

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

(Chambre des actions collectives)
C O U R S U P É R I E U R E

N° de dossier : 500-06-001022-199

ELEANOR LINDSAY

Requérante

c.

PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

Partie intimée

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DU BAS-SAINT-
LAURENT**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU
SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA
CAPITALE-NATIONALE**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA
MAURICIE-ET-DU-CENTRE-DU-QUÉBEC**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE
L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE
L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE
SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU
CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-
TÉMISCAMINGUE**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-
APPALACHES**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LAVAL**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES**

-et-

**CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE-
EST**

-et-

**RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK**

-et-

**CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES**

(collectivement appelés les « **Établissements
de santé visés** »)

Parties intimées

**DEMANDE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VISÉS POUR
PERMISSION DE PRODUIRE UNE PREUVE APPROPRIÉE ET POUR
INTERROGER LA REPRÉSENTANTE**
(art. 574 al 3 C.p.c.)

À L'HONORABLE CHRISTIAN IMMER, J.C.S., JUGE DÉSIGNÉ EN L'INSTANCE, LES
ÉTABLISSEMENTS VISÉS EXPOSENT CE QUI SUIT :

I. INTRODUCTION

1. Madame Eleanor Lindsay (la « **Requérante** ») demande l'autorisation de la Cour supérieure d'intenter une action collective au nom de toutes les personnes ayant séjourné en centre d'accueil¹ dans tout le Québec pour une période de plus de 72 ans, soit du 1^{er} octobre 1950 à ce jour.
2. Dans le cadre de cette demande pour autorisation d'intenter une action collective, les Établissements de santé visés invoquent l'article 574 C.p.c. afin qu'ils soient autorisés à déposer certaines pièces et à interroger la Requérante dans le but de circonscrire le débat au stade de l'autorisation.
3. Les Établissements de santé visés avancent que les pièces qu'elles désirent produire permettent de mieux comprendre l'évolution des Centres d'accueil à

¹ Les centres visés par la demande d'autorisation sont susceptibles de porter divers noms en fonction des époques et de leur vocation (centres d'accueil, centres jeunesse, centres de réadaptation, etc.). Aux fins de la présente, nous y référerons en utilisant le terme utilisé par la Requérante, soit « **Centre d'accueil** ».

travers le temps, de définir la notion d'« isolement », et de circonscrire le groupe tel que défini.

4. Les Établissements de santé visés désirent également faire un court interrogatoire sur l'assise factuelle de la représentante pour comprendre et vérifier certaines de ses allégations quant au syllogisme juridique avancé (art. 575(2) et 575(4) C.p.c.), ce qui aura un impact sur le groupe qu'elle désire représenter.
5. Tel que l'a permis cette Cour le 13 janvier 2022, les Établissements de santé visés se réservent le droit de déposer d'autres documents qui seraient essentiels quant à la période des années 1950 à 1970.

II. HISTORIQUE PROCÉDURAL

6. Le 2 octobre 2019, la Requérante dépose la *Application for Authorization to Institute a Class Action and Obtain the Status of Representative* qui sera amendée une première fois avec permission le 26 février 2020.
7. Dans sa version initiale, la Demande d'autorisation n'assignait que la Procureure générale du Québec.
8. Après l'amendement autorisé le 26 février 2020, les Établissements de santé visés sont ajoutés à titre de parties intimées.
9. Une nouvelle demande d'amendement est déposée le 13 décembre 2021 (la « **Demande d'autorisation** »). Cette version de la Demande d'autorisation étend la période visée par l'action collective de plus de 20 vingt ans : elle vise désormais les personnes ayant séjourné en Centre d'accueil à partir du 1^{er} octobre 1950.

III. LES CAUSES D' ACTIONS ALLÉGUÉES

10. La Requérante allègue des abus survenus au cours des années 1970 alors qu'elle était âgée entre 13 et 16 ans et était hébergée aux Centres d'accueil Notre-Dame de Laval et Marian Hall (Demande d'autorisation, par. 2.10-2.18; 2.20-31).
11. La Requérante allègue que les Établissements de santé visés, via les entités en activités au moment des faits, avaient recours à des pratiques d'isolement (Demande d'autorisation, par. 2.10-2.13; 2.17-2.18; 2.26-2.31; 3.57-3.63).
12. La Requérante allègue également avoir été victime d'abus pendant son séjour.
13. Plus précisément, elle aurait été contrainte de prendre des médicaments sans raison, ce qui lui aurait causé un préjudice (Demande d'autorisation, par. 2.23-2.24).
14. Selon la Requérante, les abus et mauvais traitements qu'elle aurait subis en Centre d'accueil seraient la cause directe et immédiate de divers symptômes, conditions, complications, difficultés, problèmes ou comportements, dont elle

aurait souffert et souffrirait encore à ce jour (Demande d'autorisation, par. 2.30, 2.32; 2.35).

15. Dans sa Demande d'autorisation, la Requérante demande la permission de représenter deux groupes avec des causes d'actions distinctes, soit :

i. D'un part, les personnes ayant fait l'objet de mesure générale de détention ou de confinement en centre d'accueil, incluant notamment l'isolement cellulaire, sans différencier les mesures visées (« *detained or confined, including without being limited to, by way of solitary confinement (isolation)* ») ;

*All persons having been **detained or confined, including, without being limited to, by way of solitary confinement (isolation), in a youth "reception center"** ("centre d'accueil"), as defined below, on or after October 1st, 1950, while they were children up to 17 years old inclusively, except persons who are part of the class proposed in matter 200-06-000221-187 (Superior Court of Québec) in connection with Mont d'Youville reception centre as of October 12, 2018, if authorized (the "**Detained Children Class**")*

ii. D'autre part, les personnes ayant subi un préjudice à cause d'abus, autres que ceux en lien avec les pratiques d'isolement, durant leur séjour en centre d'accueil;

All persons having been subject to abuses, including, without being limited to, (...), assault, sexual assault, unnecessary medication, inducement to develop a nicotine addiction (smoking), during their admission at a youth "reception center" ("centre d'accueil"), as defined for the purposes of the Detained Children Class, on or after October 1st, 1950, while they were children up to 17 years old inclusively.

*(the "**Abused Children Class**" and collectively with the Detained Children Class, "**Class Members**")*

16. Quant au premier groupe, la Requérante identifie les questions communes suivantes:

1. *Have the following practices occurred at the reception centers:*

1.1. *detention consisting in preventing the Detained Children Class members from leaving the reception center?*

1.2. *detention consisting in preventing the Detained Children Class members from leaving the common area?*

1.3. (...)

1.4. *detention consisting in locking up the Detained Children
Class members in a cell?*

➤ Demande d'autorisation, p. 36, voir aussi les par. 2.10-2.19, 2.23-2.26;

17. Or, le premier groupe tel que défini et les questions telles que formulées ne prennent pas en compte le fait que les Établissements de santé visés peuvent légitimement avoir recours à des mesures de contrôle à titre de pratiques cliniques légales et justifiées, incluant l'isolement.
18. La mise en isolement peut se faire dans le contexte d'une intervention planifiée (avec le consentement de l'utilisateur ou son représentant légal) ou non planifiée, deux cas de figure qui répondent à des règles et normes distinctes et qui impliquent la participation de professionnels qualifiés.
19. Ces mesures de contrôle sont permises pour les usagers des Centres d'accueil qu'ils soient hébergés en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.
20. Aussi, au paragraphe 2.15 de la Demande en autorisation, la Requérante semble également alléguer que le simple fait de séjourner dans un Centre d'accueil doit, en soi, être considéré comme une détention.

While at Notre-Dame de Laval, Eleanor Lindsay and the other children were not allowed to spend more than an hour per day in the outdoor yard. Thus, even when these children "behaved" up to their guards' standards, they were still locked inside the common area.

➤ Demande d'autorisation, par. 2.15;

21. En Centre d'accueil, une personne peut se retrouver dans une situation où sa liberté de circuler est limitée suite à une ordonnance du tribunal ou en raison de ses propres besoins.
22. C'est notamment le cas lors d'un placement dans une unité en encadrement intensif en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, ou d'une ordonnance de placement en mise sous garde fermée en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*.
23. Or, la Demande d'autorisation ne fait pas ces distinctions.
24. La Demande d'autorisation ne fait pas non plus la distinction des pratiques cliniques qui ont évolué à travers la période temporelle visée de plus de 72 ans.

IV. LA PREUVE APPROPRIÉE PROPOSÉE PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VISÉS

25. Afin de fournir à cette Cour des précisions nécessaires sur leurs activités et sur les cadres normatifs applicables, les Établissements de santé visés demandent donc l'autorisation de la Cour pour produire la preuve appropriée suivante :
- i. **Pièce ES-1**, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des services de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*, 1990 (voir notamment les pages 54 à 62);
 - ii. **Pièce ES-2**, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002;
 - iii. **Pièce ES-3**, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration d'application des mesures de contrôle*, mars 2015;
26. Cette preuve est essentielle et nécessaire à l'analyse des critères d'autorisation puisqu'elle définit l'isolement et la contention dans le contexte clinique, ce qui est utile au débat d'autorisation et permet une meilleure compréhension des activités des intimées. Plus précisément, les Pièces ES-1 à ES-3 apportent des précisions nécessaires et essentielles sur:
- i. Les moyens d'encadrement des usagers des Centres d'accueil;
 - ii. Ce que constitue l'isolement et la contention dans le contexte clinique;
 - iii. Les principes applicables en matière de recours à la contention et à l'isolement;
 - iv. Le fait que la décision d'utiliser des mesures de contrôle, incluant l'isolement, est un acte professionnel réservé;
 - v. Les différences d'application entre la *Loi sur la protection de la jeunesse*, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
 - vi. Les modèles décisionnels sur lesquels les intervenants peuvent s'appuyer pour conclure à la nécessité de la mise en place d'une mesure de contrôle;
 - vii. Le fait que chaque établissement doit mettre en place des protocoles pour les mesures de contrôle et les principes directeurs applicables à ces protocoles.

27. Ces éléments seront utiles au débat d'autorisation et permettent une meilleure compréhension des activités des Établissements de santé visés.
28. Les Établissements de santé visés soumettent respectueusement que cette Cour devra nécessairement prendre en compte ces distinctions dans le cadre de l'appréciation de la cause d'action défendable, de la détermination de l'existence de questions communes et de la définition du groupe.
29. La preuve appropriée des Établissements de santé visés est circonscrite et limitée au strict nécessaire.

V. L'INTERROGATOIRE DE LA REQUÉRANTE

30. La Requérante demande dans le cadre du deuxième groupe, soit les « Abused Children Class », de représenter les personnes ayant subi des agressions sexuelles en Centre d'accueil.
31. La Requérante allègue avoir subi des agressions sexuelles dans sa jeunesse, mais ces agressions furent commises par son père (Demande d'autorisation, par. 2.4).
32. En ce qui a trait aux allégations d'agression sexuelle en lien avec les opérations des Établissements de santé visés et leurs prédécesseurs, l'unique allégation de la Requérante sur sa cause d'action personnelle se limite à indiquer qu'elle en aurait été témoin:

2.19 While at Notre-Dame de Laval, Eleanor Lindsay witnessed other children being sexually touched, caressed and kissed on the lips by a male guard. This would mostly happen at the end of the day, during the guard's "good night" round.

➤ Demande d'autorisation, par. 2.19;

33. La Demande d'autorisation laisse donc un flou qui convient de préciser, puisque sa cause d'action ne s'appliquerait pas aux personnes ayant subi des agressions sexuelles, ce qui affecterait directement le critère de la représentativité pour une partie des membres du deuxième groupe.
34. Les Établissements de santé visés désirent interroger la Requérante pour savoir si lors de ses séjours à Notre-Dame de Laval et Marian Hall, celle-ci aurait subi des agressions sexuelles par un membre du personnel de ces établissements et dans les locaux de ces centres.
35. L'objectif est de confirmer si, oui ou non, la Requérante allègue avoir subi des agressions sexuelles lors de ses passages à Notre-Dame de Laval et Marian Hall pour les fins du critère de la représentativité.

36. L'interrogatoire de la Requérante sur cette question complétera les allégations et permettra au tribunal d'avoir une meilleure compréhension du contexte factuel de la Demande d'autorisation.
37. L'interrogatoire ne visant que des sujets limités, les Établissements de santé visés proposent de procéder par interrogatoire écrit.
38. Les Établissements de santé visés soumettent respectueusement que les modalités proposées sont conformes au principe de proportionnalité et à la situation particulière de la Requérante.
39. La preuve qui ressortira de l'interrogatoire de la Requérante est nécessaire et essentielle à l'examen des critères d'autorisation et notamment celui de la représentativité.
40. La présente demande est bien fondée en faits et en droit.

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

- A. ACCUEILLIR** la présente demande;
- B. PERMETTRE** aux Établissements de santé visés de produire les pièces ES-1 à ES-3 comme preuve à l'autorisation, soit :
 - a. **Pièce ES-1**, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des services de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*, 1990;
 - b. **Pièce ES-2**, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002;
 - c. **Pièce ES-3**, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration d'application des mesures de contrôle*, mars 2015;
- C. PERMETTRE** l'interrogatoire écrit de la Requérante Eleanor Lindsay selon les modalités suivantes :
 - a. Dans les 10 jours du jugement accordant la permission d'interroger, les Établissements de santé visés notifieront un interrogatoire écrit avec uniquement les questions suivantes :
 - i. During your stays at the Notre-Dame de Laval and Marian Hall youth reception centres between 1973 and 1976, have you been sexually assaulted on the premises of these centres by a member of the staff?

ii. If applicable, please describe the events and specify for each sexual assault:

1. on what date or time period the sexual assault occurred;
2. where it occurred in the centre;
3. who carried out the sexual assault (including the name and the title of this person);
4. whether there were witnesses and if so, their names.

b. La Requérante devra notifier sa réponse dans les 15 jours de la notification;

D. LE TOUT sans les frais de justice, sauf en cas de contestation.

Montréal, le 11 février 2022



Borden Ladner Gervais S.E.N.C.R.L., S.R.L.

Avocats des Établissements de santé
visés

Me Anne Merminod

Me Jean Saint-Onge, Ad. E.

Me Valérie Lafond

Me Alexis Leray

1000, rue De La Gauchetière Ouest

Bureau 900

Montréal (Québec) H3B 5H4

Téléphone : 514.954.2529

Télécopieur : 514.954.1905

amerminod@blg.com

vlafond@blg.com

aleray@blg.com

N/dossier : 243960.001257

AVIS DE PRÉSENTATION

Destinataires : Me Lev Alexeev / Me Marie-Pier Caza
NOVAlex Law Firm inc.
1195, rue Wellington, bureau 301
Montréal (Québec) H3C 1W1

lalexeev@novalex.co / mpcaza@novalex.co

Me Jean-Philippe Groleau/ Me Julie Girard/ Me Joseph-Anaël
Lemieux/ Me Guillaume Charlebois
Davies Ward Phillips & Vineberg
1501, avenue McGill College, 26^e étage
Montréal, (Québec) H3A 3N9

jpgroleau@dwpv.com

jgirard@dwpv.com

jlemieux@dwpv.com

gcharlebois@dwpv.com

Avocats de la demanderesse

Me Serge Ghorayeb / Me Alexandra Hodder
Bernard, Roy (Justice – Québec)
1, rue Notre-Dame Est, bureau 8.00
Montréal (Québec) H2Y 1B6

serge.ghorayeb@justice.gouv.qc.ca

bernardroy@justice.gouv.qc.ca

alexandra.hodder@justice.gouv.qc.ca

Avocats du défendeur Procureur général du Québec

PRENEZ AVIS que la présente *Demande des Établissements de santé visés pour permission de produire une preuve appropriée et pour interroger la Représentante* sera présentée pour adjudication devant l'honorable Chirstian Immer, J.C.S., au Palais de justice de Montréal, situé au 1, rue Notre-Dame Est, le **25 février 2022**, à une heure et date à être déterminées par la Cour.

VEUILLEZ AGIR EN CONSÉQUENCE.

Montréal, le 11 février 2022



Borden Ladner Gervais S.E.N.C.R.L., S.R.L.
Avocats des Établissements de santé
visés

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT DE MONTRÉAL

(Chambre des actions collectives)
C O U R S U P É R I E U R E

N° de dossier : 500-06-001022-199

ELEANOR LINDSAY

Requérante

c.

PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC et al.

Parties intimées

**INVENTAIRE DES PIÈCES AU SOUTIEN LA DEMANDE DES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VISÉS POUR PERMISSION DE
PRODUIRE UNE PREUVE APPROPRIÉE ET POUR INTERROGER LA
REPRÉSENTANTE**

- PIÈCE ES-1.** Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des services de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation*, 1990
- PIÈCE ES-2.** Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques, 2002
- PIÈCE ES-3.** Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cadre de référence pour l'élaboration d'application des mesures de contrôle, mars 2015

Copie de ces pièces est notifiée avec les présentes.

Montréal, le 11 février 2022



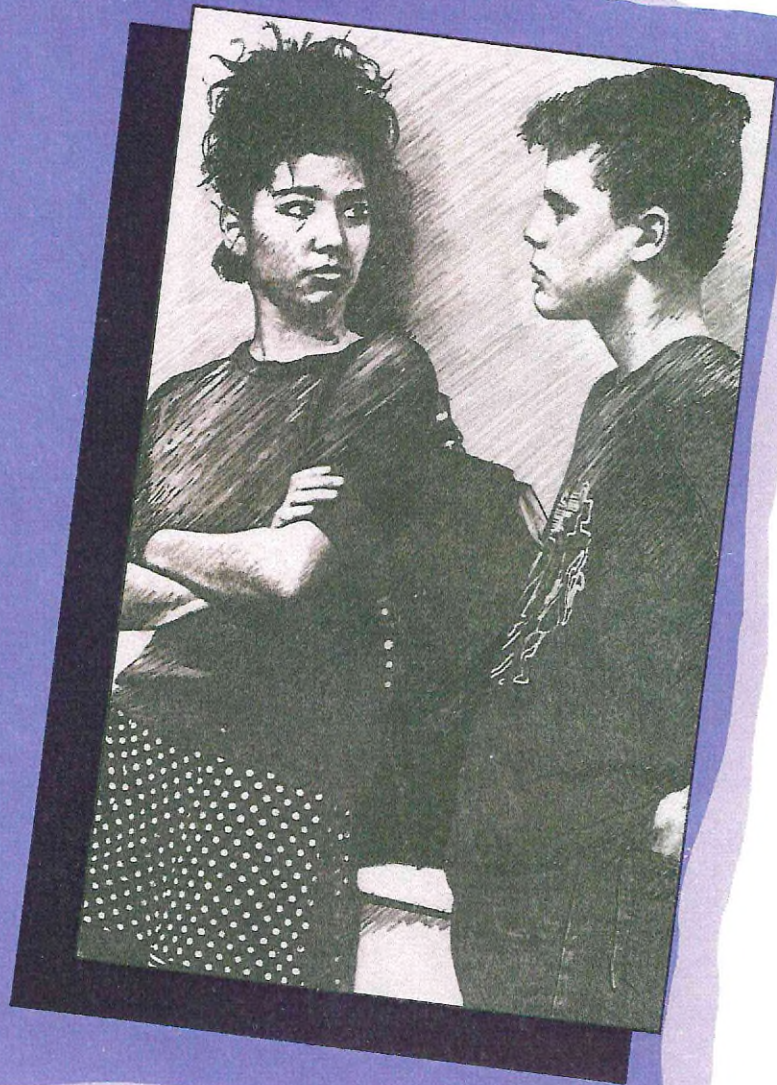
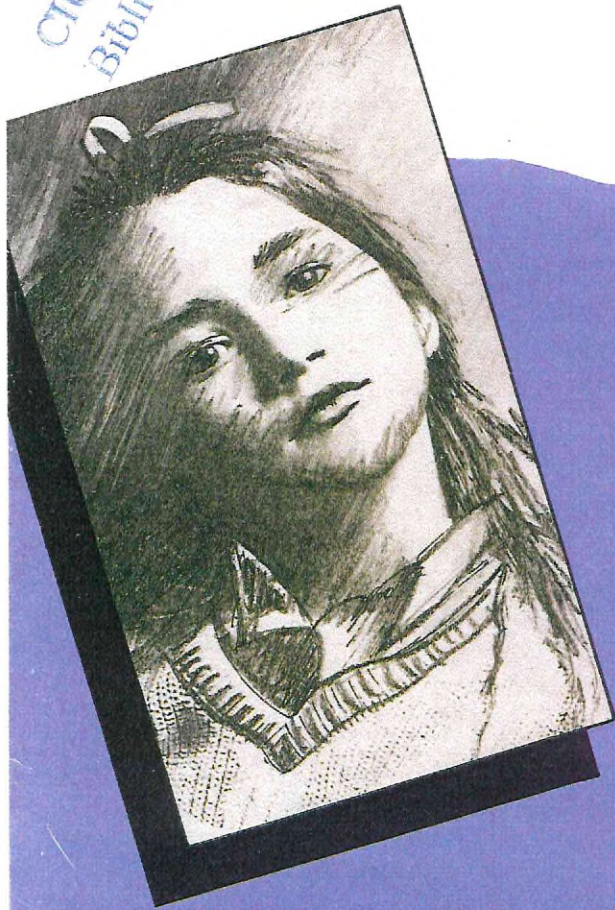
Borden Ladner Gervais S.E.N.C.R.L., S.R.L.
Avocats des Établissements de santé
visés

PIÈCE ES-1



1990

Centre de référence
sur l'orientation
et l'organisation
des centres de réadaptation
pour jeunes en difficultés
d'adaptation





Québec, le 15 mai 1990

C'est avec grand plaisir que je vous présente le Cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Voilà le fruit d'une réflexion que le Ministère avait entrepris avec les intervenants du réseau de la réadaptation suite à l'entrée en vigueur de la Loi sur les jeunes contrevenants et de la refonte de la Loi sur la protection de la jeunesse en 1984.

Après une décennie qui aura été marquée d'importants changements législatifs et de plusieurs innovations dans le champ d'intervention auprès des jeunes, il apparaît opportun, à ce moment-ci, de faire le point sur les dimensions principales caractérisant la pratique et l'organisation des centres de réadaptation.

À l'aube d'un processus de réforme de l'ensemble de l'organisation des services de santé et des services sociaux, une telle entreprise peut sembler hasardeuse. Malgré les changements qu'entraînera cette réforme, malgré la constante mouvance des problématiques et de la réalité sociale que vivent les jeunes, je dirais même à cause de tous ces changements que l'on connaît, ce cadre de référence vise à orienter l'organisation clinique des services des centres de réadaptation autour d'une conception du jeune en développement, d'une définition de l'intervention de réadaptation et d'une compréhension commune du mandat qui leur est donné.

Sans doute, la présentation de ce cadre de référence ne met pas fin aux discussions et aux échanges qui seront encore nombreux. Mais il faut y voir le point d'ancrage à partir duquel il faudra faire évoluer et adapter l'organisation des services de réadaptation, en tenant compte, toujours, de l'évolution clinique, soit des besoins des jeunes, et aussi de l'évolution du cadre législatif et du cadre organisationnel qui s'amorce.

En gardant notre préoccupation centrée sur les jeunes, en gardant une vision claire de leur réalité et de leurs difficultés, nous serons en mesure, collectivement, de contribuer à l'objectif d'accroître le bien-être de ces jeunes.

Le Sous-ministre adjoint

Maurice Boisvert

CADRE DE RÉFÉRENCE SUR
L'ORIENTATION ET L'ORGANISATION DES
CENTRES DE RÉADAPTATION
POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
PRÉAMBULE	i
INTRODUCTION	1
1. LES DÉTERMINANTS DE L'INTERVENTION	4
1.1 Concernant le jeune	4
1.2 Concernant les parents	6
1.3 Concernant le milieu de vie	9
2. L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION	11
2.1 Le jeune: cible de l'intervention de réadaptation	11
2.2 La finalité de l'intervention de réadaptation	12
2.3 La nature de l'intervention de réadaptation	16
2.4 Les caractéristiques de l'intervention de réadaptation	18
3. LE MANDAT DU CENTRE DE RÉADAPTATION	23
3.1 Un mandat général de réadaptation	23
3.2 Un mandat spécifique découlant des lois particulières	25
3.2.1 Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse: un mandat de protection du jeune	25
3.2.2 Dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants: un mandat de garde ou de contrôle du jeune	28

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
4. L'ORGANISATION DES SERVICES DE RÉADAPTATION	31
4.1 Quelques conditions	31
4.1.1 d'ordre clinique	31
4.1.2 d'ordre légal	35
4.2 Le plan de services et le plan d'intervention	37
4.2.1 Le plan de services	38
4.2.2 Le plan d'intervention	44
4.3 Le lieu de dispensation des services: à l'interne ou à l'externe	47
4.3.1 Définition	49
4.3.2 Les services à l'interne	50
4.3.3 Les services à l'externe	50
4.4 Les moyens d'encadrement	54
4.5 Le partenariat	62
4.6 Pour des services de qualité	66
CONCLUSION	75
BIBLIOGRAPHIE	

PRÉAMBULE

La réforme des services de santé et des services sociaux inspirée par la Commission Castonguay-Nepveu a institué, au début des années '70, le réseau des centres d'accueil de réadaptation pour les jeunes mésadaptés socio-affectifs. La création de cette catégorie d'établissements par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.S.S.S.S.) reposait essentiellement sur l'intégration en un même réseau d'institutions à vocations diverses: orphelinats, centres de transition, écoles industrielles, etc..., auxquelles s'ajoutèrent quelques nouveaux établissements dans certaines régions afin d'étendre dans toute la province le réseau des centres d'accueil.

Depuis, plusieurs transformations ont marqué l'organisation des services aux jeunes en difficulté, principalement l'avènement de la Loi sur la protection de la jeunesse en 1979 (L.P.J.), modifiée en 1984 suite à l'entrée en vigueur de la Loi sur les jeunes contrevenants (L.J.C.). Ces deux lois sont venues redéfinir les règles d'intervention auprès des jeunes et de leurs familles, modifier les rapports que les intervenants doivent entretenir avec le jeune et ses parents lors de leurs interventions et restructurer les rôles et responsabilités des intervenants.

À ce moment-là, plusieurs travaux ont été réalisés par le Ministère et ses partenaires du réseau social afin d'assurer l'implantation de la nouvelle Loi sur les jeunes contrevenants et des modifications consécutives apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse.

Devant tous ces changements, il est apparu nécessaire de préciser le rôle et les fonctions du centre d'accueil de réadaptation et de les concilier avec les principes et paramètres déterminants de l'intervention auprès des jeunes, définis par ces lois.

Le Ministère confia donc à un groupe de travail formé de ses représentants, de représentants des centres de réadaptation concernés et des associations d'établissements du réseau, le mandat suivant:

"Apporter une contribution à la consolidation des orientations et des paramètres d'organisation que le Ministère des affaires sociales a mis de l'avant lors de l'avènement de la Loi sur les jeunes contrevenants et de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse, eu égard au nouveau contexte légal pour les centres d'accueil de réadaptation." (1)

Durant près de trois ans, le groupe de travail aura mis à contribution un grand nombre d'intervenants pour produire au Ministère une proposition de Guide d'orientation et d'organisation des centres de réadaptation (2). Le rapport du groupe de travail, avec ses annexes, fut déposé au Ministère au mois de mars 1987.

Le cadre de référence qui vous est présenté ici découle directement de cette démarche et s'appuie, dans son essence, sur la proposition transmise par le groupe de travail. En ce sens, celle-ci constitue le document de référence pour une compréhension plus approfondie des concepts utilisés dans le présent document et de leur implication clinique.

Dans les pages qui suivent, le lecteur retrouvera plusieurs des affirmations et des orientations développées dans la proposition de Guide. Cependant, une mise en garde s'impose: le présent cadre de référence n'est pas seulement une reprise de la proposition transmise au Ministère. Il présente également des précisions et des ajustements à certaines des propositions du Guide; il adopte parfois des perspectives différentes, propose des balises et fixe des limites à certaines autres; également, il en laisse plusieurs autres de côté, soit parce qu'elles n'apparaissent pas devoir faire l'objet d'une position ministérielle, soit parce qu'elles relèvent plutôt de choix d'organisation des établissements eux-mêmes ou des régions.

-
- (1) Ministère des Affaires sociales: lettre aux Directeurs généraux des centres d'accueil de réadaptation - Secteur mésadaptation sociale. 30 octobre 1984.
- (2) Le centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Proposition au Ministère de la Santé et des Services sociaux d'un Guide d'orientation et d'organisation des centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs. Mars 1987.

Le choix de présenter à ce moment-ci un cadre de référence sur l'orientation et l'organisation des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation est apparu nécessaire en raison des nombreux changements qui se produisent dans le réseau des services à la jeunesse.

Depuis le dépôt de la proposition de Guide au Ministère, beaucoup de choses ont évoluées. Ainsi, concernant l'application des mesures de garde des jeunes contrevenants et des placements en protection, les exigences du gouvernement fédéral concernant la mixité de ces clientèles sont plus strictes. De même en est-il de la mixité des jeunes placés en garde ouverte avec ceux de garde fermée ou de détention provisoire, où les exigences de respect des droits des jeunes requièrent un contrôle plus strict de la gestion de ces placements.

Depuis deux ans, également, le Ministère a entrepris de fixer des orientations aux services des C.L.S.C. à l'endroit des clientèles des enfants et des familles à risque et de celle des jeunes en difficulté. Dans le même temps, il a entrepris une révision du processus et du fonctionnement des directions de la protection de la jeunesse.

Finalement, en avril 1989, Mme Thérèse Lavoie-Roux rendait publiques les orientations du gouvernement touchant l'organisation des services de santé et des services sociaux. Au cours des prochaines années, plusieurs de ces orientations seront mises en application pour réformer l'ensemble du système de soins et de services.

C'est dans cette réflexion d'ensemble que prend place le présent cadre de référence: il présente les déterminants et les dimensions importantes qui caractérisent l'intervention de réadaptation nécessaire pour des jeunes qui sont en difficulté grave d'adaptation. Il précise le mandat (1) des centres de réadaptation concernant l'organisation des services de réadaptation pour ces jeunes et les responsabilités particulières que leur confient les Lois sur les jeunes contrevenants et sur la protection de la jeunesse. Finalement, il fixe et balise certaines des modalités dont les centres de réadaptation doivent tenir compte dans la réalisation de leurs mandats.

(1) Quelques soient les modifications qui pourraient découler de la réforme en cours, le mandat de réadaptation à l'endroit des jeunes en difficulté d'adaptation autant que les responsabilités particulières existantes en application de la L.P.J. ou de la L.J.C. garderont tout leur sens.

INTRODUCTION

Le présent cadre de référence s'adresse d'abord aux gestionnaires et aux intervenants des centres de réadaptation, mais aussi aux gestionnaires et intervenants des autres catégories d'établissements qui offrent également des services aux jeunes en difficulté ainsi qu'aux responsables des Conseils régionaux chargés de l'organisation des services aux jeunes de leur région.

Les positions exprimées ici s'inscrivent dans la démarche de réflexion et d'analyse que le Ministère a entreprise avec les représentants des centres d'accueil il y a plus de cinq ans. Partant de la proposition de Guide d'orientation et d'organisation soumise il y a trois ans au Ministère, plusieurs établissements ont poursuivi leur réflexion et ont développé des pratiques et façons de faire qui s'en inspiraient. De son côté, le Ministère a également poursuivi sa réflexion en cherchant à mieux circonscrire le champ d'intervention des centres de réadaptation dans la gamme de l'ensemble des services à la jeunesse.

Le Ministère juge utile, voire nécessaire à ce moment-ci, d'indiquer clairement les lignes directrices et les fondements devant guider l'action future des centres de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation.

Globalement donc, les informations présentées dans le présent document viennent souvent consolider plusieurs des actions et façons de faire actuelles des centres de réadaptation. Parfois cependant, les positions exprimées peuvent venir baliser ou circonscrire certaines autres façons de faire qui ont pu être mises de l'avant dans le réseau des centres de réadaptation. Elles pourront également, du moins faut-il le souhaiter, permettre d'enrichir ou de développer l'organisation et les pratiques qui fondent les services de réadaptation aux jeunes en difficulté d'adaptation.

Les positions présentées dans ce cadre de référence s'appuient sur une double perspective clinique et légale. Au plan clinique, c'est le jeune en difficulté d'adaptation, avec les besoins spécifiques qui sont les siens, qui est au centre des préoccupations et qui fonde l'organisation des services devant être mis à sa disposition.

Au plan légal, le cadre de référence prend appui sur les principes et règles de droit inscrits dans les lois actuelles. Celles-ci traduisent des consensus, des choix de société concernant les valeurs qui sont privilégiées à ce moment-ci, dans notre société, en regard des services à assurer aux personnes les plus vulnérables, ici les jeunes en difficulté d'adaptation.

En ce sens, les deux perspectives ne s'opposent pas: la première réfère aux connaissances et à l'expertise clinique acquise au fil des ans. La seconde réfère aux règles légales, aux législations qui véhiculent des choix sociaux qui s'articulent autour de la conception que l'on a du jeune, de son développement et des besoins ou difficultés qu'il peut présenter.

La visée première de ce cadre de référence est donc d'offrir aux centres de réadaptation des indications concernant un ensemble de dimensions qui leur permettent d'exercer leurs responsabilités. Il s'appuie sur une compréhension du jeune et de son développement; il s'agit d'un jeune âgé de moins de 18 ans au sens des lois en vigueur au Québec. Il s'appuie également sur une conception de l'intervention de réadaptation et sur une connaissance des exigences des lois qui balisent les modalités de l'intervention auprès des jeunes.

Le lecteur trouvera donc dans les pages qui suivent l'affirmation d'une conception du jeune, qui se développe comme personne, qui a des droits et qui doit exercer les responsabilités afférentes à ceux-ci; et dont le développement est le produit de son interaction avec son milieu de vie, ses parents au premier chef. Cette conception du jeune en développement est déterminante de la compréhension, du sens et de la portée qui est accordée à l'intervention de réadaptation.

Celle-ci est présentée en soulignant les dimensions qui en font une intervention spécifique par l'objet qu'elle vise, par la finalité qu'elle poursuit, par sa nature et par les caractéristiques qui lui sont propres.

Pour que cette intervention soit accessible aux jeunes qui la requièrent, elle doit être supportée par une organisation de services conçue à cette fin: c'est le rôle confié dans notre système aux centres de réadaptation. Les attentes de la société à cet égard sont définies à travers les mandats que les lois leur confient: mandat général de réadaptation certes, mais aussi mandat de protection du jeune d'une part, et de la société d'autre part.

Finalement, diverses indications, qualifiées ici de paramètres, viennent circonscrire les façons de faire, les moyens d'organisation des services: les centres de réadaptation doivent en tenir compte dans l'organisation de leurs services. Ces indications ne traitent pas, rappelons-le, de tous les aspects du fonctionnement et de l'organisation des services: elles rappellent, parfois à grands traits, certains des choix sociaux qui ont été faits pour l'application des lois récentes qui sont venues marquer l'évolution des services à la jeunesse.

1. LES DÉTERMINANTS DE L'INTERVENTION

Depuis la réforme du système de santé et des services sociaux il y a près de vingt ans, les valeurs de notre société concernant les jeunes et les services à leur offrir ont considérablement évolué. Il en est de même des connaissances cliniques, psychologiques ou sociales, et de l'expertise, des façons de faire, qui se sont enrichies de façon certaine durant cette période.

Plusieurs des législations de cette période témoignent de ces changements sociaux et de la transformation des mentalités. Les chartes, la réforme du Code civil, la Loi sur la protection de la jeunesse comme celle sur les jeunes contrevenants posent un ensemble de principes, énoncent des règles de droit qui reflètent la conception actuelle de notre société à l'égard des droits et obligations des jeunes, de ceux des parents et du rôle de l'État quant aux services à leur offrir.

C'est à partir des choix sociaux qui fondent ces lois, à partir des règles qu'elles imposent qu'il est possible d'identifier les orientations ou fondements de l'intervention auprès des jeunes en difficulté.

1.1 Concernant le jeune

Le jeune est reconnu comme une personne. Il est sujet de droits et, à ce titre, il doit également assumer des obligations afférentes à l'exercice de ces droits.

La charte québécoise des droits et libertés de la personne s'applique à toute personne, y compris un enfant.

Les lois reconnaissent également:

- . que l'enfant a droit, comme toute personne, aux services de santé et services sociaux (L.S.S.S.S., art. 4, L.P.J., art. 8);

- . que l'enfant est sujet de droits: que ces droits qui lui sont reconnus s'appliquent également pour les jeunes contrevenants. L'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits sont les motifs déterminants des décisions prises à son sujet (L.P.J., art. 3);
- . qu'il a la responsabilité des délits qu'il commet (L.J.C., art. 3(1)a)).

Le jeune est en développement: il est considéré plus vulnérable, compte tenu de son âge et de son degré de maturité et a donc des besoins particuliers

Il est en effet reconnu:

- . qu'en raison de son âge et son degré de maturité, le niveau de responsabilité de ses délits ne saurait être assimilable à celui des adultes (L.J.C., art. 3(1)a));
- . qu'en raison de sa condition de jeune, de son âge et de son degré de maturité, la dépendance dans laquelle il se trouve lui confère un état de vulnérabilité plus grand parce que son développement est inachevé. En conséquence, il a besoin d'être protégé dans certaines situations (L.P.J., art. 38) ou il présente des besoins spéciaux (L.J.C., art. 3(1)c));
- . qu'en raison de son âge et de son degré de maturité, certaines modalités d'exercice du droit aux services sont balisées (exemple: L.S.S.S.S., art. 8).

Donc, notre société, par les lois, reconnaît au jeune un rôle actif et dynamique, une implication directe dans son processus de développement. Sa responsabilité, comme ses droits, ne sont pas absolus; leur exercice tient compte de son âge et de son degré de maturité.

Le jeune est le premier concerné dans son développement. Il exerce une responsabilité directe face à l'ensemble des choix qui lui sont proposés.

- au plan de l'intervention.

Ces affirmations ont des conséquences sur le plan de l'intervention et des services à offrir aux jeunes. En ce qui concerne l'intervention de réadaptation, il en ressort que:

- . le jeune est la cible première de l'intervention de réadaptation.
- . c'est la reprise du développement du jeune qui est la finalité de l'intervention de réadaptation.
- . les droits reconnus au jeune, comme le droit aux services d'un avocat, le droit d'être informé et consulté sur tout ce qui lui arrive, le droit à connaître les moyens de protection et de réadaptation prévus ainsi que des étapes pour mettre fin à cette intervention, sont autant d'exigences qu'il faut comprendre à la lumière de cette conception du jeune et de son développement. Ils sont davantage conçus comme supports que comme limites de l'intervention à son endroit.
- . la motivation du jeune à assumer les responsabilités liées à son développement est fonction de la perception de ses besoins compte tenu de son âge et de son niveau de maturité. La nature de l'intervention de réadaptation sera déterminée par son degré de motivation et par le niveau de perception qu'il a de ses besoins.
- . L'adulte intervenant auprès du jeune ne saurait prétexter de la responsabilité de ce dernier sur son développement pour ne pas assumer ses propres responsabilités d'intervenant à son endroit.

1.2 Concernant les parents

Notre société confie aux parents la responsabilité de supporter et de guider le jeune dans le processus de son développement.

Les lois et chartes reconnaissent en effet:

- . la responsabilité première des parents sur leur enfant et les obligations qui s'y rattachent (Code civil, art. 646 et 647). Ils sont les seuls titulaires de l'autorité parentale. Cette responsabilité est également reconnue par la Loi sur la protection de la jeunesse et celle sur les jeunes contrevenants: les parents demeurent responsables de leur enfant à tout moment de l'application de ces lois, à moins qu'un Tribunal n'ait prononcé un jugement de déchéance parentale à leur endroit.

- . que les décisions doivent tendre à maintenir l'enfant dans son milieu parental (L.P.J., art. 4); les jeunes contrevenants ne sauraient aussi être soustraits à l'autorité parentale que dans les seuls cas où les mesures comportant le maintien de cette autorité sont contre-indiquées (L.J.C., art. 3(1)h)).

- . par plusieurs de leurs dispositions, les droits des parents d'être informés, avisés, consultés.

- . que le jeune et ses parents ont le droit réciproque de communiquer en toute confidentialité, à moins que le Tribunal n'en décide autrement.

Donc, par ses lois, notre société indique qu'il appartient aux parents de mettre à la disposition du jeune les moyens nécessaires à son développement, de voir à lui accorder les soins, l'entretien, l'éducation et la surveillance qui sont nécessaires pour son développement harmonieux. Il appartient également aux parents d'offrir au jeune des choix, de lui présenter des valeurs qui guident son développement.

Les autres personnes ou les institutions qui assument des responsabilités spécifiques face au jeune, que ce soit l'école, l'hôpital, un organisme communautaire ou autre, sont des moyens auxquels les parents ont recours pour exercer leurs responsabilités à l'endroit de leur enfant. En ce sens, ces institutions ne doivent pas écarter les parents: elles doivent plutôt situer leur action dans le prolongement des choix que les parents décident d'offrir à leur enfant comme moyen de développement.

Même lorsque, dans certaines situations, les parents sont remplacés dans l'exercice de certaines de leurs fonctions, leur responsabilité à l'endroit de leur enfant demeure.

Les parents sont et demeurent les premiers responsables de la réponse à offrir aux besoins de leur enfant.

- au plan de l'intervention

Les conséquences de cette affirmation de la responsabilité parentale à l'endroit du développement du jeune sur l'intervention et les services à offrir aux jeunes sont multiples. Indiquons, notamment, que:

- . les droits reconnus aux parents, notamment d'être avisés, informés, consultés, etc... sont autant d'exigences qu'il faut comprendre à la lumière de cette affirmation.

Ces droits sont des outils permettant aux établissements de mettre leurs ressources au service des parents et des moyens de les faire participer au processus de développement de leur enfant.

- . les parents sont impliqués dans l'intervention auprès de leur jeune; ils peuvent être assistés, lorsque nécessaire, dans l'exercice de certaines de leurs responsabilités auprès de leur enfant qu'ils ne peuvent assumer seuls. Ils peuvent être conseillés, au besoin, pour acquérir et élargir leur champ de compétence afin d'exercer leurs responsabilités, de façon autonome, à l'endroit de leur enfant.
- . l'intervention à l'endroit du jeune se situe dans la perspective d'un support à l'action des parents, premiers responsables de la réponse à fournir aux besoins du jeune. L'intervenant est donc, dans son action auprès du jeune, auxiliaire du parent et non substitut parental.

Exceptionnellement, dans les cas où le Tribunal a promulgué la "déchéance de l'autorité parentale", ou lors d'une adoption prononcée par un Tribunal compétent, l'intervention sert à permettre à l'enfant de reconstituer de nouveaux liens avec un milieu parental substitut.

1.3 Concernant le milieu de vie

L'importance du milieu de vie dans le développement du jeune est également exprimée dans les lois.

En effet, les lois et chartes reconnaissent:

- le droit de l'enfant de vivre dans sa famille et l'obligation pour les parents d'assurer sa garde, de lui prodiguer les soins, de l'éduquer, ..., en somme de lui fournir tout ce dont il a besoin pour se développer. C'est son premier milieu (Code civil, art. 646 et 647).
- que le droit au maintien dans le milieu parental ou, à défaut d'un milieu qui s'en rapproche le plus; que l'affirmation du principe favorisant l'implication de la communauté; que le droit de communiquer avec sa famille, sont autant d'indications à considérer le milieu naturel dans le cadre des mesures à prendre pour protéger le jeune (L.P.J., art. 2.3, 4 et 9).
- que les restrictions de contact d'un jeune avec son milieu, la mise sous garde ou toute autre mesure qui entrave sa liberté ne peuvent être justifiées que par la protection de la société (L.J.C., art. 3(1)f)) ou sa propre protection (L.P.J., art. 9).

Par ces dispositions des lois, notre société favorise le maintien de la relation du jeune avec le milieu qu'elle juge essentielle pour son développement. Le milieu de vie du jeune c'est d'abord sa famille, donc ses parents et sa fratrie, sa parenté plus large, ses amis, son quartier, les gens des institutions et organismes de son environnement.

Le développement du jeune est le produit de son interrelation avec son milieu de vie.

- au plan de l'intervention

La reconnaissance de l'importance du milieu dans le processus de développement du jeune a des implications au plan de l'intervention et, par suite, au plan de l'organisation des services. Ainsi,

- . l'intervention doit tendre à maintenir le jeune le plus possible dans son milieu de vie, son milieu parental au premier chef. Toute intervention qui vise le développement d'un jeune prend son sens dans sa réalisation, autant que possible dans le milieu de vie du jeune ou, à tout le moins, en lien avec celui-ci.

- . l'intervention doit voir à maintenir ou à restaurer la relation du jeune avec son milieu; c'est par la mise à contribution des moyens disponibles dans les différents secteurs de vie du jeune que cet objectif sera le plus facilement et le plus complètement réalisé.

- . l'intervention doit se faire dans le respect des valeurs du milieu de vie du jeune. C'est en tenant compte, dans toute la mesure du possible, des attentes et des exigences que le jeune et ses parents entretiennent face à eux-mêmes, et à l'intérieur de leur propre système de valeurs, que doit se concevoir l'intervention.

Cette approche doit par ailleurs s'inscrire dans le sens des attentes de la société quant au respect des valeurs sociales qu'elle préconise. Là où le milieu est inadéquat, ou criminogène, l'intervention devra favoriser le développement du jeune dans un milieu qui le réconcilie avec les valeurs et normes de notre société.

2. L'INTERVENTION DE RÉADAPTATION

À partir de cette compréhension du jeune, de son développement, de sa responsabilité et de celle de ses parents, de sa relation à son milieu, il est possible de dégager les dimensions principales qui décrivent l'intervention spécifique de réadaptation.

Au cours de cette période de vie, de l'enfance et de l'adolescence, plusieurs problèmes, plusieurs difficultés peuvent surgir chez le jeune lui-même, ou dans son milieu: crises, conflits, lacunes du milieu, etc... Il convient donc, dans un premier temps, de bien circonscrire à quelles difficultés, à quel ordre de problèmes s'adresse l'intervention de réadaptation. Dans un deuxième temps, il faut en saisir le sens, en connaître la finalité, c'est-à-dire ce vers quoi elle tend, ainsi que les objectifs qui s'y rattachent. Dans un troisième temps, il convient de la décrire, dire ce qu'elle est et d'en présenter les caractéristiques spécifiques.

C'est par la compréhension de l'ensemble de ces dimensions qu'il devient possible de dégager une conception de l'intervention de réadaptation, appropriée aux besoins du jeune en développement.

2.1 Le jeune: cible de l'intervention de réadaptation

C'est le jeune qui est la cible de l'intervention.

C'est un jeune qui est en difficulté d'adaptation personnelle ou sociale, qui présente des comportements qui sont problématiques en raison de leur nombre, de leur impact et de l'impuissance relative du jeune lui-même ou de son milieu d'y remédier, compromettant de ce fait la poursuite ou la reprise de son développement.

C'est le jeune lui-même qui est en cause. Il présente des difficultés importantes d'adaptation personnelle ou sociale. Ces difficultés se manifestent dans des comportements qui causent problèmes.

Les difficultés sont importantes. Le jeune a des comportements problématiques qui, par leur nombre, par leur impact sur

le jeune lui-même ou sur sa relation avec son milieu, revêtent un degré de gravité important. Il s'agit de comportements dont la gravité objective les rend socialement répréhensibles ou qui risquent, s'ils se poursuivent, de causer un préjudice important au jeune lui-même ou à autrui.

Ces difficultés compromettent le développement du jeune. La relation avec son milieu ne favorise plus son développement. Le jeune montre, par ses comportements, des difficultés d'adaptation avec ceux de son milieu, et parfois avec lui-même. Ces comportements font en sorte qu'il ne peut plus se développer soit parce qu'il est incapable de bénéficier de ce que peut lui offrir son milieu, soit parce que le milieu n'a plus les moyens de faire face aux difficultés graves qu'il manifeste.

Il y a donc une impuissance relative du milieu à apporter une réponse adaptée à ses besoins et à remédier aux problèmes qu'il manifeste.

C'est un jeune profondément perturbé. Il présente des difficultés dans plusieurs sphères de fonctionnement, il vit des difficultés dans plusieurs de ses milieux de vie: famille, école, pairs, loisirs, etc...

2.2 La finalité de l'intervention de réadaptation

L'intervention de réadaptation vise à la reprise ou à la poursuite du développement du jeune.

Elle vise donc à rétablir la relation harmonieuse du jeune avec son milieu, à permettre son intégration sociale.

Puisque le développement du jeune est le produit de son interrelation avec son milieu de vie, l'action de réadaptation auprès du jeune doit s'accompagner d'une action concomitante auprès du milieu pour assurer la reprise d'une relation durable entre eux. Donc une action sur trois plans: auprès du jeune, auprès du milieu et dans la remise en relation de l'un avec l'autre.

- auprès du jeune

De façon plus spécifique, l'intervention de réadaptation à l'endroit du jeune doit permettre:

- . de réduire les aspects négatifs du comportement du jeune;
- . de développer ses compétences et d'exercer son potentiel;
- . d'assurer la permanence des acquis.

. réduire les aspects négatifs de son comportement

La mesure des difficultés du jeune demeure ses comportements inappropriés, manifestation de son inadaptation. L'action de réadaptation auprès du jeune tend à modifier ses comportements et ses attitudes négatives qui nuisent ou entravent la relation positive avec son milieu de vie. Elle cherche à favoriser le développement de nouveaux modes de comportement qui lui permettent de mieux satisfaire ses attentes, de mieux exprimer ses besoins, ses sentiments ou ses émotions dans sa relation avec les autres. La diminution des comportements négatifs du jeune permet d'en réduire les impacts qui le placent en conflit avec son milieu et favorisent ainsi la reprise de son développement et son adaptation sociale.

. développer ses compétences et exercer son potentiel

L'intervention de réadaptation se fait souvent auprès de jeunes chez qui les conditions de développement ont amené une intégration de leurs difficultés telle que le jeune est devenu un jeune qui vit des difficultés dans ses rapports avec lui-même. Le manque d'estime de soi, une image négative de soi ou autres symptômes sont des indications de ces difficultés du jeune par rapport à lui-même.

Il faut donc souvent amener le jeune à rétablir des relations harmonieuses avec lui-même. L'intervention de réadaptation cherche alors à lui permettre de connaître et d'exercer son potentiel, de développer ses compétences en vue d'acquiescer d'autres façons de se comporter et de trouver d'autres réponses à ses besoins.

- assurer la permanence des acquis

L'intervention de réadaptation permet au jeune de réaliser et d'exercer les acquis qu'il possédait déjà, donc de trouver lui-même réponse à certains de ses besoins. Elle vise également à lui permettre de développer de nouveaux moyens pour répondre à ses besoins et à lui donner la capacité de les généraliser.

- auprès du milieu

L'intervention de réadaptation vise à supporter le milieu du jeune, ses parents au premier chef, afin qu'ils exercent leurs responsabilités en regard de son développement. Elle doit permettre:

- de fournir aux parents les moyens et favoriser l'actualisation de leurs compétences éducatives nécessaires à l'exercice de leurs responsabilités;
- d'apporter le support aux personnes et ressources du milieu de vie du jeune afin qu'ils s'impliquent dans la reprise de son développement par le rétablissement de relations positives avec lui.

- supporter le milieu, principalement les parents

L'intervention de réadaptation doit supporter le milieu, les parents au premier chef, pour leur apprendre à reconnaître les demandes et les besoins du jeune. Elle vise à les préparer à recevoir et comprendre les besoins du jeune et développer divers moyens d'y répondre directement ou d'y trouver réponse. Elle doit également les supporter de sorte que les choix qu'ils proposent au jeune, les attentes qu'ils lui manifestent, soient reçus par le jeune et contribuent à son développement.

L'action auprès du milieu est indispensable, ne serait-ce que parce que le milieu du jeune est très souvent partie prenante de la genèse de ses difficultés. Et plus l'enfant est jeune, plus cela est vrai.

Même dans les cas, très fréquents, où le caractère excessif des comportements du jeune obligera à le séparer, pour un temps, d'un milieu qui ne peut plus ou ne veut plus lui venir en aide, il sera relativement inutile d'amener le jeune à changer si ce changement ne s'accompagne pas d'un changement parallèle d'attitudes, d'attentes et de capacité de réponses des parents et du milieu face à ce jeune. Malgré toutes les acquisitions que peut apporter au jeune l'intervention de réadaptation, c'est dans son milieu de vie, ou un milieu de vie approprié, que le jeune exercera ses compétences acquises.

- pour la reprise d'une relation durable

L'intervention de réadaptation doit:

- . servir de catalyseur du lien entre le jeune et son milieu;
 - . permettre de maintenir ou de rétablir la relation avec le milieu naturel.
-
- . servir de catalyseur

Un moyen privilégié de l'intervention est donc la mise en pratique de cette relation du jeune avec son milieu, principalement ses parents, compte tenu des capacités relatives des deux parties.

De fait, hors les cas de ruptures complètes des relations, qui sont exceptionnelles du point de vue du jeune concerné, il devient prudent de penser que l'apprentissage qui a le plus de chances de donner des résultats à long terme est celui qui sera fait conjointement par le jeune et son milieu.

À partir du moment où il n'y a pas de contre-indications légales ou cliniques, les liens entre le jeune et son milieu se développeront mieux là où ils s'activent quotidiennement. On a plus de chances de réussir à rétablir des liens entre les deux parties si on s'y consacre en leur présence, avec elles.

. **maintenir ou rétablir la relation**

L'intégration sociale du jeune sera d'autant plus facile si l'intervention réadaptative ne l'a pas trop éloigné de ce milieu. En effet, se développer, c'est entrer en relation avec son milieu. Le blocage plus ou moins systématique de ces relations constitue un frein au développement. Toute séparation de ce milieu ne saurait être que temporaire. Il est reconnu de plus en plus que le milieu parental, même imparfait, demeure généralement préférable à tout autre mode d'hébergement et de vie. L'intervention de réadaptation doit tendre à agir dans et avec le milieu du jeune; même lorsque le jeune est placé, elle doit chercher à impliquer et à faire participer les parents et le milieu à la reprise du développement du jeune.

Au plan clinique, cet objectif permet de déduire l'attitude de base qui prévaudra dans l'intervention auprès du jeune. Cette attitude concerne le respect des valeurs du milieu et permet de reconnaître le droit du jeune de définir sa propre vie et ses propres intérêts.

Toutefois, ce portrait de milieu idéal doit parfois céder le pas à une réalité autre qui se traduit par un milieu pathologique, criminogène, etc... L'action réadaptative visera alors à garder un équilibre optimal entre les besoins du jeune et la capacité de son milieu d'y répondre.

2.3 La nature de l'intervention de réadaptation

L'intervention de réadaptation est un processus d'aide visant le développement du jeune.

Ce processus comprend des fonctions de conseil, d'assistance et d'aide proprement dites.

L'intervention de réadaptation est un processus d'aide qui vise à restaurer l'adaptabilité du jeune et à activer son potentiel et celui de son milieu en vue d'assurer la reprise ou la poursuite de son développement.

Elle exige une conception du développement du jeune qui permette de mettre à contribution le potentiel et les acquis du

jeune, et à lui fournir les moyens pour suppléer aux manques ou carences qui entravent son développement. L'intervention de réadaptation auprès du jeune doit donc se faire dans une perspective globale, intégrant toutes les facettes de son individualité biologique, psychologique et sociale.

- la fonction "conseil"

Dans les situations où le jeune n'est pas en mesure d'identifier correctement ses propres besoins et attentes, ni les attentes de son milieu concernant son propre développement, il faut lui montrer ce qui est à faire, le conseiller. Il devra apprendre à identifier correctement pourquoi les gestes qu'il pose sont inadéquats, à identifier à quoi il veut répondre par ses comportements, à préciser ses attentes et, progressivement, à découvrir quels sont les moyens plus appropriés, au plan personnel et social, qui lui permettront d'y trouver réponse.

- la fonction "assistance"

Dans les situations où le jeune ne profite pas des moyens ou ressources qui sont mis à sa disposition dans son milieu, il faut lui apprendre à identifier quels sont ces moyens et comment les utiliser.

Le jeune a besoin d'être assisté, de faire les apprentissages requis pour redevenir capable d'utiliser les moyens objectivement disponibles, mais subjectivement inutilisables, dans son milieu. Le milieu a aussi, la plupart du temps, besoin d'être soutenu adéquatement afin de favoriser une meilleure accessibilité de ses ressources pour répondre aux besoins du jeune.

- la fonction "aide"

Dans les situations où le jeune ne trouve pas réponse à ses besoins, soit parce qu'il en est incapable ou qu'il refuse l'aide qu'on lui offre, soit parce qu'on ne lui offre pas l'aide appropriée, il faut lui assurer cette aide pour combler des besoins et des attentes qui, s'ils ne l'étaient pas, lui causeraient un grave préjudice.

Il faut alors, pour le temps et dans la mesure qui est requise, se substituer à lui et à son milieu pour répondre à ces besoins essentiels et lui donner, en l'imposant si nécessaire, ce qui est requis à sa protection et à son développement ou pour protéger la société à son égard. C'est par ce type d'intervention que la société entend assurer l'intérêt de l'enfant et le respect de ses droits, au-delà même des choix conjoncturels que celui-ci, ou ses parents, peuvent faire. On se substitue alors, pour un temps et uniquement en ce qui est nécessaire, au parent ou au jeune lui-même, jusqu'à ce qu'un régime normal de fonctionnement puisse être rétabli.

2.4 Les caractéristiques de l'intervention de réadaptation

En raison du degré d'intensité des difficultés que présente le jeune, de ses comportements perturbés et de ses besoins non satisfaits, l'intervention de réadaptation:

- se doit d'être personnalisée et continue afin de répondre adéquatement aux besoins du jeune;
- présente un caractère supplétif;
- requiert un degré d'investissement élevé;
- et se caractérise par une présence aux événements de la vie du jeune.

- continue et personnalisée

L'intervention de réadaptation a une durée limitée dans le temps. Pour qu'elle soit le plus efficace possible, elle doit être continue et personnalisée. Ces caractéristiques apparaissent les moyens privilégiés pour assurer au jeune l'exercice de son droit à des services adéquats. Et plus l'enfant est jeune, plus cela s'impose.

La continuité et la personnalisation des services n'ont de sens clinique que dans la mesure où elles sont vécues personnellement par le jeune.

En ce sens, la continuité administrative ne saurait tenir lieu de continuité clinique. Il faut que le jeune soit **sujet d'une intervention continue de la part de personnes stables dans sa vie.** Tout doit tendre à ce que cette continuité et cette stabilité soient vécues par l'enfant et ses parents ... et non par l'intervenant ou son dossier.

Pour le jeune, la continuité et la stabilité s'enracinent dans le processus d'élaboration du "plan de services". Celui-ci implique la participation de l'ensemble des établissements concernés par la situation d'un jeune dont les besoins peuvent être comblés en tout ou en partie par plus d'un dispensateur de services. Elles supposent donc une collaboration, une concertation et une complémentarité des services qui évitent toute duplication dans les interventions posées par les établissements auprès du jeune en difficulté d'adaptation et de son milieu.

La personnalisation des services relève notamment, en sus des conditions de continuité et de stabilité, de la qualité du plan d'intervention. La **précision des objectifs poursuivis avec le jeune et leur adéquation rigoureuse avec sa situation, ainsi que l'à-propos des moyens retenus pour les atteindre, ont un impact déterminant sur la personnalisation des services.**

- ayant un caractère supplétif

Compte tenu de la responsabilité reconnue au jeune et de celle des parents et de son milieu en regard de son développement, l'intervention de réadaptation ne retient que les interventions supplétives nécessaires pour amener le jeune à assumer son développement et pour fournir au milieu le support nécessaire à l'intégration du jeune.

En effet, l'intervention de réadaptation vise à offrir au jeune **ce qui lui est strictement nécessaire** pour pouvoir, avec l'aide de son milieu, réassumer son développement de manière autonome et favoriser la remise en relation positive du jeune avec son milieu. Toute intervention qui n'est pas requise n'a pas sa raison d'être. En ce qui est nécessaire, trois formes d'intervention supplétives peuvent s'exercer auprès du jeune ou de son milieu:

- . celles qui visent à l'assister, à l'accompagner lorsque ce genre de support suffit pour lui permettre d'assumer ce qu'il vit;
- . celles qui visent à lui permettre de réaliser ses attentes, ses besoins, ce qu'il souhaite et de les transformer en demandes. C'est le fondement de toute démarche autonome;
- . celles enfin, et elles ne sauraient être que temporaires, qui visent à faire à la place du jeune ou de son milieu ce qui est requis à sa sécurité ou à son développement. Temporaires parce que proprement substitutives, ces interventions doivent être assumées dans l'intérêt du jeune. À court terme, elles garantissent l'aide indispensable; à la longue, elles ne peuvent qu'être contraires au sens même de l'action réadaptative.

Ainsi, les diverses fonctions de conseil, aide et assistance peuvent s'exercer simultanément ou à tour de rôle dans un ou plusieurs aspects de la vie du jeune.

Mais, dans certaines circonstances, l'intervention de réadaptation consiste à ne pas lui offrir d'aide dans les domaines où il est autonome et où, avec l'aide de son milieu, il est capable de trouver réponse adéquate à ses besoins. Ce serait desservir le jeune, le maintenir en état de dépendance, donc faire exactement le contraire de ce qui est visé que de faire à sa place ou à la place de son milieu ce qu'ils peuvent assumer eux-mêmes.

Il ne s'agit pas de reconstruire la personnalité du jeune. Son comportement peut demeurer symptomatique. Le but poursuivi avec lui étant le rétablissement des relations positives avec son milieu, cela fait, le mandat de réadaptation est rempli.

- avec un degré d'investissement élevé

Comme les difficultés d'adaptation sont graves et souvent enracinées dans un passé bio-psycho-social perturbé, l'intervention de réadaptation suppose un degré d'investissement élevé.

Les trois éléments de mesure de la gravité des difficultés du jeune, soit le nombre de besoins du jeune, l'impact de ses difficultés et l'impuissance relative du milieu à y faire face, servent à déterminer le degré d'investissement caractérisant l'intervention de réadaptation.

Le degré d'investissement se traduit par:

- le nombre de personnes à mobiliser;
 - la diversification des champs d'action professionnelle;
 - la durée de l'intervention;
 - la complexité et l'intensité de l'intervention, compte tenu du temps à consacrer au jeune.
- **marquée par la présence aux événements**

Du point de vue des services à la clientèle, l'intervention de réadaptation, c'est d'abord et avant tout l'action de l'éducateur. Ce qui spécifie son travail de réadaptation par rapport à celui de tout autre professionnel, c'est sa présence aux événements, sa participation au déroulement des événements de la vie du jeune.

La tâche de l'éducateur s'accomplit alors dans un accompagnement du jeune lors des événements, dans les situations qui vont donner prise à son intervention. Il s'agit d'utiliser les gestes ordinaires, ceux de la vie de tous les jours. Traiter des gestes et événements quotidiens de la vie du jeune ne veut pas dire faire des choses ordinaires. L'action de réadaptation implique:

- d'assister aux événements de la vie du jeune, de les lire et les comprendre; d'analyser les comportements du jeune dans ces situations;
- de saisir le sens spécifique qu'ils prennent pour le jeune;
- de pouvoir le lui interpréter de manière à ce qu'il le perçoive et l'utilise dans sa vie;
- de lui offrir l'occasion de mettre à l'épreuve ses acquis.

L'intervention de réadaptation doit opérationnaliser les objectifs spécifiques poursuivis avec le jeune dans des moyens d'action concrets, accessibles au jeune. L'intervenant lui présente ces moyens en partageant avec le jeune les gestes de son quotidien ou parfois en créant des événements ou des situations qu'il propose au jeune et où il interagit avec lui.

3. LE MANDAT DU CENTRE DE RÉADAPTATION

Pour que l'intervention de réadaptation, telle que définie dans la partie qui précède, puisse être offerte aux jeunes qui présentent des difficultés graves d'adaptation personnelle et sociale, il faut une organisation de services conçue à cette fin. Les diverses législations qui présentent les choix de notre société en ce qui concerne l'organisation des services aux jeunes en difficulté confient ce rôle aux centres de réadaptation.

Les trois législations sur les services de santé et les services sociaux, sur la protection de la jeunesse et sur les jeunes contrevenants définissent les mandats à la base de l'organisation des services du centre de réadaptation: d'abord un mandat général de réadaptation, mais aussi un mandat de protéger le jeune d'une part, et de protéger la société d'autre part.

3.1 Un mandat général de réadaptation

La Loi sur les services de santé et les services sociaux confie au centre de réadaptation un mandat général d'organisation des services de réadaptation.

Le centre de réadaptation exerce son mandat en complémentarité avec les autres établissements du réseau, compte tenu de leurs missions respectives.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux et le règlement qui l'accompagne sur l'organisation et l'administration des établissements précisent le mandat général du centre.

Pour le définir, la Loi réfère à:

- des activités: loger, entretenir, garder sous observation, traiter, permettre la réintégration sociale.
- des lieux de dispensation des services: à l'interne, à l'externe ou à domicile.
- des caractéristiques des clientèles: "personnes dont l'état, en raison de leur âge, de leurs déficiences caracté-

rielles, psycho-sociales ou familiales, est tel qu'ils doivent..." (L.S.S.S.S., art. 1, k)).

Le règlement, pour sa part, précise le caractère des services du centre, soit des services spécialisés d'adaptation ou de réadaptation, en regroupant les centres selon le type de problématique à laquelle ils s'adressent: handicapés physiques, déficients intellectuels, jeunes mésadaptés socio-affectifs, mères en difficulté d'adaptation. Il ajoute aux activités déjà inscrites dans la loi des activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation.

Le centre de réadaptation est donc l'établissement responsable de la mise en place d'un ensemble de programmes de réadaptation, responsabilité qu'il exerce en complémentarité avec les autres catégories d'établissements, compte tenu de leurs missions respectives.

Il faut comprendre que l'intervention de réadaptation telle que définie précédemment n'est pas exclusive. D'autres intervenants dans d'autres établissements peuvent faire des interventions supplétives en vue d'activer les potentialités du jeune et de son milieu. Mais l'organisation des services de ces établissements n'est pas structurée en fonction de cette finalité de réadaptation, comme l'est celle du centre de réadaptation.

L'organisation des services de réadaptation prend son sens en raison de l'organisation des besoins du jeune. Le centre de réadaptation n'offre ses services que lorsque les difficultés du jeune sont suffisamment importantes, que ses comportements sont suffisamment perturbés et graves pour justifier une intervention de réadaptation. Ce sont ces difficultés graves d'adaptation couplées à l'absence de réponses adaptées aux besoins du jeune dans son milieu qui rendent nécessaire le recours aux services du centre de réadaptation.

Divers moyens caractérisent cette organisation de services, que ce soit:

- des conditions cliniques et légales qui la déterminent;
- des règles d'intervention planifiées;
- des conditions liées aux lieux de dispensation des services;
- un système d'encadrement;

- un cadre de collaboration et de concertation avec les partenaires;
- un ensemble de règles et de mécanismes visant la qualité des services;
- un personnel spécialisé.

3.2 Un mandat spécifique découlant des lois particulières

En raison du mandat général qui est sien et compte tenu des moyens d'intervention dont il dispose, le centre de réadaptation se voit confier des responsabilités spécifiques à l'égard des jeunes en besoin de protection et des jeunes contrevenants.

3.2.1 Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse: un mandat de protection du jeune

Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, le centre de réadaptation a deux objectifs spécifiques en regard du mandat de protection du jeune:

- . il doit assurer la sécurité du jeune qui lui est confié;
- . il doit chercher à résorber les conséquences négatives sur le développement du jeune de la situation nécessitant sa protection.

Il le fait dans l'esprit de la loi en cherchant notamment à maintenir le jeune dans son milieu ou à tendre à le retourner dans son milieu.

L'objet premier de l'intervention du centre en matière de protection est le besoin de réadaptation du jeune. L'hébergement peut être requis soit comme moyen pour créer les conditions nécessaires à sa réadaptation, soit uniquement pour assurer sa sécurité. Dans ce dernier cas, le recours à l'hébergement en centre de réadaptation pour ce seul motif ne saurait être que temporaire.

La Loi sur la protection de la jeunesse poursuit deux objectifs généraux: assurer la protection du jeune en faisant cesser la situation compromettant sa sécurité et son développement, et favoriser la restauration la plus rapide possible de rapports normaux positifs entre l'enfant et son milieu, ses parents au premier chef.

L'article 38 de la loi énumère les situations qui peuvent compromettre la sécurité ou le développement d'un enfant. Très sommairement, l'état de compromission découle du constat que les parents ne peuvent pas ou ne veulent pas répondre aux besoins du jeune et assurer son développement.

La grande majorité des alinéas de l'article 38 réfèrent directement à une carence ou un abus des parents face à leur enfant. Un seul alinéa fait état de "troubles graves de comportement" chez le jeune pour justifier l'intervention dans la vie de la famille, entendant que les parents, même aidés, ne parviennent plus seuls à y faire face.

Lorsqu'il intervient en vertu de cette loi, le centre de réadaptation doit assurer de façon immédiate la sécurité du jeune. Il doit **garantir la protection** du jeune, même contre sa volonté ou celle de ses parents. Il est alors requis de mettre à leur disposition, en l'imposant au besoin, ce qui est nécessaire pour empêcher une dégradation irréversible de la situation du jeune. C'est typiquement l'intervention par laquelle la société entend défendre l'intérêt de l'enfant et assurer le respect de ses droits fondamentaux. Le centre de réadaptation s'assure que la situation qui cause difficulté ne se perpétue ni ne se reproduit. C'est la balise minimale de son intervention.

Il doit aussi tenter d'aider à **résorber les conséquences** de cette situation problématique sur le développement du jeune et lui offrir les moyens de reprendre un cheminement normal. Le centre de réadaptation retrouve ici son mandat de réadaptation.

Ce deuxième volet de l'objectif de protection est particulièrement important dans les situations où le jeune est référé en raison de "troubles de comportement sérieux", indiquant qu'il manifeste des difficultés d'adaptation telle que son milieu seul ne peut plus répondre à ses besoins. Il peut également être référé vers les services du centre de réadaptation lorsque les séquelles ou conséquences de la carence ou de l'abus des parents compromettent la reprise de son développement.

C'est la réponse aux besoins du jeune pour assurer la reprise de son développement qui est déterminante du recours aux services du centre de réadaptation. Mais l'intervention de réadaptation vise à remettre le jeune en relation harmonieuse avec son milieu. Il faut se rappeler que la loi préconise cette orientation: tendre à maintenir le jeune dans son milieu parental. Il faut aussi rappeler que les parents demeurent responsables des soins, de l'entretien, de l'éducation et de la surveillance de leur enfant: ils ont donc une responsabilité en regard des services offerts par le centre à leur enfant.

L'action du centre peut se faire en maintenant le jeune dans son milieu naturel et en apportant le support adéquat auprès des parents et du milieu permettant le rétablissement de la relation harmonieuse entre le jeune et son milieu.

Le jeune peut aussi être placé. L'hébergement en centre de réadaptation peut être requis, compte tenu de la gravité des difficultés du jeune et de la capacité du milieu à s'en occuper: l'hébergement est un moyen d'assurer la présence à l'événement, de le créer afin d'assurer les conditions propices à l'intervention de réadaptation.

L'hébergement peut être nécessaire également lorsque le jeune se trouve en situation de crise ou qu'il présente temporairement des difficultés graves de comportement qui exigent qu'il soit protégé. L'hébergement sert alors, pour le temps d'un répit, à ce que le jeune reprenne en main les moyens pour surmonter cette crise.

Le rôle du centre apparaît alors être principalement l'hébergement; c'est notamment le cas dans les situations de mesures d'urgence ou de mesures provisoires, en L.P.J., à des moments où le jeune n'a pas la pleine maîtrise de son développement, ou lorsque ni tout son potentiel, ni tous ses besoins, ni la capacité de son milieu n'ont pu être évalués. Ces situations devraient être de courte durée.

Le besoin d'hébergement seul, c'est-à-dire la nécessité d'éloigner un jeune de son milieu qui se révèle inadéquat, mais sans que le jeune présente des difficultés graves d'adaptation, devrait être assuré par le placement en milieu familial substitut ou autre ressource intermédiaire.

3.2.2 Dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants:
un mandat de garde ou de contrôle du jeune

Dans le cadre de l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants, les centres de réadaptation se sont vu confier la responsabilité d'appliquer les mesures de "garde" et de détention provisoire.

La notion de garde, dans le contexte de protection de la société, est clairement associée à une notion de contrôle, d'arrêt du comportement délinquant du jeune.

La Loi sur les jeunes contrevenants vise aussi, par les mesures qu'elle prévoit, à responsabiliser le jeune face à ses actes délinquants. Le centre de réadaptation doit donc viser, dans le cadre des mesures de garde, à cette responsabilisation du jeune: il cherche à apprendre au jeune à contrôler lui-même ses agissements. Cet objectif de responsabilisation rejoint le mandat général de réadaptation du centre.

La Loi sur les jeunes contrevenants poursuit comme principal objectif la protection de la société contre les gestes délictueux des adolescents. Elle préconise que ces derniers assument la responsabilité de leurs actes, comme meilleur moyen d'atteindre cet objectif: cette responsabilité est cependant graduée par rapport à celle des adultes compte tenu de leur statut de mineurs.

La notion de garde, dans le contexte de protection de la société, est clairement associée à une notion de contrôle, donc de "maîtrise des comportements". À cet égard, la garde paraît directement associée à l'arrêt du comportement délinquant.

La Loi sur les jeunes contrevenants distingue globalement deux situations de garde d'un contrevenant. Il peut être détenu provisoirement ou mis sous garde. Dans ce dernier cas, la garde peut se faire en milieu ouvert ou en milieu fermé et être "continue" ou "discontinue".

Le législateur fédéral laisse toute latitude à la province pour statuer sur le "comment" cela se fera.

Au Québec, le choix a été de confier la responsabilité d'application des mesures ordonnées par le Tribunal au secteur des services sociaux, témoignant de sa préoccupation d'intégrer les agissements délinquants dans une compréhension globale du développement du jeune.

Selon leur gravité, leur intensité, leur intégration dans une façon d'être, ces comportements peuvent indiquer que le jeune présente des difficultés graves d'adaptation ou qu'il s'agit de comportements circonstanciels ou situationnels. Cette conception des comportements délinquants du jeune les fait apparaître comme des indices de difficultés d'adaptation chez le jeune. Il ne se comporte plus de la façon normalement attendue par notre société chez un jeune de son âge.

C'est dans cette optique typiquement sociale que le gouvernement québécois a choisi de confier aux centres de réadaptation la responsabilité de la garde et de la responsabilisation du jeune.

Les centres ont donc le mandat de garder le jeune contrevenant, d'exercer un contrôle, une maîtrise de ses comportements dans le cadre des mesures de garde en milieu ouvert ou en milieu fermé. Ils ont aussi la responsabilité de détenir le jeune afin d'assurer sa présence au Tribunal. L'effet recherché est d'arrêter les agissements délinquants du jeune par sa mise à l'écart de la société.

Cependant, l'effet de ce contrôle est beaucoup plus durable lorsque le jeune lui-même acquiert les moyens nécessaires pour mettre fin de lui-même à ses comportements délinquants. Bien que non explicite, la Loi sur les jeunes contrevenants fait clairement référence à l'objectif de responsabiliser le jeune face à ses agissements délinquants.

Le centre retrouve ici son mandat de réadaptation visant à réapprendre au jeune à assumer la responsabilité de ses gestes et de ses conséquences. Responsabiliser le jeune suppose qu'il faut lui apprendre à établir un équilibre satisfaisant entre l'exercice de ses droits, notamment son droit à la liberté et à disposer de lui-même, et l'assumption des devoirs qui y sont liés, principalement à l'égard des autres et de la société.

Le centre de réadaptation exerce son mandat de garde dans le cadre de ses services dispensés à l'interne car lorsqu'un contrevenant lui est confié, il doit, en priorité, s'assurer que le jeune est contrôlé, que la société est protégée. Cela suppose le contrôle direct des comportements du jeune ... jusqu'à ce que ce contrôle puisse être garanti autrement que par l'encadrement physique.

Le législateur lui-même gradue certaines des modalités de contrôle du comportement qu'il attend de celui à qui il confie la responsabilité d'assumer la garde: garde en milieu ouvert ou en milieu fermé, de façon continue ou discontinuée.

D'autres modalités sont possibles, telles les congés provisoires ou l'examen de la décision compte tenu de l'évolution de la situation du jeune. Ce sont des outils à la disposition du centre ayant le mandat de garde pour faire en sorte que, par son intervention axée sur l'apprentissage et la responsabilisation, l'action du centre passe graduellement d'un contrôle direct du jeune à un support au jeune dans la maîtrise de ses comportements. C'est une des ouvertures laissées par le législateur fédéral à des gestes gradués permettant au contrevenant d'assumer de façon responsable l'exercice de son droit à la liberté. Par le recours à ces modalités de la loi, le centre de réadaptation réalise ses objectifs de réadaptation et aide le jeune à reprendre ses interactions avec son milieu.

4. L'ORGANISATION DES SERVICES DE RÉADAPTATION

Afin d'exercer son mandat général de réadaptation et d'assumer ses mandats spécifiques de protection du jeune ou de protection de la société, le centre de réadaptation doit mettre en oeuvre un ensemble de moyens qui constituent la trame de son organisation spécifique de services.

La suite du cadre de référence présente un ensemble d'indications concernant certains des éléments de l'organisation de services des centres de réadaptation. Ces indications ne traitent pas de tous les aspects du fonctionnement ou de l'organisation des centres. Elles constituent par ailleurs des paramètres dont les centres de réadaptation doivent tenir compte dans l'organisation de leurs services.

Avant de présenter ces indications sur les façons de faire, sur les moyens d'organisation des services, il convient de traiter d'un certain nombre de conditions qui apparaissent déterminantes de l'organisation du centre.

4.1 Quelques conditions

L'organisation des services de réadaptation doit prendre en considération certaines conditions cliniques qui vont en favoriser la dispensation et tenir compte également des exigences des législations qui constituent les assises de la réponse de notre société aux jeunes en difficulté.

4.1.1 d'ordre clinique

Bien que chaque jeune présente une dynamique de développement qui lui soit unique, il existe des dimensions communes qui sont utiles dans l'organisation clinique des services.

L'âge, le sexe, la situation parentale et la dynamique particulière des difficultés d'adaptation du jeune sont des caractéristiques importantes qui déterminent l'organisation des services du centre de réadaptation.

La situation de chaque jeune est unique et l'intervention doit être personnalisée à chacun en raison de ses difficultés particulières, son potentiel spécifique et sa propre dynamique de relation avec son milieu. Il est tout de même possible d'identifier certaines dimensions cliniques qui sont communes à des groupes d'enfants, dimensions qui caractérisent le développement de ces jeunes ou la dynamique d'inadaptation manifestée par leurs comportements inappropriés.

Ces conditions ne peuvent être prises comme des absolus en raison de la complexité et du caractère unique du développement de chaque jeune. Cependant, elles demeurent utiles à l'organisation des services de réadaptation en permettant de circonscrire quels sont les besoins communs à divers groupes de jeunes et quelles sont les attentes sociales à leur endroit.

Les caractéristiques les plus importantes à prendre en considération sont reliées à l'âge, au sexe, à la situation parentale et enfin aux difficultés particulières du jeune.

L'âge apparaît comme une condition clinique évidente. Les troubles de comportements, les difficultés d'adaptation diffèrent selon le niveau d'âge. Davantage personnelles et intra-familiales entre 0-5 ans, ces difficultés paraissent se manifester autour du monde scolaire et commencent à atteindre les relations sociales entre 6-11 ans. Ces dernières difficultés deviennent prédominantes chez les 12-18 ans.

Souvent, toutes ces manifestations comportementales du jeune apparaissent comme un processus de consolidation d'une réaction multifactorielle à des difficultés vécues dans son milieu ou à la désorganisation du milieu familial. Ce processus réactionnel s'exprime chez le jeune dans l'une ou l'autre de ses façons de faire avant de devenir sa façon d'être. À l'adolescence, l'aspect réactionnel des comportements semble devenir secondaire par rapport à leur intégration dans le "mode d'être" du jeune. Cette intégration existe manifestement depuis longtemps chez certains d'entre eux.

Différents par la dynamique et les manifestations de leurs difficultés, les jeunes des différents groupes d'âge font aussi face à des attentes différentes de la société. Ces attentes sociales s'expriment entre autres par le choix de certains

seuils d'âge fixés dans les législations: par exemple, six (6) ans pour débiter à l'école; douze (12) ans pour l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants; dix-huit (18) ans pour être considéré comme adulte, donc ne plus être protégé par les propositions de la Loi sur la protection de la jeunesse ou être sanctionné en vertu du code criminel plutôt qu'en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants.

L'organisation des services de réadaptation doit prendre en compte ces distinctions de groupes d'âge, tout en reconnaissant la dynamique clinique particulière de chaque jeune. Les seuils formels d'âge chronologique sont des indicateurs utiles permettant d'organiser les services pour des groupes de jeunes présentant une problématique commune; mais ils ne sont pas une règle absolue. Aussi, chaque centre peut utiliser des groupements d'âge variables à l'intérieur des balises qu'il a fixées pour l'admission.

C'est en lien avec ce qui est normalement attendu des jeunes de son âge qu'il sera possible d'évaluer le degré de difficulté d'adaptation d'un jeune et son besoin de services de réadaptation. L'âge est souvent un bon indicateur du niveau moyen des besoins à combler.

Ainsi, lorsque le jeune est presque rendu à l'âge adulte et que ses problèmes de comportements apparaissent structurés dans son "mode d'être", il convient de se questionner sur l'orientation à donner aux services qui lui sont offerts. Compte tenu de la structuration des difficultés chez le jeune et du peu de temps disponible pour exercer le mandat de réadaptation, n'est-ce pas "tenir le temps" que de tenter des interventions partielles, sans commune mesure avec l'organisation des besoins du jeune presque adulte au sens de la loi? Dans ces conditions, d'autres systèmes, soit pénal, soit de santé mentale, peuvent être mieux en mesure de répondre aux véritables besoins du jeune et de mieux assurer sa protection ou celle de la société.

Le sexe est une seconde variable qui conditionne l'organisation des services. De façon générale, les difficultés d'adaptation se ressemblent chez les garçons et les filles, principalement lorsqu'ils sont plus jeunes. Il est même possible, pour ces derniers, dans les situations où l'hébergement est requis, d'envisager une organisation de services permettant de desservir des enfants des deux sexes, comme dans n'importe quel milieu de vie familial.

Par ailleurs, la situation apparaît différente à l'adolescence: d'une part, la dynamique clinique des problèmes, le mode d'intégration des difficultés d'adaptation, se manifestent différemment. Les comportements des garçons sont plus dirigés vers autrui, tandis que les filles les dirigent vers elles-mêmes. D'autre part, les attentes sociales ne sont pas les mêmes: compte tenu des formes de délinquance différentes, les comportements des filles ne sont pas criminalisés de la même façon.

Aussi, à l'adolescence, l'organisation des services de réadaptation doit-elle tenir compte de la dynamique clinique des garçons et des filles ainsi que des attentes particulières à leur égard. Lorsque l'hébergement est requis, il convient d'envisager des regroupements distincts des filles et des garçons. Les objectifs peuvent être les mêmes, mais les modalités de dispensation de services, les moyens d'atteindre ces objectifs sont souvent très différents.

Compte tenu de la place importante des parents et de leur responsabilité dans le développement de leur enfant, les **caractéristiques du milieu parental** représentent une condition clinique importante à considérer dans l'organisation des services qui seront offerts au jeune.

La présence ou l'absence d'un ou des parents, les diverses difficultés de la dynamique parents-enfant sont déterminantes dans le développement du jeune. Mais c'est surtout l'existence ou la non existence de liens significatifs de l'enfant avec ses parents qui est un facteur déterminant de l'organisation des services de réadaptation.

Le jeune qui ne peut compter sur une relation significative avec au moins un de ses parents, exige une intervention plus profonde que ceux qui disposent de cet appui. Il faut alors aider ce jeune à se dissocier du conflit parental; lui offrir les substituts appropriés, s'il y a lieu; lui permettre d'accepter l'aide offerte sans qu'elle prenne un sens de jugement ou de rejet des parents; diminuer les conséquences du rejet ou de la carence vécue sans en nier la réalité.

Tandis que pour celui qui peut compter sur un lien significatif avec ses parents ou l'un d'entre eux, l'intervention de réadaptation se fonde sur le rétablissement de cette relation. La

participation des parents, et des autres personnes ressources du milieu du jeune, est alors un apport important à l'intervention de réadaptation. L'organisation des services de réadaptation prend un caractère de soutien et de renforcement de la relation parents-enfant.

La détermination du lieu de dispensation des services à l'interne ou à l'externe, ou les moyens d'encadrement à utiliser sont en lien direct avec les difficultés dans le milieu parental et avec les répercussions vécues par le jeune.

Lorsque le jeune est référé au centre de réadaptation, il présente une organisation spécifique de besoins qui se manifestent sur tous les plans où le jeune peut présenter des difficultés: physique, cognitif, social, affectif. Il est en difficulté grave d'adaptation. L'organisation des services de réadaptation doit donc se faire à partir d'une conception de l'intervention qui prendra en considération l'ensemble de ces composantes. Les programmes et les services du centre, les moyens d'encadrement, les règles et politiques sont des éléments de l'organisation déterminés par ces diverses composantes.

4.1.2 d'ordre légal

Le centre de réadaptation n'intervient auprès d'un jeune que dans le cadre de l'une ou l'autre des trois législations qui définissent l'organisation des services aux jeunes en difficulté.

Selon le cadre légal en vertu duquel un jeune lui est confié, le centre de réadaptation reçoit son mandat à partir de la demande du jeune lui-même ou de ses parents, d'une décision du Directeur de la protection de la jeunesse ou d'une décision du Tribunal de la jeunesse.

Le centre de réadaptation dispense ses services auprès d'un jeune dans le cadre des dispositions de la loi qui a motivé la décision de le confier au centre de réadaptation. Il doit donc réaliser son intervention en tenant compte des règles et dispositions prévues à cette loi.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la protection de la jeunesse et celle sur les jeunes contrevenants sont à l'origine des mandats confiés dans notre province au centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.

Le cadre légal permet de représenter le motif pour lequel un jeune est référé au centre de réadaptation: demande de services de réadaptation pour la première, situation de protection pour la seconde ou actes délinquants pour la troisième.

Si le motif légal de référence ne décrit pas entièrement la condition du jeune, il permet de circonscrire les attentes de la société à l'égard des actions à prendre et de l'aide à apporter au jeune en difficulté. C'est à l'intérieur des systèmes mis en place pour l'application de ces lois que le centre de réadaptation doit proposer une organisation de services qui vise à la réalisation des objectifs de ces mêmes lois: réadapter, rendre autonome, rendre responsable et protéger. Il doit le faire tout en s'assurant d'adapter ces objectifs, de façon concrète, à la situation personnelle de chacun des jeunes qu'il reçoit.

Dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le système d'organisation des services est peu spécifique quant aux modalités d'exercice des responsabilités du centre de réadaptation. Ce sont le jeune ou ses parents qui déterminent le cadre d'intervention du centre par leur demande de services.

Dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, les règles d'intervention sont plus spécifiques, même si la loi ne statue pas sur le type de services à dispenser. C'est une entente volontaire du Directeur de la protection de la jeunesse avec le jeune et ses parents sur les mesures à prendre ou c'est une décision du Tribunal de la jeunesse qui déterminent le cadre d'intervention du centre de réadaptation.

La Loi sur les jeunes contrevenants est, quant à elle, plus explicite sur les types de services à assurer pour exercer le mandat de garde: elle identifie la détention provisoire, la mise sous garde en milieu ouvert ou en milieu fermé et distingue les services de garde continue des services de garde discontinue. C'est la décision du Tribunal de la jeunesse sur la mesure à prendre à l'endroit du jeune contrevenant qui détermine le cadre d'intervention du centre de réadaptation.

Ainsi, la mise en oeuvre des divers moyens d'action qui caractérisent l'organisation des services de réadaptation s'articule non seulement autour des conditions cliniques caractérisant la clientèle des jeunes en besoin de réadaptation mais aussi autour des orientations et des contraintes légales qui encadrent la dispensation des services aux jeunes en difficulté d'adaptation.

L'intervenant qui accompagne le jeune doit en effet tenir compte d'abord du jeune; mais, il ne saurait exercer son mandat en dehors des exigences du mandat légal pour lequel le jeune lui est confié. Lorsque l'évolution de la situation du jeune justifie des modifications du cadre d'intervention du centre de réadaptation, celui-ci doit recourir aux dispositions des lois qui permettent cette révision de l'intervention. S'il devient nécessaire de faire modifier ou d'apporter des précisions au motif légal de son intervention afin d'assurer au jeune les services requis, il doit obtenir l'approbation ou l'autorisation du mandataire légal: le jeune ou ses parents qui ont fait la demande, le Directeur (D.P.J. ou D.P.) ou le Tribunal.

4.2 Le plan de services et le plan d'intervention

Si l'organisation des services du centre de réadaptation se structure en prenant en considération un ensemble de conditions d'ordre clinique et légal, elle prend une coloration particulière au moment de venir en aide à un jeune donné.

Car celui-ci est unique: sa situation, l'organisation spécifique de ses besoins doivent se traduire dans la personnalisation des objectifs et des actions du centre à son endroit. Il le fait en préparant un plan d'intervention qui s'inscrit dans le cadre d'un plan de services individualisé.

Le droit à des services adéquats, continus et personnalisés, se concrétise à travers la réalisation d'un plan de services individualisé et d'un plan d'intervention personnalisé.

Le plan de services individualisé favorise la continuité et la stabilité des actions auprès du jeune de tous les intervenants qui peuvent contribuer à répondre aux besoins du jeune.

Le plan d'intervention permet au centre de réadaptation de dispenser ses services selon un mode personnalisé.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux affirme:

"Toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements qui dispensent ces services". (L.S.S.S.S., art. 4)

La Loi sur la protection de la jeunesse reprend cet énoncé de droit à des services adéquats à l'intention des jeunes en besoin de protection: elle étend également son application aux jeunes ayant commis une infraction aux lois et règlements en vigueur au Québec (L.P.J., art. 8 et art. 11.3).

C'est l'organisation spécifique des besoins du jeune, premier concerné par son développement, qui détermine l'aide à lui apporter. Autant par la dispensation de ses services que par son organisation, le centre de réadaptation doit tendre à assurer la primauté de la personne et prioriser ses besoins.

Assurer la primauté de la personne du jeune et son individualité implique le respect de sa personnalité, de sa façon de vivre, de ses différences et des liens qu'il entretient avec son milieu. C'est également miser sur ses capacités, tenir compte de son point de vue, favoriser sa participation et celle de ses proches, ses parents au premier chef. Cette orientation suppose enfin sa participation dans les décisions qui le concernent, la prise en considération de l'ensemble de ses besoins et de sa condition bio-psycho-sociale ainsi que le respect de ses droits.

4.2.1 Le plan de services

L'intervention du centre de réadaptation auprès d'un jeune s'inscrit, de façon générale, à l'intérieur d'un plan de services individualisé.

En raison des difficultés vécues, de leur nature souvent complexe et pluriforme, la contribution de plus d'un établissement et organisme est souvent sollicitée pour venir en aide au jeune en difficulté. Trop souvent, l'intervention de chacun est planifiée sans nécessairement être coordonnée avec celle de son partenaire. Le plan de services représente un outil intégrateur qui relie et articule les actions des intervenants en vue d'apporter une réponse personnalisée qui soit appropriée aux besoins du jeune et de sa famille.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux qui précise les missions des établissements n'est cependant pas explicite quant à la mise en place de moyens de coordination des interventions entre les établissements.

La Loi sur la protection de la jeunesse, quant à elle, indique clairement le droit du jeune et de ses parents d'obtenir une description des moyens de protection et de réadaptation qui seront pris ainsi que des étapes pour mettre fin à cette intervention (L.P.J., art. 5).

Elle identifie clairement le Directeur de la protection de la jeunesse comme personnellement responsable de la protection de l'enfant. Il prend en charge l'ensemble de la situation de l'enfant à protéger. L'énoncé des responsabilités du Directeur ainsi que la notion d'autorisation vise à renforcer l'imputabilité de celui-ci afin de personnaliser le plus possible son intervention à l'égard d'un enfant dont la sécurité ou le développement est considéré comme étant compromis (L.P.J., art. 32, 33 et 51). Lorsque le Tribunal ordonne l'exécution d'une mesure à l'enfant, il confie la situation de l'enfant au Directeur qui voit alors à l'exécution de la mesure (art. 92).

De même, dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants, le Directeur provincial est responsable de l'exécution des décisions rendues par le Tribunal. Il peut désigner des personnes à titre de délégués à la jeunesse: le législateur permet donc au Directeur provincial de recourir à plusieurs personnes pour l'aider à exercer le rôle qui lui est confié. Il demeure cependant responsable de la majorité des actes de ces personnes. Au Québec, le Directeur de la protection de la jeunesse exerce les responsabilités confiées au Directeur provincial par la L.J.C. (L.P.J., art. 33.3).

Ainsi, dans le cadre de ces deux lois, la même personne a la responsabilité de voir à assurer aux jeunes qui lui sont confiés les services que nécessite leur situation. Elle dispose pour ce faire de mécanismes d'autorisation lui permettant de recourir aux personnes en mesure de répondre aux besoins du jeune.

Le plan de services individualisé est un outil administratif de planification et de coordination des services à rendre à un bénéficiaire en vue de répondre à ses besoins. Il est donc un moyen de concerter les interventions de plusieurs intervenants en mesure de contribuer à cette réponse.

La mise en place du plan de services doit prendre en considération:

- . les besoins et les capacités du jeune et la situation de vie où il se trouve, exprimés par le jeune et ses parents ou identifiés par les intervenants;
- . les capacités du milieu, des parents au premier chef, à lui donner les moyens nécessaires à son développement et leurs difficultés à répondre adéquatement aux besoins du jeune;
- . le contexte légal spécifique qui détermine et officialise le mandat d'intervention auprès du jeune;
- . et, également, les valeurs et les normes sociales et culturelles propres à la communauté ou à la région où vit le jeune;
- . ainsi que les moyens et ressources existantes dans la communauté et l'organisation des établissements, susceptibles d'apporter une réponse appropriée aux besoins du jeune et de son milieu.

L'élaboration du plan de services vise à:

- . identifier les objectifs généraux de l'aide à apporter au jeune et à son milieu et à les prioriser;
- . convenir des services à offrir pour répondre aux besoins du jeune et de sa famille et pour atteindre les objectifs fixés;

- . impliquer de façon concertée les personnes, établissements et organismes concernés par les services à offrir au jeune en difficulté et à sa famille, préciser le partage des rôles et responsabilités de chacun et en coordonner l'action;
- . permettre la révision et l'ajustement des services pour tenir compte de l'évolution dynamique des besoins du jeune et de sa famille;
- . permettre de partager et mettre en commun les informations cliniques relatives au jeune et à sa situation entre les intervenants des divers secteurs concernés et avec le jeune lui-même et ses parents.

En raison des responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur les jeunes contrevenants, le Directeur de la protection de la jeunesse doit s'assurer de l'élaboration du plan de services lorsqu'il prend en charge la situation d'un jeune.

Dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, c'est l'intervenant qui reçoit et évalue la demande d'aide du jeune et de ses parents qui est le mieux en mesure de voir avec eux à l'élaboration du plan de services.

Compte tenu des responsabilités que lui attribuent les lois, le Directeur de la protection de la jeunesse doit s'assurer que les mesures sont mises en place soit pour protéger le jeune après entente volontaire avec le jeune et ses parents ou selon l'ordonnance du Tribunal, ou pour responsabiliser et contrôler le jeune contrevenant, compte tenu de la décision du Tribunal. C'est donc à lui que revient la responsabilité de voir à l'élaboration et à l'orientation du plan de services du jeune en besoin de protection ou du jeune contrevenant.

Idéalement, l'élaboration du plan de services devrait servir de base à l'entente sur les mesures volontaires et aux recommandations adressées au Tribunal de la jeunesse. Ainsi, les décisions quant aux mesures de protection ou aux mesures à l'endroit du jeune contrevenant, pourraient mieux répondre aux besoins du jeune et de sa famille.

Dans le cadre d'une application d'ordonnance, soit en protection, soit en délinquance, le plan de services vise à dispenser ce qui est requis par l'ordonnance. Il peut par ailleurs permettre d'offrir d'autres services aux jeunes et aux parents et répondre à leur demande d'aide dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux; toutefois:

- . les moyens proposés ne doivent pas s'inscrire à l'encontre des mesures ordonnées, mais plutôt s'inscrire en continuité;
- . ils doivent être compris et acceptés par le jeune et ses parents et formalisés dans une entente écrite;
- . ils peuvent être abandonnés à tout moment par le jeune ou ses parents, qui possèdent en cette matière la liberté de choix, sans conséquences sur l'application des mesures ordonnées.

Il est important que soit désignée, parmi les personnes concernées, une personne responsable de la coordination du plan de services. Dans le cadre de la L.S.S.S.S., le contrat de services établi avec le jeune et les parents doit identifier la personne qui agira comme coordonnateur de l'application du plan de services. Dans le cadre de la L.P.J. ou de la L.J.C., le Directeur s'assure des mesures prises pour protéger le jeune ou pour appliquer la décision du Tribunal à l'endroit du jeune contrevenant.

Le coordonnateur de l'application du plan de services:

- . voit à l'application du plan de services;
- . s'assure que les plans d'intervention s'inscrivent dans le sens des objectifs du plan de services et en couvre tous les aspects;
- . voit aux échanges entre intervenants afin de maintenir la ligne commune;
- . renforce la compréhension et "le message" quant aux objectifs et moyens d'action auprès du jeune et des parents;
- . garde "actuel" et "actif" l'opérationnalisation du plan de services;

- . rend compte au D.P.J./D.P. par les rapports de révision requis par la loi;
- . procède ou s'assure que les demandes de réexamen et de modifications d'ordonnance soient faites, s'il y a lieu, compte tenu de l'évolution de la situation du jeune et de ses nouveaux besoins.

Le centre de réadaptation participe à l'élaboration du plan de services dans les situations de jeune en difficulté grave d'adaptation, en concertation avec ses partenaires.

L'implication du centre dans l'application d'un plan de services donné est fonction de la place qu'y occupent les objectifs généraux de réadaptation, compte tenu des besoins du jeune et du mandat confié au centre.

Lorsque l'intervention de réadaptation apparaît comme la majeure des services à assurer au jeune, le centre, ou un de ses intervenants plus directement impliqué dans la réalisation du plan d'intervention du centre, devrait être celui qui coordonne l'application du plan de services.

Le Ministère souhaite la mise en place d'un mécanisme régional favorisant la réalisation de plans de services individualisés.

Bien que la Loi sur les services de santé et les services sociaux ne soit pas explicite sur le plan de services individualisé, le Ministère y voit un moyen prometteur pour le bénéficiaire d'avoir accès à des services qui soient appropriés à ses besoins et à sa situation.

Cet outil est à l'heure actuelle peu utilisé par les intervenants. Le Ministère souhaite que les établissements du réseau de services pour les jeunes en difficulté en fassent leur objectif. Il est à espérer qu'au plan régional, les établissements en arrivent à mettre en place un mécanisme favorisant la réalisation de plans de services individualisés. Les Conseils régionaux ont un rôle important à cet égard en raison de leurs responsabilités de coordination et de concertation des services

et des ressources. À cet égard, le Comité régional d'admissions pourrait servir de véhicule au développement d'un mécanisme visant à la détermination du plan de services pour les jeunes.

4.2.2 Le plan d'intervention

Par son âge, par son état de développement, par les conditions de vie qui ont été ou sont les siennes, le jeune présente une organisation de besoins et de caractéristiques qui lui sont particulières. Il est unique. Le plan d'intervention permet au centre de réadaptation d'offrir ses services selon un mode personnalisé et adapté aux besoins du jeune.

En vertu du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, un plan d'intervention doit être établi pour chaque bénéficiaire admis ou inscrit en centre de réadaptation (art. 42 du règlement).

"Le plan d'intervention est un outil de planification permettant l'organisation systématique des actions que compte entreprendre un intervenant en vue de seconder la personne en difficulté dans la solution de ses problèmes.

Le plan d'intervention précise, selon le champ de responsabilités, les objectifs à atteindre, la nature, la durée et l'intensité des interventions à faire, ainsi que les moyens à utiliser pour réaliser le plan.

Chacun des intervenants demeure responsable, dans le cadre de son plan de travail, du choix de son mode d'intervention, de l'instrumentation et de la détermination des activités professionnelles."⁽¹⁾

Par la lecture qu'il fait des caractéristiques du jeune, par les choix d'objectifs qu'il en dégage et par les moyens qu'il retient, le centre de réadaptation offre à ce jeune des services adéquats et personnalisés.

(1) M.S.S.S., Normes et pratiques de gestion, Guide administratif concernant le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, pages 44 et 45.

Le plan d'intervention précise les objectifs à poursuivre avec ce jeune en particulier et les moyens pour les atteindre. Le plan d'intervention est opérationnel: il actualise le mandat et les compétences spécifiques de l'intervenant du centre auprès du jeune. Sa réalisation sert à définir, en fonction des besoins de ce jeune, les services qui lui seront dispensés parmi l'ensemble que forment l'organisation du centre, les programmes qui lui seront offerts ainsi que les modalités de lieu de dispensation des services, du type d'encadrement requis ou autres.

Le plan d'intervention est, par ailleurs, balisé, entre autres:

- . par l'analyse de la situation du jeune et de sa famille;
- . par le plan de services, lequel détermine l'orientation des services au jeune;
- . par le motif de référence et le respect du cadre légal de l'intervention;
- . par la mission ou mandat général du centre de réadaptation ainsi que par le mandat spécifique découlant des lois particulières;
- . par les ressources et modes d'organisation à la disposition du centre pour la réalisation de son mandat.

Le jeune et les parents sont directement impliqués dans l'élaboration du plan d'intervention et dans sa mise en application.

Il n'est pas nécessaire de reprendre ce qui a déjà été dit concernant la responsabilité du jeune et de ses parents à l'égard de son développement pour justifier l'importance de la place du jeune et des parents lors de l'élaboration du plan d'intervention.

Le jeune et ses parents avec le ou les intervenants impliqués fixent les objectifs du plan d'intervention et conviennent des moyens à prendre pour les atteindre. Ils conviennent également des étapes et du déroulement de l'intervention, de sa durée et du moment de sa révision.

Le plan d'intervention doit être écrit et exprimé de façon à ce que le jeune et les parents comprennent ce qui est visé et les moyens pour y parvenir.

Le plan d'intervention doit être révisé périodiquement, selon ce qui a été convenu lors de sa préparation ou selon les délais prescrits par les lois.

L'évolution de la situation du jeune constatée lors d'une révision du plan d'intervention peut amener également à réviser le plan de services. Lorsqu'il s'agit d'une mesure ordonnée, elle peut aussi amener le centre de réadaptation à demander la révision ou le réexamen de la décision du Tribunal de la jeunesse.

Le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements établit un délai de révision du plan d'intervention.

Dans la perspective dynamique de développement et d'évolution du jeune, des modifications dans la situation de vie du jeune ou de sa famille peuvent survenir, soit en raison des résultats de l'intervention ou en raison de difficultés nouvelles qui se présentent. Ces modifications conduisent à la révision du plan d'intervention qui doit rendre compte de cette évolution.

La révision permet de revenir sur le plan élaboré et sur l'intervention réalisée auprès du jeune et de ses parents. Elle permet de mesurer le chemin parcouru, d'identifier les acquis du jeune autant que les problèmes ou blocages qui se posent, de repréciser le sens des objectifs du plan d'intervention, de les reformuler ou d'en proposer de nouveaux s'il y a lieu.

Le plan d'intervention est en lien avec les orientations et objectifs généraux du plan de services. Sa révision peut, s'il y a lieu, conduire à la révision du plan de services.

Le plan d'intervention découle directement du motif légal de référence du jeune au centre de réadaptation. La révision de la situation du jeune et du plan d'intervention peut nécessiter une révision de la décision originelle. Le centre de réadaptation verra à obtenir, toutes les fois qu'il est nécessaire, la révision ou le réexamen par le mandataire légal de cette décision afin de tenir compte de la nouvelle situation du jeune et de ses besoins.

4.3 Le lieu de dispensation des services: à l'interne ou à l'externe

Il n'y a pas de différences fondamentales dans l'intervention de réadaptation selon le lieu de dispensation des services. Les mêmes services peuvent tout aussi bien être offerts à l'externe qu'à l'interne: le choix de l'une ou l'autre modalité tient essentiellement à la capacité du jeune et de son milieu d'en bénéficier.

Le lieu de dispensation des services offerts au jeune est fonction des aspects cliniques qui caractérisent l'intervention de réadaptation et des mandats que doit assumer le centre de réadaptation.

Au chapitre de l'organisation des services à l'interne ou à l'externe, divers éléments déjà discutés contribuent à baliser l'action du centre. D'une part, les aspects cliniques liés à:

- . l'organisation des besoins de réadaptation du jeune client,
- . la finalité de l'intervention de réadaptation,
- . le caractère spécialisé de celle-ci, marqué surtout par la présence aux événements de vie du jeune et leur utilisation à des fins réadaptatives,

permettent de cerner les enjeux liés au choix du lieu de dispensation des services.

Au plan clinique, c'est l'organisation des besoins du jeune autant que l'état des ressources de son milieu et leur capacité à répondre aux besoins du jeune qui déterminent la dispensation de services à l'interne ou à l'externe.

Puisque le jeune, client du centre de réadaptation, est celui qui présente une désorganisation importante de ses comportements et des difficultés graves d'adaptation, c'est très souvent à l'interne qu'il faut assurer les services de réadaptation. Les services sont dispensés à l'interne lorsqu'il est nécessaire de mettre en place pour le jeune un cadre de vie contrôlé où sont créés des événements de vie favorables à sa réadaptation.

Par ailleurs, en raison de la finalité de la réadaptation, c'est dans la remise en contact du jeune avec son milieu que celui-ci pourra le mieux assurer et reprendre en main les moyens pour un développement adéquat.

Il peut arriver que face à un jeune qui présente des difficultés graves d'adaptation, le milieu dispose de ressources qui, avec l'aide nécessaire de réadaptation, peuvent assurer la réponse à ses besoins. Aussi, l'intervention de réadaptation, même lorsque des services à l'interne sont nécessaires, ne saurait être complète sans assurer la réinsertion du jeune dans son milieu. Dans l'une ou l'autre de ces situations, les services de réadaptation dispensés à l'externe sont souhaitables.

D'autre part, les mandats généraux et spécifiques confiés au centre de réadaptation à travers les dispositions législatives et administratives qui encadrent l'intervention sociale auprès des jeunes en difficulté, sont également déterminants du lieu de dispensation des services.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux indique qu'aux fins de son mandat de réadaptation, le centre d'accueil, dont le centre de réadaptation constitue une des catégories, dispense ses services à l'interne, à l'externe ou à domicile. Elle permet, sans le baliser, le choix du lieu de dispensation des services selon les besoins spécifiques du jeune et de la capacité du milieu à lui venir en aide. La préoccupation essentielle est ici la continuité et la personnalisation des services.

La Loi sur la protection de la jeunesse exprime également cette volonté d'un service adéquat. En plus, elle affirme clairement le souci de maintenir le jeune dans son milieu parental (art. 4) ou de l'y réinsérer (art. 5, alinéa 2). Plus loin, elle distingue nettement l'objectif d'aide du moyen d'hébergement que peut offrir le centre d'accueil: "Lorsqu'il recommande de confier l'enfant à un centre d'accueil ou à un centre hospitalier, le Directeur doit préciser si un hébergement est requis" (L.P.J., art. 54). Bien qu'il s'agisse d'un principe fondamental prescrit par la loi, le principe de maintien du jeune dans le milieu naturel n'a rien d'un automatisme. La dispensation des services à l'interne ou à l'externe est en fonction des besoins identifiés du jeune et du mandat spécifique de protection confié au centre.

La Loi sur les jeunes contrevenants et les décrets de désignation de garde qui en découlent créent, pour les centres de réadaptation, la responsabilité de garder un jeune ou de le détériorer provisoirement. L'exercice de ce mandat exige évidemment une organisation des services à l'interne.

Toutefois, la possibilité de mettre le jeune placé sous garde en congé provisoire pour des périodes n'excédant pas quinze jours consécutifs, ou la possibilité de procéder à un examen de la décision selon l'évolution de la situation du jeune, indiquent bien cependant la volonté du législateur de favoriser, à l'intérieur des balises exigées par la nécessaire protection de la société, la réintégration dans son milieu. Donc, si les balises d'utilisation d'une organisation de services à l'externe sont ici davantage précisées et circonscrites que dans les autres lois, elles ne l'excluent pas.

Par diverses dispositions, les lois indiquent que pour répondre aux besoins du jeune, le centre de réadaptation dispose des moyens pour offrir des services à l'interne ou à l'externe.

Elles indiquent également la nette distinction à apporter entre l'intervention de réadaptation, mandat général du centre, et l'hébergement, moyen d'action nécessaire à la réalisation de ce mandat ou de ceux de protection ou de contrôle découlant des lois particulières.

4.3.1 Définition

La distinction entre services à l'interne et à l'externe repose sur la distinction formelle de la Loi sur les services de santé et les services sociaux entre clientèle admise et clientèle inscrite.

Est admise, la clientèle qui requiert d'être hébergée, qui occupe un lit d'une des installations de l'établissement.

Est inscrite, la clientèle qui ne requiert aucun hébergement.

Cette distinction a l'avantage de circonscire le lieu de dispensation de services en fonction du besoin d'hébergement de la clientèle, différent du besoin de réadaptation.

4.3.2 Les services à l'interne

La fonction d'hébergement ou d'accueil des centres de réadaptation est historiquement établie; il n'est pas nécessaire d'élaborer sur les aspects spécifiques de l'organisation des services à l'interne. Si l'accueil apparaissait autrefois comme le rôle principal du centre, il faut aujourd'hui voir cette fonction comme un moyen de rendre accessibles les services de réadaptation nécessaires aux jeunes en difficulté grave d'adaptation.

Seul le jeune pour lequel il est nécessaire de créer les événements de la vie de chaque jour où le personnel va l'accompagner, requiert les services à l'interne du centre de réadaptation.

Pour le jeune qui ne peut plus trouver dans sa famille ou un milieu familial substitut, même avec l'aide des ressources de la communauté, une réponse satisfaisante à ses besoins, l'organisation de services à l'interne s'impose. Les comportements du jeune, en réaction à la situation vécue, sont devenus eux-mêmes source de difficultés graves.

L'institution traditionnelle, les foyers de groupes et ressources résidentielles diverses mises en place par l'établissement ou avec lesquelles il contracte directement constituent diverses formes d'organisation matérielle des services à l'interne.

Dans le cadre des services à l'interne, l'organisation matérielle doit favoriser l'intimité et la personnalisation du milieu de vie ainsi créé pour le jeune et contribuer à l'individualisation de l'intervention en fonction de ses besoins particuliers. L'organisation matérielle contribue aussi évidemment à assurer l'encadrement de l'intervention requis par le jeune, compte tenu de ses besoins et du mandat que doit exercer le centre à son endroit.

4.3.3 Les services à l'externe

Les services externes du centre de réadaptation s'adressent à des jeunes qui présentent des difficultés graves d'adaptation.

L'objectif de l'intervention de réadaptation demeure le même: rétablir la relation harmonieuse du jeune avec son milieu et permettre son intégration sociale.

La cible de l'intervention de réadaptation demeure toujours le jeune qui présente des troubles de comportements sérieux, indices de difficultés graves qui affectent son développement. En ce sens, il s'agit d'une intervention individualisée, et non d'actions préventives visant des groupes ou des populations de jeunes. Il ne s'agit pas, non plus, d'actions d'animation ou de support de groupes de parents ou d'éducateurs, sauf pour ce qui est en lien direct avec les objectifs de réadaptation d'un jeune en particulier.

Ce qui caractérise les services de réadaptation à l'externe, c'est le fait que le personnel éducateur utilise les événements de la vie du jeune, dans son milieu, là où il l'accompagne, en recourant aux ressources disponibles dans ce milieu, pour fonder ses interventions.

Pour intervenir à l'externe, il faut donc prendre en considération les besoins du jeune, mais aussi les potentialités du milieu à lui venir en aide.

Lorsqu'existe la possibilité de mobiliser le jeune, sa famille et son milieu et de les impliquer dans le processus d'aide, le centre de réadaptation est justifié d'offrir dans le milieu du jeune les services requis pour son développement, en autant qu'il le fait dans le cadre du mandat légal en vertu duquel le jeune lui est confié.

L'organisation des services à l'externe met plus directement à contribution les ressources du milieu de vie du jeune, ses parents au premier chef. L'intervention de réadaptation poursuit alors un objectif d'instrumentation des parents et des autres ressources du milieu afin de les équiper à venir en aide au jeune et assurer la réponse à ses besoins et permettre son développement harmonieux.

L'utilisation des ressources du milieu, l'action qui permet de les instrumenter afin d'aider le jeune, s'inscrivent dans le sens des objectifs de réadaptation du jeune déterminés à son plan d'intervention. Cette dimension d'implication des parents et du milieu est indissociable du mode de dispensation des services à l'externe. Elle contribue à l'objectif de l'intervention de réadaptation à l'endroit du jeune. En ce sens, l'intervention de réadaptation à l'externe est différente des services psycho-sociaux offerts par les autres établissements aux jeunes et à leur famille.

Par ailleurs, même lorsque le jeune est hébergé, cette dimension d'implication des parents et des autres intervenants du milieu de vie du jeune a également sa place.

Même lorsque le jeune est hébergé, l'organisation des services à l'externe trouve alors son utilité dans l'objectif de réinsertion sociale que poursuit l'intervention de réadaptation.

Compte tenu des difficultés graves que présente le jeune, l'intervention de réadaptation requiert souvent, comme il a été dit, la mise en place de services à l'interne afin de créer les conditions favorables à sa réadaptation. Ce qui est visé, c'est le rétablissement de la relation du jeune avec son milieu. Peut-on envisager que l'objectif est atteint si le jeune ne peut réaliser dans son milieu ce qu'il a acquis durant son placement?

L'intervention à l'externe est d'évidence le principal moyen d'atteindre l'objectif de réinsertion sociale. C'est plus que s'assurer que tout va bien. C'est continuer l'apprentissage du jeune, c'est affermir ses acquis, c'est lui donner les moyens de poursuivre et de réussir ce qu'il a développé à l'interne pour le transposer dans son milieu de vie, avec les limites et les possibilités à sa disposition.

L'intervention de réadaptation prend appui sur la capacité du milieu, les parents principalement, et des ressources de la communauté pour venir en aide au jeune.

L'organisation des services de réadaptation à l'externe doit s'inscrire dans une perspective de complémentarité et de coordination des services pour satisfaire aux besoins des jeunes en difficulté.

Les services de réadaptation à l'externe ne prennent leur sens que dans le cadre d'une action complémentaire et concertée des intervenants et ressources dans le milieu de vie du jeune. Complémentarité et concertation sont des conditions indispensables à la réussite de l'intervention de réadaptation à l'externe.

L'élaboration et l'application d'un plan de services individualisé apparaît dans ce contexte un outil essentiel permettant de mettre à contribution non seulement les intervenants du réseau des services sociaux, mais également ceux des organismes et ressources du milieu du jeune.

Dans les expériences et les pratiques actuelles de services à l'externe, certaines font en sorte que le centre de réadaptation reçoit et traite directement des demandes de services. Bien que par certaines de ces dispositions la Loi sur les services de santé et les services sociaux permet cette référence directe, l'organisation du réseau des services sociaux et les orientations préconisées par le Ministère identifient spécifiquement la porte d'entrée des services.¹

Il est évident qu'en matière de protection de la jeunesse et en ce qui vise les jeunes contrevenants, c'est le Directeur de la protection de la jeunesse qui a la responsabilité de voir à évaluer la situation du jeune et de voir à ce qu'il reçoive les services adéquats. Dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, c'est au centre local de services communautaires qu'est confié cette responsabilité de recevoir et évaluer les demandes de services et d'assurer les services requis.

¹ Il en est de même dans l'avant-projet de loi sur les services de santé et les services sociaux: à l'article 27, on y indique que le C.L.S.C. "accueille les personnes qui requièrent des services..., évalue leurs besoins, prodigue les services ... ou si nécessaire les dirige vers les centres, les organismes communautaires ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide".

Le Ministère considère important de référer à ces deux portes d'entrée du système afin de rationaliser les actions et interventions de chacun et d'harmoniser les pratiques d'aide qui sont proposées aux jeunes en difficulté. Toutes les fois qu'un jeune apparaît en difficulté grave d'adaptation, le centre de réadaptation devrait être mis à contribution pour l'évaluation des besoins du jeune et la définition des objectifs de réadaptation à inscrire au plan de services.

Il apparaît donc souhaitable que l'organisation des services de réadaptation à l'externe s'inscrive dans cette perspective d'un réseau intégré de services. Les établissements offrant des services aux jeunes, tant les centres de réadaptation que les centres locaux de services communautaires et les centres de services sociaux, sont incités à développer des mécanismes de collaboration et de concertation visant une meilleure harmonisation des pratiques et une meilleure rationalisation des services.

4.4 Les moyens d'encadrement

Comme pour la décision du lieu de dispensation des services, les exigences concernant l'encadrement nécessaire pour assurer l'intervention auprès du jeune repose sur les aspects cliniques caractérisant l'intervention de réadaptation ainsi que sur les mandats que le centre de réadaptation assume en fonction des lois.

Les moyens d'encadrement mis en place par le centre de réadaptation sont liés:

- . à la présence aux événements de la vie du jeune, caractéristique de l'intervention de réadaptation;
- . à l'évolution des besoins spécifiques des jeunes qui lui sont confiés;
- . aux ressources et à l'organisation des services du centre de réadaptation.

- . liés à la présence aux événements devant être assurée par le centre

L'intervention de réadaptation est caractérisée par la présence aux événements. Selon le niveau des besoins du jeune et de la gravité de ses difficultés d'adaptation, l'intensité de la présence aux événements de vie du jeune pourra varier d'une présence partielle à une présence complète aux événements de vie du jeune. Cette variation de la présence dans la vie du jeune se traduit par un accompagnement plus ou moins intensif du jeune dans les événements de sa vie, et jusqu'à la création de toutes pièces d'événements planifiés dans un milieu de vie structuré en vue d'atteindre les objectifs de réadaptation.

Spécifiquement, l'encadrement est le taux de présence à l'événement offert à un jeune par le centre de réadaptation. C'est donc la manière particulière d'utiliser l'organisation des services du centre pour rendre accessible à un jeune donné l'aide qui lui est nécessaire à un moment donné de sa démarche.

- . liés à l'évolution des besoins des jeunes

Compte tenu de la conception dynamique de développement du jeune et du caractère évolutif de l'intervention de réadaptation, le niveau d'encadrement et de présence aux événements nécessaire à l'intervention de réadaptation du jeune peut varier. En effet:

- . un jeune même n'a pas besoin tout le temps, selon ses diverses difficultés, des mêmes formes d'aide;
- . tous les jeunes n'ont pas besoin tout le temps des mêmes formes d'aide.

En conséquence, l'aide est offerte selon un mode général de dispensation, un cadre qui varie et fluctue souvent beaucoup d'un jeune à l'autre, et d'un moment à l'autre pour un même jeune.

L'encadrement de l'intervention sera modulé selon les besoins du jeune. L'encadrement est donc un processus dynamique, dont l'intensité peut varier d'un accompagnement minimum dans le milieu de vie du jeune, à l'externe, à un contrôle maximum des conditions de vie du jeune et de ses comportements dans le cadre des services à l'interne.

. **liés aux ressources et à l'organisation du centre**

En plus de la situation particulière du jeune, l'organisation même de l'établissement, sa conception de l'intervention, la sécurité de son personnel, le groupe où le jeune est inséré, la nature des programmes dispensés et les exigences des mesures légales qui le concernent auront une influence sur le type d'encadrement utilisé à un moment donné pour un jeune donné.

L'encadrement des services offerts à un jeune se concrétise à partir de moyens d'encadrement statique, liés à l'organisation physique des lieux et à partir de moyens d'encadrement dynamique, liés à l'organisation des programmes et des services.

Lorsque le jeune requiert d'être hébergé, le lieu de dispensation du service, notamment l'utilisation de moyens physiques dans la création d'un milieu de vie, est un outil certain d'encadrement pour le centre en vue d'exercer son mandat spécifique de protection ou de contrôle du jeune. C'est la dimension statique de l'encadrement.

De nombreux autres facteurs interviennent également dans la spécificité de l'encadrement, entre autres: l'utilisation de l'horaire du jeune; les routines du quotidien; les relations avec les pairs et les adultes; la disposition de l'argent de poche et d'un budget dont il est responsable; les loisirs (sorties, heures de rentrée, lieux de fréquentation); la fréquentation scolaire ou l'apprentissage au travail; le type et le nombre de programmes spécifiques employés; le nombre et la durée des présences individuelles d'un adulte auprès du jeune; les normes d'application des politiques du centre de réadaptation et, aussi, le degré de liberté du jeune de circuler de façon autonome dans le lieu physique de dispensation des services. C'est la dimension dynamique de l'encadrement.

L'encadrement modulé en fonction de la situation spécifique d'un jeune, c'est-à-dire en fonction à la fois du motif légal de référence du jeune et de ses besoins particuliers, s'exerce donc en prenant en considération:

- . le type de présence de l'éducateur auprès du jeune (présences physique ou à distance, ou même présence morale);
- . la présence de l'éducateur auprès du jeune seul, ou en groupe;
- . le type d'événements pour lesquels la présence de l'éducateur est requise en raison du taux de danger que représente le jeune pour lui-même ou pour la société (l'intensité);
- . le nombre d'événements et de situations où l'éducateur assure une présence auprès du jeune (la durée);
- . les moyens à prévoir pour garantir la permanence de la présence à l'événement lorsqu'elle est requise (encadrement statique).

Selon le motif légal de référence, l'encadrement des services offerts au jeune doit s'exercer en respectant les balises prescrites par les lois.

L'organisation des moyens d'encadrement ne doit en aucune façon restreindre la liberté du jeune au-delà de ce que le Tribunal a autorisé.

- . dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ne présente pas de prescriptions sur l'encadrement des services de réadaptation. C'est la demande de services du jeune ou des parents et l'entente établie avec eux qui permet de définir les moyens d'encadrement des services nécessaires au jeune.

L'intervention dans le cadre de cette loi fait appel à un encadrement minimal qui vise principalement à assurer l'accompagnement du jeune dans son milieu afin d'assurer la reprise du développement du jeune et le rétablissement des relations harmonieuses avec son milieu.

. dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse

La Loi sur la protection de la jeunesse ne statue pas sur des types de services à dispenser par le centre de réadaptation, ni sur l'encadrement à leur apporter. Le mandat d'intervention du centre de réadaptation est issu d'une entente volontaire du jeune et/ou de ses parents ou d'une décision du Tribunal de la jeunesse.

Dans les situations de mesures volontaires, c'est également l'entente établie avec le jeune ou ses parents qui sert à définir l'encadrement nécessaire des services au jeune.

Compte tenu de l'objectif de la loi de maintenir le jeune dans son milieu parental ou de chercher à l'y réinsérer, les moyens d'encadrement sont caractérisés par une présence aux événements dans le milieu du jeune ou dans un milieu qui s'en rapproche le plus.

Lorsque l'hébergement est ordonné par le Tribunal, l'encadrement global offert au jeune doit permettre d'assurer sa protection. Il se caractérise alors par la présence à tous les événements de vie du jeune. Les moyens d'ordre statique et dynamique d'encadrement doivent permettre cette présence constante, à l'exclusion cependant du recours exclusif à l'encadrement statique pour assurer cette permanence.

. dans le cadre de la Loi sur les jeunes contrevenants

Contrairement aux autres lois, la Loi sur les jeunes contrevenants est plus explicite sur les types de services à dispenser par le centre et sur le niveau de contrôle à exercer à l'endroit du jeune contrevenant. Elle prévoit en effet deux types de garde, en milieu ouvert ou fermé, la garde continue ou discontinue, ainsi que la détention provisoire.

Les centres de réadaptation désignés pour l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants ont à développer et à offrir des programmes distincts aux adolescents qui respectent les conditions de garde fixées par le Tribunal et qui visent à répondre à leurs besoins particuliers.

Les services que le centre offre à un jeune contrevenant sont organisés en fonction:

- . du statut légal;
- . des caractéristiques des besoins du jeune;
- . des particularités d'encadrement statique que peut offrir le centre;
- . des particularités d'encadrement dynamique: taux de présence du personnel, programmation propre au centre, politiques, régimes de vie offerts, etc...

Les services de garde en milieu ouvert et ceux de garde en milieu fermé doivent être nettement distincts, tant par les dimensions d'encadrement statique que par celles d'encadrement dynamique.

Le choix fait par le Québec concernant l'application de la Loi sur les jeunes contrevenants en confiant le mandat de garde aux centres de réadaptation a permis d'associer ce mandat à leur mission sociale de réadaptation.

Il est nécessaire que l'intervention auprès des jeunes contrevenants mis sous garde en milieu ouvert ou en milieu fermé se distingue par le niveau d'encadrement qui leur est apporté.

Cette distinction doit se manifester dans toutes les dimensions, tant de l'encadrement statique que de l'encadrement dynamique. Les composantes d'encadrement statique doivent établir la distinction entre la mesure de garde en milieu fermé et la mesure de garde en milieu ouvert autant que les composantes d'encadrement dynamique.

Le centre de réadaptation doit établir dans le plan d'intervention du jeune les moyens d'encadrement privilégiés, faisant état du poids relatif des différentes composantes statiques et dynamiques qui s'appliqueront pour ce jeune.

. en milieu fermé

L'internement sécuritaire de l'adolescent implique la garantie, par une organisation appropriée, que ses comportements

préjudiciables à la sécurité des personnes et des biens ne se répéteront pas. Plus concrètement, cela se traduit, dans un premier temps, par la certitude que le jeune ne s'évadera pas.

La nature sécuritaire d'un établissement chargé d'assurer les services de garde en milieu fermé ne dépend pas uniquement de l'organisation physique des lieux. L'organisation des ressources humaines (rapport personnel/jeune), des programmes, des politiques, des moyens matériels et du lieu physique où est dispensé le service, doit aussi garantir la sécurité résultant de l'absence réelle de danger que peut présenter le jeune. C'est par cet aspect dynamique de son organisation que le centre est en mesure d'apporter au jeune l'aide appropriée afin qu'il ne répète pas ses comportements préjudiciables à la société.

Les services de garde en milieu fermé sont dispensés par un centre de réadaptation désigné à cette fin, dans un niveau d'encadrement global intensif. Cet encadrement est caractérisé par la présence à tous les événements de la vie du jeune pour garantir la protection de la société. Ce contrôle direct impliquant que le jeune ne dispose, dans un internat organisé, ni de la capacité de se déplacer, ni de celle de circuler sans être accompagné, ni de la capacité de gérer son horaire de façon autonome, s'applique jusqu'à preuve qu'il n'est plus nécessaire sous cette forme. Au besoin, la permanence de cette présence peut s'assurer par les seules composantes de l'encadrement statique pour garantir qu'aucun événement ne surviendra dans la vie du jeune sans que le personnel ne puisse intervenir.

. en milieu ouvert

Les services de garde en milieu ouvert sont dispensés par un centre de réadaptation désigné à cette fin, dans un niveau d'encadrement global régulier. Cet encadrement est caractérisé par une présence aux événements de la vie du jeune, modulée selon ses besoins et sa situation et suffisante pour garantir la protection de la société. C'est moins par la composante statique de l'encadrement que par ses composantes dynamiques que peut être assurée, ici, cette permanence de la présence aux événements.

La suffisance du contrôle dont il est question ici concerne les seuls événements susceptibles de mettre en danger la société, là où le jeune contrevenant est susceptible de répéter les gestes délictueux. Ce niveau d'encadrement implique que le jeune dispose, hors des champs de conflit, de sa capacité de se déplacer sans accompagnement de même que celle de circuler dans le centre de réadaptation et de gérer son horaire de façon autonome.

Ce moyen d'encadrement se caractérise par sa possibilité de fluctuer selon l'évolution du jeune et l'importance de ses difficultés. La capacité progressive du jeune de gérer correctement son temps et ses activités en relation avec son milieu servira d'ancrage au passage d'un mode interne à un mode externe de dispensation des services de réadaptation. Il a été mentionné précédemment que plusieurs dispositions de la loi permettent la réinsertion progressive du jeune dans son milieu.

• **concernant la mixité des jeunes en garde ouverte et garde fermée**

Compte tenu des distinctions formelles des formes d'encadrement statique et dynamique que doit faire le centre de réadaptation selon le milieu de garde ouvert ou fermé, les situations de mixité des clientèles doivent être réduites au minimum.

Il importe d'éviter de garder un jeune visé par une ordonnance de mise sous garde en milieu ouvert dans un milieu correspondant à la garde fermée. En effet, le centre de réadaptation ne doit pas, par son organisation, restreindre la liberté du jeune au-delà de ce qui a été ordonné par le Tribunal.

Certaines considérations peuvent justifier la tolérance de situations de mixité. C'est le cas des régions périphériques où le volume de clientèle n'autorise pas la création d'unités distinctes. C'est également le cas des situations où la non-mixité exigerait de sacrifier la continuité clinique, la personnalisation du service ou encore la proximité avec le milieu de vie du jeune.

Ces situations doivent cependant demeurer exceptionnelles et temporaires. De plus, l'aménagement pratique de ces exceptions doit autant que possible traduire un encadrement plus conforme à l'ordonnance, tout au moins sur la dimension dynamique.

4.5 Le partenariat

Au plan des lois, il n'est point besoin d'insister pour démontrer que la réponse sociale aux difficultés des jeunes est articulée autour d'un réseau d'établissements et d'un partage de responsabilités des secteurs de la justice, des services sociaux et de la communauté.

Au plan clinique, la finalité de l'intervention de réadaptation permet de saisir que l'action du centre de réadaptation ne saurait avoir de sens si elle n'est pas intégrée dans une démarche de complémentarité, de collaboration et de concertation avec les autres secteurs d'intervention du milieu de vie du jeune.

Le partenariat exige que le centre de réadaptation offre ses services dans le cadre d'une action concertée pour venir en aide au jeune, impliquant le jeune lui-même et les ressources de son milieu.

Le partenariat suppose la mobilisation concertée d'abord du jeune lui-même et des ressources de son milieu, ses parents au premier chef, et des intervenants des ressources publiques, principalement du réseau des services sociaux aux jeunes en difficulté.

Il faut se rappeler que le jeune est au coeur de l'intervention: il est le premier concerné par son développement. Les parents sont les premiers responsables des moyens à prendre pour assurer le développement du jeune. L'intervention de réadaptation ne vise pas à se substituer à eux, mais à leur donner les moyens d'exercer pleinement leurs responsabilités. En ce sens, l'intervention de réadaptation doit laisser faire au jeune et à ses parents ce qu'ils sont en mesure de faire par eux-mêmes.

Le jeune et les parents sont donc des acteurs de l'intervention: ils doivent être concrètement impliqués dans la préparation et l'application de l'intervention. Les lois leur reconnaissent des droits à cet égard. Les moyens de dispensation des services que sont le plan de services et le plan d'intervention en concrétisent l'exercice.

Le mandat de réadaptation exige que le centre définisse son action en liaison étroite et continue avec l'ensemble de ses partenaires, tant institutionnels que non institutionnels.

Le partenariat implique trois conditions: la reconnaissance de la capacité de chacun des partenaires, l'existence de rapports ouverts avec ceux-ci et l'adoption d'objectifs communs.

L'organisation des services de réadaptation du centre s'articule donc à travers des mécanismes de concertation, de collaboration et de complémentarité avec ses partenaires.

. la concertation

La concertation s'exerce par le partage des critères cliniques propres aux différents intervenants qui permet de déterminer le rôle de chacun dans l'aide à apporter au jeune.

Elle implique un consensus au niveau des objectifs poursuivis, qui fondent le plan de services individualisé.

Les services requis par un jeune en difficulté ne relèvent pas tous de la même entité administrative; ils n'excluent pas, non plus, l'intervention d'autres systèmes de services ou d'autres ressources du milieu de vie du jeune. Ils s'adressent toutefois tous au même jeune, exigeant des intervenants des différents organismes de se concerter afin d'assurer la cohérence et la complémentarité des services offerts au jeune.

À ce titre, l'élaboration d'un plan de services apparaît une façon d'éviter le modèle en cascade de dispensation de services, où chacun intervient à tour de rôle, pour faire place

à un modèle concerté où tous ceux ayant un rôle pour l'atteinte des objectifs fixés interviennent en s'appuyant les uns les autres.

Les avantages d'une action concertée ne doivent cependant pas faire oublier ce qui a été dit précédemment sur le rôle et la place du jeune et de ses parents: il ne faut pas faire plus que ce qui est nécessaire pour aider le jeune à assumer la poursuite de son développement avec l'appui de son milieu, ni surtout le faire à sa place.

Plusieurs des dispositions législatives qui encadrent l'intervention auprès des jeunes en difficulté mettent en cause principalement une concertation des établissements du réseau des services de santé et des services sociaux. Dans son document "Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec", le Ministère a présenté un certain nombre d'orientations visant à renforcer cette volonté de concertation et à en faciliter l'application.

Au-delà de la concertation des établissements du réseau socio-sanitaire, il n'est pas exclu que, dans le cadre d'ententes statutaires ou ponctuelles avec des institutions et organismes du milieu, ceux-ci apportent leur contribution à la réalisation des objectifs du plan de services.

C'est notamment le cas avec le milieu scolaire avec lequel le Ministère a établi une entente d'échanges de services.

. la collaboration

La collaboration s'exerce par le partage de liens de réciprocité que le centre développe avec les organismes hors-réseau du milieu de vie du jeune: les services scolaires, de loisirs, du travail, les organismes communautaires, etc... sont autant de points d'appui nécessaires au centre pour la réalisation de son mandat.

Rétablir la relation du jeune avec son milieu, assurer sa réinsertion sociale, assurer la permanence des acquis du jeune, sont des objectifs qui prennent leur sens que dans et avec le milieu du jeune.

Pour aider son jeune client, lui permettre de s'ouvrir à son milieu, le centre doit lui-même s'ouvrir à la communauté. L'organisation de ses services doit lui permettre de s'inscrire dans la dynamique du milieu en vue d'aider le jeune. Il doit chercher, dans son intervention auprès du jeune, à mettre à contribution, autant que possible, les services et ressources normalement accessibles au jeune dans notre société. Il a à le faire non seulement dans l'optique de services à l'externe, mais également pour les jeunes qui y sont placés à l'interne, en impliquant la communauté et les intervenants d'autres secteurs dans son action auprès du jeune. Là non plus, il n'a pas à se substituer aux personnes et organismes du milieu.

. la complémentarité

Le centre de réadaptation exerce son action auprès des jeunes dans le cadre d'une responsabilité partagée avec les autres établissements et organismes du milieu de vie du jeune.

Cette complémentarité des services se concrétise par le plan régional d'organisation des services aux jeunes en difficulté que doit mettre en place le Conseil régional.

De la concertation et de la collaboration se dégage le souci d'assurer la réponse la plus adéquate aux besoins du jeune en mettant à contribution les ressources disponibles en mesure d'aider le jeune. Pour pratiquer une intervention en concertation et en collaboration avec les ressources du réseau et celles des autres secteurs, le centre de réadaptation doit connaître les services et programmes offerts par ceux-ci. Cette connaissance lui permet d'utiliser ces programmes pouvant aider à rétablir la relation du jeune avec son milieu de vie et contribuer aux objectifs de réadaptation qu'il poursuit.

Dans cette approche concertée de l'ensemble des ressources, lors de l'élaboration du plan de services par exemple, des écarts entre les services requis et les services disponibles peuvent apparaître.

La connaissance des écarts est une donnée précieuse pour les responsables du réseau de services qui ont à effectuer les ajustements et les modifications nécessaires en vue d'une meilleure adéquation besoins-réponses. Au plan régional, le Conseil régional a un rôle à jouer dans la planification des services à offrir. Il est celui qui, de concert avec les établissements dispensant des services aux jeunes, doit viser à mettre en place les ressources qui sont nécessaires à cette fin.

Dans le contexte des besoins sans limite et des contraintes de ressources, le développement des services et programmes nécessaires doit se faire avec un souci de complémentarité. D'abord par un partage des responsabilités des services de réadaptation avec les autres établissements dispensant des services similaires. Et aussi, par une distinction précise des champs de responsabilités des diverses catégories d'établissements, afin que chacun exerce son rôle véritable auprès de la clientèle qui requiert ses services. À titre d'exemple, des programmes de prévention, sur l'alcoolisme et la toxicomanie ou la sexualité, dispensés par le C.L.S.C. demeurent accessibles au jeune en difficultés graves d'adaptation qui bénéficie des services de réadaptation du centre. Ce dernier n'a pas à développer une organisation de services ayant un tel objectif de prévention.

Pour assurer la complémentarité nécessaire des services, le Conseil régional est appelé à mettre en place un plan régional d'organisation des services aux jeunes en difficulté. Le centre de réadaptation offre ses services et programmes dans le cadre de ce plan dans un souci de complémentarité et d'efficacité des services à assurer aux jeunes en difficulté d'adaptation de sa région.

4.6 Pour des services de qualité

Point n'est besoin de rappeler l'importance que les législations accordent au droit du jeune à recevoir des services de qualité: l'organisation des services du centre de réadaptation doit tendre vers cet objectif.

Trois aspects de l'organisation des services contribuent à favoriser la qualité des services:

- un ensemble de règles et politiques;
- une structure de programmes adaptés;
- un personnel de qualité.

. pour garantir les droits des jeunes: les politiques

Dans le cadre des législations, certains principes et certains droits fondamentaux à respecter dans l'intervention auprès des jeunes en difficulté viennent guider l'organisation des services. Par bon nombre de leurs dispositions, elles fournissent des indications sur des situations où l'exercice des droits et responsabilités du jeune et de ses parents doit être respecté.

Elles ne précisent cependant pas toujours comment le faire. Le centre doit donc avoir à sa disposition un ensemble de politiques qui explicitent clairement son mode de fonctionnement et les règles et obligations de chacun, soit autant le jeune que ceux qui en ont la charge, dans des situations pouvant causer une lésion aux droits du jeune ou compromettre l'intervention du centre à son endroit.

Chaque centre de réadaptation doit se doter de politiques nécessaires à l'application des différentes lois particulières traitant notamment:

- de l'évasion, de la mise en liberté provisoire et du transfert du jeune contrevenant;
- de la fugue, des sorties du jeune en besoin de protection;
- du droit à l'information et aux communications confidentielles, des mesures disciplinaires, du traitement des agressions en application de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur les jeunes contrevenants.

De plus, chaque centre aurait intérêt et, dans certains cas, doit, en vertu du règlement sur la Loi sur les services de santé et les services sociaux, se doter de politiques en matières suivantes:

- concernant la constitution, l'accès, la conservation et la destruction des dossiers;
- concernant l'hygiène et la sécurité;
- concernant la gestion du personnel;
- concernant l'organisation clinique;
- etc...

Le document sur "Les politiques applicables en centre de réadaptation"¹ présente le cadre des politiques que les centres de réadaptation ont à mettre en oeuvre afin d'assurer l'application des diverses dispositions législatives visant à assurer l'exercice des droits et obligations des jeunes.

Dans le même sens, le Ministère a transmis en octobre 1988, le "Protocole sur les garanties minimales de protection à assurer aux jeunes des centres de réadaptation".² Ce protocole vise à assurer au jeune confié au centre de réadaptation la protection nécessaire à l'encontre de conduites jugées inacceptables.

Cet instrument, tout comme le cadre des politiques, constitue un outil pour guider le centre de réadaptation vers une organisation de services de qualité. Le Ministère attend des établissements de réadaptation qu'ils aient le souci de voir à l'application des règles et politiques qui garantissent les droits des jeunes, garanties qui représentent le minimum dans la qualité des services qu'ils doivent dispenser.

¹ Le centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation. Proposition au Ministère de la Santé et des Services sociaux d'un Guide d'orientation et d'organisation des centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs. Mars 1987. Annexe - cahier 2: rapport de la table Politiques.

² M.S.S.S. Protocole sur les garanties minimales de protection à assurer aux jeunes des centres de réadaptation. Juin 1988.

- pour assurer des services adéquats: des programmes adaptés

L'intervention de réadaptation auprès d'un jeune s'articule, on l'a vu, à travers le plan d'intervention, par lequel les objectifs de l'intervention et les moyens à prendre pour venir en aide au jeune sont clairement identifiés.

Cette articulation des services et des besoins du jeune repose sur une organisation de programmes offerts par le centre de réadaptation. Compte tenu de la clientèle, soit des jeunes en difficulté grave d'adaptation, il est plausible de penser que certains objectifs d'intervention seront communs à plusieurs jeunes et que certains moyens pourront conséquemment convenir simultanément à ces jeunes. Regroupés, ces objectifs communs et les moyens de les atteindre forment un ensemble qui définit les programmes du centre de réadaptation.

Il serait à la fois utopique et relativement inapproprié de vouloir décrire tous les programmes des centres de réadaptation. Ce sont des réalités mouvantes, qui évoluent selon les besoins et les situations et il faut qu'il en soit ainsi.

Cependant, certains paramètres sont à prendre en considération pour le développement des programmes en centre de réadaptation. Ces paramètres réfèrent aux conditions légales et cliniques déjà présentées, ainsi qu'aux conceptions sur le développement du jeune et sur l'intervention de réadaptation développées précédemment. La structure de programmes du centre de réadaptation doit prendre en considération les aspects suivants:

- la structure de programmes doit rejoindre le jeune dans sa globalité et traiter de son développement aux plans physique, intellectuel, relationnel, affectif, moral, ou autres;
- la structure de programmes offerts par le centre doit s'adresser, selon les besoins du jeune, à l'ensemble des champs sociaux où il est appelé à exercer ou à acquérir son autonomie;

- . elle doit permettre de répondre aux attentes sociales et fournir aux jeunes les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs de réadaptation, de protection et de contrôle définissant son mandat.

Le centre de réadaptation doit donc disposer de programmes explicites, connus, par lesquels il assure la dispensation des services aux jeunes qui lui sont confiés.

Le programme, c'est en effet le lien entre l'organisation du centre de réadaptation et le jeune; il permet au plan d'intervention de se concrétiser, de rejoindre le jeune. Celui-ci est l'instrument de travail quotidien de l'éducateur qui accompagne le jeune.

Le centre de réadaptation privilégie des programmes écrits, remis à jour au besoin, et faisant état:

- . des caractéristiques spécifiques de la clientèle;
- . des conditions légales qui en restreignent ou en favorisent l'utilisation;
- . des objectifs spécifiques poursuivis;
- . des moyens et activités utilisés;
- . des moyens d'encadrement qui peuvent être utilisés;
- . de la séquence d'utilisation des moyens prévus;
- . des éléments de mesure pertinents;
- . des éléments à surveiller spécialement en supervision.

L'évaluation de programmes représente un élément important de la gestion du centre de réadaptation. C'est le moyen pour le centre de:

- . garder dynamiques ses programmes et voir à leur mise à jour;
- . assurer une plus grande adéquation des moyens mis en place pour répondre aux besoins des jeunes;
- . vérifier que l'application des programmes s'exerce conformément aux indications du programme;
- . développer ou modifier les programmes en fonction de l'évolution des besoins de la clientèle.

. Pour une qualité de services: du personnel de qualité

L'intervention de réadaptation, on l'a vu, est une intervention complexe, exigeante, en raison même de la complexité et de l'intensité des difficultés vécues par le jeune. C'est un travail délicat, qui requiert un engagement et qui exige le professionnalisme de celui qui le pratique, c'est-à-dire une spécificité de formation, d'expérience et d'action.

L'intervenant en réadaptation, c'est l'éducateur. C'est celui qui concrètement, jour après jour, utilise telle ou telle intervention en fonction d'un ou des objectifs retenus dans le plan d'intervention de tel jeune en particulier.

La spécificité de son travail, c'est son habileté à transformer, à donner une forme nouvelle ou un sens nouveau aux événements de la vie du jeune; c'est sa capacité d'utiliser ces événements pour redonner au jeune la maîtrise de ses capacités d'adaptation. Les exigences de cette tâche sont importantes, tant au plan de la connaissance (savoir) que des attitudes (savoir être) et des habiletés (savoir faire).

D'autres intervenants participent directement à l'intervention de réadaptation du jeune ou contribuent à l'exercice du mandat du centre. Que ce soit divers professionnels, psychologues, criminologues, travailleurs sociaux, infirmières, etc... qui ont un apport spécifique dans l'aide offerte au jeune ou que ce soit les surveillants de nuit chargés d'assurer la sécurité et le contrôle du jeune, tous sont obligés à des exigences de qualité de services. Ils doivent donc avoir les attitudes et habiletés requises pour intervenir auprès des jeunes du centre et recevoir l'encadrement approprié.

Les exigences particulières que posent les jeunes en difficulté grave d'adaptation requièrent même des intervenants indirects, tels le personnel de soutien ou le personnel administratif, des attitudes et des aptitudes particulières. Ils doivent être en mesure de comprendre et d'intégrer, à des degrés divers selon leur rôle, le sens de l'action du centre de réadaptation auprès des jeunes qui lui sont confiés.

Le centre de réadaptation a la responsabilité de garantir le maintien de la qualité professionnelle de son personnel. Celle-ci est indissociable de la qualité des services.

Cette responsabilité s'exerce par diverses activités dont les principales sont:

- . le processus de sélection
- . l'intégration
- . l'encadrement
- . l'évaluation
- . la formation et le perfectionnement

La **sélection** suppose la rigueur d'un processus systématisé et contrôlé de l'embauche et exige la clarté de critères fixés par l'établissement pour son personnel.

Il s'agit d'une étape cruciale, compte tenu de ses effets à long terme sur l'organisation des services. Il faut chercher à éviter qu'en raison de l'urgence du poste à combler on procède à l'embauche de personnel moins qualifié, n'ayant ni les qualités requises, ni la formation adéquate.

L'intégration ou l'entraînement professionnel du personnel est également une activité déterminante. Visant moins à former le personnel qu'à favoriser son adaptation au cadre de travail de l'organisation, elle permet de s'assurer de l'adéquacité de la personne à remplir l'emploi et de son adaptation à la façon de faire spécifique du centre.

À la différence d'autres intervenants, l'éducateur exerce en effet le plus souvent sa compétence en étroite association avec d'autres éducateurs qui interagissent eux aussi avec le même jeune. La présence à l'événement, caractéristique de l'intervention de réadaptation, l'exige, surtout à l'interne. Il est donc nécessaire que le personnel partage une même conception de l'intervention, une façon commune de faire, afin que le jeune trouve stabilité et continuité dans l'intervention dont il est l'objet.

L'**encadrement** professionnel du personnel revêt un aspect administratif, clinique et humain, visant à rejoindre toutes les dimensions du savoir, du savoir faire et du savoir être requis par l'exercice de la fonction.

Par son aspect administratif, l'encadrement est le moyen de contrôle par lequel le centre de réadaptation s'assure que l'organisation de l'établissement est appliquée, de sorte que les services prévus rejoignent le jeune.

Dans sa dimension clinique, il est une activité de gestion qui vise à fournir aux intervenants l'accompagnement opérationnel nécessaire à la fonction assumée. Il se fait en favorisant l'éclairage approprié sur la relation intervenant-jeune et sur la portée des gestes professionnels posés, en supportant, au besoin, l'action entreprise ou en suggérant les modifications qui s'imposent.

Par son aspect humain, il est une activité qui permet à l'intervenant direct de recevoir le support nécessaire pour l'aider à intégrer le processus de changement inhérent à sa tâche, et les mutations personnelles dont il est l'objet, consciemment ou non. Il vise à faciliter son auto-analyse face à son engagement par rapport au jeune en difficulté. Cet aspect de l'encadrement est fort délicat. Il doit être strictement limité au support offert à l'intervenant, et faire référence, si besoin, aux services professionnels offerts par un tiers. L'encadrement humain doit en outre être régulièrement l'objet d'un contrôle en supervision par le supérieur du cadre qui l'assure à son personnel.

L'**évaluation**, malgré toute son importance, est l'un des volets les plus délicats de l'intervention du centre de réadaptation auprès de son personnel. Elle permet à l'établissement de s'assurer de la qualité de l'intervention et des services offerts et de mesurer la qualité des moyens mis à la disposition des intervenants pour l'accomplissement de leur tâche.

Puisqu'il est presque inhérent à la nature même de son intervention que l'éducateur soit impliqué aussi bien personnellement que professionnellement dans son action, l'évaluation que fait le centre doit assurer à son personnel aussi bien

le respect de ses droits fondamentaux que lui garantir les conditions nécessaires à la qualité de son intervention auprès de la clientèle.

La formation et le perfectionnement apparaissent assez facilement comme des corollaires de la supervision et de l'évaluation. Il ressort de l'évaluation de la clientèle, de sa problématique et du contexte où elle évolue, que si le centre de réadaptation veut maintenir une qualité de services valable, il doit assurer à son personnel la formation pertinente aux changements tant légaux, sociaux que techniques qui viennent moduler son intervention. Le perfectionnement en ce sens est indispensable.

CONCLUSION

Dans la foulée des transformations des services aux jeunes qu'ont apportées les nouvelles législations, les centres de réadaptation ont su amorcer une réflexion sur l'orientation de leur action. Ils ont su, au cours de celle-ci, faire ressortir l'axe fondamental de leur intervention en mettant en évidence le caractère spécifique de la réadaptation. Cette réflexion s'est concrétisée dans la proposition du Guide d'orientation et d'organisation des centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs déposée au Ministère en mars 1987.

Le cadre de référence que soumet aujourd'hui le Ministère réaffirme cette spécificité de l'intervention de réadaptation en réponse aux besoins de jeunes qui présentent des difficultés graves d'adaptation. Le Ministère est conscient, et a la volonté de diversifier la gamme des services offerts aux jeunes et à leur famille et d'accroître, dans la mesure du possible, les services préventifs et les services sociaux de base qui empêchent la détérioration des conditions de vie du jeune.

Il faut cependant reconnaître qu'il y a et qu'il y aura toujours des jeunes qui présenteront des difficultés graves, dont les comportements perturbés risquent de causer un préjudice important aux jeunes eux-mêmes ou à leur entourage. Ces jeunes auront besoin d'un investissement soutenu, des énergies et des ressources des intervenants pour les aider.

Le Ministère réaffirme sa volonté de ne pas négliger les efforts nécessaires en vue de leur assurer l'aide appropriée, de s'occuper de cette clientèle que l'on qualifie de "plus lourde", celle qui a le plus grand besoin d'être aidée.

Historiquement, ce sont ces jeunes en difficulté grave d'adaptation que les centres d'accueil ont reçus et aidés. Aujourd'hui encore, c'est à eux que les centres de réadaptation doivent offrir leurs services. Les diverses modalités d'organisation des services proposées dans les pages qui précèdent permettent, par exemple, d'offrir des services de réadaptation dans différents lieux, à l'interne ou à l'externe, ou avec différents degrés d'encadrement, mais ne doivent pas inciter les centres de réadaptation à délaisser leur action auprès des jeunes qui présentent les problèmes les plus graves au profit de clientèles moins problématiques.

Ce qu'il faut, c'est tendre à mieux identifier les besoins des jeunes en lien avec la capacité de leur milieu afin d'offrir, dès que cela apparaît nécessaire, l'aide réadaptative pour répondre à leurs besoins en concertation avec les autres champs d'intervention. L'intégration des responsabilités des différents secteurs d'intervention dans un plan de service individualisé permettra de mieux mettre à contribution les ressources nécessaires pour aider le jeune.

Le présent cadre de référence se veut donc être à la fois représentatif de l'évolution qu'ont connue les centres de réadaptation et être un instrument permettant aux différents partenaires impliqués dans la dispensation des services aux jeunes de se définir en complémentarité les uns avec les autres.

BIBLIOGRAPHIE

Avant-projet de loi, Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., chapitre C-12).

Code civil du Québec.

Le centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation.
Proposition au Ministère de la Santé et des Services sociaux d'un Guide d'orientation et d'organisation des centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs. Mars 1987.

Annexes:

Cahier 1 : rapport de la table - clientèle

Cahier 2 : rapport de la table - programmes
rapport de la table - personnel
rapport de la table - politiques

Cahier 3 : rapport de la table - encadrement statique

Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., chapitre P-34.1).

Loi sur les jeunes contrevenants (L.R.C. (1985), ch. Y-1).

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-5).

BIBLIOGRAPHIE (suite)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. Normes et pratiques de gestion. Guide administratif concernant le règlement sur l'organisation et l'administration des établissements.

Ministère de la Santé et des Services sociaux: Protocole sur les garanties minimales de protection à assurer aux jeunes en difficulté d'adaptation du réseau des centres de réadaptation. Juin 1988.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Gazette officielle du 6 juin 1984.



PIÈCE ES-2

*O*RIENTATIONS MINISTÉRIELLES

RELATIVES À L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE

DES MESURES DE CONTRÔLE :



*C*ONTENTION,

*I*SOLEMENT ET

*S*UBSTANCES CHIMIQUES

*O*RIENTATIONS MINISTÉRIELLES
RELATIVES À L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE
DES MESURES DE CONTRÔLE NOMMÉES DANS
L'ARTICLE 118.1 DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX



*C*ONTENTION,
*I*SOLEMENT ET
*S*UBSTANCES CHIMIQUES

*Santé
et Services sociaux*

Québec 

Édition : **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-40021-6

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

Équipe de travail de la Direction générale des services à la population

Responsable

Josée Lepage, Direction de la santé physique, ministère de la Santé et des services sociaux

Collaborateurs du MSSS

Jocelyne Bélanger, Services des personnes handicapées

Josée Cliche, Service des personnes âgées

Jean-Pierre Piché, Direction jeunesse, personnes toxicomanes et santé mentale

Collaborateurs du comité consultatif

Louise Aubert, Fédération de l'âge d'or du Québec

Alerte Avril, Bureau de Consultation Jeunesse

Marie Brigitte Bilodeau, Association des CLSC et des CHSLD du Québec

Julie Comtois, Fédération des Mouvement Personnes d'Abord

Dominique Demers, Conseil pour la protection des malades

Jean Désy, Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec

Nicole Drouin, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, CHSLD Le Trifluvien

Jocelyne Dufour, Association des hôpitaux du Québec

Daniel Fleury, Association des centres jeunesse du Québec

Constance Foisy, Association des groupes d'intervention en défense des droits - Santé mentale du Québec

Sylvie Gladu, Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle

Steve Janelle, Fédération des Mouvements Personnes d'Abord

Normand Marineau, Ordre des psychologues du Québec

Diane Milliard, Association québécoise pour l'intégration sociale

Paul Morin, Association des groupes d'intervention en défense des droits - Santé mentale du Québec

François Nichols, Office des personnes handicapées du Québec

Nathalie Ross, Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer du Québec

Sylvie Truchon, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Secrétariat

Lynda Blais, Direction de la santé physique

Martine Paradis, Direction de la santé physique

Renée Vincent, Direction de la santé physique

Supervision du dossier

Louise Montreuil, Direction générale des services à la population

André Gariépy, Direction de la santé physique

Remerciements

L'équipe de travail tient à remercier les nombreuses personnes, tant au Ministère que dans le réseau de la santé et des services sociaux, qui ont collaboré aux travaux qui ont mené à l'élaboration de ces orientations ministérielles.

Table des matières

PRÉAMBULE :	7
LA PHILOSOPHIE D'INTERVENTION	9
LES RÈGLES ÉTHIQUES	11
LES ASSISES LÉGALES	12
CHARTRE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS	12
CHARTRE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE	12
LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	13
DÉFINITION DES MESURES DE CONTRÔLE PRÉVUES À L'ARTICLE 118.1 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (LSSSS)	14
CONTENTION	14
ISOLEMENT	14
SUBSTANCE CHIMIQUE	14
LES PRINCIPES DIRECTEURS ENCADRANT L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE	15
DEUX CONTEXTES D'APPLICATION	18
CONTEXTE D'INTERVENTION PLANIFIÉE	18
CONTEXTE D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE	18
LE CONSENTEMENT PROPRE À L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES MESURES DE CONTRÔLE	19
CONSENTEMENT EN SITUATION D'INTERVENTION PLANIFIÉE	19
CONSENTEMENT EN SITUATION D'INTERVENTION NON PLANIFIÉE	19
LES IMPACTS ATTENDUS DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	20
CONCLUSION	21
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
ANNEXE 1	23
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES	23
Code civil du Québec	23
Loi sur les services de santé et les services sociaux	23
Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives	27

Préambule

La décision de définir des orientations ministérielles relatives à l'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle trouve d'abord son origine dans les préoccupations partagées depuis longtemps par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales, les associations, les regroupements ainsi que les établissements concernés par la question.

En fait, l'utilisation de ces mesures, et particulièrement l'abus qui peut parfois en être fait, suscite des questionnements importants de même que des malaises auxquels plusieurs des instances mentionnées plus haut ont tenté, chacune à sa façon, d'apporter des réponses en développant des cadres de référence, des protocoles d'application ou encore des codes d'éthique.

Néanmoins, malgré la qualité et la pertinence de ces travaux, le temps était venu de dégager une vision globale sur la question, d'orienter les démarches attendues de l'ensemble du réseau, de revoir celles déjà effectuées, le tout dans le cadre d'une prise de position ministérielle claire.

Dès juin 1998, le Ministère se donnait une obligation à cet égard. En effet, dans le cadre des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'introduction de l'article 118.1 proposait une définition générale des mesures de contrôle, déterminait leur finalité et énonçait le principe selon lequel :

Tout établissement¹ 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.

L'attente était clairement signifiée ; il restait à définir les modalités de la réponse à apporter.

Tout d'abord, il s'agissait de préciser une philosophie d'intervention, certaines règles éthiques et les principes directeurs sur lesquels les établissements devraient s'appuyer au moment de décider d'utiliser des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle, cela afin d'assurer une pratique plus uniforme et de réduire les écarts d'un établissement ou d'une ressource à l'autre. Ainsi, les mêmes balises générales s'appliquent à toutes les clientèles du réseau et dans chaque milieu d'intervention.

¹ Public, privé conventionné ou privé autofinancé et qui détient un permis d'exploitation émis par le Ministère.

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

C'est donc à l'automne 2000 qu'ont débuté les travaux devant mener à la détermination des orientations ministérielles. Pour ce faire, plusieurs experts issus du réseau et du milieu communautaire ainsi que des personnes utilisatrices de services furent réunis et invités à participer à l'élaboration des orientations ministérielles en partageant leurs connaissances, leurs réflexions et leurs pratiques en cette matière.

Le présent document constitue le résultat de cette importante démarche de consultation et de concertation et, en ce sens, il reflète des consensus majeurs entre les partenaires impliqués. Il s'appuie également sur les travaux les plus à jour sur le thème de la contention et de l'isolement.

Il établit enfin le point de départ d'un plan d'action dont les effets devront se répercuter tant sur les plans national et régional que local.

La philosophie d'intervention

Une philosophie d'intervention traduit les valeurs et les croyances qui vont baliser l'intervention, promouvoir la prévention et favoriser une réduction du recours exceptionnel aux mesures de contrôle.

Le respect de la personne, première valeur à laquelle doit adhérer toute organisation et tout intervenant du réseau de la santé et des services sociaux, passe par le respect de sa liberté de mouvement. Il est clair que tout usage de contention, d'isolement ou de substances chimiques à titre de mesures de contrôle, même lorsqu'il est guidé par l'intérêt même de la personne, pour sa sécurité ou celle des autres, constitue une entrave à cette liberté de mouvement. En conséquence, le souci de limiter de façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne doit guider l'intervention.

L'intervention doit être menée dans une perspective de relation d'aide qui tient compte des caractéristiques de la personne et de l'environnement dans lequel elle évolue. Ainsi, la personne est considérée comme disposant d'un potentiel pouvant être mis à contribution dans la recherche et dans l'application de solutions à ses propres difficultés.

De plus, toute personne fait partie d'un environnement et, par conséquent, se trouve en lien avec différents systèmes : familial, social, communautaire. Ces systèmes ressentent souvent, d'une façon ou d'une autre, les impacts des difficultés vécues par la personne. La mise à contribution d'acteurs présents dans ces systèmes doit être envisagée pour définir des éléments de solution au moment d'établir des stratégies propres à réduire, sinon à résoudre, les difficultés vécues par la personne et d'améliorer ainsi sa qualité de vie.

En connaissant les caractéristiques, l'histoire, les traumatismes antérieurs, les ressources et l'environnement de la personne et les prenant en compte, l'intervenant sera mieux outillé pour coordonner le plan de services ou le plan d'intervention. Le fait de distinguer les manifestations et les symptômes des causes profondes du comportement problématique d'une personne permettra à l'intervenant de mieux personnaliser et formuler les hypothèses d'intervention auprès de cette personne.

Cette perspective impose aux intervenants impliqués l'obligation d'établir une relation d'aide qui est respectueuse de la personne, de ses ressources et de son environnement. Elle fait en sorte que l'intervenant n'assume plus le statut de celui qui apporte seul les solutions aux problèmes ; elle l'amène 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. Enfin, elle fait en sorte que l'appropriation par la personne de son pouvoir sur sa propre situation soit au cœur même de l'intervention.

Bien que déjà plusieurs intervenants, établissements ou ressources aient intégré dans leur mode de fonctionnement plusieurs de ces valeurs, nous sommes conscients que, pour certains, il pourrait s'agir d'une modification profonde des façons de faire, remettant même en question certaines cultures organisationnelles. Une démarche de formation spéciale devra permettre à l'intervenant de bien comprendre et d'intégrer l'ensemble de ces valeurs dans son mode d'intervention auprès de la personne.

Les changements nécessaires devront s'inscrire dans une démarche systématique visant à réduire au minimum l'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle et à développer des mesures de remplacement efficaces, efficientes et respectueuses de la personne, de son autonomie, de son environnement et des proches concernés.

Les règles éthiques

Des règles de conduite précises, applicables selon les lieux et les contextes, doivent guider les gestes et les actions des intervenants dans leurs pratiques professionnelles. Ces règles de conduite doivent être contenues dans le code d'éthique de l'établissement, tel que le stipule la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et s'inscrire dans le cadre légal des droits de la personne. Considérant la mince ligne qui sépare la justification de recourir à des mesures de contrôle et les abus possibles quant à leur utilisation, les intervenants font souvent face à un dilemme au moment de décider de leur application.

En effet, dans leur rôle d'aidant, ceux-ci sont appelés à poser chaque jour des gestes et des actions en conformité avec l'échelle de valeurs, les principes et les normes de pratique en vigueur dans leur établissement. En parallèle, ils sont confrontés aux valeurs de la personne et de sa famille et, aussi, à leurs propres valeurs. Ces convictions distinctes et tout aussi valables les unes que les autres placent les intervenants au cœur d'un processus complexe de prise de décision. C'est pourquoi, afin de les guider dans le choix de recourir à une mesure de contrôle pour assurer la sécurité de la personne et celle d'autrui, il est essentiel que les protocoles balisant l'utilisation exceptionnelle de ces mesures s'appuient sur des règles éthiques.

Ces protocoles, qui auront été élaborés selon un processus dynamique de concertation entre les personnes concernées et en tenant compte des caractéristiques particulières de la clientèle de l'un ou l'autre des établissements ou des organismes, doivent rappeler que l'utilisation de la contention, de l'isolement et de substances chimiques à titre de mesures de contrôle, même si elle assure la sécurité, entrave la liberté individuelle. Par conséquent, le recours premier à diverses mesures de remplacement assurant la sécurité de la personne ou celle d'autrui doit être rendu obligatoire, de sorte que les mesures de contrôle deviennent exceptionnelles et qu'elles soient utilisées uniquement lorsque tous les autres moyens se sont avérés inefficaces.

En tout temps, les gestionnaires et les intervenants doivent se remémorer que la relation d'aide, qui est à la base de toute intervention, se construit dans le respect, la confiance mutuelle et la reconnaissance des capacités de la personne aidée. L'intervenant doit se rappeler que son pouvoir d'agir s'exerce auprès de personnes en situation de vulnérabilité.

Cela lance le défi aux directions d'établissement de maintenir actif un processus constant de questionnement des pratiques professionnelles ayant cours dans leur organisation. Un outil de réflexion et d'analyse, tel un comité d'éthique, est essentiel pour traiter de l'application des règles de conduite, de leur pertinence et éventuellement de leur révision.

Les assises légales

Lié par une éthique sociale fondée notamment sur le droit de la personne au respect, et ce, tout au long de sa vie, le législateur a abordé en maintes occasions cette question de même que celle plus générale des droits de la personne. L'idée est d'énoncer, pour l'ensemble des citoyens et peut-être davantage pour les plus vulnérables d'entre eux, des règles devant protéger les droits individuels et de mettre à la disposition de chacun des mécanismes de recours uniformes lorsque ces droits ne sont pas respectés.

L'énumération qui suit n'est pas exhaustive. On trouve en effet des références aux droits des individus dans un nombre trop important de textes de loi pour qu'on puisse les citer toutes. Celles qui suivent ont été retenues sur la base de leur lien direct avec la contention, l'isolement ou l'utilisation de substances chimiques comme mesures de contrôle.

Charte 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.

Charte des droits et libertés de la personne

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

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

Plusieurs articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), dont le plus important est l'article 118.1, touchent la question de l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques.

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

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

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

Afin d'alléger le texte, nous avons placé en annexe d'autres articles des lois ayant un lien avec l'utilisation des mesures de contrôle.

Définition des mesures de contrôle prévues à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)

L'utilisation de la contention, de l'isolement ou de substances chimiques à titre de mesures de contrôle prévues à l'article 118.1 de la Loi se fait de façon minimale et exceptionnelle et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Pour l'élaboration des orientations ministérielles en la matière, les définitions suivantes ont été retenues.

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.

Substance chimique

Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.

Les principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle

En toile de fond aux principes directeurs qu'il énonce, le Ministère encourage les établissements à être novateurs et créatifs en développant des mesures de remplacement qui feront en sorte de diminuer significativement, voire d'éliminer, l'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesures de contrôle. Six principes directeurs doivent guider les établissements dans l'élaboration de leurs protocoles d'application.

Premier principe :

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.

Par ce principe, le Ministère affirme sa volonté de faire en sorte que l'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle ne se fasse que dans le seul objectif d'empêcher les personnes de s'infliger de façon imminente des blessures ou d'en infliger à autrui. Ces mesures ne devront en aucun temps et d'aucune façon être utilisées pour punir ou corriger une personne.

Deuxième principe :

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

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

Troisième principe :

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.

L'objectif consiste à éviter le recours à des moyens disproportionnés eu égard aux particularités de la personne et de sa situation.

Lorsqu'une situation particulière nécessite l'utilisation, en dernier recours, d'une substance chimique, de la contention ou de l'isolement, c'est la mesure la moins contraignante avec la durée la plus courte possible qui doit être utilisée.

Quatrième principe :

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.

La condition de la personne doit être à la base des préoccupations de tous les intervenants dans leur décision d'utiliser une substance chimique, la contention ou l'isolement à titre de mesures de contrôle. Cette utilisation doit être faite de façon très sécuritaire, en respectant d'abord les droits de la personne, son intégrité, les règles en matière de consentement éclairé qui en découlent de même que les techniques, les standards et les procédures appropriés. Par ailleurs, tout le personnel des établissements devrait avoir reçu la formation inhérente à l'utilisation de ces mesures afin que celles-ci soient appliquées dans les règles et en tenant compte des besoins individuels de confort de la personne.

L'application de ces mesures doit également être supervisée de façon attentive et révisée régulièrement, limitant ainsi les risques d'accidents de même que les possibilités de blessures ou de traumatismes. Dans chaque cas, une surveillance étroite de la personne et, si possible, son accompagnement, devront être assurés.

Cinquième principe :

L'utilisation des substances chimiques, de la contention et 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.

Chaque établissement doit prévoir et promouvoir des procédures claires et détaillées d'utilisation des mesures de contrôle et s'assurer de leur diffusion auprès des intervenants ainsi qu'auprès des ressources en lien contractuel avec lui, afin que des procédures cohérentes et conformes aux présents principes directeurs soient utilisées dans chaque situation, autant à l'étape de la prise de décision quant à un recours possible aux mesures de contrôle qu'à celles de l'application en tant que telle et de la révision périodique.

Des procédures claires et détaillées doivent donc être intégrées aux protocoles d'application, être appliquées autant dans les situations planifiées que dans les situations non planifiées et leur application doit être supervisée.

Sixième principe :

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.

Chaque établissement doit évaluer l'utilisation qu'il fait des mesures de contrôle. Cette évaluation doit s'effectuer dans une double perspective. La première consiste à valider la pertinence de recourir à de semblables mesures et à vérifier si, au moment de leur application, les procédures prévues ont été respectées. Il va de soi que les personnes visées par ces mesures de contrôle doivent, elles-mêmes ou leurs représentants, être appelées à participer au processus d'évaluation.

La seconde consiste à suivre l'évolution de la situation en lien avec la poursuite d'objectifs précis au regard de la réduction du recours à ces mesures. Ce type d'évaluation devrait, quant à lui, favoriser le développement de mesures préventives et l'identification de mesures de remplacement à l'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle.

Bien que la responsabilité de l'évaluation et du suivi de l'utilisation des mesures de contrôle incombe, au premier chef, au conseil d'administration des établissements, ces derniers peuvent faire appel à d'autres instances pour mener à bien cet exercice. Notamment, les commissaires locaux à la qualité des services, qui sont responsables envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes, pourraient être une des instances mobilisées dans ce processus (Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives). On peut penser également aux comités d'éthique, et ce, en raison de leur mandat en ce qui a trait aux pratiques en vigueur dans leur établissement et de leur sensibilité aux questions particulières mettant en cause la protection des droits fondamentaux des personnes.

Deux contextes d'application

Deux contextes différents peuvent prévaloir lors de l'utilisation des mesures de contrôle : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

Contexte d'intervention planifiée

Il est possible et même nécessaire, dans certaines situations, de prévoir une éventuelle utilisation de mesures de contrôle. C'est ce qu'on appelle le contexte d'intervention planifiée.

Ainsi, dans le cas d'une désorganisation comportementale récente, susceptible de se répéter et pouvant comporter un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui, les intervenants doivent avoir convenu avec la personne ou son représentant, et avoir inscrit au plan d'intervention ou au plan de services, divers moyens pour faire face efficacement à la situation. Parmi ceux-ci, et en dernier recours, les substances chimiques, la contention ou l'isolement pourront avoir été envisagés à titre de mesures de contrôle.

Contexte d'intervention non planifiée

On appelle au contraire « intervention non planifiée » une intervention réalisée en réponse à un comportement inhabituel, et par conséquent non prévu, qui fait en sorte de mettre en danger de façon imminente la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Il va de soi que, dans un semblable contexte, les mesures de contrôle n'ont pas été prévues au plan d'intervention ou au plan de services de la personne.

Par contre, même lorsque l'intervention se déroule dans un contexte non planifié, les principes directeurs doivent guider les actions à poser. Une analyse postsituationnelle doit également être effectuée et permettre d'intégrer, le cas échéant, dans le plan d'intervention de la personne des mesures préventives et de remplacement.

Le consentement propre à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle

Toute personne, ou son représentant légal, doit être informée et impliquée dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé.

Consentement en situation d'intervention planifiée

En situation d'intervention planifiée, la personne ou son représentant légal doit donner un consentement libre et éclairé lorsque, pour assurer sa sécurité ou celle des autres, une mesure de contrôle doit être utilisée.

Le consentement est libre lorsque la personne le donne de son plein gré, sans crainte, menace, pression ou promesse provenant d'une tierce personne. Le consentement est éclairé lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause. La personne reçoit ainsi toutes les informations pertinentes, dans un langage qu'elle comprend et de façon claire. Avant de prendre sa décision, elle connaît la justification de la mesure, le type de contention, la forme d'isolement recommandée ou encore la substance chimique prescrite. Elle est informée du contexte d'application, de la durée de l'utilisation, de la fréquence de révision de la mesure, de ses effets positifs et négatifs, des risques et des mesures de remplacement possibles.

L'aptitude à consentir de la personne doit être évaluée minutieusement pour chaque intervention, et lorsqu'elle est inapte à y consentir ou à la refuser, le consentement substitué est requis. Pour les personnes dans l'incapacité temporaire ou permanente de fournir leur accord à l'utilisation de mesures de contrôle, le consentement de l'une des personnes nommées à l'article 15 du Code civil du Québec est requis (Annexe 1, page 25).

Consentement en situation d'intervention non planifiée

Les intervenants peuvent recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de la personne lorsque la situation revêt un caractère urgent en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la personne ou pour autrui. Par ailleurs, une analyse postsituationnelle est requise et fait partie des mesures évaluatives que doit se donner un établissement.

Les impacts attendus des orientations ministérielles

Les orientations ministérielles visent essentiellement un objectif de réduction, voire d'élimination, des mesures de contrôle. Pour ce faire, un plan d'action accompagne les présentes orientations et propose, sous les trois objectifs suivants, plusieurs actions concrètes qui permettront de voir diminuer l'utilisation des mesures de contrôle :

1. s'assurer de l'appropriation des orientations ministérielles sur l'utilisation des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;
2. encadrer l'utilisation de ces mesures ;
3. mesurer l'impact des orientations ministérielles sur l'utilisation qui est faite des mesures de contrôle.

Conclusion

Le respect de la personne, valeur fondamentale qui anime les établissements et les intervenants du réseau de services de santé et de services sociaux, commande qu'en cas de nécessité absolue, c'est-à-dire après que tous les autres moyens ont échoué, l'usage des mesures de contrôle nommées dans la Loi soit fait avec le souci de limiter d'une façon minimale et exceptionnelle la liberté et l'autonomie de la personne.

Aussi, chacun des éléments des orientations ministérielles représente un aspect particulier de la problématique reliée à l'utilisation de ces mesures et leur clarification permettra de baliser davantage l'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement comme mesures de contrôle. L'exercice de définition des orientations ministérielles paraissait d'autant plus exigeant que chacun de ses éléments devait pouvoir convenir, quelle que soit la clientèle susceptible de se voir appliquer de semblables mesures et quel que soit le contexte de leur application.

Cependant, le défi n'était pas seulement de circonscrire les modalités d'utilisation de ces mesures. Il était devenu nécessaire de proposer à l'ensemble des établissements un objectif clair de réduction, voire d'élimination, de l'utilisation des mesures de contrôle.

Il est rapidement devenu évident que l'atteinte d'un semblable objectif ne pouvait relever de la seule élaboration et de la diffusion de lignes directrices, aussi précises soient-elles.

C'est la raison pour laquelle il a été décidé de mettre de l'avant un plan d'action propre à favoriser une approche commune dans l'ensemble du réseau et un objectif de réduction substantielle de l'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle, notamment en déterminant des mesures de remplacement.

Ces actions représentent des moyens concrets proposés aux différents acteurs concernés par la question, quel que soit leur niveau hiérarchique, pour favoriser l'émergence et la mise en pratique de mesures de remplacement valables aux mesures de contrôle et ainsi améliorer la qualité de vie des personnes.

Références bibliographiques

AGIDD-SMQ. Actes du colloque «Isolement et contention : pour s'en sortir et s'en défaire». Montréal, 1999, 487 pages.

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL DU QUÉBEC. Règlement concernant les mécanismes à mettre en place dans l'établissement afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Cadre de référence pour une politique et procédures relatives à l'utilisation de la contention des usagers*, 2000, p. 12.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Cadre de référence pour une politique et procédures relatives à l'utilisation de l'isolement des usagers*, 1995.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Cadre de référence. Utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée*, 2000, p. 53.

BÉGIN, Simon. « Isolement et contentions : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 36, décembre, 1991.

CLSC-CHSLD DU RUISSEAU-PAPINEAU. *Procédé de soins, service de santé et d'assistance*, 1987, p. 11.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Bureau du coroner en chef, Décès par contention. Rapport d'enquête du coroner Anne-Marie David, août 1987.

ILLINOIS DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. « Use of physical restraints on hospitalized psychogeriatric patients », *Journal of psychosocial nursing*, vol. 38, no 2, dans Chien, Wai-Tong (2000), 1994, p. 108.

JENSENS, HESS-ZAK, JOHNSTON, OTTO, TEBBE, RUSSELL, WALLER. « Restraint reduction a new philosophy for a new millennium », *Jona*, vol. 28, no 7/8, 1998, p. 32.

JULIEN, Clément. « La contrainte physique », *Canadian Nurse*, vol. 83, no 10, novembre 1987.

PAQUIN, Nicole. *La contention physique chez la personne âgée : Politique et procédures*, 1995, pages 6,7.

TERPSTRA, TERPSTRA, VAN DOREN. « Reducing restraints : Where to start », *The journal of continuing education in nursing*, vol. 29, no 1, January/February, 1998.

Annexe 1

Dispositions législatives

Code civil du Québec

Article 10

Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité, sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Article 11

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

Article 15

Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2)

Article 3 Lignes directrices

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

- la raison d'être des services est la personne qui les requiert ;
- le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;
- l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins ;
- l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;
- l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Article 5 Droit aux services

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.

Article 9 Consentement requis

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil (Lois du Québec, 1991, chapitre 64).

Article 10 Participation de la personne au plan d'intervention

Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Article 11 Accompagnement

Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Articles 29 à 76.5 sur les plaintes des usagers mais plus particulièrement les articles 30 et 33

Article 30 Commissaire local à la qualité des services

Un commissaire local à la qualité des services doit être nommé par le conseil d'administration de tout établissement, sur recommandation du directeur général. Lorsque le conseil d'administration administre plus d'un établissement, ce commissaire local est affecté au traitement des plaintes des usagers de chaque établissement que le conseil administre. Le commissaire local à la qualité des services relève du directeur général ou directement du conseil d'administration, selon le plan d'organisation de l'établissement.

Le commissaire local à la qualité des services relève du directeur général ou directement du conseil d'administration, selon le plan d'organisation de l'établissement.

Sur recommandation du directeur général et après avoir pris l'avis du commissaire local à la qualité des services, le conseil d'administration peut, s'il estime nécessaire, nommer un ou plusieurs commissaires locaux adjoints à la qualité des services.

Un commissaire local adjoint exerce les fonctions que le commissaire local à la qualité des services lui délègue et agit sous son autorité. Dans l'exercice de ses fonctions, le commissaire local adjoint est investi des mêmes pouvoirs et immunités que le commissaire local à la qualité des services.

Article 33 Responsabilité

Le commissaire local à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, il exerce notamment les fonctions suivantes :

1. il applique la procédure d'examen des plaintes dans le respect des droits des usagers ; au besoin, il recommande au conseil d'administration toute mesure susceptible d'améliorer le traitement des plaintes pour l'établissement, y compris la révision de la procédure ;
2. il assure la promotion de l'indépendance de son rôle pour l'établissement, des droits et des obligations des usagers, du code d'éthique visé à l'article 233 du personnel de l'établissement ainsi que la publication de la procédure d'examen des plaintes;
3. il prête assistance ou s'assure que soit prêté assistance à l'utilisateur qui le requiert pour la formulation de sa plainte ou pour toute démarche relative à sa plainte, y compris auprès du comité de révision visé à l'article 51 ; il l'informe de la possibilité pour lui d'être assisté et accompagné par l'organisme communautaire de la région à qui un mandat d'assistance et d'accompagnement a été confié en application des dispositions de l'article 76.6 ; il fournit enfin tout renseignement demandé sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'informe de la protection que la loi reconnaît à toute personne qui collabore à l'examen d'une plainte en application de l'article 76.2 ;
4. sur réception d'une plainte d'un usager, il l'examine avec diligence;
5. en cours d'examen, lorsqu'une pratique ou la conduite d'un membre du personnel soulève des questions d'ordre disciplinaire, il en saisit la direction concernée ou le responsable des ressources humaines de l'établissement ou, selon le cas, la plus haute autorité de la ressource, de l'organisme, ou de la société ou encore la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte, pour étude plus approfondie, suivi du dossier et prise de mesures appropriées, s'il y a lieu ; il peut également formuler une recommandation à cet effet dans ses conclusions ;
6. au plus tard dans les 45 jours de la réception de la plainte, il informe l'utilisateur des conclusions motivées auxquelles il en est arrivé, accompagnées, le cas échéant, de ses recommandations à la direction ou au responsable des services en cause de l'établissement ainsi que, s'il y a lieu, à la plus haute

autorité de la ressource, de l'organisme, ou de la société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services faisant l'objet de la plainte, et indique les modalités du recours que l'utilisateur peut exercer auprès du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux nommé en vertu de la Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives ; il communique, par la même occasion, ces mêmes conclusions motivées à la direction ou au responsable des services en cause de l'établissement ainsi qu'à la plus haute autorité concernée, le cas échéant. Si la plainte est écrite, il transmet ces informations par écrit ;

7. de sa propre initiative, il favorise et recommande à toute direction ou responsable d'un service de l'établissement, ou, selon le cas, à la plus haute autorité de tout organisme, ressource ou société ou encore à la personne détenant la plus haute autorité de qui relèvent les services pouvant faire l'objet d'une plainte prévue au premier alinéa de l'article 34, toute mesure visant l'amélioration de la qualité des services ainsi que de la satisfaction des usagers et du respect de leurs droits ;
8. il donne son avis sur toute question de sa compétence que lui soumet, le cas échéant, le conseil d'administration, tout conseil ou comité créé par lui en application de l'article 181 ainsi que tout autre conseil ou comité de l'établissement, y compris le comité des usagers ;
9. il dresse, au besoin et au moins une fois par année, un bilan de ses activités accompagné, s'il y a lieu, des mesures qu'il recommande pour améliorer la qualité des services ainsi que la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits ;
10. il prépare et présente au conseil d'administration, pour approbation, le rapport visé à l'article 76.10, auquel il intègre le bilan annuel de ses activités ainsi que le rapport du médecin examinateur visé à l'article 50 et celui du comité de révision visé à l'article 57 ;
11. sous réserve de l'article 31, il assume toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement pourvu qu'elle soit reliée au respect des droits des usagers, à l'amélioration de la qualité des services ou à la satisfaction de la clientèle.

Article 104 Collaboration de l'utilisateur

Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur tel que le prévoit l'article 10.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles.

Article 172 Responsabilités

Le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer :

1. de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés ;
2. du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes ;
3. de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières ;
4. de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

Article 233 Code d'éthique

Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers.

L'établissement doit remettre un exemplaire de ce code d'éthique à tout usager qu'il héberge ou qui lui en fait la demande.

Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives (L.R.Q., chapitre P-31.1)

Article 7

Le Protecteur des usagers veille, par toute mesure appropriée, au respect des usagers ainsi que des droits qui leur sont reconnus au titre II de la partie I de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) et par toute autre loi.

Il a pour principale fonction d'examiner la plainte formulée par un usager. Il a également pour fonction de s'assurer que les établissements et les régies régionales traitent les plaintes qui leur sont adressées conformément aux recours prévus au chapitre III du titre II de la partie I de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Il peut en outre effectuer une intervention particulière auprès de toute instance concernée dans les cas prévus à l'article 20.

LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES RELATIVES À L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES MESURES DE CONTRÔLE SE VEULENT LE RÉSULTAT DES TRAVAUX RÉALISÉS PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN COLLABORATION AVEC UN COMITÉ CONSULTATIF CONSTITUÉ D'EXPERTS ISSUS DU RÉSEAU ET DU MILIEU COMMUNAUTAIRE AINSI QUE D'UTILISATEURS DE SERVICES.

PIÈCE ES-3

Cadre de référence

pour l'élaboration des protocoles
d'application des mesures de contrôle



CONTENTION, ISOLEMENT ET SUBSTANCES CHIMIQUES

ÉDITION RÉVISÉE

Mars 2015

L'édition de mars 2015 du *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* destiné aux établissements de santé et des services sociaux a été révisée par la Direction de l'éthique et de la qualité sous la responsabilité madame Nathalie Desrosiers, directrice.

Comité de révision

Nathalie Desrosiers	MSSS	Direction de l'éthique et de la qualité
Nathalie Audrey Joly	MSSS	Direction de l'éthique et de la qualité
André Delorme	MSSS	Direction de la santé mentale
Sylvie Berger	MSSS	Direction de la santé mentale
Dorice Grenier	MSSS	Direction de la santé mentale
Danielle Fleury	MSSS	Direction des soins infirmiers
Lina Leblanc	MSSS	Direction des personnes ayant une déficience
Lyne Monfette	MSSS	Direction des personnes ayant une déficience
Patrice Boudreault	MSSS	Direction des dépendances et de l'itinérance
Pascal Rukaka	MSSS	Direction générale adjointe des services aux aînés
Marc Plamondon	MSSS	Direction des jeunes et des familles
Marie-Claude Paquette	MSSS	Direction des jeunes et des familles

Collaboration ponctuelle

Louise April	MSSS	Direction des jeunes et des familles
Julie Couture	MSSS	Direction de projet pour la mise en œuvre de la Loi sur la représentation des RI/RTF
Mélanie Dionne	MSSS	Direction générale adjointe des services aux aînés
Josée Lepage	MSSS	Direction de la santé mentale
Marie-Christine Fournier	MSSS	Direction des affaires juridiques
Stéphanie Ménard	MSSS	Relecture
Isabelle Paquet	MSSS	Secrétariat
Nathalie Béliveau	MSSS	Secrétariat
Marie-Andrée L'Allier		Consultante externe, Révision linguistique

Collaboration spéciale à la validation du document

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Association des centres jeunesse du Québec
Collège des médecins du Québec
Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
Ordre des ergothérapeutes du Québec
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Madame Caroline Ouellet, usagère

Organismes invités à la validation du document et n'ayant pas transmis de commentaires

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
Association québécoise d'établissements en santé et services sociaux
Ordre des pharmaciens du Québec

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la révision de ce document.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-72384-4 (version PDF)

ISBN : 978-2-550-62685-5 (version PDF) (2^e édition, août 2011)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2015

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	3
Philosophie d'intervention	3
Principes directeurs	3
Contextes d'application	4
Contexte d'intervention planifiée	4
Contexte d'intervention non planifiée.....	5
Consentement	6
Soins et surveillance	7
Contextes particuliers.....	7
CHAPITRE 2	9
Les mesures de contrôle.....	9
La notion de substance chimique.....	9
Critères d'application des mesures de contrôle.....	9
Analyse en fonction du but visé.....	10
Exemples de situations où le but de l'intervention peut varier	10
CHAPITRE 3	15
La décision d'utiliser une mesure de contrôle : un acte réservé	15
La mise en application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé	16
La mise en application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé.....	16
Application d'une mesure de contention ou d'isolement dans certaines ressources.....	16
Le modèle de Kayser-Jones	17
Les étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée.....	19
CHAPITRE 4	21
Élaboration d'un protocole d'utilisation des mesures de contrôle	21
Sujets dont le protocole devrait traiter	21
L'introduction.....	21
La raison d'être	21
Les principes directeurs	22
Les définitions des termes contenus dans le protocole	25
Les types de mesures de contrôle autorisées dans l'établissement	25
Les contextes d'application	26
Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle.....	26
La contribution des différents professionnels et intervenants	27
Le consentement.....	28
Les modalités de surveillance	28
Le droit à l'information.....	28
La tenue de dossier.....	28
La formation et le soutien des professionnels.....	29
L'évaluation et la diffusion des résultats	29
Les mécanismes de plaintes	29
Le rapport annuel.....	29
CONCLUSION	30

INTRODUCTION

Le présent document intitulé *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* est une mise à jour du cadre de référence publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2011. Ce document s'appuie sur les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* de 2002, qui ont pour objectif « la réduction maximale de l'utilisation de ces mesures, voire ultimement l'élimination »¹ qui réaffirment l'importance de privilégier les mesures de remplacement.

Cet exercice de révision, mené par un comité de travail du MSSS, avait un double mandat : 1) insérer la notion de substance chimique utilisée comme mesure de contrôle et 2) adapter le document en fonction de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28), qui a apporté diverses modifications à l'acte réservé pour certains professionnels. En cours de route, le mandat a été élargi et c'est une révision en profondeur du document qui a été effectuée. Ainsi, tous les chapitres ont été bonifiés, certains rappels ont été faits (obtention du consentement, supervision attentive, etc.) et certaines sections ont été ajoutées (les contextes légaux d'exception, les soins et la surveillance, etc.).

Au chapitre 3, une précision relative à l'utilisation des mesures de contrôle dans certains milieux de vie a été apportée; elle consiste à rappeler les divers règlements et documents en vigueur qui peuvent baliser l'utilisation d'une mesure de contrôle dans un milieu de vie autre qu'un établissement où réside un usager. L'ajout de cette précision vient préciser une communication ministérielle datant de 2013.

Par la suite, une étape de validation a été menée à l'été 2014 auprès d'ordres professionnels, d'associations d'établissements, de représentants des agences et d'un usager. Les commentaires reçus ont été soumis au comité de travail, puis ils ont été intégrés au cadre de référence, ce qui enrichit le présent document. Fait à noter, certains commentaires faisant référence à des contextes d'application très particuliers n'ont pu être intégrés au cadre de référence, puisque celui-ci se veut un outil de travail pour tous les établissements, vocation et clientèle confondues. Bien entendu, le MSSS encourage les établissements à bonifier leur propre protocole d'application des mesures de contrôle selon les caractéristiques de leurs clientèles.

Le cadre de référence proposé précise d'abord certains éléments relatifs à l'application des orientations ministérielles, puis il présente la liste des sujets que devrait contenir un protocole d'utilisation des mesures de contrôle. Les sujets ont été retenus de manière à ce que le protocole réponde à trois critères principaux :

- le protocole reflète adéquatement les orientations ministérielles;
- le protocole respecte les habilitations légales conférées aux professionnels en conformité avec les lois professionnelles;
- le protocole fournit des procédures claires et détaillées concernant toutes les étapes du processus d'évaluation et de décision pour les situations planifiées et non

¹ MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, page 8.

planifiées² ainsi que le post-événement, c'est-à-dire l'analyse que fait l'équipe interdisciplinaire après une intervention, en présence de la personne.

Selon le troisième alinéa de l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) :

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

Un protocole d'application des mesures de contrôle est un document de référence; des précisions particulières pourraient y être ajoutées en fonction du contexte clinique et légal des clientèles desservies par l'établissement.

Le protocole s'adresse à tous les gestionnaires de même qu'à tous les médecins et intervenants qui dispensent des soins aux personnes pouvant nécessiter, par mesure de sécurité, l'évaluation et, lorsque cela est requis en dernier recours, l'application de mesures de contrôle. Toutes ces personnes sont tenues de s'y conformer; elles doivent le connaître et comprendre la portée légale reliée à l'application de telles mesures. De même, les personnes visées par l'utilisation d'une mesure de contrôle, leur représentant et leur famille doivent être informés du contenu du protocole de l'établissement.

Rappelons que l'usage d'une mesure de contrôle doit être fait de façon exceptionnelle, en dernier recours, après l'application de toutes les mesures de remplacement possibles et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui, en tenant compte de l'état physique et mental de la personne et de son environnement.

« Un usager soumis aux mesures de contrôle se sent totalement sous l'emprise des intervenants traitant sa condition. Il est envahi d'un tel sentiment d'impuissance qui lui empêche d'avoir une compréhension juste sur les bénéfices d'une telle intervention. L'usager peut ressentir un genre d'étouffement, privé de sa liberté de mouvement. Une sensation excessivement pénible à vivre. Le discernement de l'équipe médicale traitante est responsable d'offrir à ses usagers le plus grand respect de la personne possible dans toutes leurs actions ayant toujours pour but de venir en aide aux usagers. »

Témoignage d'un usager

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

CHAPITRE 1

Philosophie d'intervention

La philosophie d'intervention traduit les valeurs et les croyances qui doivent promouvoir la prévention et orienter l'évaluation et l'intervention afin de favoriser une réduction maximale du recours aux mesures de contrôle en préconisant l'emploi de mesures de remplacement, qu'elles soient de nature préventive ou alternative.

Le respect de la personne, première valeur à laquelle doivent adhérer les intervenants et l'établissement, passe par le respect de sa liberté de mouvement, de sa mobilité et de sa dignité.

Dans cette perspective, il est clair que l'utilisation de l'isolement, d'une contention ou d'une substance chimique, à titre de mesures de contrôle, constitue une entrave à cette liberté et va à l'encontre de cette valeur fondamentale qu'est le respect de la personne. En conséquence, l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être limitée à la présence d'un danger imminent pour la personne ou pour autrui, et n'être envisagée qu'en dernier recours, lorsque toutes les mesures de remplacement appropriées à la situation ont été appliquées et évaluées. En aucun cas, une mesure de contrôle ne peut être utilisée pour solutionner un problème administratif ou répondre à la rareté d'intervenants ou professionnels.

Les interventions doivent être menées dans une perspective de relation d'aide et prendre en compte les caractéristiques et l'historique de la personne tout autant que celles de son environnement, qu'elle soit en établissement, dans un milieu de vie pour lequel l'établissement est responsable de la qualité des services rendus (ressources intermédiaires [RI], ressources de type familial [RTF], résidences à assistance continue [RAC]), dans un endroit ayant un lien contractuel avec un établissement (un ou des usagers en résidence privée pour aînés [RPA]) ou que l'utilisateur reçoive des soins à domicile prodigués par un professionnel d'un établissement. Chaque personne est unique et a ses propres valeurs et habitudes de vie. La personne ou son représentant légal et la famille³ doivent être parties prenantes de la démarche et mis à contribution afin de participer à l'évaluation de la situation et à la recherche des solutions, en respect des objectifs du plan d'intervention.

Principes directeurs

L'utilisation des mesures de contrôle peut avoir des effets néfastes graves sur la santé physique et psychologique des personnes au point même de causer la mort. C'est pourquoi le MSSS a élaboré, en conformité avec l'article 118.1 de la LSSSS, des orientations apportant des précisions relatives à l'application des mesures de contrôles pour encourager les établissements à être novateurs et créatifs en instaurant des mesures de remplacement dans le but de diminuer, voire éliminer, l'utilisation de mesures de contrôle.

Le MSSS a énoncé six principes directeurs⁴ pour orienter les établissements dans l'élaboration de leur protocole d'utilisation des mesures de contrôle. Voici un rappel :

³ Note : Dans ce document, le terme *famille* englobe les proches aidants et les personnes significatives.

⁴ MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, pages 15 à 17.

1^{er} principe

« 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**. »

2^e principe

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

3^e principe

« 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. »

4^e principe

« 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**. »

5^e principe

« L'utilisation des substances chimiques, de la contention et 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**. »

6^e principe

« 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. »

Contextes d'application

Lorsqu'il faut avoir recours à une mesure de contrôle, celle-ci peut être appliquée dans deux contextes : le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

Contexte d'intervention planifiée

La planification des interventions requises pour résoudre un problème particulier constitue le contexte d'intervention planifiée.

L'intervention planifiée est appropriée lorsque la personne a un comportement susceptible de se répéter et que ce comportement représente un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui. La décision d'utiliser des mesures de contrôle doit être planifiée et résulte d'une démarche interdisciplinaire effectuée à la lumière de l'expertise particulière de chaque professionnel habilité telle que balisée par son champ d'exercice⁵. La préparation d'un plan

5 Collectif, sous la direction de l'Office des professions du Québec (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Le Guide explicatif*, page 64.

d'intervention interdisciplinaire comportant différents moyens pour faire face aux situations de danger réel se fait de concert avec la personne ou son représentant légal et sa famille. Parmi les moyens proposés, l'utilisation d'une mesure de contrôle peut être envisagée en dernier recours, après que les intervenants ont tenté d'appliquer, sans succès, toutes les mesures de remplacement prévues au plan d'intervention. Les mesures de contrôle doivent cesser dès que les motifs justifiant leur utilisation ne sont plus présents.

En aucun cas, le recours à une mesure de contrôle ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'une personne qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'une personne a un tel comportement, les professionnels habilités et les intervenants doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement. Ils doivent éviter de conclure d'emblée qu'elles sont identiques à celles qui ont été observées précédemment chez la même personne ou chez d'autres, et qu'il s'agit des mêmes causes qui ont justifié la décision de recourir à la mesure de contrôle et à l'inscrire au plan d'intervention. Le jugement clinique de chaque situation par le professionnel habilité est important et doit s'appuyer notamment sur les informations recueillies auprès de l'équipe interdisciplinaire, de la personne et de ses proches.

Ainsi, un même comportement peut découler de différentes causes et nécessiter différentes mesures de remplacement, qu'elles soient de nature préventive ou alternative ou, en dernier recours, différentes mesures de contrôle. Par exemple, un comportement d'errance peut survenir en raison d'un malaise physique lié à la douleur ou à la soif ou à un besoin d'élimination. Ce comportement pourrait également être lié à l'histoire de vie de la personne, à des valeurs culturelles particulières ou encore être causé par un manque de repères dans l'environnement, ce qui nécessite par conséquent différentes solutions afin de corriger la situation problématique; ces solutions font partie du plan d'intervention de la personne.

Dans le contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal est requis⁶. Toutefois, lorsque la personne retire son consentement au moment où les professionnels ou les intervenants appliquent la mesure de contrôle prévue au plan d'intervention et que son comportement la place dans une situation de danger imminent pour elle-même ou pour autrui, l'équipe peut appliquer la mesure comme s'il s'agissait d'une intervention en contexte d'intervention non planifiée. Dans ce cas, l'analyse postsituationnelle par l'équipe interdisciplinaire, en présence de l'utilisateur ou son représentant légal, pour la révision du plan d'intervention sera alors nécessaire.

Contexte d'intervention non planifiée

Le contexte d'intervention non planifiée ne devrait être invoqué que dans les cas où l'évaluation du comportement d'une personne signale un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Si ce comportement ne s'est pas manifesté antérieurement, ou si la manifestation est différente des situations vécues antérieurement, c'est donc un comportement inhabituel⁷ et par conséquent non prévu⁸. En pareille situation, la décision d'utiliser une mesure de contrôle n'est pas un acte réservé.

6 Articles 10 et 11 du *Code civil du Québec*.

7 Note : Une personne présente un comportement inhabituel lorsque celui-ci ne s'est jamais présenté auparavant et qu'il se manifeste sans qu'on ait pu s'y attendre.

8 Note : Une personne présente un comportement dit non prévu lorsque celui-ci n'est pas précédé de signes avant-coureurs qui peuvent laisser suspecter sa survenue.

Lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée dans un contexte d'intervention non planifiée, soit lors d'une situation d'urgence, le consentement de la personne n'est pas obligatoire⁹. Par contre, la collaboration de la personne doit être sollicitée en tout temps.

Ainsi, dans un contexte d'urgence, le professionnel ou le non-professionnel peut recourir à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle sans avoir obtenu le consentement de l'utilisateur, lorsque la situation revêt un caractère urgent en ce sens qu'elle survient de façon imprévisible et qu'elle présente un risque imminent de danger pour la vie ou l'intégrité de la personne ou d'autrui.

Dès que possible, une analyse postsituationnelle en équipe interdisciplinaire doit rapidement être réalisée et le plan d'intervention doit être revu avec l'utilisateur ou son représentant légal. Pour les situations futures, cette analyse vise entre autres à planifier toutes les mesures de remplacement possibles et, lorsque celles-ci sont épuisées, en dernier recours, l'utilisation d'une mesure de contrôle. Par ailleurs, le consentement préalable de l'utilisateur ou de son représentant légal doit être obtenu dans le cas où des mesures de contrôle doivent, en dernier recours, être de nouveau utilisées.

Consentement

Tout usager, ou son représentant légal, doit être informé et impliqué dans le processus décisionnel menant à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle afin de pouvoir donner un consentement libre et éclairé.

- « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention », (LSSSS, article 9, et le Code civil du Québec, article 11).
- Par ailleurs, le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant légal ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévue aux articles 10 et suivants du Code civil.

Comme mentionné dans les deux sections précédentes et conformément aux textes de loi, il est impératif d'obtenir le consentement de la personne ou de son représentant légal. Au besoin, d'autres recours sont possibles pour assurer la sécurité de l'utilisateur ou d'autrui (ex. : un tribunal), notamment dans les situations suivantes :

- dans un contexte d'intervention planifiée, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal est requis;
- dans un contexte d'intervention non planifiée, après l'analyse postsituationnelle, le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal doit être obtenu pour les interventions ultérieures.

Dans la situation où le consentement a été préalablement obtenu et qu'il est retiré par la suite, les intervenants peuvent procéder comme s'ils étaient dans un contexte d'intervention non planifiée si, et seulement si, la personne représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. Bien entendu, dès que possible, il faut réaliser l'analyse postsituationnelle et tout ce qui s'ensuit.

⁹ Article 13 du *Code civil du Québec*.

Soins et surveillance¹⁰

Lors de la décision et de l'application d'une mesure de contrôle, il faut prendre en considération les soins et la surveillance. Ces deux termes sont définis ainsi dans *Le Petit Robert*¹¹ : 1) prendre soin de quelqu'un ou de quelque chose : « s'occuper du bien-être de (quelqu'un), du bon état de (quelque chose) » et 2) surveillance : « ensemble des actes par lesquels on exerce un contrôle suivi »; on peut donc dire que surveiller quelqu'un, c'est être attentif à quelque chose, prendre soin de quelqu'un, effectuer un suivi.

Étant donné que chaque situation clinique est unique, il n'existe pas de données sur la fréquence des soins et de la surveillance, ni sur le type de surveillance ou de soins pouvant s'appliquer uniformément à toutes les clientèles. La surveillance n'est pas déterminée en fonction du motif d'application, mais en fonction de l'évaluation du risque ainsi que de la condition clinique de la personne et du milieu de vie où elle réside.

La question de la fréquence de la surveillance des mesures de contrôle relève du jugement clinique de l'équipe de soins. Il se peut, selon l'évaluation de la condition clinique et du niveau de risque, que la surveillance doive être plus fréquente. D'où l'importance de l'évaluation initiale et périodique de la clientèle à risque. La fréquence doit donc être adaptée en fonction de chaque usager. De plus, il faut réévaluer le niveau de surveillance et le réajuster suivant l'évolution de la condition clinique de l'usager.

Il appartient à chaque établissement de déterminer, dans son protocole d'application des mesures de contrôle, les modalités de surveillance minimale requise lors de l'application de mesures de contrôle à un usager sous mesures de contrôle en fonction des différentes situations cliniques probables existant dans son établissement.

Contextes particuliers

Garde en établissement (provisoire, préventive, autorisée)

Certaines personnes peuvent se trouver dans des contextes particuliers. C'est le cas, entre autres, pour une personne en situation de garde en établissement telle que balisée par le Code civil du Québec et la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001). Pour un temps déterminé, la personne est privée de sa liberté et ne peut circuler librement dans l'établissement. Elle demeure dans une unité où le personnel prend les mesures de surveillance appropriées à la condition de la personne. Si, en plus de la garde, d'autres mesures de contrôle s'avèrent nécessaires (isolement, contention ou substance chimique) envers la personne, celles-ci doivent être utilisées conformément aux modalités prévues à l'article 118.1 de la LSSS et être conformes au protocole d'application des mesures de contrôle de l'établissement.

10 MSSS (2006). *Programme de formation : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement – Partie 3, Référentiels et Partie 3.1, Modules essentiels*, 207 pages (Module « Soins et surveillance »).

11 *Le Petit Robert* (2005).

En centre jeunesse

Dans un centre jeunesse, il y a certaines situations où la liberté de circuler d'un jeune est limitée, sans que cela corresponde pour autant à la contention ou à l'isolement tel que défini à l'article 118.1 de la LSSSS. Le jeune est alors placé dans une unité fermée ou sécuritaire.

Cela concerne en premier lieu un jeune ayant commis un délit d'une gravité telle qu'il fait l'objet d'une ordonnance de placement en mise sous garde fermée ou en détention provisoire en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (L.C. 2002, ch. 1).

En second lieu, la *Loi sur la protection de la jeunesse* (RLRQ, chapitre P-34.1) balise le recours à ce type d'unité pour un jeune faisant l'objet d'un placement en centre de réadaptation et hébergé dans une unité d'encadrement intensif. Cela se produit lorsqu'il y a un risque sérieux que le jeune présente un danger pour lui-même ou pour autrui. Cette mesure peut s'appliquer à des jeunes ayant une ordonnance de placement en centre de réadaptation ou dans le cadre de l'application d'une mesure de protection immédiate.

Ces types d'hébergement s'inscrivent dans la finalité de la réadaptation qui consiste à aider un jeune dont le développement est entravé ou compromis par de grandes difficultés d'interaction avec son milieu.

Cependant, si un jeune placé dans une unité fermée a un comportement susceptible de représenter un danger pour lui-même ou pour autrui, il peut arriver qu'en dernier recours, une mesure de contrôle, telle que définie à l'article 118.1 de la LSSSS, soit appliquée. Dans ce cas, cela doit être fait conformément à ce que prescrivent la LSSSS et les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle.

CHAPITRE 2

Les mesures de contrôle

Dans le document traitant des orientations ministérielles¹², le MSSS a défini ainsi la contention, l'isolement et les substances chimiques :

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. »

Substance chimique : « Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. »

La notion de substance chimique

Dans les travaux faisant suite au plan d'action de 2002 portant sur les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle¹³, le MSSS définit des paramètres pour baliser l'utilisation des mesures de contrôle, et notamment les substances chimiques. Il convient d'établir une ligne directrice en vue de réduire leur utilisation en tant que mesure de contrôle.

Le recours aux substances chimiques comme mesure de contrôle fait appel à la prescription médicale. Il est, de ce fait, déjà régi par le *Code des professions* (RLRQ, chapitre C-26) et ses règlements d'application, qui précisent quels sont les professionnels autorisés à prescrire des médicaments.

Ces professionnels doivent exercer leur jugement clinique afin notamment de bien distinguer l'utilisation d'un médicament à des fins thérapeutiques de l'utilisation d'un médicament à des fins de mesure de contrôle. Dans cette situation, comme pour toutes les mesures de contrôle, les substances chimiques doivent être prescrites dans le but d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, et cela dans un contexte de danger réel pour elle-même ou pour autrui. La mesure de contrôle doit être utilisée de façon minimale, exceptionnellement, et être la moins contraignante possible pour la personne tout en tenant compte de son état physique et mental comme le stipule l'article 118.1 de la LSSSS.

Critères d'application des mesures de contrôle

Malgré la définition relativement précise donnée aux termes isolement, contention et substance chimique, le présent document vise à fournir quelques balises supplémentaires pour aider les professionnels habilités ainsi que les intervenants à déterminer si l'usage d'une mesure, d'un moyen ou d'un dispositif constitue ou non une mesure de contrôle. En tout temps, le jugement clinique des professionnels habilités doit prévaloir lors des interventions.

12 MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, page 14.

13 MSSS (2002). *Plan d'action : Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, page 11.

Dans certains cas particulier, une mesure empêchant ou limitant la liberté de mouvement peut être utilisée à d'autres fins que le contrôle de la personne et entraîner un impact différent de celui que produit une mesure de contrôle. Des exemples de situations où le but de l'intervention peut varier sont présentés ci-dessous.

Analyse en fonction du but visé

Afin de déterminer si une intervention constitue ou non une mesure de contrôle, il convient de s'interroger sur le but visé lors de l'application d'une mesure de contrôle plutôt que sur le dispositif ou la mesure elle-même. Par exemple, il arrive qu'un équipement vise plus d'un but. Il faut donc définir chacun des buts pour déterminer s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle.

Lorsque le but visé par l'intervention est de restreindre la capacité de la personne d'exécuter un mouvement préjudiciable (ex. : se mordre, se frapper la tête) ou socialement inacceptable (ex. : attouchement sexuel non sollicité), d'adopter une posture ou une position à risque (ex. : grimper sur le rebord d'une fenêtre), de se déplacer de façon jugée non sécuritaire et de se placer ainsi devant un danger imminent, on doit considérer l'intervention comme une mesure de contrôle, laquelle doit être déclarée au moyen du formulaire de l'établissement prévu à cette fin. Ce type d'intervention nécessite un suivi et une évaluation comme le définit le protocole de l'établissement.

Par contre, lorsque le but visé par l'intervention est de réduire une incapacité ou de prévenir son aggravation, pour permettre la liberté de mouvement dans un contexte sécuritaire ou pour fournir une assistance supplémentaire dans les déplacements ou dans les habitudes de vie, il ne s'agit pas de mesure de contrôle et ce type d'intervention ne nécessite donc pas d'être déclaré en tant que mesure de contrôle.

Les moyens d'intervention qui entrent dans cette catégorie sont notamment certains dispositifs intégrés au fauteuil roulant, les orthèses, les sangles ou les attaches stabilisant un membre lors d'une activité quotidienne, une table fixée au fauteuil roulant permettant l'utilisation d'un appareil de communication ou la réalisation d'une habitude de vie.

Il est du ressort de l'équipe interdisciplinaire, à laquelle doit participer la personne ou son représentant légal et sa famille, de déterminer si l'intervention envisagée a pour but d'entraver ou, au contraire, de favoriser la liberté de mouvement ou l'autonomie de la personne afin d'établir s'il s'agit ou non d'une mesure de contrôle.

Les dispositifs utilisés dans le but d'entraver la liberté de mouvement et l'autonomie de la personne doivent être appliqués en dernier recours lorsque la personne fait face à un danger imminent et que toutes les mesures de remplacement possibles ont été tentées et se sont avérées insuffisantes ou inefficaces. Le choix du dispositif à utiliser découle toujours d'une évaluation complète du besoin de la personne par le ou les professionnels habilités. La décision doit tenir compte de la mesure la moins contraignante possible, tout en respectant la dignité de la personne et en assurant sa sécurité.

Exemples de situations où le but de l'intervention peut varier

A. Utilisation d'équipement de positionnement

Une mesure de positionnement consiste à utiliser un équipement ou un appareil dans le but de suppléer une déficience physique ou une incapacité fonctionnelle, d'augmenter l'autonomie d'une personne dans la réalisation de ses habitudes de vie ou de favoriser sa

capacité à se déplacer par elle-même. Une mesure de positionnement ne doit viser d'aucune manière à contrôler la personne.

Bien qu'une mesure de positionnement ne constitue pas une mesure de contrôle, il est indispensable que son utilisation soit précédée d'une évaluation réalisée par un professionnel ayant compétence en la matière. Les mesures de positionnement doivent respecter les principes biomécaniques de confort postural, de niveau fonctionnel, d'ergonomie et d'esthétique, et doivent être le moins contraignantes possible.

Cependant, dans certaines situations, une aide à la mobilité (ex. : fauteuil gériatrique, fauteuil roulant) ou un dispositif employé pour maintenir une personne dans une certaine position ou pour l'aider à accomplir des actions particulières (ex. : matériel de positionnement, ceinture pelvienne, tablette, plastron) peuvent être utilisés dans le but de restreindre la capacité d'agir de la personne; ils doivent alors être considérés comme une mesure de contrôle.

Par exemple, l'utilisation de la tablette fixée au fauteuil gériatrique au cours d'un repas répond d'abord à un motif utilitaire. Dans cette situation, c'est-à-dire pendant le repas, la personne n'est pas brimée dans sa liberté de mouvement. Toutefois, si cette tablette n'est pas retirée après le repas et que son utilisation est prolongée au-delà de cette période sans autre but fonctionnel ou thérapeutique, nous pouvons alors considérer la tablette comme une contention, puisque la personne se trouve limitée dans sa liberté d'agir. La même analyse devrait être faite lorsqu'on utilise les freins du fauteuil roulant. Par exemple, s'il s'agit de protéger momentanément la personne contre un accident potentiel lié à l'environnement, ce n'est pas une situation de mesure de contrôle. Par contre, si les freins du fauteuil sont appliqués pendant une certaine période dans le but d'exercer une surveillance et de confiner la personne à un endroit dont elle ne peut s'éloigner librement, il s'agit d'une mesure de contrôle. De même, le fait de retirer à une personne l'accès à un équipement nécessaire à son autonomie dans ses déplacements (ex. : marchette ou déambulateur) doit être considéré comme une mesure de contrôle.

Dans ces cas, il est donc nécessaire de déclarer l'utilisation de ces mesures et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

B. Utilisation des côtés de lit (ridelles)

Pendant de nombreuses années, les ridelles ont été considérées comme une mesure permettant d'assurer la protection des individus contre les chutes. Suivant cette conception, on remontait systématiquement les côtés de lit, ce qui était perçu comme un geste préventif, même essentiel, pour assurer la sécurité de la personne. On accomplissait souvent ce geste routinier sans avoir évalué les besoins réels de la personne. Depuis, de nombreuses études ont montré que remonter les deux côtés de lit ou les quatre demi-ridelles est une pratique qui peut entraîner des conséquences sur le comportement de la personne comme l'agitation, la peur, la fuite par le pied du lit ou le delirium. Ces comportements peuvent générer des situations à risque et occasionner des blessures, voire des décès (Santé Canada, 1995¹⁴; Villeneuve, 2005¹⁵; AFSSPS, 2006¹⁶). Pour cette raison, les auteurs de plusieurs études recommandent d'éviter l'utilisation des côtés de lit, à moins que la condition de la personne ne le nécessite. On recommande de privilégier l'utilisation d'équipements de remplacement

14 Santé Canada (page consultée le 19 avril 2008). *Risques que posent les côtés de lit d'hôpital demi-longueur*, Avis no 107, http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/advisories-avis/prof/1995/alert-107_rail-cote_nth-ah_f.html.

15 J. Villeneuve (2005). « *Attention aux côtés de lit !* », *Objectif prévention*, Association paritaire pour la santé et la sécurité du secteur affaires sociales (ASSTSAS), 28 (4), pages 8 et 9.

16 Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (page consultée le 28 mars 2008). *Bonne utilisation des barrières de lit*. <http://www.fep.umontreal.ca/violence/documents/barrieresdelit.pdf>.

moins contraignants et plus sécuritaires, par exemple un matelas avec rebord surélevé, l'ajout de rouleaux chaque côté de la personne, l'abaissement du lit plus près du sol, l'emploi d'un détecteur de mouvement, etc.

L'utilisation des deux côtés de lit, sauf lorsqu'il s'agit d'un dispositif inhérent au groupe d'âge (enfant en bas âge), constitue une mesure de contrôle lorsqu'elle a pour but de contraindre la personne à demeurer dans son lit alors qu'elle souhaite se lever. Cette mesure exige une évaluation rigoureuse et une surveillance adéquate. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

Les côtés de lit, qu'ils soient pleine grandeur ou demi-ridelle, ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsque leur utilisation a pour but de fournir des appuis à une personne pour lui permettre de sortir du lit, d'entrer dans le lit ou de se déplacer dans le lit.

De plus, les côtés de lit ne sont pas considérés comme une mesure de contrôle lorsqu'ils sont remontés à la demande de la personne elle-même parce qu'elle a peur de tomber, à la condition que cette dernière soit consciente des risques potentiels, ne présente pas un état de confusion et soit en mesure d'abaisser la ou les ridelles lorsqu'elle le désire ou d'attendre qu'un intervenant vienne l'aider à les abaisser lorsqu'elle le désire.

Dans toutes ces situations, on doit cependant toujours privilégier l'utilisation des équipements de remplacement moins contraignants et plus sécuritaires.

C. Utilisation des mesures de contrôle dans un contexte de soins, d'intervention chirurgicale ou durant un examen

Dans certaines situations, la procédure de soins ou d'examen qui s'applique à la population en général exige d'immobiliser la personne ou une partie de son corps afin de réaliser l'examen ou les soins de façon optimale et sécuritaire. L'utilisation d'une mesure de contention ne constitue pas, dans ces cas, une mesure de contrôle.

Cependant, le recours à une contention durant un examen ou quand il s'agit de donner des soins constitue une mesure de contrôle lorsque la contention n'est pas utilisée systématiquement auprès de la population, mais plutôt en réponse à un comportement ou à un manque de collaboration de la personne, ou en raison des réactions anticipées de sa part qui pourraient nuire au succès de l'examen ou à la sécurité de la personne ou de l'entourage. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

D. Isolement de la personne à sa chambre ou dans un espace utilisé à cette fin

L'isolement est considéré comme une mesure de contrôle lorsque la personne est maintenue dans sa chambre ou dans tout autre lieu utilisé à cette fin et qu'elle ne peut en sortir librement. Le MSSS a publié en 2005¹⁷ un document qui fournit des balises pour l'aménagement d'une chambre d'isolement et qui peut également servir de référence pour améliorer la sécurité d'une chambre standard servant de lieu d'isolement.

Ainsi, lorsqu'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) est utilisé dans le but de confiner une personne dans un lieu d'où elle ne peut sortir librement, on doit considérer qu'il s'agit d'une mesure de contrôle quand ce dispositif empêche la personne de circuler librement ou qu'une surveillance étroite constante de la

17 MSSS (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle*, 55 pages.

personne est nécessaire. De la même façon, si la personne est soumise à la volonté d'une tierce personne de façon à ne pas quitter l'espace désigné, l'isolement est une mesure de contrôle. Il est donc nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

Par contre, lorsqu'une personne est invitée à se retirer d'un lieu commun afin de lui permettre la distanciation avec un stimulus ou pour l'aider à se calmer et à reprendre contact avec elle-même, et qu'elle peut sortir librement de ce lieu lorsqu'elle le désire, cela ne constitue pas une mesure d'isolement.

De la même façon, la mise en place d'un dispositif (ex. : porte verrouillée ou fermée à clé, velcro, bande placée sur le plancher) n'est pas considérée comme une mesure de contrôle si ce dispositif est utilisé à la demande de la personne dans le but de lui procurer une plus grande intimité et de prévenir l'intrusion d'autres personnes dans son espace personnel. La personne doit cependant être en mesure de sortir elle-même de ce lieu quand elle le désire ou avoir la capacité de demander l'assistance pour en sortir en recourant, par exemple, à la cloche d'appel.

Par ailleurs, l'utilisation d'une demi-porte comme mesure de contrôle ou comme dispositif pour protéger l'intimité d'une personne contre l'intrusion des autres résidents présentant des comportements dérangeants ne doit pas être favorisée et systématisée. Le MSSS, dans un avis publié en 2006, n'encourage pas cette pratique¹⁸. En raison des risques que ce dispositif comporte, son utilisation doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'autres solutions valables et raisonnables. En dernier recours, lorsqu'il est nécessaire d'employer une mesure de contrôle, l'utilisation des autres dispositifs doit être tentée¹⁹. L'utilisation d'une porte pleine avec fenêtre, plus sécuritaire, pourrait être envisagée et remplacer la demi-porte.

E. Utilisation d'un bracelet magnétique

Le bracelet magnétique est considéré comme une mesure de remplacement s'il permet à la personne qui le porte d'agir, d'entretenir des contacts avec autrui et de se déplacer librement dans les limites de son milieu de vie.

Le bracelet magnétique devient une mesure de contrôle s'il est utilisé afin d'isoler une personne dans un espace restreint où elle ne peut entretenir de contacts avec autrui et d'où elle ne peut sortir librement. Dans de semblables situations, il est nécessaire d'en déclarer l'utilisation et d'en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

F. Utilisation d'une contention physique ou d'une intervention physique restrictive²⁰ comparée à l'utilisation d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique

Une contention physique ou intervention physique restrictive est considérée comme une mesure de contrôle lorsque le but visé par l'intervention est d'empêcher une personne de bouger ou de limiter sa liberté de mouvement, et ce, lorsque le rapport de force est tel que la personne ne peut se dégager, malgré tous les efforts qu'elle déploie, pour s'infliger des

18 MSSS (Avis juillet 2006) : « Relativement à la "demi-porte", son utilisation ne doit pas être encouragée et doit se limiter aux situations où il n'y a pas d'alternatives valables et raisonnablement accessibles. ».

19 Voir à ce sujet le document suivant : MSSS (2008). *Aide-mémoire. Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*, 26 pages.

20 Voir à ce sujet l'avis #2.4.5 émis par l'Association des centres jeunesse du Québec, version révisée du 26 février 2009 concernant le cadre de référence relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention.

blessures ou en infliger à autrui. À titre de comparaison, on peut dire que le niveau de contrôle et de sécurité qu'implique l'intervention physique restrictive ou contention physique équivaut, toute proportion gardée, au verrouillage d'une porte de chambre lorsqu'une personne est placée en isolement.

On entend donc par intervention physique restrictive ou contention physique :

- toute technique d'intervention impliquant que la personne doit être tenue par deux personnes ou plus;
- toute technique d'intervention impliquant que la personne est tenue par une autre personne, et où le rapport de force est si grand que la première est maîtrisée efficacement et qu'elle ne peut se dégager.

Ainsi, la dimension « restrictive » de l'intervention physique de contention implique l'application de la force avec l'intention d'empêcher les mouvements de la personne, malgré son opposition et sa résistance.

Le degré et la durée de la force déployée dépendent de la résistance offerte par la personne, et doivent toujours être réduits au minimum requis. L'utilisation des mesures de ce type doit être déclarée et il faut en faire le suivi en effectuant une réévaluation périodique.

Dans le cas d'un geste d'accompagnement ou thérapeutique, la personne n'offre pas de résistance. Il s'agit davantage d'un geste de rappel ou visant à orienter la personne vers un lieu approprié à ses besoins.

G. Isolement en prévention et contrôle des infections

Dans le contexte normal du programme de prévention et de contrôle des infections²¹, le fait d'isoler la personne dans sa chambre est une mesure de contrôle des infections. Les conditions d'hébergement et les modalités de prestation des soins appliquées dans ce cadre s'adressent à toutes les personnes présentant des caractéristiques les rendant vulnérables face à un agent infectieux (isolement de protection chez les personnes immunosupprimées) ou à l'égard du risque qu'elle puisse transmettre un tel agent à l'entourage. Les balises relatives à cette mesure de contrôle sont inscrites dans le programme de prévention et de contrôle des infections de l'établissement²² et suivent le cadre de référence à l'intention des établissements sur les infections nosocomiales. Ces règles de prévention sont établies et approuvées par le comité de prévention des infections qui est sous la responsabilité de chaque établissement²³.

Cette mesure de contrôle peut s'effectuer selon deux modalités : 1) elle peut être mise en place avec la collaboration de la personne ou 2) avec l'ajout de processus pour obtenir la collaboration de l'individu et assurer le respect des mesures de prévention des infections. Ainsi, lorsque la personne n'est pas en mesure de respecter les consignes et que l'on doit avoir recours à un moyen supplémentaire, ce dernier est considéré comme une mesure de contrôle au sens de l'article 118.1 de la LSSSS et son application doit être conforme au protocole d'application des mesures de contrôle (contention, isolement, substance chimique) de l'établissement.

21 MSSS (2006). *Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales*, 2006-2009, 58 pages.

22 MSSS (2006). *Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, 109 pages.

23 MSSS (2012). *Principes généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales, Répertoire des guides de planification immobilière*, 2e édition, page 21.

CHAPITRE 3

La décision d'utiliser une mesure de contrôle : un acte réservé

L'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28), vient ajouter des professionnels pour qui la décision de mettre en isolement ou sous contention est dorénavant un acte réservé dans les établissements régis par la LSSSS.

Tableau résumé des activités réservées selon les professionnels

Professionnels	Contention	Isolement	Substance chimique
Médecin	OUI *	OUI **	OUI
Infirmière	OUI *	OUI **	NON, sauf infirmière praticienne spécialisée (IPS) et selon autorisation
Ergothérapeute	OUI *	OUI **	NON
Physiothérapeute	OUI *	NON	NON
Travailleur social	OUI **	OUI **	NON
Psychologue	OUI **	OUI **	NON
Psychoéducateur	OUI **	OUI **	NON

* Acte réservé en tous lieux

(*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002, chapitre 33)).

** Acte réservé lorsque la décision est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris, et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28)).

En vertu du *Code des professions*, « la décision d'utiliser des mesures de **contention** » est une activité réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au physiothérapeute en tous lieux, ainsi qu'au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur, lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* (RLRQ, chapitre S-5) (ci-après la « LSSSS pour les autochtones cris »), et ce, en conformité avec leur champ d'exercices respectif.

La décision d'utiliser des mesures **d'isolement**, quant à elle, est une activité réservée au médecin, à l'infirmière, à l'ergothérapeute, au travailleur social, au psychologue et au psychoéducateur, et ce, en conformité avec leur champ d'exercice respectif lorsqu'elle est prise dans une installation maintenue par un établissement au sens de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris.

En ce qui concerne « la décision et la prescription d'utilisation d'une **contention chimique** », le recours à des médicaments demeure sous la responsabilité du médecin.

Dans certains cas, certains professionnels sont habilités à prescrire des médicaments. C'est notamment le cas des infirmières praticiennes spécialisées qui sont autorisées à prescrire certains médicaments selon les conditions prévues au *Règlement sur les activités visées à*

l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins (RLRQ, chapitre M-9, r. 13) pris par le Collège des médecins en vertu de la Loi médicale et du Code des professions.

La prise de décision en matière de mesure de contrôle requiert une analyse approfondie de la situation qui doit tenir compte de la personne concernée et des composantes de son environnement. Chaque situation est unique et nécessite que les professionnels habilités, la personne ou son représentant légal procèdent à une évaluation, à une planification de l'intervention et à une réévaluation de la situation.

La mise en application d'une mesure de contention ou d'isolement : un acte non réservé

L'application d'une mesure de contention ou d'isolement n'est pas un acte réservé. Comme l'indique le guide explicatif portant sur l'application des dispositions de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*²⁴ : « L'intervention planifiée doit être consignée au plan d'intervention et peut être appliquée par tout intervenant formé à cette fin. En établissement, ces mesures seront appliquées selon le protocole d'application des mesures de contrôle adopté par le conseil d'administration. »

Le personnel (professionnel ou non-professionnel et les responsables ou les employés dans les ressources ayant une entente contractuelle avec un établissement) autorisé par le protocole de l'établissement à procéder à son application devra le faire en conformité avec le protocole d'intervention adopté par l'établissement en vertu de la LSSSS et de la LSSSS pour les autochtones cris.

La mise en application d'une mesure de contention chimique : un acte réservé

L'application d'une contention chimique est réservée aux personnes autorisées, en conformité avec leur champ d'exercice spécifique, et qui sont habilitées à administrer une médication. De plus, s'il s'agit d'une médication qui doit être utilisée au besoin (PRN²⁵), dans un but de contention chimique, il faut qu'il y ait au préalable, comme pour toute mesure de contrôle, une évaluation de l'état du patient, une planification de l'intervention et une réévaluation de la situation. Bien entendu, cette médication administrée « au besoin » ne doit être utilisée qu'en dernier recours, après que toutes les mesures de remplacements ont été essayées et seulement si la personne représente toujours un danger pour elle-même ou pour autrui.

Application d'une mesure de contention ou d'isolement dans certaines ressources

L'environnement où vit l'utilisateur est un point important dans l'analyse de la décision d'utiliser ou non une mesure de contrôle. Certains milieux ne sont pas adaptés à l'utilisation de l'isolement ou d'une contention physique. On doit aussi rappeler que l'usage d'une mesure de contrôle, si elle a lieu, doit être fait de façon exceptionnelle, en dernier recours, après

24 Collectif, sous la direction de l'Office des professions du Québec (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Le Guide explicatif*, page 66.

25 Note : PRN, définition du mot latin Pro re nata qui signifie au besoin. Donc, une médication PRN doit être utilisée au besoin; ce n'est pas une médication régulière et elle doit avoir été prescrite.

l'application de toutes les mesures de remplacement possibles et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Certains règlements et divers documents apportent des balises entourant les situations où, de façon exceptionnelle et en dernier recours, il y aurait usage d'une mesure de contrôle dans un lieu autre qu'un établissement au sens de la LSSSS.

Pour les ressources intermédiaires (RI) ou les ressources de type familial (RTF) qui ont un lien contractuel avec un établissement, on retrouve 1) le *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial*²⁶ qui permet à l'établissement de déterminer les services de soutien ou d'assistance particuliers que la RI/RTF doivent rendre à un usager selon ses besoins et son plan d'intervention ainsi que 2) le guide d'utilisation de l'instrument de détermination et de classification²⁷ qui vient baliser et préciser l'application de ce règlement et 3) le cadre de référence pour les RI/RTF²⁸ qui identifie, notamment, les rôles et les responsabilités d'un établissement à l'égard d'un usager confié à une RI/RTF, y compris le suivi professionnel à accorder à l'usager et les moyens d'assurer le contrôle de la qualité des services qui lui sont rendus.

En ce qui concerne les résidences pour aînés (RPA) qui ont des ententes de services avec les établissements, soit pour tous leurs usagers ou seulement certains d'entre eux, on trouve les renseignements pertinents dans 1) le *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*²⁹ ainsi que dans 2) le manuel d'application qui s'y rapporte³⁰. Rappelons qu'il n'est pas prévu qu'il y ait des mesures de contrôle dans une RPA autonome. En RPA semi-autonome, si de telles mesures surviennent en contexte d'urgence, les articles 76 à 78 (pages 60 et 61 du Manuel d'application de 2013) détaillent la procédure à suivre.

Tous ces milieux de vie ont comme premier objectif de s'assurer que les soins donnés et les services requis par l'état de santé et de bien-être de l'usager sont adéquats et de qualité³¹.

Le modèle de Kayser-Jones

Cette section expose le modèle présenté au cours des formations nationales sur les mesures de contrôle³². Il existe d'autres modèles ou approches pour baliser l'intervention en matière de mesures de contrôle. Chaque établissement est libre d'utiliser le modèle qui lui convient, pourvu que celui-ci respecte les principes présentés dans le modèle de Kayser-Jones et qu'il permette une évaluation globale de la personne et de son environnement dans une perspective interdisciplinaire impliquant le jugement professionnel et favorisant la

26 *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial* (RLRQ, chapitre S-4.2, r. 3.1).

27 MSSS (2013). *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial – Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*, 115 pages.

28 MSSS (2014). *Cadre de référence – Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial*, 207 pages.

29 *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés* (RLRQ chapitre S-4.2, r. 5.01).

30 MSSS (2013). *Manuel d'application – Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, 143 pages.

31 Collectif, sous la direction de l'Office des professions du Québec (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Le Guide explicatif*, page 65.

32 MSSS (2006). *Programme de formation – Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*.

participation des autres intervenants et personnes concernées, la personne visée au premier chef et aussi son représentant légal, le cas échéant.

Le modèle de Kayser-Jones (1992) a pour but d'expliquer ce qui influence l'intervenant dans sa décision de recourir ou non à une mesure de contrôle.

Ce modèle montre que les comportements et les réactions d'une personne sont influencés par les composantes de son environnement, qui influencent à leur tour directement l'intervenant quant à sa décision d'appliquer ou non une mesure de contrôle.

Les cinq composantes de ce modèle sont :

A. La personne

La personne est au centre du modèle et doit être évaluée globalement et respectée dans son intégralité (en fonction, par exemple, de son âge, de son degré d'autonomie fonctionnelle et cognitive, de sa capacité à effectuer ses activités quotidiennes).

B. L'aspect psychosocial et culturel

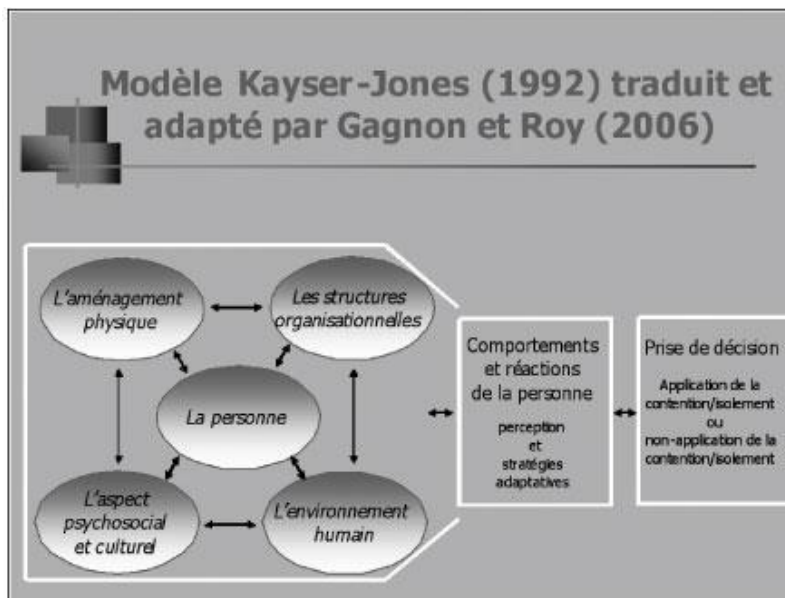
Cette composante fait référence aux croyances, aux valeurs, aux préférences, aux attitudes et aux habitudes de vie de la personne et de son entourage.

C. L'aménagement physique

Cette composante concerne l'environnement physique (ex. : aménagement de la chambre, disposition du mobilier, éclairage, bruit environnant et disponibilité du matériel de remplacement).

D. Les structures organisationnelles

Cette composante comprend l'ensemble des moyens mis en place par l'établissement pour éviter de recourir aux mesures de contrôle (ex. : procédures et politique, disponibilité du personnel et formation du personnel).



E. L'environnement humain

Cette composante concerne tous les membres entrant en interaction avec la personne (ex. : famille, proches, amis, intervenants et autres usagers).

Le modèle de Kayser-Jones démontre que la réduction des mesures de contrôle dépend de la mise en place de stratégies visant à modifier les composantes environnementales tout autant que les interventions directes sur la personne.

Les étapes du processus décisionnel dans un contexte d'intervention planifiée

La décision d'appliquer une mesure de contrôle doit reposer sur une évaluation complète et individualisée. La démarche proposée dans ce document vise à guider le professionnel et l'équipe interdisciplinaire, qui travaille ensemble dans ce processus décisionnel, dans le but d'assurer une évaluation globale de la personne.

Cette démarche, qui tient compte des différentes composantes du modèle de Kayser-Jones, comporte cinq étapes³³ :

1. L'évaluation de la situation

L'évaluation vise à décrire les comportements de la personne et à déterminer les causes sous-jacentes à ces comportements. Cette évaluation doit être globale et tenir compte à la fois des caractéristiques de la personne et des composantes de son environnement. Compte tenu de la complexité de ces situations, la contribution de différents professionnels peut être nécessaire pour une évaluation complète, puisque nous pouvons être en présence d'évaluation réservée.

2. L'analyse et l'interprétation des informations

Le ou les professionnels habilités analysent les données et posent un jugement clinique sur la condition de la personne et sur le niveau de risque de lésion qu'elle présente pour elle-même ou pour autrui.

3. La planification des interventions

En situation de comportement susceptible de se répéter et présentant un danger réel pour la personne ou pour autrui, le ou les professionnels habilités, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, la personne elle-même ou ses proches, établissent le plan d'intervention ou un plan de service, notamment en indiquant les mesures de remplacement à instaurer pour éliminer le comportement à risque ou en diminuer la fréquence.

4. La communication du plan d'intervention

Le succès de l'application du plan d'intervention requiert qu'il soit élaboré avec la personne ou son représentant légal et communiqué à ses proches et à tous les intervenants concernés.

Dans les cas où une mesure de contrôle est planifiée, le professionnel habilité doit obtenir un consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal. Conséquemment, celui-ci doit discuter avec la personne ou son représentant légal des motifs justifiant l'utilisation, en dernier recours, d'une mesure de contrôle, des risques inhérents à cette mesure ainsi que des modalités d'application et de surveillance afin de permettre à la personne ou à son représentant légal de faire un choix éclairé.

En tout temps, la personne ou son représentant légal peuvent retirer leur consentement. Dans certains cas, il faudra toutefois se questionner et évaluer la capacité de la personne à donner un consentement libre et éclairé. Si la personne est considérée comme inapte, un consentement substitué doit être obtenu. Par ailleurs, si la personne autorisée à donner un

33 MSSS (2006). *Programme de formation – Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement.*

consentement substitué juge la décision de l'établissement inappropriée, l'établissement devra présenter la situation au tribunal afin d'obtenir de celui-ci le consentement pour procéder à l'application de la mesure de contrôle.

5. La réévaluation

La réévaluation est primordiale. Elle s'effectue avec la personne ou son représentant légal en collaboration avec l'équipe soignante. Elle porte sur l'évolution de l'état de santé de la personne, sur l'efficacité des mesures (de remplacement et de contrôle) inscrites au plan d'intervention établi et, le cas échéant, sur la révision de la décision relative à l'utilisation d'une mesure de contrôle et sur les réajustements requis.

Lorsqu'une mesure de contrôle est appliquée, le professionnel habilité doit, en plus de faire une évaluation qui comporte ces cinq étapes, s'assurer du respect des modalités d'application de la mesure employée et veiller à donner les soins et la surveillance appropriés à la condition clinique de la personne.

CHAPITRE 4

Élaboration d'un protocole d'utilisation des mesures de contrôle

Comme mentionné en introduction de ce document, c'est en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS que tous les établissements doivent adopter un protocole d'application des mesures de contrôle en tenant compte des orientations ministérielles. Cette section présente les différents sujets que devrait contenir le protocole d'utilisation des mesures de contrôle d'un établissement.

Les établissements peuvent présenter les sujets qui figurent ci-dessous dans un ordre différent, selon leurs préférences. Lors de la révision du protocole, l'établissement doit le présenter au conseil d'administration pour adoption.

Sujets dont le protocole devrait traiter

L'introduction

L'introduction devrait préciser la raison d'être du protocole et indiquer à qui il s'adresse : les professionnels, les intervenants, les instances de l'établissement et les autres ressources ayant un lien contractuel avec cet établissement, ainsi que la clientèle visée.

Cette introduction devrait présenter les valeurs privilégiées par l'établissement, par exemple :

- le respect, la dignité et l'intégrité de la personne;
- la dispensation des soins de qualité;
- la mise à contribution les différents acteurs;
- la prise de moyens nécessaires pour réduire, voire éliminer le recours aux mesures de contrôle.

La raison d'être

Cette section devrait présenter les buts poursuivis par le protocole, notamment :

- respecter les lois et les orientations ministérielles;
- baliser l'utilisation des mesures de contrôle;
- assurer des règles de conduite et une pratique uniforme dans l'établissement;
- promouvoir la prévention et l'utilisation de mesures de remplacement;
- réduire le plus possible la fréquence et la durée d'application des mesures de contrôle;
- spécifier les responsabilités, et ce, par titre d'emploi des professionnels habilités et des intervenants impliqués dans le processus décisionnel concernant les mesures de contention, d'isolement et de substances chimiques;
- se doter de mécanismes de vigie sur les résultats de la recherche en matière de mesures de remplacement.

Les principes directeurs

Cette section devrait présenter les principes directeurs sur lesquels la décision d'appliquer une mesure de contrôle doit reposer. Ces principes sont de deux ordres : juridiques et déontologiques, et éthiques et cliniques.

A. Principes juridiques et déontologiques

Le protocole devrait présenter les principales règles juridiques et déontologiques directement liées à l'application d'une mesure de contrôle (isolement, contention et substance chimique).

Les articles de loi les plus importants des textes législatifs suivants devraient apparaître au protocole. D'autres textes législatifs pourraient être ajoutés à cette liste selon le besoin.

- *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, particulièrement l'article 118.1;
- *Code civil du Québec*;
- *Charte des droits et libertés de la personne* (Québec);
- *Charte canadienne des droits et libertés*;
- *Code des professions*;
- *Loi médicale*;
- *Loi sur les infirmières et les infirmiers*;
- Codes de déontologie des professionnels concernés;
- D'autres textes législatifs peuvent être ajoutés selon les clientèles visées.

À noter que ces textes de loi comportent plusieurs centaines d'articles différents. Selon le type d'établissement et de clientèle, il pourrait être opportun d'indiquer les principaux articles se rapportant aux mesures de contrôle, comme ceux qui concernent le consentement aux soins, l'intégrité de la personne, les exceptions possibles en cas de danger, etc.

B. Principes éthiques et cliniques

Le protocole devrait présenter les principes éthiques et cliniques qui doivent guider les décisions et baliser les actions des professionnels, des intervenants et des gestionnaires dans l'application des mesures de contrôle. Les établissements doivent se référer aux six principes énoncés dans les orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contrôle³⁴, tout en tenant compte des caractéristiques de la clientèle desservie. Les établissements peuvent expliquer ces principes.

1. Les mesures de contrôle sont uniquement utilisées comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent

Le protocole devrait mentionner que l'utilisation d'une mesure de contrôle doit s'inscrire dans un cadre thérapeutique et qu'elle ne doit en aucun cas être utilisée pour punir, intimider, corriger une personne ou modifier un comportement, ou pour répondre à des contraintes organisationnelles. Si une mesure de contrôle est utilisée, elle doit l'être dans le seul objectif d'empêcher la personne de s'infliger de façon imminente des blessures ou d'en infliger à autrui.

34 MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, pages 15 et 17.

2. Les mesures de contrôle ne doivent être envisagées qu'en dernier recours

Le protocole devrait stipuler que les professionnels habilités et les intervenants ne doivent avoir recours à l'isolement, à la contention ou à une substance chimique, qui constituent des mesures de contrôle de dernier recours, et dont l'utilisation doit être limitée dans le temps et qui doivent être utilisées avec la plus stricte parcimonie, que lorsque tous les autres moyens ont échoué (donc après avoir tenté d'appliquer sans succès toutes les mesures de remplacement possible) et que la sécurité immédiate de la personne ou de son entourage est menacée.

3. S'il faut avoir recours à une mesure de contrôle, il est nécessaire de choisir la mesure la moins contraignante pour la personne

Le protocole devrait rappeler que l'utilisation d'une mesure de contrôle, en dernier recours, doit causer le moins d'inconfort possible, être la moins contraignante pour l'usager, être appliquée pour la durée la plus courte possible et retirée dès qu'elle ne s'avère plus nécessaire.

Le protocole devrait préciser les balises relatives à la réévaluation de l'état de la personne et à la pertinence du maintien de la mesure de contrôle qui doit être effectuée afin d'éviter que la mesure de contrôle soit appliquée pour une période plus longue que nécessaire.

4. L'application d'une mesure 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

Le protocole devrait indiquer que :

La condition de la personne doit être à la base des préoccupations de tous les professionnels et de tous les intervenants dans leur décision d'appliquer une mesure de contrôle.

L'intervention doit être menée de façon sécuritaire dans une perspective de relation d'aide en respectant les droits de la personne, son intégrité et ses caractéristiques personnelles ainsi que celles de son entourage (physique et humain).

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit se faire en respectant les règles en matière de consentement. À cet égard, il faut chercher à obtenir un consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal en situation de contexte d'intervention planifiée.

L'utilisation d'une mesure de contrôle doit être faite de façon très sécuritaire. Les mesures de contrôle retenues ainsi que leur technique d'application doivent être conformes aux normes du fabricant et aux procédures établies appropriées. Aucune mesure de contrôle non approuvée ne devrait être utilisée.

Tout le personnel concerné par les mesures de contrôle des établissements et des ressources sous la responsabilité d'un établissement ou ayant un lien contractuel avec un établissement devrait avoir reçu la formation se rapportant à l'utilisation de ces mesures afin que celles-ci soient appliquées dans les règles et en tenant compte des besoins individuels de confort de la personne.

Il faut donner les soins requis (besoins d'hygiène, d'élimination, d'alimentation, d'hydratation et de mobilité) et assurer une surveillance appropriée et régulière selon les meilleures pratiques. De plus, les communications doivent être maintenues avec la personne et son

représentant légal, le cas échéant, pour assurer la sécurité sur les plans physique et psychologique.

L'application d'une mesure de contrôle doit être supervisée de façon attentive et révisée régulièrement. Cela limite les risques d'accident, de même que les possibilités de blessures ou de traumatismes pour la personne.

Le protocole de l'établissement doit définir les modalités d'application d'une mesure de contrôle. Ces modalités s'étendent à l'examen de l'ensemble du processus et à ses acteurs, soit : **avant** (analyse, prise de décision de recourir à une mesure de contrôle), **pendant** (application de la mesure de contrôle, surveillance³⁵ [afin de s'assurer de l'ajustement ou de l'arrêt de la mesure selon le besoin tout en veillant à la sécurité aussi bien de l'utilisateur que d'autrui], supervision de l'application de la mesure) et **après** (au moment de l'arrêt de l'application de la mesure de contrôle : examen des effets, analyse de l'impact de la décision, identification d'actions post mesures de contrôle, le tout dans le cadre d'une réévaluation postsituationnelle).

5. L'utilisation des mesures de contrôle, dans chaque établissement, doit être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles

Pour chacune des mesures de contrôle autorisées par l'établissement, des procédures claires et détaillées doivent être intégrées au protocole d'application, être appliquées autant dans les situations planifiées que dans les situations non planifiées et leur application doit être supervisée.

Ainsi, chaque établissement doit prévoir et promouvoir des procédures d'utilisation des mesures de contrôle et s'assurer de leur diffusion auprès des intervenants ainsi qu'auprès des ressources ayant un lien contractuel avec lui. Cela permet l'utilisation de procédures cohérentes et conformes aux principes directeurs³⁶ dans chaque situation, autant à l'étape de la prise de décision quant à un recours possible aux mesures de contrôle qu'au moment de l'application proprement dite et de la révision périodique.

6. L'utilisation des 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

Chaque établissement est responsable d'évaluer l'utilisation qu'il fait des mesures de contrôle. Les orientations ministérielles apportent les précisions suivantes à ce sujet : cette évaluation doit être effectuée dans une double perspective :

« La première consiste à valider la pertinence de recourir à de semblables mesures et à vérifier si, au moment de leur application, les procédures prévues ont été respectées. Il va de soi que les personnes visées par ces mesures de contrôle doivent, elles-mêmes ou leurs représentants, être appelées à participer au processus d'évaluation.

35 Note : La surveillance devrait impliquer, un double regard sur la situation par deux personnes différentes, ayant un rôle d'autorité et ayant l'obligation de rendre des comptes à l'établissement.

36 MSSS (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, page16.

La seconde consiste à suivre l'évolution de la situation en lien avec la poursuite d'objectifs précis au regard de la réduction du recours à ces mesures. Ce type d'évaluation devrait, quant à lui, favoriser le développement de mesures préventives et l'identification de mesures de remplacement à l'utilisation des mesures de contrôle.³⁷ »

Bien que cette responsabilité d'évaluation et de suivi revienne aux conseils d'administration, ceux-ci peuvent, comme l'indiquent les orientations ministérielles, faire appel à d'autres instances pour mener à bien cet exercice. Les établissements devraient préciser dans leur protocole la fréquence et les délais dans lesquels le conseil d'administration s'acquitte de cette obligation.

Pour effectuer cette évaluation et ce suivi, l'établissement se dote d'outils appropriés pour compiler les informations relatives au processus décisionnel. Par ailleurs, tout incident ou tout accident lié à l'application d'une mesure de contrôle devrait faire l'objet d'une évaluation rigoureuse et d'une recommandation du comité de gestion des risques au conseil d'administration de l'établissement.

Les définitions des termes contenus dans le protocole

Le protocole devrait définir les termes utilisés en conformité avec les définitions fournies 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. »
- substance chimique : « Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament. »

Les types de mesures de contrôle autorisées dans l'établissement

Le protocole devrait :

- énoncer quelles sont les mesures de contrôle autorisées et proscrites dans l'établissement;
- insister sur l'importance d'utiliser les équipements ou les dispositifs autorisés dans l'établissement en respectant les spécifications des fabricants;
- indiquer la marche à suivre pour l'utilisation d'un équipement non approuvé par Santé Canada ou non reconnu par un établissement du réseau spécialement accrédité à cette fin;
- spécifier que toutes autres mesures de contrôle que celles qui sont autorisées devraient faire l'objet d'une évaluation ou obtenir l'autorisation de l'équipe décisionnelle;
- rappeler que les équipements et dispositifs de type « maison » sont à proscrire en raison des risques à la sécurité associés à leur utilisation;
- spécifier les règles à suivre pour la clientèle hébergée dans les RI/RTF ayant un lien contractuel avec l'établissement en mentionnant que l'établissement doit déterminer adéquatement le service de soutien ou d'assistance particulier que la ressource doit rendre dans ce contexte et le préciser en collaboration avec la ressource selon le

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

Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial³⁸;

- rappeler que même si des mesures de contrôle ont été établies, l'application doit toujours faire appel au jugement clinique des professionnels qui les appliquent et faire l'objet d'une évaluation constante;
- prévoir les mesures de surveillance de l'état des équipements utilisés en tant que mesures de contrôle, notamment quant à leur durée de vie, leur maintenance, la vérification de l'équipement, etc. Enfin, l'établissement peut faire inscrire dans le protocole toutes les précisions qu'il juge nécessaires.

Les contextes d'application

Le protocole devrait définir les contextes d'application d'une mesure de contrôle : la situation planifiée et non planifiée.

Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle

Le processus décisionnel et les modalités d'application des mesures de contrôle devraient être décrits pour des situations planifiées et non planifiées.

Le protocole devrait préciser que les principes qui guident les gestes à accomplir demeurent les mêmes, que ces actions soient accomplies en contexte d'intervention planifiée ou en contexte d'intervention non planifiée, et qu'une évaluation postsituationnelle est requise lorsqu'une mesure de contrôle a été utilisée dans un contexte non planifié afin d'intégrer, le cas échéant, des mesures préventives et alternatives, en remplacement aux mesures de contrôle, dans le plan d'intervention de la personne.

Le protocole devrait également insister sur l'importance de la participation de la personne ou de son représentant légal à l'ensemble du processus décisionnel dans le cadre de l'élaboration du plan d'intervention.

Il devrait également définir les étapes relatives au processus décisionnel entourant l'application d'une mesure de contrôle.

A. Évaluation de la situation clinique

- évaluation clinique de la personne par des professionnels issus de différentes disciplines, possédant une expertise particulière et apportant une complémentarité d'opinions qui garantit une utilisation judicieuse et ultime de telles mesures;
- identification du problème;
- recherche des causes profondes (incluant l'histoire de vie de la personne);
- évaluation de la médication déjà prescrite (effets visés et effets obtenus);
- évaluation de l'environnement de l'utilisateur.

B. Planification de l'intervention

- identification des correctifs visant l'élimination de la cause ou des causes de la situation à risque;
- identification des mesures de remplacement. Pour vous aider, consultez l'aide-mémoire fait par le MSSS³⁹.

38 MSSS (2013). *Règlement sur la classification des services offerts par une ressource intermédiaire et une ressource de type familial – Guide d'utilisation de l'Instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*, page 106 et suivantes.

C. Réévaluation postsituationnelle

- implication de la personne dans la révision de la décision et de son plan d'intervention;
- validation de l'efficacité des mesures de remplacement utilisées;
- analyse de la pertinence d'appliquer une mesure de contrôle (en cas d'échec des mesures de remplacement);
- analyse des avantages et des effets indésirables associés à l'utilisation de la mesure de contrôle;
- choix de la mesure de contrôle appropriée à la situation;
- évaluation de la pertinence du type de mesure utilisée et de son maintien;
- réajustement du plan d'intervention, au besoin;
- détermination du délai maximal avant d'effectuer une réévaluation et analyse des distinctions selon les caractéristiques des clientèles lorsque cela est requis;
- évaluation du milieu de vie afin de vérifier s'il convient bien à l'utilisateur.

Lorsqu'il s'avère indispensable d'utiliser une mesure de contrôle, le protocole devrait préciser que, pour chaque personne, les modalités d'application de cette mesure doivent être définies, notamment en ce qui a trait aux éléments suivants :

- choix de la mesure;
- contre-indications;
- vérification du matériel de contention;
- procédure d'utilisation des mesures de contrôle;
- durée d'application de la mesure;
- fréquence de révision et suivi de la mesure;
- surveillance que requiert l'application de la mesure;
- indications concernant l'arrêt de la mesure.

La contribution des différents professionnels et intervenants

Le protocole devrait définir le rôle et les responsabilités des différents intervenants dans la démarche entourant l'utilisation d'une mesure de contrôle, et ce, dans le respect de leur champ d'exercice et de leurs activités réservées :

- personnes autorisées à décider de recourir à l'isolement (médecin et professionnels autorisés par le *Code des professions*);
- personnes autorisées à décider de recourir à une contention physique (médecin et professionnels autorisés par le *Code des professions*);
- personnes autorisées à décider de recourir aux contentions chimiques (médecin et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) selon les règles d'utilisation des médicaments en vigueur dans leurs établissements);
- personnes autorisées à appliquer une mesure de contrôle (isolement, contention physique et chimique);
- autres personnes pouvant contribuer à la surveillance des mesures de contrôle et à la mise en place de celles-ci (ex. : infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, éducateur spécialisé, personnel ou responsable d'une ressource, etc.);
- personnes responsables de remplir le formulaire de déclaration dont s'est doté l'établissement;
- personnes responsables de l'évaluation postsituationnelle et de l'ensemble de l'application du protocole de l'établissement.

Par ailleurs, un établissement peut préciser, dans son protocole, qu'il autorise seulement certains professionnels à décider de recourir à une mesure de contrôle parmi ceux qui sont habilités à le faire (exemple : l'établissement peut décider d'autoriser seulement les infirmières et les médecins à décider de recourir à la contention).

Le consentement

Le protocole devrait présenter les règles concernant le consentement :

- règles à respecter en contexte d'intervention planifiée et en contexte d'intervention non planifiée;
- informations qui ont fait l'objet d'une discussion et qui ont été transmises à la personne, à sa famille ou à son représentant légal, notamment les motifs justifiant l'application d'une mesure de contrôle, les mesures de remplacement qui ont été tentées, les motifs expliquant le choix de la mesure de contrôle, les effets attendus, les risques inhérents à cette mesure ainsi que les conditions d'application et de surveillance;
- modalités en cas de refus ou de retrait de consentement;
- modalités d'implication de la famille dans la décision;
- documentation au dossier de l'utilisateur.

Les modalités de surveillance

Le protocole devrait définir les modalités de surveillance d'une personne faisant l'objet de mesures de contrôle (isolement, contention physique ou chimique) :

- paramètres de surveillance;
- fréquence de la surveillance;
- personne responsable de la surveillance.

Le droit à l'information

Nonobstant ce qui est implicite en ce qui concerne l'obtention du consentement de l'utilisateur ou de son représentant légal, un rappel doit être fait au sujet de l'information à transmettre à l'utilisateur ou à son représentant légal, eu égard aux droits de la personne et aux diverses ressources de la communauté pertinentes en cette matière, en plus de transmettre l'information concernant le protocole de l'établissement.

La tenue de dossier

Le protocole devrait encadrer la tenue de dossier et indiquer quels sont les renseignements à conserver :

- informations à consigner au dossier;
 - le deuxième alinéa de l'article 118.1 de la LSSSS énumère les éléments de base, par exemple : « Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure »;
- l'endroit où les informations doivent être consignées (dans le système d'information clientèle en place dans l'établissement, au dossier de l'utilisateur, sans l'outil de collecte de donnée de mesures de contrôle, etc.).

La formation et le soutien des professionnels

Les établissements ont la responsabilité d'assurer une formation adéquate à leur personnel. Le protocole devrait présenter les modalités choisies par l'établissement pour s'assurer de la formation dans le cadre des programmes d'accueil et d'orientation à l'arrivée en emploi et en cours d'emploi. Il est important de maintenir à jour les connaissances et les compétences du personnel par différents moyens, dont la formation continue.

La consigne de la Direction de l'éthique et de la qualité (2013-001), adressée entre autres aux directeurs généraux des établissements, rappelle que consécutivement aux formations nationales diffusées de 2006 à 2008, chaque milieu avait pour mandat 1) de former au minimum 66 % de son personnel (par catégories d'emplois) et cette consigne touchait principalement les professionnels habilités à décider (acte réservé) ainsi que toutes personnes concernées par les mesures de contrôle et 2) d'assurer un transfert des connaissances en ce qui a trait à ses formateurs. Cette formation, intitulée « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement », est issue des programmes nationaux et est obligatoire.

De plus, le personnel (professionnel ou non-professionnel) autorisé par le protocole de l'établissement à procéder à l'application d'une mesure de contrôle doit être formé pour utiliser ces mesures afin que celles-ci soient appliquées dans les règles et en tenant compte des besoins individuels de confort de la personne et ainsi limiter les risques d'accident.

L'évaluation et la diffusion des résultats

Le protocole devrait indiquer les mécanismes de suivi mis en place par l'établissement et la direction responsable de ce suivi :

- personnes responsables de l'analyse des résultats;
- périodicité de l'analyse des résultats;
- modalités de reddition de compte au conseil d'administration;
- diffusion des résultats dans l'établissement et auprès de la population locale;
- toutes autres modalités favorisant la transparence.

Les mécanismes de plaintes

Le protocole devrait aussi rappeler quels sont les mécanismes de plaintes en vigueur dans l'établissement pour les personnes qui souhaitent y avoir recours. Les organismes de défense des droits pertinents et ceux qui sont mandatés pour accompagner les personnes dans ces démarches devraient également figurer comme ressources disponibles et faire l'objet d'information aux personnes.

Le rapport annuel

Les établissements sont tenus d'inscrire des informations à leur rapport annuel de gestion concernant l'application des mesures de contrôle. Le protocole de l'établissement doit préciser quelles sont les informations pertinentes à cette bonne gestion.

CONCLUSION

Conformément à l'article 118.1 de la LSSSS, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux doivent adopter un protocole d'application des mesures de contrôle. Le présent document a pour but de servir de guide à l'élaboration de ce protocole et à l'évaluation annuelle de l'application de ces mesures par les établissements. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux peuvent ajouter des mesures complémentaires dans leur protocole, en fonction du contexte clinique des clientèles qu'ils desservent.

Un protocole d'application des mesures de contrôle est un document de référence qui s'adresse à tous les gestionnaires, médecins, intervenants, professionnels et non-professionnels qui dispensent des soins et des services aux personnes pouvant nécessiter, par mesure de sécurité, qu'on applique à leur endroit des mesures de contrôle. Tous doivent bien connaître le protocole d'application des mesures de contrôle et sont tenus de s'y conformer. De même, les personnes visées par l'utilisation d'une mesure de contrôle, leur représentant et leur famille doivent être informés du contenu du protocole de l'établissement.

Le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle* précise les modalités d'application des principes directeurs énoncés dans les orientations ministérielles. Il présente également les informations requises dans le protocole de chaque établissement. La présente version révisée contient plusieurs mises à jour, compléments d'information et, surtout, apporte des précisions au sujet de la notion de substance chimique utilisée comme mesure de contrôle.

La préparation d'un protocole est un exercice exigeant, mais un tel protocole est requis au plan légal en raison de la portée de l'application de mesures de contrôle dans la vie des personnes.

Le soin que les établissements auront mis à élaborer leur protocole aura des retombées bénéfiques pour les usagers.

En terminant, rappelons que la démarche d'application, d'évaluation continue et de révision du protocole est fondamentale puisque les usagers sont au centre des préoccupations des intervenants, des professionnels et des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA CONTINUITÉ DES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET DU PLAN D'ACTION RELATIFS À L'UTILISATION EXCEPTIONNELLE DES MESURES DE CONTRÔLE : CONTENTION, ISOLEMENT ET SUBSTANCES CHIMIQUES. IL VISE À SERVIR DE GUIDE À L'ÉLABORATION DES PROTOCOLES D'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE PAR LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU.

Sarao, Nicole

From: Sarao, Nicole
Sent: February 11, 2022 4:04 PM
To: lalexeev@novalex.co; mpcaza@novalex.co; jpgroleau@dwpv.com; jgirard@dwpv.com; jlemieux@dwpv.com; gcharlebois@dwpv.com; serge.ghorayeb@justice.gouv.qc.ca; bernardroy@justice.gouv.qc.ca; Alexandra.hodder@justice.gouv.qc.ca
Cc: Lafond, Valérie; Saint-Onge, Jean; Merminod, Anne; Traoré, Zeinabou
Subject: NOTIFICATION - Eleanor Lindsay c. Procureure générale du Québec et al. - S.C.M. 500-06-001022-199
Attachments: Demande pour permission de produire une preuve appropriée et pour interroger la représentante avec pièces ES-1 à ES-3.pdf

BORDEREAU DE NOTIFICATION PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE (ARTICLE 134 C.P.C.)

DATE :

Montréal, le 11 février 2022

EXPÉDITEUR :

Nom : Me Valérie Lafond / Me Jean Saint-Onge / Me Anne Merminod
Étude : **BORDEN LADNER GERVAIS S.E.N.C.R.L., S.R.L.**
Adresse : 1000, rue De La Gauchetière Ouest, bureau 900
Montréal, Québec, H3B 5H4
Avocats des défendeurs Centres jeunesse
Téléphone : 514.879.1212
Ligne directe : 514.395.2722
Courriel : vlafond@blg.com / jsaintonge@blg.com / amerminod@blg.com
Notre dossier : 243960.001257

DESTINATAIRE(S) :

Nom : Me Lev Alexeev / Me Marie-Pier Caza
Étude : NOVAlex Law Firm inc.
Adresse : 1195, rue Wellington, bureau 301
Montréal (Québec) H3C 1W1
Avocats de la demanderesse
Téléphone : 514.903.0835
Courriel : lalexeev@novalex.co / mpcaza@novalex.co
Votre dossier : 1860-00912

Nom : Me Jean-Philippe Groleau/ Me Julie Girard/ Me Joseph-Anaël Lemieux/ Me Guillaume Charlebois
Étude : **Davies Ward Phillips & Vineberg**
Adresse : 1501, avenue McGill College, 26^e étage
Montréal, (Québec) H3A 3N9

Avocats-conseil de la demanderesse

Téléphone :
Courriel : jpgroleau@dwpv.com / jgirard@dwpv.com / jlemieux@dwpv.com /
Votre dossier : gcharlebois@dwpv.com

Nom : Me Serge Ghorayeb / Me Alexandra Hodder
Étude : Bernard, Roy (Justice – Québec)
Adresse : 1, rue Notre-Dame Est, bureau 8.00
Montréal (Québec) H2Y 1B6

Avocats de la défenderesse PGQ

Téléphone : 514.393.2336, poste 51553 / poste 51617
Courriel : serge.ghorayeb@justice.gouv.qc.ca
Notification : bernardroy@justice.gouv.qc.ca / alexandra.hodder@justice.gouv.qc.ca
Votre dossier :

NUMÉRO DE DOSSIER DE COUR ET NATURE DU DOCUMENT NOTIFIÉ :

Numéro de dossier : 500-06-001022-199
Parties : Eleanor Lindsay c. Procureure générale du Québec et al.
Nature du document : **DEMANDE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ VISÉS POUR PERMISSION DE PRODUIRE UNE PREUVE APPROPRIÉE ET POUR INTERROGER LA REPRÉSENTANTE ET PIÈCES ES-1 À ES-3 (art. 574 al 3 C.p.c.)**

Nombre de pages : 164
(pièces jointes seulement)



Nicole Sarao

Paralegal Supervisor – Health Law - Commercial litigation and Construction law

T 514.954.3157 | NSarao@blg.com

1000 De La Gauchetière St. W, Suite 900, Montréal, QC, Canada H3B 5H4

BLG | Canada's Law Firm

Calgary | Montréal | Ottawa | Toronto | Vancouver

blg.com | To manage your communication preferences or unsubscribe, please click on blg.com/mypreferences/

Borden Ladner Gervais LLP

This message is intended only for the named recipients. This message may contain information that is privileged, confidential or exempt from disclosure under applicable law. Any dissemination or copying of this message by anyone other than a named recipient is strictly prohibited. If you are not a named recipient or an employee or agent responsible for delivering this message to a named recipient, please notify us immediately, and permanently destroy this message and any copies you may have. Warning: Email may not be secure unless properly encrypted.

COUR SUPÉRIEURE
(Action collective)

DISTRICT DE MONTRÉAL
N° : 500-06-001022-199

ELEANOR LINDSAY

Partie demanderesse

c.

PROCUREURE GÉNÉRALE DU QUÉBEC

Partie défenderesse

-et-

**CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT
CISSSS DU SAGUENAY – LAC-SAINT-JEAN
ET AL.**

Partie défenderesse

**DEMANDE DES ÉTABLISSEMENTS DE
SANTÉ VISÉS POUR PERMISSION DE
PRODUIRE UNE PREUVE APPROPRIÉE ET
POUR INTERROGER LA REPRÉSENTANTE
ET PIÈCES ES-1 À ES-3
(art. 574 al 3 C.p.c.)**

ORIGINAL

1000, rue De La Gauchetière Ouest
Bureau 900
Montréal, QC, Canada H3B 5H4
Téléphone : 514.879.1212
Télécopieur : 514.954.1905
Viafond@blg.com/ 514.395.2722
B.M. 2545 [bsaintonge@blg.com/ 514.954.2551](mailto:bsaintonge@blg.com)
[amermindod@blg.com/ 514.954.2529](mailto:amermindod@blg.com)

Borden Ladner Gervais

BLG

Mes Valérie Lafond, Jean Saint-Onge et Anne
Mermindod
Dossier : 243960-001257