchera au besoin l'aide et l'assistance nécessaires. En situation où lui-même serait affecté par une intervention relative à la contention ou à l'isolement d'une personne, il lui revient de consulter un collègue, un superviseur ou toute personne appropriée afin d'être aidé dans la situation. Il arrive également que l'équipe interdisciplinaire, dans une situation particulière, puisse se trouver à bout de ressources nécessaires afin d'intervenir de manière appropriée auprès d'une personne. Il est du devoir du travailleur social dans ces situations de faire valoir le recours aux instances appropriées de l'établissement, par exemple un comité d'éthique, ou encore à une ressource externe afin d'être soutenu de façon adéquate pour être en mesure de mieux aider la personne.

³⁸ Voir la méthode proposée dans : OPTSQ (2007). *L'éthique et les travailleurs sociaux; éléments de réflexion et guide de délibération*.

³⁹ OPTSQ (2006). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*.

CONCLUSION

Les lignes directrices présentées dans ce document veulent soutenir le travailleur social dans l'exercice des activités réservées de la Loi 21 qui consistent à décider de l'utilisation des mesures de contention et d'isolement dans le cadre de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris. Elles se fondent sur le cadre légal et les orientations ministérielles mis de l'avant au Québec ces dernières années. Elles visent par ailleurs à mettre en évidence le caractère et la contribution spécifiques du travailleur social dans le contexte d'une intervention interdisciplinaire qui est ici valorisée pour le bénéfice des personnes susceptibles de faire l'objet des mesures.

En somme, bien qu'il soit possible pour les travailleurs sociaux de recommander le recours à des mesures de contention ou d'isolement dans le cadre du processus délibératif de l'équipe interdisciplinaire, il est privilégié dans ces lignes directrices d'éviter de le faire, en œuvrant plutôt à la mise en place de stratégies alternatives, tant auprès des personnes que des établissements, par l'entremise des mesures et politiques appropriées.

Cette activité professionnelle soulève de nombreux enjeux éthiques que les travailleurs sociaux doivent situer dans le contexte plus large de la promotion et de la défense des droits des personnes en situation de vulnérabilité, à l'exercice de leur citoyenneté pleine et entière. Elle implique d'autre part un engagement de tous les instants à l'amélioration des conditions de vie des personnes à toutes les étapes de leur vie, et surtout au moment où elles en ont le plus besoin. Il en va de la dignité et du respect des personnes, si chère aux travailleuses sociales et aux travailleurs sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

AGIDD-SMQ (2008).

Mémoire concernant le projet de loi 50, présenté à la Commission des Institutions, février 2008.

AGIDD-SMQ (1999).

Actes du colloque « Isolement et contention : pour s'en sortir et s'en défaire », Montréal, 487 p.

AMBROSINI, Daniel L. et Anne G. CROCKER (2009).

« Les directives psychiatriques anticipées (DPA) et le rôle de l'autonome », dans *Santé mentale au Québec*, vol. 34, no 2, 51-74.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (2004).

Cadre de référence. Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement, Édition révisée 2004, 60 p.

BILODEAU, Guy (2005).

Traité de travail social, Rennes, Éditions de l'école nationale de la santé publique, 296 p.

CCDM (2003).

Actes du colloque « Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire : vers un changement de culture » Montréal.

DESROSIERS, Julie. (2005).

Isolement et mesures disciplinaires dans les centres de réadaptation pour jeunes, Wilson & Lafleur ltée.

DUHAMEL, André et Nouredine MOUELHI (2001).

Éthique. Histoire, politique, application, gaëtan morin éditeur.

GOULD, Nick (2010).

Mental Health Social Work in Context, 206 p.

KEATING, Bernard (2009).

« Les droits du patient : une menace pour les patients » dans *Santé mentale au Québec*, vol. 34, no 2, 39-49.

MAYER, Robert (2002).

Évolution des pratiques en service social, gaëtan morin éditeur, Boucherville, 489 p.

MORIN, Paul et MICHAUD, Cécile (2003).

« Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination » dans *Santé mentale au Québec*, vol. 28, no 1, p. 126-150.

MSSS (2006).

Programme de formation « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement », Gouvernement du Québec

OTSTCFQ (2010). *Cadre de référence sur l'évaluation du fonctionnement social*.

OPTSQ (2007).

L'éthique et les travailleurs sociaux; éléments de réflexion et guide de délibération.

OPTSQ (2006).

Guide de normes pour la tenue des dossiers et des cabinets de consultation.

OPTSQ (2005).

Référentiel des compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux.

PICAVET, Emmanuel (2004).

« Décision » dans *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale* (sous la direction de Monique Canto-Sperber), tome 1, Presses Universitaires de France, 457-462.

ANNEXE 1

EXTRAITS SIGNIFICATIFS DES CHARTES RELIÉS AUX DROITS ET LIBERTÉS DES INDIVIDUS PAR RAPPORT AUX MESURES DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT.

CHARTRE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS

Article 1

Droits et libertés au Canada

La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.

Article 7

Vie, liberté et sécurité

Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

Article 9

Détention et emprisonnement

Chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraires.

Article 12

Cruauté

Chacun a droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités.

CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE DU QUÉBEC

Article 1

Droit à la vie

Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Personnalité juridique

Il possède également la personnalité juridique.

Article 3

Libertés fondamentales

Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

Article 4

Sauvegarde de la dignité

Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

Article 9.1

Exercice des libertés et des droits fondamentaux

Les droits et libertés fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

ANNEXE 2

ÉNONCÉ DES PRINCIPES ET VALEURS QUI GUIDENT ET DÉFINISSENT LA PROFESSION DE TRAVAILLEUR SOCIAL

- Le respect de la dignité de tout être humain;
- La croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;
- La reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changement;
- Le respect des droits des personnes, des groupes et des collectivités;
- Le respect du principe d'autonomie de la personne et du principe d'autodétermination;
- La reconnaissance du droit de tout individu de recevoir assistance et protection selon ses besoins;
- La promotion des principes de justice sociale.

Source : OPTSQ. *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*, adopté par le Bureau, juin 2005.

ANNEXE 3

LES SIX PRINCIPES DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES DE 2002

PREMIER PRINCIPLE

Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.

DEUXIÈME PRINCIPLE

Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.

TROISIÈME PRINCIPLE

Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.

QUATRIÈME PRINCIPLE

L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.

CINQUIÈME PRINCIPLE

L'utilisation des substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.

SIXIÈME PRINCIPLE

L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

**ORDRE DES TRAVAILLEURS
SOCIAUX ET DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX
ET FAMILIAUX DU QUÉBEC**

255, boul. Crémazie Est, bureau 520
Montréal (Québec) H2M 1M2

MÉTRO CRÉMAZIE

Tél.: 514 731-3925
Sans frais : 1 888 731-9420
Télécopieur : 514 731-6785

info.general@otstcfq.org

www.otstcfq.org