

**ÉTUDE SUR L'UTILISATION DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION AU SEIN
DES MISSIONS RÉADAPTATION JEUNESSE DES CISSS ET CIUSSS DU QUÉBEC,
AINSI QUE DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS NON FUSIONNÉS**

MAI 2017

Document adopté à la 642^e séance de la Commission,
tenue le 26 mai 2017, par sa résolution COM-642-5.1.1



Véronique Emond, avocate
Secrétaire de la Commission

Analyse, recherche et rédaction :

Mme Véronique Noël, chercheure
Direction de la protection et de la promotion des droits de la jeunesse

M^e Sophie Papillon, conseillère juridique
Direction de la protection et de la promotion des droits de la jeunesse

Traitement de texte :

Chantal Saint-Georges
Direction de la protection et de la promotion des droits de la jeunesse

INTRODUCTION.....	4
PARTIE 1 : LES DÉFINITIONS ET LES OUTILS NORMATIFS	5
PARTIE 2 : LE CONTEXTE JURIDIQUE.....	8
2.1 L'historique législatif	8
2.2 Les droits concernés par l'imposition de mesures d'isolement et de contention ...	11
2.3 La jurisprudence pertinente	13
PARTIE 3 L'USAGE CONTROVERSÉ DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION .	15
PARTIE 4 : LES PRATIQUES RELATIVES À L'UTILISATION DE L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	18
4.1 Les politiques relatives à l'isolement et la contention des CISSS et des CIUSSS	18
4.1.1 Analyse des politiques en regard de leur conformité au cadre de référence du MSSS.....	19
4.1.2 La différenciation entre mesures de contrôle et mesures disciplinaires	23
4.2 Les jeunes susceptibles de faire l'objet de mesures de contrôle	24
4.3 L'isolement : tendance générale à la diminution	27
4.3.1 L'analyse des statistiques relatives à l'isolement	27
4.3.2. Le contexte d'utilisation de l'isolement et son application.....	31
4.4 La contention : une mesure en hausse	33
4.4.1 L'analyse des statistiques relatives à la contention.....	33
4.4.2. Le contexte d'utilisation de la contention et son application	36
4.5 Les mesures mises en place pour prévenir l'utilisation des mesures de contrôle.	38
4.6 Les unités pédopsychiatriques : un fonctionnement similaire.....	40
CONCLUSION	43
Annexe 1 Méthodologie et limites de l'étude	48
1.1 Les politiques des établissements	48
1.2 Les statistiques obtenues par le biais des demandes d'accès	49
1.3 Les entrevues et la sélection des répondants	50
1.4 Les limites de l'étude	50
Annexe 4 : Questionnaire	55

INTRODUCTION

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (la Commission) a pour mission de veiller au respect des principes énoncés dans la Charte des droits et libertés de la personne¹ ainsi qu'à la protection de l'intérêt de l'enfant et au respect des droits qui lui sont reconnus par la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)² et par la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA)³.

Elle est notamment chargée de faire enquête sur toutes situations pour lesquelles elle a des raisons de croire que les droits d'un enfant ou d'un groupe d'enfants ont été lésés, tel que le prévoit l'article 23 b) de la LPJ.

L'article 23 f) de cette même loi prévoit également que la Commission peut entreprendre des études et des recherches, notamment sur toute question relative à sa compétence ou de sa propre initiative. C'est en vertu de cette disposition que la Commission a entrepris la présente étude, ayant été informée par le biais des médias d'une situation préoccupante.

Plus particulièrement, le 1^{er} février 2016, Radio-Canada publiait un article exposant l'augmentation de l'utilisation de l'isolement et de la contention dans un centre de réadaptation pour jeunes d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Québec.

Considérant le caractère alarmant des chiffres dont elle a eu connaissance, la Commission a présenté des demandes d'accès à l'information en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels⁴ dans l'ensemble des CISSS et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Québec qui comportent une mission de réadaptation pour jeunes en difficultés, ainsi que dans des établissements non fusionnés⁵. En mai 2016, des demandes supplémentaires ont été présentées à certains établissements fusionnés ainsi que non fusionnés offrant des services de pédopsychiatrie : l'Institut Philippe-Pinel, le Centre de pédopsychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

¹ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12 (ci-après « Charte »).

² *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1, (ci-après « LPJ »).

³ *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents*, RLRQ, c. P-34.1, art.23 (ci-après « LSJPA »).

⁴ *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ, c. A-2.1.

⁵ Les établissements non fusionnés dont il est question ici sont la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James.

À la suite de la réception des données, de l'analyse préliminaire de celles-ci et des écarts constatés entre les différents établissements, la Commission a décidé d'entreprendre une étude ayant pour objectif de vérifier si les pratiques relatives à l'utilisation de l'isolement et de la contention concernant les enfants hébergés en centre de réadaptation ou en unité pédopsychiatrique en vertu de la LPJ ou de la LSJPA sont conformes à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁶ et au Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle⁷ (cadre de référence) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Pour y parvenir, un portrait quant aux pratiques d'utilisation de l'isolement et de la contention au Québec est réalisé et des recommandations aux organismes et ministères concernés sont formulées.

L'étude est divisée en quatre parties. La première partie traite des définitions de l'isolement et de la contention et aborde les outils normatifs pertinents. La seconde partie porte sur le contexte juridique en lien avec ces mesures. La troisième partie présente de façon succincte les enjeux relatifs à l'utilisation de l'isolement et de la contention recensés dans la littérature. Enfin, la dernière partie présente le portrait relatif à l'utilisation de l'isolement et de la contention, qui a été réalisé avec les chiffres obtenus des établissements et les entrevues effectuées auprès des répondants ayant participé à l'étude⁸.

PARTIE 1 : LES DÉFINITIONS ET LES OUTILS NORMATIFS

L'isolement et la contention sont des mesures de contrôle au sens de l'article 118.1 de la LSSSS. En raison notamment de la restriction qu'elles imposent à la liberté individuelle, elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours :

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

⁶ Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2 (ci-après « LSSSS »). L'article 118.1 est décrit à la partie 1.

⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle – Contention, isolement et substance chimique*, 2011.

⁸ La méthodologie utilisée ainsi que les limites de l'étude sont décrites à l'annexe 1. Le questionnaire utilisé se retrouve à l'annexe 4.

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.

Plus particulièrement, cette disposition prévoit que ces mesures doivent être utilisées de façon exceptionnelle et ne peuvent être employées que dans le but d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui, pour la période de temps la plus courte possible.

De plus, la loi précise que l'utilisation de l'isolement ou de la contention doit faire l'objet d'une mention détaillée au dossier du jeune. Elle prévoit aussi que tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures.

La LSSSS ne définit pas ce qu'elle entend par les mesures mentionnées à l'article 118.1. Toutefois, les *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques* (ci-après « orientations ministérielles »)⁹, adoptées en 2002, apportent les définitions suivantes :

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

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 à un handicap.

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

En fonction de la définition de la contention présentée plus haut, nous avons spécifié dans le cadre de l'étude deux formes d'utilisation de cette mesure, soit la contention physique et la contention mécanique. La contention physique se caractérise par des techniques utilisées pour maintenir une personne dans une position. La contention mécanique se distingue par la mise en place de moyens mécaniques (ex. menottes, barrières de lit) pour maintenir une personne dans une position. Spécifions de plus que l'administration d'une substance chimique constitue également une forme de contention.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Orientations 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, contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

Mentionnons que le MSSS, dans ses orientations ministérielles, encourage les établissements à développer des mesures de remplacement qui feront en sorte de diminuer significativement, voire éliminer, l'utilisation de ces mesures¹⁰. Il énonce également les six principes directeurs qui doivent guider les établissements dans l'élaboration de leur protocole d'application des mesures de contrôle¹¹.

- Les mesures de contrôle ne doivent être utilisées que comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent;
- Les mesures de contrôle ne doivent être envisagées qu'en dernier recours;
- 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 soit la moins contraignante possible;
- L'application de ces mesures 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;
- L'application de ces mesures doit être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles;
- L'application de ces mesures doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

Enfin, en 2011, le MSSS a adopté le *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*¹², qui a été révisé en 2015¹³. Ce document précise certains éléments relatifs à l'application des orientations ministérielles.

Ainsi, le cadre de référence traite notamment du contexte d'application des différentes mesures de contrôle, il distingue alors entre le contexte d'intervention planifiée et le contexte d'intervention non planifiée.

Intervention planifiée

Le cadre de référence précise que l'intervention planifiée est appropriée lorsque la personne a un comportement susceptible de se répéter et que ce comportement

¹⁰ *Id*, p. 15.

¹¹ *Id*, p. 15.

¹² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 8.

¹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'Application des mesures de contrôle — Contention, Isolement et substances chimiques*, Édition révisée mars 2015; afin d'inclure la notion de « substance chimique » dans les types de mesures de contrôle pouvant être utilisées et apporter certaines modifications nécessaires dans le contexte 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*.

représente un danger réel pour la personne elle-même ou pour autrui¹⁴. L'utilisation d'une mesure de contrôle découlerait alors d'un plan d'intervention interdisciplinaire¹⁵.

Le cadre de référence mentionne également qu'en matière d'intervention planifiée, le consentement de la personne concernée est requis. La nécessité du consentement découle des articles 10 et 11 du *Code civil du Québec*¹⁶ qui traitent respectivement du droit à la dignité et du consentement aux soins.

Intervention non planifiée

Toujours selon le cadre de référence, l'intervention non planifiée, quant à elle, s'applique lors de situations inhabituelles ou qui ne peuvent être prévues. Dans un tel contexte, la personne concernée représente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui. En pareille situation, le consentement de celle-ci n'est pas nécessaire.

À cet égard, mentionnons que la présente étude traitera du concept de l'intervention planifiée en ce qui a trait à la clientèle des enfants et des adolescents.

Enfin, précisons que le cadre de référence énonce les sujets que devrait contenir un protocole d'utilisation des mesures de contrôle, qui doit être adopté par chaque établissement en vertu de l'article 118.1 de la LSSSS.

PARTIE 2 : LE CONTEXTE JURIDIQUE

2.1 L'historique législatif

La LPJ, lors de son entrée en vigueur en 1979, ne contenait aucune référence à une quelconque mesure privative de liberté.

La première mention, dans cette loi, à une mesure restreignant la liberté des jeunes dans les centres de réadaptation a été introduite en 1981, en lien avec l'hébergement en « unité sécuritaire », qui était alors défini comme suit :

« Un endroit, caractérisé par un aménagement plus limitatif, situé dans un centre d'accueil, où sont dispensés, par un personnel approprié, des services de réadaptation visant la réintégration sociale de l'enfant et où sont appliquées, par ce personnel, des règles internes particulières et des mesures visant à contrôler les déplacements de l'enfant en vue de lui venir en aide tout en protégeant la société (ancien paragraphe h) de l'article 1). »¹⁷

¹⁴ *Id.*, p. 4.

¹⁵ *Id.*, p. 4 et 5.

¹⁶ *Code civil du Québec*, L.Q. 1991, c. 64.

¹⁷ C'était alors le tribunal qui ordonnait l'hébergement de l'enfant dans une « unité sécuritaire ».

Précisons toutefois qu'en 1984, toute référence à ces unités a disparu de la LPJ, tel que le recommandait alors la Commission Charbonneau¹⁸. En revanche, le législateur a introduit le principe indiquant que l'enfant hébergé en vertu de cette même loi doit l'être dans un lieu approprié à ses besoins et qui respecte ses droits, retrouvé à l'article 11.1.

Malgré ceci, aucune disposition ne venait alors baliser l'utilisation des mesures de contrôle telles que l'isolement et la contention. Seul le Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, adopté en vertu de la LSSSS en 1981, précisait que les établissements devaient adopter des règlements internes sur les « mécanismes à mettre en place [...] afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement à l'égard des bénéficiaires. »¹⁹

Or, durant les années 1990, la Commission de protection des droits de la jeunesse²⁰ a mené plusieurs enquêtes dont les demandes d'intervention portaient sur la procédure d'enfermement en chambre. Selon les enquêtes de la Commission, l'enfermement en chambre, qui découlait de mesures recevant différentes appellations telles que « retrait », « arrêt d'agir » ou « programmation spéciale », pouvait alors durer plusieurs jours et découler de différents motifs, tels que le retour de fugue²¹.

Dans ce contexte, en 1993, la Commission de protection des droits de la jeunesse a émis un cadre de référence portant sur l'utilisation de l'isolement. Elle qualifiait alors l'isolement comme une mesure clinique qui ne pouvait être utilisée que pour assurer la sécurité de l'enfant, excluant l'utilisation de cette dernière à toutes fins disciplinaires²².

En 1995, l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) a aussi adopté un cadre de référence portant sur l'isolement limitant de façon similaire l'utilisation de la mesure d'isolement aux situations d'urgence, et précisant que l'isolement devait cesser dès que le jeune reprenait le contrôle de son comportement²³.

Ce n'est toutefois qu'en 1997 que le législateur a introduit l'article 118.1 à la LSSSS, légiférant pour la première fois sur l'utilisation de l'isolement, de la contention et de la force dans les établissements de santé et de services sociaux visés par cette loi. Cette disposition, comme mentionné précédemment, limite l'utilisation de ces mesures afin d'empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. Elle précise également que l'utilisation d'une mesure de contrôle doit être minimale et exceptionnelle.

¹⁸ ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Rapport de la Commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse* (rapport Charbonneau), Québec, 1982. Le rapport Charbonneau a recommandé que la LPJ s'adresse uniquement aux situations des enfants en besoin de protection, ce qui rendait non nécessaire le maintien d'une définition d'unité sécuritaire.

¹⁹ Article 6 al.18 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, RLRQ c S-5, r 5.

²⁰ Celle-ci a été fusionnée avec la Commission des droits de la personne pour devenir la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en 1995.

²¹ Voir Lucie LEMONDE, « Notes de recherche : les droits des jeunes en centre de réadaptation au Québec – bilan des enquêtes », (2004) 1 *Canadian Journal of Law and Society* 85.

²² COMMISSION DE PROTECTION DES DROITS DE LA JEUNESSE, *L'isolement : cadre d'analyse*, 1993, p.1.

²³ ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *Cadre de référence pour une politique et procédure relatives à l'isolement des usagers*, 1995.

Malgré l'introduction de cette disposition législative, la Commission a continué de documenter les abus en lien avec l'utilisation de l'isolement dans certains centres de réadaptation. Vers la fin des années 1990, elle a mené trois enquêtes systémiques lors desquelles elle a constaté que la mesure d'isolement, dans les centres de réadaptation, pouvait être utilisée de manière abusive et pour des périodes de temps prolongées²⁴.

Dans son enquête portant sur l'unité La Chapelle, du Campus Prévost des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, la Commission dénonçait les conditions sévères du programme « arrêt d'agir » telles que l'interdiction de posséder des effets personnels, l'obligation pour les adolescents de porter une robe de chambre et de prendre les repas dans leurs chambres. La Commission notait alors que certains des adolescents hébergés à l'unité La Chapelle subissaient des mesures qualifiées de « retraits en chambre » à des fins disciplinaires, ce qu'elle assimilait alors à de l'isolement interdit²⁵.

En 2007, dans une autre enquête, la Commission concluait à des lésions de droits en lien avec de jeunes enfants, soit des enfants âgés de 6 à 12 ans, hébergés au Centre de réadaptation Dominique-Savio-Mainbourg²⁶. Celles-ci découlaient notamment de l'utilisation des mesures de contrôle, appliquées, pour certains d'entre eux, de façon courante et prolongée. La Commission notait alors également le manque de documentation en lien avec l'utilisation de la contention, bien que fréquente auprès de certains enfants²⁷.

Suivant notamment ces enquêtes de la Commission, durant les années qui ont précédé la révision de la LPJ en 2007, certaines voix se sont élevées, dénonçant les différents abus reliés aux mesures privatives de libertés dans les différents centres jeunesse du Québec²⁸.

C'est dans ce contexte que le législateur a tenté de mieux baliser les mesures restrictives de liberté imposées aux jeunes en centre de réadaptation. Il a ainsi introduit la notion d'hébergement en unité d'encadrement intensif à l'article 11.1.1 de la loi. L'article 10 de la loi a également été modifié, afin de prévoir expressément que ce type d'hébergement ainsi que les mesures prévues à l'article 118.1 de la LSSSS ne peuvent jamais être utilisées à des fins disciplinaires :

²⁴ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Rapport et conclusion d'enquête -Pavillon Bois-Joly*, septembre 2000; *Conclusion d'enquête – Relais Saint-François*, août 1999; *Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw – Campus Prévost – Unité Lachapelle – Conclusions d'enquête*, mai 1997.

²⁵ *Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw – Campus Prévost – Unité Lachapelle – Conclusions d'enquête*, mai 1997; Voir également Lucie LEMONDE, préc., note 21.

²⁶ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Rapport d'enquête, conclusions et recommandations, Centre de réadaptation Dominique-Savio-Mainbourg, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire*, 2007.

²⁷ *Id.*

²⁸ Lucie LEMONDE et Julie DESROSIERS, « Les mesures privatives de liberté dans les centres de réadaptation pour jeunes : un urgent besoin d'examen des pratiques et des politiques en fonction du respect des droits », (2000) 41 *Les Cahiers de Droit* 1; Julie DESROSIERS, *Isolement et mesures disciplinaires dans les centres de réadaptation pour jeunes*, Wilson & Lafleur, 2005.

10 [...] Les mesures, notamment l'isolement, prévues à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ainsi que la mesure d'hébergement en unité d'encadrement intensif prévu à l'article 11.1.1 de la présente loi ne peuvent jamais être utilisées à titre de mesure disciplinaire.

Notons que dans son mémoire déposé en lien avec le projet de loi 125, la Commission s'était opposée à la modification législative visant l'hébergement en unité d'encadrement intensif. En effet, la Commission déplorait alors que l'attention soit portée sur la désignation du lieu d'hébergement plutôt que sur les conditions de vie *de facto* des jeunes. À cet effet, la Commission soulignait que les différentes restrictions à la liberté dans les centres de réadaptation, incluant l'isolement, recevaient alors différentes appellations et pouvaient très bien avoir lieu dans des unités ouvertes, au sein desquelles les jeunes peuvent circuler librement, qui n'étaient pas désignées de façon particulière²⁹. La désignation de l'unité comme « fermée » n'a donc pas comme conséquence que les mesures restrictives de liberté s'effectuent uniquement dans ces lieux.

2.2 Les droits concernés par l'imposition de mesures d'isolement et de contention

Comme dénoncé par la Commission dans le passé³⁰, l'imposition d'une mesure restrictive de liberté, qui ne respecterait pas les dispositions de l'article 118.1 de la LSSSS ou de l'article 10 de la LPJ, contrevient à plusieurs autres droits fondamentaux prévus par la Charte :

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

24. Nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite.

Une telle mesure d'isolement ou de contention ne respecterait également pas la disposition prévue aux articles 4 et 39 de la Charte :

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

39. Tout enfant a droit à la protection, à la sécurité et à l'attention que ses parents ou les personnes qui en tiennent lieu peuvent lui donner.

²⁹ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Projet de loi n° 125, Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives*, (Cat 2.412.1012005), p. 39 et suivantes; Voir également Julie DESROSIERS, *Mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale dans le cadre de la consultation générale sur le projet de loi n° 125. L'encadrement législatif des mesures restrictives de liberté utilisées dans les centres de réadaptation pour jeunes : une occasion à saisir*, 2005.

³⁰ Voir notamment COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, préc., note 29, p. 39 et suivantes.

Il y aurait également contravention à certains droits prévus à la LSSSS :

5. 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 et sécuritaire.

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6 s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

De plus, en lien avec les enfants hébergés en centre de réadaptation en vertu de la LPJ ou de la LSJPA³¹, certains droits prévus à la LPJ pourraient être considérés comme lésés :

3. Les décisions prises en vertu de la présente loi doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits. [...]

8. L'enfant et ses parents ont 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, en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement qui dispense ces services ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. [...]

11.1 L'enfant, s'il est hébergé par un établissement en vertu de la présente loi, doit l'être dans un lieu approprié à ses besoins et au respect de ses droits, compte tenu des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

Enfin, ajoutons que des mesures de contrôle contraires aux articles 118.1 de la LSSSS et de l'article 10 de la LPJ brimeraient certains droits prévus à la *Convention relative aux droits de l'enfant*³² :

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des

³¹ Selon l'article 11.3 de la LPJ, les articles 7 à 10 de cette même loi s'appliquent à un enfant qui a commis une infraction à une loi ou règlement en vigueur au Québec.

³² *Convention relative aux droits de l'enfant*, 20 novembre 1989, Doc. N.U. A/RES/44/25, (1989) 999 R.T.N.U. 3.

tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les États parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les États parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 37

b) Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;

c) Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;

2.3 La jurisprudence pertinente

La jurisprudence confirme qu'une utilisation des mesures d'isolement et de contention contraire aux articles 118.1 de la LSSSS ou de l'article 10 de la LPJ, contrevient aux différents droits mentionnés dans la section précédente. Elle affirme notamment qu'une utilisation illégale et injustifiée des mesures de contrôle contrevient aux droits fondamentaux des personnes concernées, ce qui a justifié, à certaines occasions, l'octroi de dommages-intérêts.

À titre d'exemple, dans *L.J. c. Institut universitaire en santé mentale de Québec (Hôpital Robert-Giffard)*, la Cour du Québec a accueilli partiellement une réclamation en dommages-intérêts en lien notamment avec l'application d'une mesure d'isolement. Dans cette décision, la Cour considère que l'application injustifiée de l'isolement constitue une faute civile qui brime les droits prévus

aux articles 1 et 4 de la Charte³³. De plus, la Cour réitère le caractère exceptionnel de cette mesure « ultime », qui doit être utilisée pour empêcher une personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions, et non simplement afin de maîtriser un comportement opposant et irrespectueux.

De façon similaire, dans *A.G. c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau*, la Cour du Québec a également accueilli en partie une réclamation en dommages-intérêts en lien avec des mesures d'isolement et de contention qui contrevenaient aux dispositions de l'article 118.1 de la LSSSS. Notant qu'il n'y avait aucun risque imminent que la personne sur laquelle ces mesures étaient appliquées s'inflige des lésions ou qu'elle en occasionne à autrui, la Cour du Québec était d'avis que les faits ne justifiaient pas ces mesures ni leur durée et qu'il y avait eu atteinte aux droits protégés par les articles 1 et 4 de la Charte. En lien avec l'article 118.1 de la LSSSS, la cour s'exprime comme suit :

[69] L'article 118.1 de la L.S.S.S.S. balise l'intervention. Il s'insère dans une optique de respect et de protection de l'usager. Le respect implique que l'intervention, devant être effectuée, le sera avec le moins de force possible, de contrainte ou de coercition que requiert la situation, et ce, pour assurer notamment la protection de l'usager dans un contexte de risque imminent.³⁴

Enfin, dans le contexte plus particulier des jeunes hébergés en centre de réadaptation en vertu de la LPJ ou de la LSJPA, la Chambre de la jeunesse, dans *Protection de la jeunesse — 153635* rendue en 2015³⁵, a considéré les droits d'un adolescent lésés, au sens de la LPJ, notamment en raison de l'application d'une mesure d'isolement qui s'était prolongée sur une période de plusieurs jours. Dans sa décision, la juge Allaire s'exprime notamment comme suit :

[112] La mesure d'isolement, dans un centre de réadaptation, est une mesure nécessaire, mais exceptionnelle. Dans le présent cas, ce qui a fait de cette mesure une mesure abusive et qui constitue une lésion de droit de X c'est qu'elle a été appliquée sur une longue période. Ainsi en ont découlé de nombreux manquements au respect de ses droits.

[113] X n'a pas été en crise durant les quinze jours où il a été en isolement. Dès qu'il reprenait son calme, il aurait dû être retourné dans une unité régulière. Il n'y avait d'ailleurs aucune raison de l'y maintenir entre le 16 et le 19 novembre, alors qu'il attendait son transfert à Québec.

³³ *L.J. c. Institut universitaire en santé mentale de Québec (Hôpital Robert-Giffard)* 2013 QCCQ 5672.

³⁴ *A.G. c. Centre hospitalier régional de Baie-Comeau* 2009 QCCQ 5954.

³⁵ Dans *Protection de la jeunesse — 153635* 2015 QCCQ12041, la Chambre de la jeunesse a conclu que les droits d'un adolescent prévus à la LPJ avaient été lésés, notamment en raison d'un isolement qui s'était prolongé sur une période de plusieurs jours.

PARTIE 3 L'USAGE CONTROVERSÉ DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

La littérature concernant l'utilisation des mesures de contrôle fait montre de plusieurs enjeux sur les plans éthiques, thérapeutiques et légaux³⁶.

Sur le plan de l'application des lois, des enjeux en regard de l'application de l'isolement subsistent encore aujourd'hui selon Desrosiers et Lemonde³⁷, notamment en raison du manque de précision dans les lois relatives à la protection de la jeunesse. Ces dernières estiment en effet que ces lois demeurent imprécises en matière de discipline³⁸. Leurs travaux effectués au début des années 2000 ont illustré, au même titre que les enquêtes de la Commission, que l'isolement peut être utilisé en tant que mesure de contrôle à des fins de protection (*seclusion*) ou à titre de mesure de modification du comportement, à des fins disciplinaires (*time-out*)³⁹.

Bandeira et Ouellet⁴⁰, issus du milieu psychiatrique, estiment également que l'isolement peut revêtir plusieurs finalités : il peut être utilisé dans un but préventif, dans le but d'aider un patient en période de crise psychotique, ou encore dans un but correctif ou pédagogique.

Or, les auteurs ont illustré que ces différentes formes d'isolement seraient souvent appliquées indistinctement dans la pratique en ce qui concerne les paramètres à suivre, le mode d'application ou le local utilisé. Cette confusion est susceptible à leur avis de nuire non seulement aux objectifs de la mesure⁴¹ et d'avoir un impact sur son efficacité, mais aussi, de l'avis de la Commission, ne pas respecter les droits des personnes concernées⁴².

Sur le plan thérapeutique, deux écoles de pensées se profilent. Tel que le démontre Day dans sa méta analyse effectuée en 2002, les partisans de l'utilisation de l'isolement et de la contention affirment que ces mesures de contrôle sont efficaces et qu'elles ont des effets positifs sur le plan clinique. Les opposants estiment plutôt que ces mesures ont des effets négatifs sur les plans physique et psychologique des enfants, mais aussi des intervenants, et que les effets bénéfiques de leur utilisation n'ont pas été clairement

³⁶ David M. DAY, « Examining the therapeutic utility of restraints and seclusions with children and youth : the role of theory and research in practice », (2002) 72 (2) *American Journal of Orthopsychiatry* 267.

³⁷ Julie DESROSIERS et Lucie LEMONDE « Les modifications à la Loi sur la protection de la jeunesse concernant les mesures privatives de liberté dans les centres de réadaptation », 2007 (37) *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke* 404-408.

³⁸ Lucie LEMONDE et Julie DESROSIERS, préc., note 28, p. 158.

³⁹ J. DESROSIERS et L. LEMONDE, préc., note 37, p. 402-403.

⁴⁰ Marina BANDEIRA et Raymond OUELLET « Analyse systématique de la procédure d'isolement et de son application en établissement », 1986 (16) 1 *Revue de modification du comportement* 5.

⁴¹ *Id.*, p.5.

⁴² Comme mentionné précédemment, la Commission a noté à plusieurs reprises dans le cadre d'enquêtes que l'isolement pouvait être utilisé à des fins disciplinaires. *Les centres de la jeunesse et de la famille Batshaw – Campus Prévost – Unité Lachapelle – Conclusions d'enquête*, mai 1997; Voir également Lucie Lemonde, préc., note 21.

démontrés⁴³. La littérature indique à cet effet que l'efficacité de l'isolement et de la contention n'a toujours pas été prouvée par les travaux réalisés jusqu'au début des années 2000⁴⁴.

Plus récemment, une étude sur l'exploration des comportements des jeunes et des types d'intervention utilisés par des intervenants d'un centre de réadaptation a montré que l'utilisation de l'isolement et de la contention n'a pas permis d'augmenter ni de diminuer les risques d'opposition ou d'agression par rapport à toute autre intervention⁴⁵. Les résultats de l'étude illustrent que l'usage de ces mesures pourrait contribuer au cycle de l'agression plutôt que de simplement contrôler ou prévenir les comportements agressifs⁴⁶.

Nonobstant la controverse entourant l'efficacité des mesures de contrôle, il existe un consensus dans la littérature quant au fait qu'il serait imprudent d'éliminer l'utilisation de ces mesures en raison de leur utilité pour intervenir auprès d'enfants qui ont des comportements extrêmes⁴⁷. Les chercheurs estiment toutefois que leur utilisation devrait être effectuée adéquatement, de façon appropriée et sécuritaire⁴⁸, vu les impacts négatifs que peuvent avoir ces mesures sur les usagers.

En effet, des travaux ayant porté sur les perceptions des usagers montrent que l'isolement et la contention sont perçus de façon négative. Par exemple, dans le cadre d'une étude, des enfants ayant vécu l'isolement ont été invités à dessiner leurs expériences, qui mettent largement l'accent sur le caractère punitif de la mesure et sur l'absence de chaleur dans la salle d'isolement⁴⁹. Une table ronde réalisée auprès d'usagers plus âgés a permis de nommer plus précisément leurs impressions : inconfort, impuissance et perte de compétence⁵⁰.

Dans ce contexte, l'utilisation de méthodes préventives et de moyens alternatifs s'avère nécessaire, tel que le stipulent les orientations ministérielles. À ce titre, l'évaluation d'un projet-pilote dans un centre de réadaptation, qui met notamment l'accent sur les apprentissages dans un cadre familial et les interactions pédagogiques concentrées sur

⁴³ Voir notamment TJ MEASHAM «The acute management of aggressive behavior in hospitalized children and adolescents » 1995 (40) *Canadian journal of psychiatry*; E. WALSH et BR RANDALL «Seclusion and restraint : what we need to know » 1995 (8) *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*. Cité dans DM DAY, préc., note 36, p.268.

⁴⁴ DM DAY, préc., note 36, p.266-278.

⁴⁵ Sarah L. FRASER, Isabelle ARCHAMBAULT et Valérie PARENT, « Staff intervention and youth behaviors in a child welfare residence», *Journal of Child and Families Studies* (2016) 25, p.1195.

⁴⁶ *Id.*, p. 1196.

⁴⁷ DM DAY, préc., note 36, p.267.

⁴⁸ *Id.*, p.268.

⁴⁹ DE MILLER «The management of misbehavior by seclusion» *Residential treatment for Children and Youth*, 1986 (4), p.63-72, cité dans DM DAY, préc., note 36, p.267.

⁵⁰ Marie-Hélène GOULET, Caroline LARUE et Romania BASALSKI « Comprendre l'impact de l'isolement et de la contention, perceptions et recommandations discutées lors de la journée d'études tenue à l'Hôpital Louis-H.-Lafontaine », *Centre d'étude sur les mesures de contrôle en santé mentale*, 2010.

l'apprentissage d'habiletés⁵¹, a permis de constater une baisse importante de l'utilisation des mesures de contrôle⁵². Les chercheurs y recommandent de former tous les intervenants sur l'utilisation de la contention et de l'isolement, ce à quoi souscrit la Commission⁵³, ainsi que de se concentrer sur les aspects d'évitement de la confrontation et de désamorçage de crises. Ils estiment également important de créer une culture de travail au sein de laquelle l'utilisation de l'isolement et de la contention sont vues comme étant des interventions de dernier recours⁵⁴.

Ces conclusions sont cohérentes avec les résultats d'autres études, qui exposent les interventions à privilégier pour réduire les comportements agressifs et l'utilisation de l'isolement et de la contention. Celles-ci consistent notamment en :

- Identifier et utiliser plus fréquemment d'autres interventions utilisées par le personnel;
- Encourager un climat de partage de décisions avec les jeunes;
- Proposer des espaces de discussions à propos de la colère et des frustrations aux jeunes;
- Adopter des méthodes qui encouragent l'autorégulation;
- Assurer une cohérence dans la formulation et l'application des règles;
- Mettre l'accent sur les habiletés des intervenants à réguler leurs émotions pour s'adapter aux besoins des jeunes, et ce malgré les interactions très stressantes auxquelles ils sont confrontés⁵⁵.

Ce bref survol des travaux portant sur l'isolement et la contention a permis de constater la pertinence de réaliser des études et des évaluations empiriques plus approfondies, puisque la littérature consultée illustre que l'isolement et la contention sont peu étudiés

⁵¹ Le *teaching family model* est largement répandu aux États-Unis. Il s'agit d'un programme, bien documenté, basé sur le développement d'habiletés. Il a été conçu dans une université américaine au début des années 1960 pour améliorer la qualité des soins et des traitements pour les adolescents délinquants étant hébergés dans des foyers de groupe. Dans : Robert J. JONES ET Gary D. TIMBERS, "Minimizing the need for physical restraint and seclusion in residential youth care through skill-based treatment programming", *Families in society : The journal of contemporary human services* (2003) 84 (1), p. 23.

⁵² *Id*, p.25.

⁵³ Dans ses commentaires et suggestions déposés dans le cadre du deuxième rapport du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, la Commission a souscrit à la recommandation proposée par le groupe de travail concernant la formation continue des professionnels appelés à utiliser l'isolement et la contention. Dans : COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Commentaires et suggestions de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse soumis à l'Office des professions du Québec dans le cadre du deuxième groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*, (Cat. 2.700-32.1), 2002.

⁵⁴ R. J. JONES et G.D. TIMBERS, préc., note 51, p.25.

⁵⁵ Voir notamment JE LOCHMAN, T. BARRY, N. POWELL et al., « Anger and aggression practitioner's guide to empirically based measures of social skills » *Berlin : Springer* (2010); KR DELANEY « Reducing reactive aggression by lowering coping demands and boosting regulation : five key staff behaviors » *Journal of child and adolescent psychiatric nursing* (2009) 22 (4). Cité dans SL Fraser et al., préc., note 45, p. 1187.

alors qu'il s'agit de mesures couramment utilisées⁵⁶. De telles recherches permettraient de valider si les mesures de contrôle ont un réel effet bénéfique pour les jeunes et pour la relation thérapeutique en tant que telle, mais aussi de développer des moyens alternatifs permettant de prévenir l'utilisation de l'isolement et de la contention ou d'intervenir différemment lorsque des jeunes manifestent des comportements agressifs⁵⁷.

PARTIE 4 : LES PRATIQUES RELATIVES À L'UTILISATION DE L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

4.1 Les politiques relatives à l'isolement et la contention des CISSS et des CIUSSS

Cette section présente une analyse des politiques⁵⁸ en vigueur dans chaque établissement⁵⁹. La Commission estime qu'un tel exercice s'avère essentiel dans le cadre de l'étude, d'une part parce que l'élaboration et la diffusion de politiques constituent des conditions essentielles pour que ces mesures soient utilisées de façon adéquate⁶⁰. D'autre part, de telles pratiques contribuent à veiller au respect des droits des jeunes.

D'emblée, la Commission constate que seuls les CISSS de l'Outaouais et de la Montérégie-Est ont une politique harmonisée à la mission du CISSS ou du CIUSSS⁶¹. Plusieurs répondants ont toutefois mentionné que le processus d'harmonisation des politiques avec la mission du CISSS ou du CIUSSS est en cours au moment de l'étude.

L'une des politiques appliquée par un CISSS est préoccupante en ce sens qu'elle reprend peu les principes du cadre de référence ministériel pour la mission jeunesse, qui se retrouve en quelque sorte diluée dans les missions du CISSS. Or, la Commission est d'avis que la mission de réadaptation jeunesse comporte des particularités concernant l'application des mesures de contrôle et que ceci devrait se refléter dans les politiques adoptées, afin que ces mesures soient utilisées dans le respect des droits des jeunes concernés. Elle invite les établissements qui réviseront leurs politiques à porter attention à cet élément.

⁵⁶ Voir notamment T. CRESPI « Restraint and seclusion with institutionalized adolescents » *Adolescence* 1990 (25); SS KENNEDY et WK MOHR « A prolegomenon on restraints of children : Implicating constitutional rights » *American journal of orthopsychiatry* (2001) 71, cité dans DM DAY, préc., note 36, p. 274.

⁵⁷ DM DAY, préc., note 36, p. 270; NS COTTON « The developmental-clinical rationale for the use of seclusion in the psychiatric treatment of children » *American journal of orthopsychiatry* (1989) 59, cité dans DM DAY, préc., note 36, p. 270.

⁵⁸ Les établissements ont des protocoles, règlements, procédures ou politiques. Le terme politique est utilisé afin d'alléger le texte.

⁵⁹ Les politiques relatives à chaque CISSS ou CIUSSS se retrouvent à l'annexe 1. Au moment de la rédaction de ce rapport, deux établissements n'avaient toujours pas transmis leur politique.

⁶⁰ Joseph B. RYAN, Reece PETERSON, George TETREAU et Emily VANDER HAGEN « Reducing seclusion timeout and restraint procedures with at-risk youth », *The journal of at-risk issues* (2007) 13 (1), p.8.

⁶¹ Donc 2 CISSS sur un total de 16.

Ainsi, chaque politique a été analysée en fonction des critères préconisés dans le cadre de référence du MSSS (2015)⁶². De plus, la capacité des répondants de comprendre la différence entre les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires est abordée, et ce, afin notamment d'évaluer si les politiques en question sont diffusées auprès du personnel concerné.

4.1.1 Analyse des politiques en regard de leur conformité au cadre de référence du MSSS

De façon globale, les documents des différents établissements demeurent fidèles aux principes généraux du cadre de référence ministériel. Par contre, de façon plus précise, certains éléments particuliers ne sont pas repris dans les politiques.

Recommandation 1

La Commission recommande que l'ensemble des établissements inscrive dans leur politique tous les éléments prévus au cadre de référence du MSSS, que ces politiques soient ajustées d'ici le 1er janvier 2018 et que celles-ci soient transmises à la Commission.

Les prochaines lignes reprennent en détail chacun de ces éléments devant être inclus dans les politiques des établissements.

1. L'introduction⁶³

L'introduction doit contenir la raison d'être de la politique, les personnes visées ainsi que les valeurs prônées par l'établissement. De fait, 95 % des politiques (18/19) ont inclus la raison d'être de celle-ci dans l'introduction et 90 % (17/19) des établissements ont indiqué les personnes visées. Les valeurs privilégiées par l'établissement, telles que le respect de la personne, sont par contre définies dans moins de la moitié des documents remis à la Commission (47,4 %). **La Commission estime que les valeurs devraient être définies dans toutes les politiques des établissements.**

2. Les principes directeurs⁶⁴

Cette section devrait comprendre les principes juridiques et déontologiques directement liés à l'application d'une mesure de contrôle. Ainsi, 84 % des établissements (16/19) les ont intégrés dans leur document, et de façon relativement détaillée. La même proportion, soit 84 %, s'applique aux 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. Étant donné l'importance de ces principes en regard de l'application des mesures de contrôle, la Commission est

⁶² Voir l'annexe 1, qui porte sur la méthodologie, à ce sujet.

⁶³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 13, p. 21.

⁶⁴ *Id.*, p. 22-23.

d'avis que toutes les politiques devraient inclure les principes directeurs relatifs à l'application des mesures de contrôle.

3. Les définitions des termes⁶⁵

Les définitions relatives aux mesures de contrôle sont incluses dans toutes les politiques. De plus, la définition des types de mesures autorisées dans l'établissement est comprise dans 95 % (18/19) des politiques analysées.

4. Les contextes d'application⁶⁶

Selon le cadre de référence, les politiques devraient définir les contextes d'application des mesures de contrôle, soit la situation planifiée et non planifiée.

En lien avec cette distinction de contextes, la Commission comprend que l'intervention auprès des enfants peut prévoir parfois de l'intervention planifiée afin d'éviter qu'une escalade de comportements puisse conduire à la nécessité d'appliquer une mesure d'isolement. Cependant, il est difficile d'imaginer une situation qui ne correspond pas aux conditions décrites à l'article 118.1 LSSSS qui justifierait l'imposition d'une mesure de contrôle auprès d'un enfant ou d'un adolescent. En effet, l'application d'une telle mesure se concilie mal avec un contexte qui n'implique *pas* un danger, soit pour le jeune lui-même ou pour autrui et ce, peu importe le consentement du jeune concerné. Par ailleurs, il va de soi que le consentement n'est nullement nécessaire lorsque l'on se retrouve dans les conditions de l'article 118.1 de la LSSSS.

Certains CISSS et CIUSSS ont d'ailleurs exclu de leur politique la possibilité de recourir aux mesures de contrôle en contexte planifié. En effet, il ressort de l'analyse des politiques des établissements que certains d'entre eux ont fait le choix de ne pas utiliser les mesures de contrôle dans un contexte planifié, considérant que les mesures de contrôle doivent toujours être appliquées dans un contexte d'urgence, notant l'impulsivité et l'imprévisibilité des comportements des jeunes pour qui ils doivent y recourir⁶⁷. Ces établissements appliquent donc les mesures de contrôle uniquement dans un contexte non planifié.

Notons que le cadre de référence ministériel ne fait aucune distinction, que ce soit en matière de contexte planifié ou non planifié, entre les clientèles mineures et adultes. Selon la Commission, cette question devrait être étudiée et les nuances qui s'imposent devraient se retrouver au cadre de référence.

En effet, les jeunes hébergés dans les unités de réadaptation des CISSS et des CIUSSS demeurent une clientèle vulnérable, avec des particularités qui leur sont propres. Ainsi, le cadre de référence devrait prévoir qu'en matière jeunesse, chaque

⁶⁵ *Id*, p. 25.

⁶⁶ *Id*, p. 26-27.

⁶⁷ CENTRE JEUNESSE DES LAURENTIDES, *Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*, 2010, p. 11.

situation fasse l'objet d'une évaluation individuelle de façon à éviter les automatismes dans l'application des mesures de contrôle.

Dans ce contexte, la Commission recommande au MSSS de modifier son cadre de référence afin d'éliminer toute référence au contexte d'application planifié d'une mesure de contrôle en ce qui a trait à la clientèle des enfants et des adolescents. Le seul contexte d'application d'une telle mesure de contrôle, rappelons-le, est celui décrit par l'article 118. 1 de la LSSSS.

Recommandation 2

La Commission recommande que le MSSS modifie son cadre de référence afin d'éliminer la distinction qu'on y retrouve entre les contextes d'application planifié et non planifié d'une mesure de contrôle pour la clientèle des enfants et des adolescents.

5. Les modalités de décision et d'application des mesures de contrôle⁶⁸

La politique devrait d'une part préciser que les principes devant guider les décisions sont les mêmes, peu importe le contexte, et que la participation du jeune est primordiale à l'ensemble du processus décisionnel dans le cadre de l'élaboration du plan d'intervention. Cette information est présente dans 90 % (17/19) des politiques consultées.

D'autre part, les étapes relatives au processus décisionnel entourant l'application d'une mesure de contrôle, soit l'évaluation de la situation clinique, la planification de l'intervention et la réévaluation post situationnelle devraient être bien décrites dans le protocole. Ces trois éléments sont respectivement inclus dans une proportion de 84 %, 79 % et 90 %.

6. La contribution des différents professionnels et intervenants⁶⁹

La définition du rôle et des responsabilités des différents intervenants dans la démarche entourant l'utilisation des mesures de contrôle est incluse dans 95 % (18/19) des politiques analysées.

7. Le consentement⁷⁰

Selon le cadre de référence, les politiques des établissements devraient contenir certaines règles concernant le consentement de la personne concernée⁷¹. Notons que

⁶⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 13, p. 26.

⁶⁹ *Id.*, p. 27.

⁷⁰ *Id.*, p. 28.

⁷¹ 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

seulement 35 % des politiques en vigueur contiennent l'information portant sur le consentement des jeunes en matière d'application de mesure de contrôle. Comme mentionné plus haut, cette situation est possiblement due au fait que certains établissements ont fait le choix d'utiliser les mesures de contrôle uniquement dans un contexte non planifié, ce qui élimine la nécessité du consentement.

Pour les raisons décrites précédemment, la Commission est d'avis que la question du consentement d'un enfant et de l'utilisation de l'isolement en contexte planifié devrait être étudiée. Le cadre de référence et les politiques des établissements devront refléter le résultat de l'étude de cette question.

8. Les modalités de surveillance⁷²

Dans 84 % (16/19) des politiques, les modalités de surveillance relatives à l'application des mesures de contrôle sont décrites de façon détaillée. Ceci inclut les paramètres, la fréquence et la personne responsable de la surveillance.

9. Le droit à l'information⁷³

Les données recueillies ont montré que très peu de documents comprennent le fait d'informer les jeunes de leurs droits et des recours possibles, soit 10 % (2/19). Or, le droit des jeunes, ainsi que celui de leurs parents, d'être informés est un droit prévu à la LPJ (art. 5) et à la LSSSS (art. 5). En ce sens, la Commission est d'avis que les protocoles devraient inclure l'information à ce sujet. Cela permettrait en effet de sensibiliser les intervenants à l'importance d'informer les jeunes de leurs droits.

10. La tenue de dossiers⁷⁴

Dans 90 % (17/19) des cas, les politiques comprennent des informations quant aux données relatives aux mesures de contrôle devant être consignées dans les dossiers ainsi que l'endroit où ces informations doivent être consignées.

11. La formation et le soutien des professionnels⁷⁵

Les établissements doivent inclure des informations quant aux modalités de formation prévues entre leurs murs à l'égard de l'utilisation des mesures de contrôle⁷⁶. Seulement 26 % (5/19) des documents consultés contiennent cette information. Or, de l'avis de la Commission, l'inclusion de ces modalités est susceptible de favoriser la formation, et par extension d'améliorer les pratiques quant à l'utilisation de ces mesures. Cette situation est d'autant plus étonnante que la majorité des répondants interrogés dans le cadre de

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. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 13, p. 28

⁷² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 13, p. 26-28.

⁷³ *Id.*, p.28.

⁷⁴ *Id.*, p.28.

⁷⁵ *Id.*, p.29.

⁷⁶ *Id.*, p.29.

l'étude estiment qu'il doit y avoir une diffusion efficace des politiques relatives à l'utilisation des mesures de contrôle afin que soient respectés les principes les encadrant.

À ce titre, une politique encadre l'application des mesures de contrôle par une relecture annuelle du protocole, ce que la Commission estime nettement insuffisant. Les politiques devraient plutôt être mises en œuvre régulièrement auprès des différentes équipes appelées à utiliser les mesures de contrôle, ce que font d'ailleurs déjà certains établissements. Un CIUSSS a par exemple produit une vidéo, associée à une formation et un guide de pratique, sur les mesures de contrôle. Celle-ci est diffusée aux membres du personnel sur une base régulière.

12. L'évaluation et la diffusion des résultats⁷⁷

Les politiques devraient indiquer les personnes responsables de l'analyse des résultats, la périodicité de l'analyse des résultats, les modalités de reddition de compte au conseil d'administration, les mécanismes de diffusion de résultats et toute autre modalité favorisant la transparence. Dans 90 % (17/19) des cas, les établissements ont inclus ces éléments dans leur politique.

13. Les mécanismes de plainte⁷⁸

Les établissements devraient inclure dans leur politique les mécanismes de plainte en cas d'insatisfaction quant aux services prodigués. Seulement 68 % (13/19) des politiques contiennent cette information. La Commission estime que des efforts doivent être faits pour que tous les jeunes et leurs parents puissent connaître les recours possibles lorsqu'ils sont insatisfaits des mesures prises à leur endroit, y compris le recours à la Commission prévu à la LPJ. Notons que la LSSSS (art. 209) prévoit la mise en place de comités de résidents, dont la fonction est notamment d'informer les usagers de leurs droits (art. 212(1)).

14. Le rapport annuel

Les politiques des établissements devraient préciser quelles informations relatives à l'application des mesures de contrôle doivent être comprises dans leur rapport annuel. Seulement 21 % (4/19) des documents analysés contiennent cette information. La Commission estime que les politiques actuelles doivent être plus précises et inclure cette information, afin de favoriser la transparence par l'entremise du rapport annuel.

4.1.2 La différenciation entre mesures de contrôle et mesures disciplinaires

Des politiques claires, diffusées dans les établissements et faisant l'objet de formation auprès des personnes concernées, devraient contribuer à éviter toute confusion des

⁷⁷ *Id*, p.29.

⁷⁸ *Id*, p.29.

intervenants œuvrant sur le terrain entre les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires. Rappelons effectivement que l'article 118.1 de la LSSSS limite l'utilisation des mesures de contrôle pour empêcher la personne de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions.

Rappelons également que l'article 10 de la LPJ, portant sur les mesures disciplinaires, distingue de façon explicite les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires. Ce dernier interdit l'utilisation de l'isolement et de la contention à des fins disciplinaires.

Plusieurs répondants ont spécifié que l'utilisation de la contention et de l'isolement à titre de mesure disciplinaire est interdite et que celle-ci doit toujours se situer dans un contexte de danger immédiat pour l'usager ou pour les autres. Ils ont distingué les mesures de contrôle des mesures disciplinaires en précisant le rôle éducatif de la mesure disciplinaire, qui a pour objectif l'intégration de nouveaux comportements chez le jeune ou la réflexion sur le comportement passé. Ceci en opposition au rôle de protection de la mesure de contrôle.

Les répondants ont été interrogés quant à la compréhension des employés de la différence entre les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires. Tous les répondants, à l'exception de celui de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSN), ont indiqué être d'avis que leurs employés étaient suffisamment informés pour faire cette distinction. Notons qu'il s'agit de la perception des gestionnaires quant à leurs employés, puisque les professionnels n'ont pas été questionnés directement à ce sujet.

Recommandation 3

La Commission recommande aux établissements de mettre en place toute mesure permettant à son personnel d'appliquer dans sa pratique la différence entre les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires et d'informer la Commission de ces mesures au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Dans plusieurs cas, nous avons noté l'existence de pratiques de diffusion en continu des politiques en place, notamment lors des réunions d'équipe, en plus de séances de formation à l'embauche où la thématique des mesures de contrôle est abordée.

L'interlocuteur de la RRSSN a admis faire face à des difficultés de diffusion d'information et de directives, entre autres causées par l'éloignement extrême entre les différents points de service et par les difficultés de rétention du personnel.

4.2 Les jeunes susceptibles de faire l'objet de mesures de contrôle

Quel portrait peut-on dresser des jeunes susceptibles de faire l'objet de mesures de contrôle? Au Québec, en 2015-16, 32 359 enfants ont été pris en charge par la DPJ. De

ce nombre, 11,6 %⁷⁹ sont hébergés en centre de réadaptation ou en ressource intermédiaire et sont de ce fait susceptibles de faire l'objet d'isolement ou de contention⁸⁰. Ces jeunes peuvent être âgés de 6 à 19 ans, les centres de réadaptation accueillant des jeunes de ce groupe d'âge⁸¹.

Par ailleurs, les données recueillies par des entrevues indiquent que l'âge des usagers visés par des mesures d'isolement est disparate. Plusieurs répondants n'étaient pas en mesure de fournir de statistiques précises; toutefois ils constatent que la tranche d'âge la plus représentée est les 12-14 ans, suivie des moins de 12 ans.

La Commission, dans son enquête au Centre de réadaptation Dominique-Savio-Mainbourg⁸², avait recommandé au MSSS qu'un groupe d'étude se penche en priorité sur les solutions de remplacement à la contention et à l'isolement pour les enfants âgés de 6 à 11 ans, notamment en raison de la détresse intense que vivent ces jeunes et de l'impact supplémentaire que peuvent avoir les mesures de contrôle sur eux. Dans le cadre de cette étude, la Commission réitère cette recommandation et invite le MSSS à mettre en place des mesures pour diminuer l'utilisation des mesures de contrôle auprès de ce groupe de jeunes.

Par ailleurs, tous les répondants interrogés ont eu une grande facilité à indiquer les problématiques susceptibles de favoriser une utilisation accrue ou une récurrence de mesures de contrôle. Ainsi, les jeunes étant le plus souvent isolés ou pour lesquels de multiples mesures de contention sont appliquées proviennent en majorité des unités de traitement individualisé (UTI)⁸³, suivi de près par les unités d'encadrement intensif. Plus précisément, la santé mentale des usagers semble être le premier facteur menant à un risque plus élevé d'être visé par une mesure de contrôle, en particulier les clientèles aux prises avec un trouble envahissant du développement ou une déficience intellectuelle en comorbidité avec des troubles de comportement. Des résultats d'études réalisées dans des unités pédopsychiatriques indiquent d'ailleurs que les comportements agressifs, susceptibles de mener à l'utilisation de mesures de contrôle, sont associés à des

79 INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX, *Bilan DPJ-DP 2016 – Les mauvais traitements psychologiques*, juin 2016.

80 Rappelons que la présente étude s'attarde seulement aux jeunes hébergés en centre de réadaptation.

81 Au Québec, les jeunes hébergés dans un centre de réadaptation en vertu de la LSJPA peuvent être âgés jusqu'à 19 ans. Ils sont transférés dans un établissement de détention à l'âge de 20 ans.

82 COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, préc., note 26.

83 Une unité de traitement individualisée (UTI) accueille une clientèle présentant une double problématique, à savoir des troubles sévères de la conduite et une problématique diagnostiquée en santé mentale. Dans : CENTRE JEUNESSE DE LA MONTÉRÉGIE, *Programme d'intervention en santé mentale et en troubles de la conduite – Apprivoiser les différences*, 2013. [En ligne] http://observatoiremaltraitance.ca/Documents/Apprivoiser%20les%20diff%C3%A9rences.Programme%20d'intervention_%20sant%C3%A9%20mentale_%20troubles%20de%20la%20conduite_CJ_Mont%C3%A9r%C3%A9gie_2013.pdf.

caractéristiques des jeunes incluant le type de diagnostic, la précocité du diagnostic, l'historique de comportements suicidaires et la personnalité⁸⁴.

Les exemples fournis par les répondants sont éloquentes à cet égard. La majorité d'entre eux ont fait part de la surreprésentation des cas atypiques dans les statistiques. Par exemple, pour un CIUSSS en 2015, 21 usagers ont représenté 75 % des contentions et 4 usagers 90 % des isolements. Dans un autre établissement, un jeune aux prises avec une déficience intellectuelle sévère et un trouble du spectre de l'autisme a fait l'objet de 173 mesures de contention au cours d'une année pendant son hébergement, duquel il était en transition vers une ressource spécialisée. Les propos des répondants permettent de constater que ces situations sont généralisées à l'ensemble des établissements du Québec et apportent un éclairage important quant au nombre de mesures de contrôle par centre de réadaptation.

La Commission est préoccupée du nombre élevé de mesures de contrôle dont font l'objet certains jeunes et s'interroge en regard de l'adéquation des services dans ces situations. Le centre de réadaptation pour jeunes en difficulté n'est manifestement pas l'endroit le plus approprié pour ces jeunes.

Une réflexion a d'ailleurs lieu au CISSS de Lanaudière à cet effet : il y est question de la création d'une unité mixte (CRJED et CRDITED) dans le centre de réadaptation, au sein de laquelle se retrouveraient des éducateurs spécialisés avec les clientèles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Il sera nécessaire d'observer l'évolution du fonctionnement d'une telle unité et son impact, afin de déterminer si elle permet de répondre de façon plus optimale aux besoins de ces jeunes.

La Commission a jugé important dans ce contexte de s'informer quant aux mécanismes de collaboration avec les milieux hospitaliers des différentes régions. Une vaste majorité des répondants ont confirmé avoir des ententes locales de collaboration pour prodiguer les services spécialisés nécessaires aux jeunes. Dans les cas où il n'y a pas de collaboration formelle, nous notons tout de même que certains mécanismes sont généralement mis en place, notamment par le biais de tables multidisciplinaires. Il s'agit de mécanismes de consultation comprenant plusieurs professionnels, notamment des infirmières spécialisées en santé mentale ou encore des pédopsychiatres. Dans le cadre de ces tables, les intervenants peuvent discuter des cas qui comportent davantage de défis en lien avec la santé mentale et ainsi avoir du soutien pour mieux répondre aux

⁸⁴ Voir notamment CD AYERS, JH WILLIAMS, JD HAWKINS *et al.* « Assessing correlates of onset, escalation, deescalation, and desistance of delinquent behavior » *Journal of quantitative criminology* (1999) 15 (3); I. BAEZA, CU CORRELL, E. SAITO *et al.* « Frequency, characteristics and management of adolescent inpatient aggression » *Journal of child and adolescent psychopharmacology* (2013) 23 (4); AJ DEAN, SG DUKE, J. SCOTT *et al.* « Physical aggression during admission to a child and adolescent inpatient unit : predictors and impact on clinical outcomes » *Australian and New Zealand journal of psychiatry* (2008) 42 (6); P. JACOB, S. SESHADRI, SC GIRIMAJI *et al.* « Clinical characteristics of aggression in children and adolescents admitted to a tertiary care centre » *Asian journal of psychiatry* (2013) 6(6). Cité dans SL Fraser *et al.*, préc., note 45, p.1189.

besoins des jeunes. La Commission doute cependant que ces mécanismes soient suffisants pour répondre aux besoins de certains jeunes et réaffirme que le centre de réadaptation pour jeunes en difficulté n'est possiblement pas le bon endroit pour certains jeunes.

Recommandation 4

La Commission recommande que le MSSS développe les services, incluant les ressources appropriés, pour répondre de façon adéquate aux besoins des jeunes ayant des diagnostics de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement associés à des troubles de comportement.

Concernant les régions éloignées, notamment la Côte-Nord et le Nunavik, la disponibilité des pédopsychiatres reste limitée puisqu'ils sont présents de façon sporadique, par exemple une semaine par mois. Ainsi, certains jeunes sont susceptibles de ne pas avoir accès aux services dont ils ont besoin pour améliorer leur état.

À cet effet, rappelons que la Commission, dans son rapport de mise en œuvre de la LPJ (2015)⁸⁵, a émis une recommandation au MSSS en lien avec la disponibilité des services pour les jeunes ayant des problèmes de santé mentale. Cette recommandation est réitérée dans le cadre de la présente étude.

Recommandation 5

La Commission recommande que le MSSS complète et améliore l'offre de service destinée aux familles ayant besoin de services spécialisés en santé mentale, afin que tous les enfants aient accès en temps utile à des services adéquats, tel que le prévoit l'article 8 de la LPJ.

4.3 L'isolement : tendance générale à la diminution

La prochaine section porte sur l'isolement et comprend les statistiques relatives à l'utilisation de la mesure, de même que le contexte d'utilisation et l'application de la mesure.

4.3.1 L'analyse des statistiques relatives à l'isolement

La Commission tient à émettre certaines réserves quant à la fiabilité des données recueillies. Certains établissements, soit l'Institut Philippe-Pinel, le Centre de pédopsychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil cri de la santé et des services

⁸⁵

COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Rapport sur la mise en œuvre de la Loi sur la protection de la jeunesse* (article 156.1 de la LPJ), 2015.

sociaux de la Baie-James ne compilent pas leurs données dans le système Projet intégration jeunesse (PIJ)⁸⁶

En conséquence, les données ont été reçues sous différents formats. La réponse de ces établissements à la demande d'accès à l'information leur a d'ailleurs, dans certains cas, permis de constater que les données qu'ils compilent ne sont pas nécessairement fiables. Ceux-ci inscrivent une note au dossier concernant l'isolement, mais la compilation des données peut prendre différentes formes. Certains tiennent des registres papier, d'autres compilent les données dans le logiciel Excel, mais sans lignes directrices quant à cette compilation. Ces établissements n'ont manifestement pas les outils requis pour effectuer les suivis nécessaires.

Recommandation 6

La Commission recommande que le MSSS émette des lignes directrices pour régulariser la comptabilisation des isolements auprès des établissements qui ne possèdent pas PIJ, et ce afin que la compilation des données soit uniformisée. Ces lignes directrices devront être transmises à la Commission au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Les données indiquent qu'au total, 3459 jeunes ont fait l'objet de 23 131 mesures d'isolement au cours des 3 dernières années au Québec. Bien que ces chiffres puissent paraître élevés, il est nécessaire de les analyser de façon plus fine afin de nuancer le portrait global.

Ainsi, les totaux annuels indiquent, pour les CISSS et les CIUSSS dont le nombre d'isolements diminue, une baisse moyenne importante du nombre d'isolements, de l'ordre de près de 40 % entre les années 2013-2014 et 2015-2016.

En examinant de plus près les chiffres relatifs à chaque établissement, il est cependant possible de déceler une augmentation du nombre de mesures d'isolement utilisées pour les CISSS et CIUSSS suivants :

⁸⁶ Cet outil intègre trois systèmes informatiques relatifs à la clientèle des centres jeunesse (l'enfant et ses parents). PIJ gère les informations relatives aux usagers, les services qu'ils reçoivent, le processus d'intervention dans lequel ils sont engagés, les ressources d'hébergement qu'ils utilisent et les mesures légales qui les concernent. PIJ permet aussi de gérer la contribution financière relative au placement des jeunes mineurs (famille d'accueil). Il contient l'ensemble de l'information disponible sur l'enfant et ses parents pour que tous les intervenants (travailleurs sociaux, éducateurs, etc.) et les gestionnaires aient accès, en tout temps, à des données fiables. Ils peuvent ainsi consulter rapidement le portrait détaillé des services utilisés par les jeunes et des mesures utilisées pour eux, qu'ils soient en processus d'adoption, en besoin de protection ou jeunes contrevenants. PIJ est utilisé dans 16 centres jeunesse et 2 centres de santé de la région du Nunavik : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [En ligne]. <http://www.ti.msss.gouv.qc.ca/Familles-de-services/Actifs-informatiels/PIJ.aspx>

- Abitibi-Témiscamingue (08);
- Bas-Saint-Laurent (01);
- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (11);
- Outaouais (07)
- Estrie (05).

Pour certains, il s'agit d'une augmentation en dents de scie : les chiffres baissent pour la 2^e année et remontent lors de la dernière année à l'étude. Pour d'autres, il s'agit d'une augmentation graduelle. Il est légitime de s'interroger quant à ces hausses, puisqu'elles s'inscrivent dans un contexte général où l'utilisation des mesures de contrôle est en baisse.

Par ailleurs, la comparaison d'établissements similaires en termes d'unités de réadaptation et du nombre de jeunes accueillis permet de constater que certains établissements effectuent beaucoup d'isolements, comme l'illustre le tableau suivant :

CISSS ou CIUSSS	Années		
	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Chaudière-Appalaches (12)	508	364	447
Bas-Saint-Laurent (01)	182	357	216
Montréal (16)	2290	1465	1852
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (06)	1802	1274	758

Il faut préciser que le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a fourni les données jusqu'au 31 décembre 2015 pour la dernière année, alors que le CISSS de la Montérégie a fourni des données pour une année financière complète. Néanmoins, ce CISSS a appliqué dans cette dernière année plus du double d'isolements comparativement au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; ainsi les trois mois manquants ont peu d'impact sur la situation qui prévaut.

Par ailleurs, le nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement est en baisse ou est demeuré stable pour la plupart des établissements au cours des trois dernières années. Pour les établissements affichant une baisse, celle-ci est en moyenne de près de 36 % entre les années 2013-2014 et 2015-2016.

Au CISSS de l'Outaouais, le nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement a toutefois augmenté. Cet établissement est de loin celui affichant les chiffres les plus préoccupants; le nombre de jeunes ayant subi une telle mesure a augmenté de 149 % entre 2014-2015 (35 jeunes) et 2015-2016 (87 jeunes).

La moyenne d'épisodes d'isolement appliqués par jeune pour les années 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016 permet par ailleurs de constater que 9 établissements sur 16 ont une moyenne de mesures d'isolement par jeune se situant entre 1 et 4, ce qui

constitue somme toute une moyenne peu élevée. Les CISSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Montérégie et du Saguenay-Lac-Saint-Jean sont ceux présentant les données les plus élevées, avec respectivement 11 (pour 2 établissements) et 12 isolements par jeune. La Commission estime que des mesures doivent être mises en place afin d'éviter que des jeunes soient soumis à un grand nombre d'isolements.

Sur le plan de la durée moyenne des isolements, les chiffres indiquent qu'elle a diminué au cours des trois dernières années. Les établissements qui pratiquaient des isolements de plus d'une heure sont parvenus à diminuer leur durée moyenne dans la dernière année, de sorte qu'elle se situe autour de 30 minutes. Cette diminution est cohérente avec ce qui est précisé dans les orientations ministérielles. Le CIUSSS de l'Île-de-Montréal, le CISSS du Bas-Saint-Laurent et le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James font toutefois exception en ce sens qu'ils maintiennent des isolements moyens d'au moins une heure. Une des explications possibles à cette situation réside dans la distance séparant les différents points de service dans les régions éloignées. Ainsi, dans des cas où certains jeunes ont besoin d'être transférés dans une autre unité ou à l'hôpital, il est possible qu'ils demeurent plus longtemps en isolement, comparativement à d'autres établissements où les services sont moins éloignés. Ceci étant dit, les jeunes ne devraient pas demeurer en isolement s'ils ne représentent plus un danger pour eux-mêmes ou pour autrui.

Concernant les durées maximales, la tendance pour la plupart des CISSS et CIUSSS est également à la baisse. Alors qu'en 2013-2014 il est possible d'observer plusieurs isolements de plus de cinq heures, ils se situent autour de trois heures en 2015-2016.

Quoiqu'il y ait une baisse, la Commission estime que les durées maximales demeurent élevées. Elle constate que des isolements de plusieurs heures peuvent encore avoir lieu. Les précisions apportées par les répondants permettent de contextualiser ces isolements, qui peuvent être reliés à des transferts d'établissements ou encore à des hauts risques de passage à l'acte suicidaire. La Commission remet toutefois en question cette pratique et estime que les établissements concernés devraient réviser leurs pratiques. En effet, le fait de prolonger l'isolement pourrait enfreindre les droits des jeunes prévus à la LPJ et à la Charte.

Recommandation 7

La Commission recommande que les établissements réalisant des isolements de plus d'une heure revoient leurs pratiques et les ajustent afin qu'elles soient cohérentes avec les orientations ministérielles. Les actions entreprises à cet égard devront être transmises à la Commission d'ici le 1^{er} janvier 2018.

Malgré ce qui précède, la Commission comprend, à la suite de discussions avec quelques répondants, que certaines durées ont été mal saisies dans le système PIJ, pouvant expliquer la durée prolongée, mais erronée, de certains isolements.

De plus, dans le contexte du mandat que lui confèrent la LPJ et la Charte, la Commission déplore que les établissements ne colligent pas d'informations à propos de l'appartenance à une minorité racisée ou à une communauté autochtone. La possibilité d'analyser ces informations permettrait d'enrichir les analyses futures quant à l'application de l'isolement et de la contention, d'autant plus qu'il est reconnu que les jeunes issus des communautés autochtones sont surreprésentés dans le système de la protection de la jeunesse⁸⁷.

Dans la même veine, la possibilité de réaliser des analyses différenciées selon le sexe des jeunes permettrait également d'enrichir les analyses quant à l'application de l'isolement et de la contention, mais aussi d'ajuster les pratiques quant à l'application de ces mesures de contrôle.

Recommandation 8

La Commission recommande au MSSS et aux établissements :

- **De s'assurer de la validité des données saisies concernant l'utilisation des mesures de contrôle, et ce afin qu'elles reflètent la réalité et permettent d'effectuer les suivis appropriés;**
- **De veiller à ce que les données relatives à l'appartenance à une minorité racisée ou à une communauté autochtone soient colligées;**
- **De veiller à ce que les données relatives au genre des jeunes soient analysées dans le cadre de l'application des mesures de contrôle;**
- **D'informer la Commission des actions entreprises au plus tard le 1^{er} janvier 2018.**

4.3.2. Le contexte d'utilisation de l'isolement et son application

D'abord, les endroits désignés pour l'isolement varient d'un établissement à l'autre. Pour 13 établissements, il y a des « blocs » d'isolement où sont regroupées les salles d'isolement. Pour les autres établissements (5), l'isolement se fait dans des lieux désignés qui ne sont pas regroupés, par exemple une chambre dédiée à l'isolement dans l'unité. D'ailleurs, aux CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Gaspésie-et-des-Îles-de-la-Madeleine, une chambre par unité a été désignée et aménagée pour servir de salle d'isolement.

Le CISSS de l'Outaouais a une pratique différente, dans la mesure où l'isolement a plutôt lieu en salle d'apaisement. Dans cet établissement, comme les salles d'isolement se situent uniquement dans les unités de garde fermée où sont hébergés des jeunes en vertu de la LSPJA, elles ne sont pas utilisées pour les jeunes pris en charge en vertu de la LPJ. L'utilisation de la salle d'apaisement a par ailleurs un impact positif, selon le

⁸⁷ Voir notamment Alexandra BRETON, Sarah DUFOUR et Chantal LAVERGNE « Les enfants autochtones en protection de la jeunesse au Québec : leur réalité comparée à celle des autres enfants » *Criminologie* (2012) 45 (2).

répondant, puisqu'elle contribue à la prévention de l'escalade de la colère. Il demeure néanmoins que cet établissement effectue un nombre élevé de mesures d'isolement.

Environ la moitié des établissements utilise régulièrement ou de façon exceptionnelle le retrait en chambre avec présence d'un surveillant pour l'isolement. Les motivations fournies par les répondants pour justifier l'utilisation ou non d'une salle d'isolement sont variées. Un établissement utilise par exemple la salle d'isolement en tout dernier recours alors qu'un autre utilise exclusivement les salles d'isolement regroupées, pour éviter que le reste du groupe ne soit perturbé par les comportements du jeune qui représente un danger pour lui-même ou pour autrui.

La Commission tient ici à rappeler que l'utilisation sécuritaire d'une pièce à des fins d'isolement doit présenter certaines caractéristiques, comme elle l'a mentionné par le passé⁸⁸. En effet, elle doit être vidée des meubles et des objets avec lesquels le jeune pourrait se blesser ou blesser autrui. Le lieu désigné ou utilisé pour isoler un jeune doit être sécuritaire, mais aussi aménagé conformément aux critères déterminés dans le Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement⁸⁹. De fait, l'utilisation d'un lieu d'isolement non conforme est susceptible de porter atteinte aux droits protégés par la Charte (art. 1 et 39).

Par ailleurs, la Commission s'est questionnée quant aux procédures d'utilisation de l'isolement lors d'un retour de fugue. À cet effet, le Guide sur les pratiques relatives au traitement des fugues des jeunes hébergés dans les unités de vie et les foyers de groupe de centres jeunesse du MSSS préconise, lors d'un retour de fugue, une rencontre favorisant la discussion plutôt que le retrait du jeune⁹⁰.

Dans tous les établissements, les répondants ont affirmé qu'il n'existe aucune procédure formelle d'isolement au retour d'une fugue. Les répondants ont rapporté que l'accent est mis sur l'accueil du jeune dans un environnement chaleureux, pour faciliter la réintégration au groupe. Dans les cas où un jeune revient à l'unité sous l'influence de drogues ou d'alcool, la pratique peut varier, mais généralement l'objectif est de permettre au jeune de se reposer avant de faire un retour avec lui et le réintégrer au groupe.

Notons toutefois que le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James a une pratique divergente puisque les jeunes, lors d'un retour de fugue, doivent faire un

⁸⁸ COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE ET DES DROITS DE LA JEUNESSE, *Commentaires sur le projet de cadre de référence de l'Association des centres jeunesse du Québec relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention*, 2005, p. 3.

⁸⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle – Matériel de contention – Évaluation de produits – Guide pour la conception – Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement*, 2005, p. 49-50.

⁹⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide sur les pratiques relatives au traitement des fugues des jeunes hébergés dans les unités de vie et les foyers de groupe de centres jeunesse*, 2013 [En ligne]. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000171/>

programme spécial de 72 heures en chambre avant de réintégrer l'unité. La Commission se questionne quant à un tel programme, puisque celui-ci pourrait équivaloir à une mesure d'isolement et même à une mesure disciplinaire. Or, un isolement de 72 heures appliqué de façon *automatique*, lors d'un retour de fugue, contrevient aux dispositions de l'article 118.1 de la LSSSS et de l'article 10 de la LPJ.

Enfin, dans tous les établissements, l'arrêt du comportement dangereux et le retour au calme relatif du jeune, c'est-à-dire une reprise de contrôle sur les comportements, sont les critères utilisés selon les répondants pour cesser l'isolement. Les propos recueillis permettent de constater que dans tous les cas, un agent d'intervention ou un éducateur sont présents pour garder un contact avec le jeune et s'assurer que l'isolement se termine dès que le jeune a retrouvé son calme.

De plus, les répondants ont fait régulièrement mention de mécanismes de contrôle en place pour s'assurer d'une utilisation conforme de l'isolement, notamment des approbations obligatoires d'un cadre supérieur en disponibilité dès que la mesure de contrôle s'étire outre un barème établi, généralement entre trente minutes et une heure.

Notons que la majorité des répondants considèrent important de réaliser un *bilan* après avoir effectué un isolement, tel que préconisé dans les orientations ministérielles. Ces analyses post situationnelles constituent selon les répondants un outil essentiel pour mieux cerner les raisons de l'utilisation de l'isolement, puisqu'un retour sur la situation est effectué avec le jeune. Elles permettent ainsi de renforcer l'utilisation de stratégies apaisantes en collaboration avec le jeune et de prévenir l'utilisation de l'isolement en favorisant la mise en place de stratégies alternatives.

4.4 La contention : une mesure en hausse

La prochaine section porte sur la contention, dont l'utilisation est en hausse pour plusieurs établissements. Le portrait statistique est présenté, de même que le contexte d'utilisation de la mesure et les paramètres relatifs à son application.

4.4.1 L'analyse des statistiques relatives à la contention⁹¹

D'emblée, il a été possible de constater un enjeu quant à la définition même de la contention. En effet, les entrevues ont permis de constater que les centres de réadaptation ont des conceptions différentes de ce que peut être une contention. Plusieurs répondants ont spécifié que les contentions pour les adolescents leur apparaissent différentes de celles administrées aux tout-petits (6-11 ans). Ces dernières sont davantage de l'ordre du *caring* (aussi appelé *holding*). Le *caring* se définit comme le fait de prendre l'enfant dans ses bras, en d'autres mots l'envelopper, pour l'aider à se calmer.

⁹¹ Voir l'annexe 1 pour les détails quant aux données reçues.

Actuellement, les pratiques sont divergentes selon les établissements concernant la comptabilisation du *caring*. Les entrevues effectuées ont permis de constater que certains répondants estiment qu'il est difficile de délimiter clairement ce que constitue une contention administrée à un tout-petit et se questionnent quant à sa comptabilisation, alors que d'autres comptabilisent le *caring* comme une contention dans PIJ. Cette situation a un impact sur la fiabilité des données compilées et sur la représentativité du portrait appliqué. La Commission estime que des lignes directrices quant à la compilation des contentions devraient être émises par le MSSS.

Recommandation 9

La Commission recommande que des lignes directrices soient émises par le MSSS concernant la comptabilisation des contentions, et ce afin que les chiffres reflètent une réalité similaire pour tous les établissements. Ces lignes directrices devraient aussi s'appliquer aux établissements n'utilisant pas PIJ, de façon à s'assurer de la validité des données recueillies dans tous les milieux. Elles devront être transmises à la Commission au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Au total, 4247 jeunes ont fait l'objet de 32 377 contentions. Ce total comprend tous les types de contention, soit physique, chimique et mécanique. À ce stade, il est utile de préciser que les contentions chimiques et mécaniques comptent pour une très faible proportion de ces chiffres et que seuls les milieux hospitaliers les appliquent.

Le portrait du nombre de contentions indique des hausses importantes dans plusieurs établissements entre 2013 et 2016, comme l'illustre le tableau suivant :

CISSS ou CIUSSS	2013-2014	2014-2015	2015-2016	% de variation
Abitibi-Témiscamingue (08)	306	363	581	90 %
Chaudière-Appalaches (12)	295	317	422	43 %
Estrie (05)	285	149	348	22 %
Lanaudière (14)	-- —	688	827	20 % ⁹²
Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	266	397	480	80,1 %
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (10)	---	42	84	100 %
Régie régionale de la Santé et des services sociaux de la Baie-James	32	42	68	113 %
Outaouais (07)	400	527	833	101 %

⁹² Entre 2014-2015 et 2015-2016.

Les autres CISSS et CIUSSS ont des chiffres stables ou présentent de légères diminutions pour les trois années étudiées. Notons que ces diminutions pourraient se traduire par des hausses puisque les données ne comprennent pas l'année financière complète. Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal se démarque nettement de la tendance stable ou à la hausse, puisque le nombre de contentions appliquées y a diminué de l'ordre de 62 % entre 2013 et 2016, passant de 3760 à 1436 contentions, de même que le CISSS de la Gaspésie-et-des-Îles-de-la-Madeleine (173 à 25 contentions).

Au sujet du nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une contention, les totaux par année indiquent que le nombre de jeunes demeure relativement stable pour plusieurs établissements; toutefois il est réaliste d'entrevoir une hausse pour l'année 2015-2016, puisque les chiffres obtenus vont jusqu'au 31 décembre alors que l'exercice se termine le 31 mars. Le CISSS de l'Outaouais et le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal affichent les hausses les plus importantes, comme le montre le tableau suivant :

CISSS ou CIUSSS	2013-2014	2014-2015	2015-2016	% de variation
Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	54	52	79	46 %
Outaouais (07)	120	180	200	43 %

Le nombre moyen de contentions appliquées par jeune pour les trois années à l'étude est cohérent avec le portrait général. Ainsi, dans plusieurs établissements les moyennes sont élevées, notamment les CISSS du Bas-Saint-Laurent (16) et de Lanaudière (13). Plusieurs autres CISSS et CIUSSS présentent une moyenne de 10 contentions par jeune. Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James se démarque nettement, avec une moyenne de 24 contentions par jeune.

Le portrait global des contentions appliquées au cours des trois dernières années préoccupe la Commission, puisque pour un nombre important d'établissements, le nombre de jeunes faisant l'objet de contentions augmente, de même que le nombre de contentions appliquées. De plus, certains établissements ont des moyennes de contentions par jeunes élevées. Ceci laisse supposer que certains jeunes subissent ces mesures de façon récurrente, alors qu'elles ont des impacts importants sur ces derniers et que les orientations ministérielles préconisent une diminution de l'utilisation de cette mesure de contrôle.

La Commission s'interroge donc quant à l'utilisation de la contention en conformité avec les articles 118.1 de la LSSSS et 10 de la LPJ, ainsi qu'avec les différents droits des jeunes prévus à la Charte et à la LPJ. La Commission considère que des mesures s'imposent pour diminuer le recours à la contention. Il semble en effet que le plan d'action ministériel⁹³ ne donne pas les résultats escomptés.

⁹³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, 2002.

Recommandation 10

La Commission recommande au MSSS qu'il s'assure que l'utilisation de la contention est conforme aux orientations ministérielles, que des vérifications soient effectuées auprès de tous les établissements et qu'il fasse part à la Commission des actions entreprises d'ici le 1^{er} janvier 2018.

4.4.2. Le contexte d'utilisation de la contention et son application

La contention, comme mesure de contrôle, a une spécificité particulière dans la mesure où son application revêt un caractère délicat. D'ailleurs, plusieurs répondants ont indiqué prendre en considération l'historique d'abus des enfants et ainsi préférer proscrire les contacts physiques dans certains cas précis, cela pour ne pas faire vivre d'émotions négatives à l'enfant.

Dans un tel contexte, une formation adéquate des intervenants appelés à appliquer des contentions est primordiale. Les répondants ont affirmé à ce sujet qu'une formation est systématiquement octroyée aux agents d'interventions, aux éducateurs ainsi qu'aux surveillants de nuit. De plus en plus d'établissements gèrent eux-mêmes leur formation continue grâce à la présence de formateurs certifiés au sein de leurs organisations, ce que permet la formation OMÉGA⁹⁴. Les approches privilégiées par les établissements sont OMÉGA, suivi d'ITCA (intervention thérapeutique lors de conduites agressives⁹⁵).

La plupart des répondants ont de plus indiqué que les séances de formation sont reprises annuellement. Pour les autres, le maximum de temps entre deux séances pour le même employé est de trois ans; toutefois des mises à niveau sont effectuées lorsque nécessaires, en fonction des besoins du personnel œuvrant sur le terrain. Fait préoccupant, certains répondants ont affirmé qu'il y a moins de formation continue depuis l'intégration des centres de réadaptation au sein des CISSS et CIUSSS.

Au sujet des intervenants administrant les contentions, presque tous les centres de réadaptation utilisent des agents d'interventions, particulièrement auprès des adolescents. Dans le cas des unités hébergeant des tout-petits, les contentions sont plus souvent appliquées par les éducateurs.

Par ailleurs, plusieurs établissements ont manifestement renforcé le rôle paraclinique des agents d'intervention, ce qui a selon eux pour effet de faciliter l'administration des mesures de contrôle. Dans certains cas, cette méthode peut également contribuer à prévenir l'utilisation de la contention, puisque la qualité du lien entre le jeune et l'agent d'intervention permet d'éviter l'escalade. Dans la pratique, ceci se traduit par la création

⁹⁴ La formation OMÉGA vise à développer chez l'intervenant du secteur de la santé et des services sociaux des habiletés et des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité. [En ligne]. <http://www.asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>

⁹⁵ Pour plus d'informations, consulter le site Web suivant : <http://www.itca.ca/>.

de liens entre les jeunes des unités et les agents d'intervention, par l'implication de ces derniers dans la vie quotidienne des jeunes. On désire ainsi éviter que les agents d'intervention n'aient qu'un rôle exclusivement disciplinaire.

Cette même logique a mené le CISSS de l'Outaouais à minimiser le plus possible le nombre d'agents d'interventions et à maximiser le nombre d'éducateurs qui font eux-mêmes les contentions. Cette pratique hors norme dans le paysage québécois a comme avantage, selon les répondants de cette région, une intervention différenciée, puisque l'employé, déjà en interaction avec le jeune, tentera tout ce qu'il peut avant d'en arriver à intervenir physiquement. Cette hypothèse n'est cependant pas confirmée par les statistiques reçues, puisque le nombre de contentions a plus que doublé dans cet établissement au cours des trois dernières années.

La Commission a par ailleurs tenu à savoir si des méthodes de contention autres que l'intervention physique directe sont utilisées dans les établissements. La majorité des établissements ont dit utiliser les menottes en de très rares occasions (entre 0 % et 5 % du total des contentions) et seulement avec des usagers pris en charge en vertu de la LSJPA, notamment lorsque le jeune fait l'objet d'une peine pour adultes et présente un risque élevé d'évasion⁹⁶ ou lorsque le rapport de force physique pose problème. Ailleurs au Canada, des actions ont actuellement lieu au sujet de l'utilisation systématique de menottes ou d'autres formes d'entraves pour les jeunes pris en charge en vertu de la LSJPA qui comparaissent devant les tribunaux ou qui doivent faire l'objet de transports par l'établissement⁹⁷

Enfin, la Commission s'est interrogée quant aux pratiques post-contentions, afin d'examiner si la pratique voulant que l'isolement succède à une contention est répandue. À ce titre, la majorité des répondants (15/18) ont affirmé qu'il ne s'agit pas d'une pratique dans leur établissement. En fait, la majorité désire éviter l'isolement à la suite d'une contention et plutôt trouver des méthodes alternatives pour permettre un retour au calme du jeune. La pratique pour plusieurs établissements consiste en l'utilisation de la salle d'apaisement, le retrait en chambre ou le retrait hors service pour faciliter le retour au calme et ainsi éviter au jeune de subir une seconde mesure de contrôle.

⁹⁶ Il y a une réflexion en ce moment dans certains établissements quant à la comptabilisation des contentions pour le transport sécuritaire dans le cadre d'une prise en charge en vertu de la LSJPA. Certains estiment que ces contentions ne devraient pas être comptabilisées. Si un avis juridique réalisé par le contentieux d'un CISSS ou d'un CIUSSS confirme bel et bien ceci, il sera nécessaire qu'il soit diffusé auprès de tous les établissements afin que les contentions soient comptabilisées uniformément pour tous.

⁹⁷ Norman J. BOSSÉ « Enchaîner nos jeunes- Le recours abusif aux contraintes physiques », *Christian Legal Journal*, 2016 (25) 3, p. 12-15.

4.5 Les mesures mises en place pour prévenir l'utilisation des mesures de contrôle

Les entrevues réalisées ont permis de constater qu'une panoplie de mesures sont mises de l'avant par les établissements pour prévenir l'utilisation de l'isolement et de la contention, principe au cœur des orientations ministérielles.

Parmi les mesures utilisées figurent des moyens pour adapter l'environnement aux besoins des jeunes. Pour la majorité des établissements, ceci se traduit par le recours à la salle d'apaisement, qui peut être utilisée selon plusieurs modalités. Les intervenants peuvent conduire les jeunes à la salle d'apaisement ou à un autre lieu apprécié du jeune lorsqu'ils observent qu'une crise est imminente. Ils peuvent aussi encourager les jeunes à utiliser ces lieux lorsqu'ils ressentent le besoin de se retrouver seuls, et ce afin de prévenir la désorganisation. À ce titre, les intervenants abordent régulièrement avec les jeunes les moyens pouvant être mis en place lorsqu'ils se désorganisent.

Notons à cet égard que le CISSS de Lanaudière a effectué des demandes de financement afin de faire capitonner une salle pour prévenir l'utilisation des contentions. Cet établissement étant aux prises avec un nombre important de jeunes qui s'automutilent en se frappant la tête, l'utilisation de la salle capitonnée devient alors un moyen de diminuer le recours à la contention, selon le répondant. Bien que consciente qu'il s'agit d'un moyen pour diminuer l'utilisation de la contention, la Commission souligne qu'elle est préoccupée par cette situation, puisque l'établissement semble remplacer la contention par l'isolement.

Le CISSS de Laval a quant à lui choisi de créer une unité de remobilisation. Dans cet environnement qualifié de plus neutre par les répondants, le jeune a des objectifs fixés qu'il doit atteindre, pour ensuite pouvoir retourner dans son unité. La Commission s'interroge toutefois quant à la programmation de cette unité, puisqu'il semble y avoir ici des similitudes avec l'encadrement intensif. Elle souligne la nécessité que les professionnels concernés s'assurent que la liberté des jeunes n'y est pas restreinte et que leurs conditions de vie ne s'apparentent pas à de l'isolement.

L'adaptation de l'intervention figure également parmi les moyens utilisés pour prévenir l'utilisation des mesures de contrôle. Ainsi, plusieurs répondants misent sur l'individualisation et la personnalisation des interventions, ce qui permet selon eux de prévenir les crises et la désorganisation. Par exemple, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a mis l'accent sur la centralisation des besoins des jeunes, ce qui se traduit notamment par la mise en place d'un système de reconnaissance afin de créer des occasions de valoriser les jeunes.

Pour un autre établissement, cette individualisation des suivis s'est concrétisée par l'embauche d'un infirmier spécialisé en santé mentale. Un autre CISSS s'assure que les jeunes puissent bénéficier de moments de solitude de façon régulière. Au CISSS des

Laurentides, un programme pour les jeunes ayant de grands besoins, mais ne pouvant être dans une unité de traitement individualisé a été mis en place. Deux éducatrices sont disponibles pour accompagner individuellement ces jeunes et fournir un soutien aux éducateurs réguliers.

L'évaluation et le suivi des jeunes constituent également de l'avis des répondants un moyen essentiel pour prévenir l'utilisation des mesures de contrôle. Pour certains, il s'agit de prendre le temps de bien évaluer le jeune à son admission en centre de réadaptation, de façon à bien comprendre les particularités de son profil. Par ailleurs, dans plusieurs établissements, un psychoéducateur ou un spécialiste en activités cliniques conseille le chef de service sur les stratégies efficaces qu'il convient d'employer avec certains jeunes ayant des problématiques importantes et pour lesquels les intervenants sont dans une impasse. Ce suivi peut aussi prendre la forme d'un comité interdisciplinaire, qui contribue à mieux comprendre les diagnostics des jeunes et à s'assurer d'une vision globale des dossiers particulièrement problématiques, ce qui permet de mieux répondre à leurs besoins.

Par ailleurs, le suivi régulier des statistiques relatives à l'utilisation de la contention et de l'isolement constitue pour plusieurs répondants une méthode de choix pour prévenir le recours à ces mesures. Ce suivi permet aux cadres d'avoir une vision globale de l'utilisation de l'isolement ou de la contention à tout moment, leur permettant d'intervenir rapidement lorsque par exemple des isolements de longue durée ont lieu ou que des contentions se produisent trop souvent. Au CIUSSS du Centre-sud-de-l'Île-de-Montréal par exemple, le chef de service reçoit quotidiennement un bilan de l'utilisation des mesures de contrôle. De plus, chaque trimestre, une rétrospective de l'utilisation de ces mesures est effectuée par celui-ci et présentée à la direction. Ce CIUSSS est également en réflexion quant à la mise en place d'audits. De leur côté, le CISSS du Bas-Saint-Laurent ainsi que CIUSSS de la Capitale-Nationale ont mis en place un comité d'étude de cas de santé mentale qui observe les profils des jeunes subissant un nombre élevé d'isolements ou de contentions.

Par ailleurs, la formation demeure essentielle pour une utilisation adéquate et respectueuse des mesures de contrôle. Au-delà de la formation de base octroyée aux intervenants telles que ITCA et OMÉGA, des établissements offrent une formation sur mesure à leurs professionnels. Ainsi, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal a développé une formation OMÉGA adaptée au groupe des 6-11 ans. Les agents d'intervention de certains établissements bénéficient également d'une formation sur la médiation. Des séances de formation plus spécifiques sont aussi offertes par certains établissements, telles que :

- CPR (*crisis prevention intervention*);
- le profil de sécurité affective des enfants, qui permet une approche différenciée selon le type d'attachement;
- les approches cliniques à adopter en lien avec l'attachement;
- Équilibre, axée sur l'émotivité et les réactions des intervenants;

- les techniques d'intervention;
- les troubles de comportement.

Parmi les autres mesures mises en place pour prévenir le recours aux mesures de contrôle, certains établissements ont développé l'utilisation de matériel d'ergothérapie en collaboration avec des ergothérapeutes. Cette méthode a été qualifiée par certains répondants de prometteuse et efficace. Dans un cas par exemple, le iPad a été substitué par du matériel d'apaisement lors des transports sécuritaires, ce qui a eu un impact positif puisque le nombre de crises a diminué.

4.6 Les unités pédopsychiatriques : un fonctionnement similaire

Afin d'obtenir le portrait le plus complet possible en matière d'utilisation de l'isolement et de la contention, la Commission a tenu à ce que soient incluses dans l'étude les unités pédopsychiatriques hébergeant des jeunes, dont certains sont pris en charge en vertu de la LPJ ou de la LSJPA. Il s'agit de l'Institut Philippe-Pinel, du Centre de pédopsychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Cette section présente les similitudes et les différences caractérisant ces unités. Notons d'emblée que le volume de jeunes accueillis à l'Institut Philippe-Pinel est très faible, alors que les deux autres unités peuvent accueillir jusqu'à 100 jeunes par année. Chaque établissement a une unité pouvant accueillir un maximum de 15 jeunes. Il est utile de préciser qu'auparavant, il était nécessaire d'obtenir une ordonnance médicale pour effectuer une mesure de contrôle, ce qui n'est plus le cas maintenant⁹⁸. Selon les répondants, le personnel infirmier continue toutefois de valider régulièrement auprès des médecins l'application des mesures de contrôle.

À l'image des centres de réadaptation, des stratégies préventives pour éviter l'utilisation de l'isolement et de la contention sont déployées dans les trois unités pédopsychiatriques. L'apaisement du jeune est dans un premier temps visé. À ce titre, l'attention est portée dans une unité en particulier sur l'accompagnement des jeunes sans contact physique, de façon à éviter de les brusquer. De son côté, le Centre de pédopsychiatrie a intégré un psychoéducateur dans l'équipe d'intervention, afin de favoriser le développement de stratégies d'intervention individualisée auprès des jeunes.

⁹⁸ « Dans le cadre des lois 90 et 21, la décision de l'utilisation d'une contention n'exige plus d'ordonnance médicale. Cependant, tel que précisé au Règlement 18 (CA 2013-005) l'analyse de l'utilisation d'une contention en situation planifiée ainsi que la décision qui en découle se font en équipe interdisciplinaire avec la contribution des professionnels autorisés et en consultation avec l'usager/résident ou son représentant légal. En situation non planifiée, la décision d'utiliser une contention est de la responsabilité de l'infirmière ». Voir : CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX PIERRE-BOUCHER, *Utilisation d'une contention chez un usager/résident au CSSS Pierre-Boucher*, Règle de soins infirmiers révisée le 1^{er} janvier 2015. [En ligne]. http://www.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/cssspierreboucher/Documents_de_formation/Mesures%20de%20contr%C3%B4le/RS004%20-%20Utilisation%20d'une%20contention.pdf

Il est à noter par ailleurs qu'au moment de réaliser cette étude, un seul établissement disposait d'une salle d'apaisement, contrairement aux centres de réadaptation qui en possèdent tous une. À l'institut universitaire en santé mentale Douglas, une salle sera disponible sous peu alors que l'Institut Philippe-Pinel ne peut pour l'instant bénéficier d'une telle salle, qui serait pourtant d'une grande utilité de l'avis du répondant.

Dans un tel contexte, le retrait en chambre de courte durée, d'où le jeune peut sortir par lui-même, est une des stratégies de remplacement utilisées. Des coquilles insonorisantes ainsi qu'un lecteur MP3 peuvent être fournis aux jeunes pour les apaiser. Les éducateurs proposent aussi des activités alternatives, soit individuelles, par exemple l'utilisation de gants de boxe et d'un *punching bag*, ou de groupe lorsqu'ils estiment que celui-ci est tendu.

Du côté de l'application de l'isolement et de la contention, plusieurs similitudes se dégagent. En effet, les isolements sont de la durée la plus courte possible et se terminent dès que le jeune est calme, conformément aux orientations ministérielles. De plus, dans les trois unités, les isolements peuvent se dérouler en chambre. Ici aussi, la Commission tient à rappeler que la pièce doit être aménagée de façon sécuritaire.

Sur le plan de l'application de la contention, celle-ci peut être effectuée par des intervenants, des infirmiers et des agents d'intervention. Deux unités privilégient que la contention soit effectuée par les infirmiers ou les éducateurs. Tous ont reçu la formation OMÉGA; cependant certains répondants estiment qu'il y a des lacunes au plan de la formation continue et que des séances de formation et de mises à niveau devraient être offertes plus régulièrement. Notons qu'un établissement a offert une formation spécifique sur le trouble de la personnalité limite, ce qui selon la répondante a contribué à diminuer le nombre d'isolements et de contentions appliqués.

La Commission estime important de souligner que la distinction entre mesures disciplinaires et mesures de contrôle apparaît plus floue dans les unités pédopsychiatriques; ainsi un répondant considère qu'un jeune confiné à sa chambre, d'où il ne peut sortir, ne fait pas l'objet d'une mesure d'isolement, alors qu'il s'agit bel et bien de ce type de mesure au sens de la LSSSS et de la LPJ.

Recommandation 11

La Commission recommande que les établissements ayant des unités pédopsychiatriques offrent à son personnel des séances de formation, afin de s'assurer que l'isolement est utilisé conformément à la loi et que les droits des jeunes prévus à la Charte et à la LPJ soient respectés. La Commission devra être informée des actions entreprises à cet égard d'ici le 1^{er} janvier 2018.

Par ailleurs, la contention chimique distingue les unités pédopsychiatriques puisqu'elles seules sont autorisées à utiliser ce type de contention auprès des jeunes. Il s'agit

d'utiliser des médicaments pour favoriser le retour au calme. L'utilisation de la contention chimique est contestée depuis le début des années 2000 par plusieurs groupes des milieux hospitaliers ou médicaux, qui se sont prononcés contre l'inclusion des substances chimiques dans la LSSSS (art. 118.1)⁹⁹. Depuis 2003, un comité ministériel composé de représentants du Collège des médecins du Québec (CMQ), de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) examine les pratiques relatives quant à cette mesure, afin de proposer des lignes directrices pour « réduire le plus possible l'usage des substances chimiques à de strictes fins de contrôle¹⁰⁰ » tel que le préconise le plan d'action du MSSS. Selon la Commission, ces lignes directrices n'ont pas été publiées.

Or, de telles balises s'avèreraient nécessaires selon M^e Bernheim, notamment parce que la contention chimique « soulève des questions éthiques et juridiques spécifiques qui méritent une attention distincte des autres mesures de contrôle¹⁰¹ ». Celle-ci suggère d'ailleurs de mettre en place un cadre légal spécifique à la contention chimique appliquée en contexte non planifié comme mesure de protection¹⁰².

Recommandation 12

La Commission recommande au MSSS que des lignes directrices quant à l'utilisation de la contention chimique soient diffusées afin que soient mieux protégés les droits des jeunes hébergés en unité de pédopsychiatrie et que celles-ci soient transmises à la Commission.

À ce titre, il est utile de préciser qu'un établissement propose un médicament pour diminuer l'anxiété lorsque survient une désorganisation, pour ensuite suggérer au jeune de se retirer dans sa chambre. Si ce moyen « d'apaisement » ne fonctionne pas, une contention chimique peut ensuite être administrée. La Commission se questionne quant à cette méthode, qui ne semble pas être comptabilisée comme une contention à proprement parler. Or, puisqu'un médicament est administré, cette mesure devrait être comptabilisée comme une contention et il serait alors important d'obtenir le consentement de l'enfant, comme prévu au cadre de référence du MSSS¹⁰³. La Commission estime que des clarifications doivent être apportées quant à cet aspect, afin que l'utilisation de la contention chimique puisse être appliquée dans le respect des droits des jeunes.

⁹⁹ Voir à ce sujet Emmanuelle BERNHEIM « La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique? », *Santé mentale au Québec*, 2010 (35) 2, p.166-169.

¹⁰⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 93, p. 11.

¹⁰¹ E. BERNHEIM, préc., note 99, p. 172.

¹⁰² *Id.*, p.172.

¹⁰³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, préc., note 13, p.16. Avant d'administrer une substance chimique, il faut qu'il y ait eu au préalable une planification de l'intervention et dans ce contexte il faut avoir obtenu le consentement de la personne.

Enfin, des moyens mécaniques peuvent également être utilisés dans les unités pédopsychiatriques, tels que la combinaison Argentino¹⁰⁴, des ceintures ou des menottes. À ce titre, un établissement porte une attention particulière aux matériaux utilisés, avec une préférence pour le velcro et le tissu plutôt que le métal, et ce afin que les jeunes subissent le moins d'inconforts possible. Dans tous les cas, les répondants ont affirmé que ces types de contentions sont utilisés en dernier recours et dans des cas précis, notamment lorsque l'outil est déjà utilisé à l'arrivée du jeune pour sa propre protection. Dans certains cas, leur utilisation doit être approuvée par un comité spécial, ce qui contribue à en restreindre l'utilisation.

CONCLUSION

Ce tour d'horizon de l'utilisation de l'isolement et de la contention a permis de constater que des enjeux subsistent sur le plan de l'utilisation de ces mesures de contrôle et que cette situation a des effets quant au respect des droits des jeunes.

Au sujet de la compilation des mesures de contrôle de façon générale, la Commission est d'avis qu'un travail d'uniformisation est nécessaire. Les établissements utilisant PIJ auraient besoin de lignes directrices permettant de comptabiliser l'isolement et la contention avec plus d'exactitude. En effet, à plusieurs reprises, des discussions avec les répondants ont mis en lumière que les durées moyennes et maximales des isolements ne semblaient pas correspondre à la réalité. De telles lignes directrices s'avèrent d'autant plus essentielles pour les unités pédopsychiatriques et les établissements non fusionnés que ceux-ci n'ont pas de plate-forme informatique en place leur permettant de compiler les données relatives à l'utilisation des mesures de contrôle. De plus, certains établissements s'interrogent sur la nature du *caring (holding)* en tant que contention. La Commission estime essentiel que des clarifications soient aussi apportées à ce plan.

Par ailleurs, les données ont illustré que, de façon générale, les établissements ne semblent pas utiliser l'isolement ou la contention à titre de mesures disciplinaires, conformément aux articles 118.1 de la LSSSS et 10 de la LPJ. Cette distinction apparaît cependant plus claire pour les missions de réadaptation des CISSS et des CIUSSS que pour les établissements non fusionnés (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) et les unités pédopsychiatriques. Dans un tel contexte, la Commission estime qu'une formation spécifique sur la distinction entre mesures de contrôle et mesures disciplinaires serait pertinente pour ces établissements.

¹⁰⁴

La combinaison Argentino a été créée dans le but d'offrir une contention plus confortable comparativement aux autres modèles de camisoles. Elle permet l'amplitude des mouvements au niveau des membres et ne gêne pas la circulation. [En ligne].
<http://www.pspargentino.com/securite-protection>

Du côté de l'isolement, la Commission a constaté de façon générale que les différentes mesures mises de l'avant ont permis de diminuer le nombre de jeunes étant isolés, le nombre de mesures utilisées ainsi que les durées moyennes et maximales.

Des défis demeurent toutefois pour certains établissements, soit ceux pour lesquels le nombre d'isolements appliqués est en augmentation au cours des trois dernières années, ceux pour lesquels le nombre de jeunes ayant fait l'objet d'un isolement a augmenté et ceux pour lesquels on a noté des isolements de plusieurs heures. La Commission estime que ces établissements doivent modifier certaines de leurs pratiques afin de s'assurer que la mesure d'isolement est utilisée conformément aux dispositions prévues aux articles 118.1 de la LSSSS et 10 de la LPJ, et que les droits des jeunes prévus à la Charte et à la LPJ soient respectés.

Le portrait relatif à la contention est plus préoccupant. En effet, bien que des moyens soient mis en place pour prévenir l'utilisation de la contention, le nombre de ces mesures ainsi que le nombre de jeunes en ayant subi est en hausse au cours des trois dernières années pour plusieurs CISSS, CIUSSS et établissements non fusionnés. La Commission estime que les mesures nécessaires doivent être prises pour que diminuent les contentions, le tout, encore une fois, afin de respecter les dispositions pertinentes prévues à la LSSSS, à la Charte et à la LPJ.

Ces constats quant à l'utilisation de l'isolement et de la contention sont effectués dans un contexte de profonde transformation du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui incite la Commission à se questionner quant aux services dispensés aux jeunes de façon plus générale. D'ailleurs, la Commission analysera les effets de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux dans le cadre de son prochain rapport de mise en œuvre de la LPJ (art. 156.1), devant être déposé en 2020. Dans cette même veine, la Commission est d'avis que la dispensation des services doit être repensée pour les jeunes ayant des problématiques complexes. Plusieurs établissements ont en effet rapporté des situations concernant quelques jeunes subissant une grosse proportion des mesures de contrôle et plusieurs de ces jeunes semblent avoir des diagnostics de déficience intellectuelle ou encore de trouble envahissant du développement associés à des troubles de comportement. La Commission constate que ces jeunes ne semblent pas se trouver au bon endroit.

Pour terminer, l'étude relative à l'utilisation des mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques a permis de constater qu'un chemin important a été parcouru depuis la diffusion des orientations ministérielles en 2002. L'évolution observée à l'égard de l'utilisation de l'isolement le démontre bien. Comme toute mesure de contrôle constitue une entrave à la liberté individuelle protégée par la Charte, les efforts entrepris jusqu'à maintenant doivent perdurer, afin que ces mesures puissent être réduites au maximum, voire même éliminées.

La Commission recommande donc :

Recommandation 1

La Commission recommande que l'ensemble des établissements inscrive dans leur politique tous les éléments prévus au cadre de référence du MSSS, que ces politiques soient ajustées d'ici le 1er janvier 2018 et que celles-ci soient transmises à la Commission.

Recommandation 2

La Commission recommande que le MSSS modifie son cadre de référence afin d'éliminer la distinction qu'on y retrouve entre les contextes d'application planifié et non planifié d'une mesure de contrôle pour la clientèle des enfants et des adolescents.

Recommandation 3

La Commission recommande aux établissements de mettre en place toute mesure permettant à son personnel d'appliquer dans sa pratique la différence entre les mesures de contrôle et les mesures disciplinaires et d'informer la Commission de ces mesures au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation 4

La Commission recommande que le MSSS développe les services, incluant les ressources appropriés, pour répondre de façon adéquate aux besoins des jeunes ayant des diagnostics de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement associés à des troubles de comportement.

Recommandation 5

La Commission recommande que le MSSS complète et améliore l'offre de service destinée aux familles ayant besoin de services spécialisés en santé mentale, afin que tous les enfants aient accès en temps utile à des services adéquats, tel que le prévoit l'article 8 de la LPJ.

Recommandation 6

La Commission recommande que le MSSS émette des lignes directrices pour régulariser la comptabilisation des isolements auprès des établissements qui ne possèdent pas PIJ, et ce afin que la compilation des données soit uniformisée. Ces lignes directrices devront être transmises à la Commission au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation 7

La Commission recommande que les établissements réalisant des isolements de plus d'une heure revoient leurs pratiques et les ajustent afin qu'elles soient cohérentes avec les orientations ministérielles. Les actions entreprises à cet égard devront être transmises à la Commission d'ici le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation 8

La Commission recommande au MSSS et aux établissements :

- **De s'assurer de la validité des données saisies concernant l'utilisation des mesures de contrôle, et ce afin qu'elles reflètent la réalité et permettent d'effectuer les suivis appropriés;**
- **De veiller à ce que les données relatives à l'appartenance à une minorité racisée ou à une communauté autochtone soient colligées;**
- **De veiller à ce que les données relatives au genre des jeunes soient analysées dans le cadre de l'application des mesures de contrôle;**
- **D'informer la Commission des actions entreprises au plus tard le 1^{er} janvier 2018.**

Recommandation 9

La Commission recommande que des lignes directrices soient émises par le MSSS concernant la comptabilisation des contentions, et ce afin que les chiffres reflètent une réalité similaire pour tous les établissements. Ces lignes directrices devraient aussi s'appliquer aux établissements n'utilisant pas PIJ, de façon à s'assurer de la validité des données recueillies dans tous les milieux. Elles devront être transmises à la Commission au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation 10

La Commission recommande au MSSS qu'il s'assure que l'utilisation de la contention est conforme aux orientations ministérielles, que des vérifications soient effectuées auprès de tous les établissements et qu'il fasse part à la Commission des actions entreprises d'ici le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation 11

La Commission recommande que les établissements ayant des unités pédopsychiatriques offrent à son personnel des séances de formation, afin de s'assurer que l'isolement est utilisé conformément à la loi et que les droits des jeunes prévus à la Charte

et à la LPJ soient respectés. La Commission devra être informée des actions entreprises à cet égard d'ici le 1^{er} janvier 2018.

Recommandation 12

La Commission recommande au MSSS que des lignes directrices quant à l'utilisation de la contention chimique soient diffusées afin que soient mieux protégés les droits des jeunes hébergés en unité de pédopsychiatrie et que celles-ci soient transmises à la Commission.

Annexe 1 Méthodologie et limites de l'étude

1.1 Les politiques des établissements

L'étude analyse dans un premier temps les politiques relatives à l'isolement et la contention de chaque établissement. Celles-ci ont été obtenues par le biais des répondants ayant participé à l'étude qui les ont transmises au cours de l'automne 2016.

Établissements et politiques associées

Établissement	Politique
CISSS du Bas-Saint-Laurent (01)	Protocole relatif à l'application exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention
CISSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	Politique de contention des jeunes; Politique d'utilisation de l'isolement de jeunes de 12-18 ans
CIUSSS de la Capitale-Nationale (03)	Procédure sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention; Politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention; Règlement du centre hospitalier universitaire de Québec sur le protocole d'application des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (04)	Protocole relatif à l'application des mesures d'isolement en centre de réadaptation; Protocole relatif à l'application des mesures de contention en centre de réadaptation et dans les transports sécuritaires
CIUSSS de l'Estrie (05)	
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (06)	Protocole des mesures de contrôle : promouvoir la sécurité des patients par l'utilisation des mesures alternatives et sécuritaires des mesures de contrôle; Procedures on the use of restraint and isolation; Policy on the use of restraint and isolation
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal(06)	Règlement no 7 relatif à l'utilisation des mesures d'isolement envers un usager hébergé au CJM-IU; Procédure d'application du règlement no 7 relatif à l'utilisation des mesures d'isolement envers un jeune hébergé au CJM-IU; Procédure d'application du règlement no 6 relatif à l'utilisation des mesures de contention envers un jeune hébergé au CJM-IU; Règlement no 6 relatif à l'utilisation des mesures de contention envers un usager hébergé du CJM-IU
CISSS de l'Outaouais (07)	Politique d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue (08)	Procédure : processus décisionnel, choix du matériel et modalités d'application et de surveillance des mesures de contrôle (spécifique au programme jeunesse – services sociaux et réadaptation); Protocole sur l'application des mesures de contrôle et mesures alternatives
CISSS de la Côte-Nord (09)	Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle : isolement; Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle d'une mesure de contrôle : contention
CISSS de la Gaspésie et	Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de

CISSS des Îles-de-la-Madeleine (11)	contrôle : isolement et contention
CISSS de Chaudière-Appalaches (12)	Application des mesures de contrôle (contention et isolement)
CISSS de Laval (13)	Cadre relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention (Association des centres jeunesse du Québec)
CISSS de Lanaudière (14)	Procédure d'application du règlement sur l'utilisation exceptionnelle de la contention lors de conduites dangereuses dans les services de réadaptation avec hébergement; Règlement no 4 du conseil d'administration : utilisation de l'isolement d'un usager
CISSS des Laurentides (15)	Protocole relatif à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : isolement et contention
CISSS de la Montérégie (16)	Procédure d'application de la politique en matière d'isolement et de contention; Politique en matière d'isolement et de contention applicable dans les unités de réadaptation du programme jeunesse
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	Procedure use of isolation rooms; Procedure use of physical and mechanical restraints
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	
Institut Philippe-Pinel de Montréal	Règlement concernant les patients de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Chaque politique a été analysée en fonction des critères préconisés dans le cadre de référence du MSSS (2015), plus précisément selon la liste de sujets que devraient contenir les politiques. Pour chaque sujet, une variable a été créée puis codifiée dans un logiciel d'analyse statistique.

1.2 Les statistiques obtenues par le biais des demandes d'accès

Les statistiques relatives à l'isolement et la contention ont été obtenues auprès des CISSS, des CIUSSS et des établissements non fusionnés. Concernant l'isolement, la Commission a demandé le nombre d'isolements, le nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une telle mesure de contrôle, la durée moyenne ainsi que la durée maximale des isolements.

Pour la contention, la Commission a demandé le nombre de contentions effectuées et le nombre de jeunes ayant fait l'objet de cette mesure de contrôle. La Commission a obtenu les données pour les années 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016. Cependant la demande d'accès à l'information a été interprétée différemment dans certains établissements.

Ainsi, 2 CISSS ont fourni des données pour une période comprise jusqu'au 10 février 2016. 5 CISSS ou CIUSSS ont fourni les données pour les années financières 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015, de façon à fournir 3 années financières complètes.

Enfin, 1 CISSS a transmis des données comprises entre le 1^{er} avril 2015 et le 1^{er} septembre 2016 pour la 3^e année. Ces disparités ont toutefois été prises en compte dans l'analyse des données. Les statistiques ont fait l'objet d'une analyse comparative selon les années et les établissements.

1.3 Les entrevues et la sélection des répondants

À la suite de la réception des données par le biais de la demande d'accès à l'information, la Commission a informé les établissements qu'ils devaient sélectionner un répondant afin de participer à une courte entrevue téléphonique dirigée d'environ une heure. Les répondants sélectionnés ont été variés, comme le montre la liste ci-dessous :

- Directeurs ou directeurs adjoints du Programme jeunesse,
- Coordonnateurs des services d'hébergement,
- Directeurs adjoint de la réadaptation,
- Chefs de service des unités sécuritaires,
- Coordonnateurs d'unités.

Dans tous les cas, plusieurs répondants ont participé à l'entrevue, notamment dans un souci de représentativité puisque des professionnels œuvrant sur le terrain, en plus du gestionnaire, étaient aussi présents. Les entrevues ont été pré analysées à l'aide d'un tableau regroupant les thèmes abordés. Les idées mentionnées ont été classées de façon hiérarchique par thèmes.

1.4 Les limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, les données reçues peuvent différer selon les établissements et elles ne couvrent pas toutes la même période. Ensuite, il s'agit d'un portrait partiel de la situation relative à l'isolement et la contention puisqu'aucune observation n'a été effectuée dans les établissements. De plus, aucun intervenant, parent ou enfant n'a été rencontré. Enfin, il faut prendre en considération le souci de désirabilité sociale, qui a pu inciter des répondants à fournir des réponses ne brossant pas nécessairement un portrait exact de la situation prévalant dans leur établissement.

Nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement, nombre de mesures, durée moyenne et durée maximale

Région	Nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement				Nombre total de mesures d'isolement				NB moyen/june	Durée moyenne (isolement)			Durée maximale observée (heures)		
	2013-14	2014-15	2015-16 (31 déc.)	Total	2013-14	2014-15	2015-16 (31 déc.)	Total		2013-14	2014-15	2015-16 (31 déc.)	2013-14	2014-15	2015-16 (31 déc.)
CISSS du Bas-Saint-Laurent*	23	35	29	87	182	357	216	755	8.678161	00:34	01:46	01:05	11:12:00	115:30:00	62:30
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	25	34		59	399	348		747	12.66102	00:40	00:29		03:12	02:55	
CIUSSS de la Capitale-Nationale*	58	63	54	175	204	253	189	646	3.691429						
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	29	39	21	89	96	83	46	225	2.52809	01:05	02:27	00:58	12:15	128:30:00	13:00
CIUSSS de l'Estrie	30	26	31	87	297	136	301	734	8.436782	00:10	00:18	00:08	01:49	01:57	01:33
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	222	166	141	529	1802	1274	758	3834	7.247637	00:34	00:34	00:36	05:12	07:55	03:40
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*	120	124	91	335	1008	644	414	2066	6.167164	02:03	01:20	01:49	17:30	18:21	17:03
CISSS de l'Outaouais**	16	35	87	138	23	36	213	272	1.971014	00:13	00:45	00:15	00:19	00:20	02:00
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue**	6	15	11	32	16	47	81	144	4.5	00:13	00:24	00:15	00:35	06:45	01:43
CISSS de la Côte-Nord	28	16	9	53	105	112	31	248	4.679245	01:05	00:45	00:24	20:03	14:05	02:50

CISSS de la Gaspésie-et-des-Îles-de-la-Madeleine	11	12	16	39	169	65	223	457	11.71795	00:27	00:37	00:36	05:37	02:50	02:10
CISSS de Chaudière-Appalaches*	64	52	46	162	508	364	447	1319	8.141975	00:31	00:26	00:25	07:30	02:30	02:30
CISSS de Laval***	194	194	147	535	1658	1419	1160	4237	7.919626	00:40	00:42	00:40	08:45	06:30	05:55
CISSS de Lanaudière*	77	49	34	160	371	263	104	738	4.6125	00:39	00:38	00:33	05:59	04:05	03:33
CISSS des Laurentides	54	41	19	114	302	188	44	534	4.684211	00:18	00:14	00:20	02:40	02:05	01:15
CISSS de la Montérégie	184	163	144	491	2290	1465	1852	5607	11.41955	00:18	00:19	00:18	07:48	04:43	03:40
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James		6	18	24		21	37	58	2.416667		01:43	01:49			
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	5	8	10	23	7	15	22	44	1.913043	01:00	01:00	01:00	03:00	03:00	03:00
Centre de pédopsychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale	43	43	14	100	147	203	96	446	4.46						
Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	4	2	6	12	11	3	6	20	0.6	00:52		00:37	02:00	01:00	01:00
Institut Philippe-Pinel	103	55	57	215											
TOTAL	1296	1178	985	3459	9595	7296	6240	23131	6.687193						

* Statistiques fournies pour 2012-13, 2013-14 et 2014-15.

** 1^{er} avril 2015 au 10 février 2016

*** 1^{er} avril 2015 au 1^{er} septembre 2016

Nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une mesure de contention et nombre de mesures

Établissement	Nombre de jeunes ayant fait l'objet d'une mesure de contention				Nombre total de mesures de contention				NB moyen/jeune
	2013-14	2014-15	2015-16 (31 déc)	Total	2013-14	2014-15	2015-16 (31 déc)	Total	
CISSS du Bas-Saint-Laurent*	32	37	28	97	640	512	413	1565	16.13402
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	38	29		67	216	234		450	6.716418
CIUSSS de la Capitale-Nationale*	167	129	93	389	652	770	307	1729	4.44473
CISSS de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec	68	69	60	197	543	614	476	1633	8.28934
CIUSSS de l'Estrie	35	35	35	105	285	149	348	782	7.447619
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	269	224	198	691	3760	2137	1436	7333	10.61216
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal*	54	52	79	185	266	397	480	1143	6.178378
CISSS de l'Outaouais**	143	188	204	535	414	527	833	1774	3.315888
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue**	52	53	49	154	306	363	581	1250	8.116883
CISSS de la Côte-Nord	32	20	21	73	132	380	136	648	8.876712
CISSS de la Gaspésie-et-des-Îles -de-la-Madeleine	9	9	10	28	173	32	25	230	8.214286

CISSS de Chaudière-Appalaches*	55	45	50	150	295	317	422	1034	6.893333
CISSS de Laval***	129	138	109	376	1236	1191	1254	3681	9.789894
CISSS de Lanaudière*		50	65	115	0	688	827	1515	13.17391
CISSS des Laurentides	98	102	74	274	417	463	438	1318	4.810219
CISSS de la Montérégie	237	204	205	646	2211	1736	1987	5934	9.185759
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James		6		6		42	84	126	21
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik	12	16	20	48	32	42	68	142	2.958333
Centre de pédopsychiatrie du CIUSSS de la Capitale-Nationale	9	8	1	18	34	45	1	80	4.444444
Institut universitaire en santé mentale Douglas du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	4	0	3	7	7	0	3	10	1.428571
Institut Philippe-Pinel	30	22	34	86					
TOTAL	1473	1436	1388	4247	11619	10639	10119	32377	7.623499

* Statistiques fournies pour 2012-13, 2013-14 et 2014-15.

** 1^{er} avril 2015 au 10 février 2016

*** 1^{er} avril 2015 au 1^{er} septembre 2016

Annexe 4 : Questionnaire

Étude de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse portant sur l'utilisation de l'isolement et de la contention en centre de réadaptation

QUESTIONS GÉNÉRALES

1. Combien de jeunes accueillez-vous en moyenne annuellement dans vos services de réadaptation internes? (Entourer la réponse)

- Entre 25 et 50
- Entre 51 et 75
- Entre 76 et 100
- Plus de 100

2. De quelles unités proviennent les jeunes qui sont le plus souvent isolés et/ou pour lesquels de multiples mesures de contention ont été requises ? Comment l'expliquez-vous ?

- Unités de traitements individualisés
- Unités d'encadrement intensif
- Unités régulières (ouvertes)
- Unités de mise sous garde fermée
- Unités de mise sous garde ouverte

Explication :

3. Avez-vous des ententes de collaboration avec les milieux hospitaliers de votre région pour la pédopsychiatrie?

- Oui
- Non

4. Y a-t-il des mesures en place dans votre établissement pour prévenir l'utilisation de l'isolement et de la contention ?

- Oui Lesquelles :
- Non

QUESTIONS PORTANT SUR L'ISOLEMENT

5. Quelles orientations ont été prises par votre établissement concernant l'utilisation de l'isolement au cours des dernières années ?

6. Votre établissement dispose-t-il d'un bloc de cellules d'isolement?

- Oui
- Non

Si oui, l'isolement s'y fait-il de façon systématique?

- Oui
- Non Expliquez :

7. Quelles sont vos pratiques en matière d'isolement lors d'un retour de fugue ?
8. A) Quelle est la différence pour vous entre une mesure disciplinaire (ex. isolement disciplinaire) et une mesure de contrôle telle que l'isolement ?

B) Estimez-vous que le personnel de votre établissement est suffisamment informé pour faire cette distinction ?

 - Oui
 - Non Expliquez :
9. Quels facteurs sont pris en considération pour déterminer la durée d'un épisode d'isolement ?
10. Que pouvez-vous dire au sujet des durées moyennes des épisodes d'isolement de votre établissement au cours des trois dernières années ?
11. Pouvez-vous dresser un portrait concernant l'âge des jeunes qui font l'objet d'isolements ?

QUESTIONS PORTANT SUR LA CONTENTION

12. Quelles orientations ont été prises par votre établissement concernant l'utilisation de la contention au cours des dernières années?
13. Est-ce qu'une contention est généralement ou systématiquement suivie d'un isolement ?
 - Oui
 - Non → Mesures mises en place après la contention pour s'assurer que le jeune ne mette plus sa sécurité ou celle d'autrui en danger :
14. Par qui sont généralement effectuées les contentions ?
 - Agents d'intervention
 - Intervenants
 - Autre Préciser :

15. Est-ce que les personnes susceptibles d'appliquer une contention ont reçu une formation sur l'intervention physique non abusive?

- Tous
- La majorité
- La moitié
- Quelques-uns
- Aucun

Est-elle reprise annuellement?

- Oui
- Non

16. Les mesures de contention utilisées pour le transport des jeunes contrevenants comptent pour quel pourcentage du total des contentions appliquées?

- Entre 0 et 5 %
- Entre 6 et 10 %
- Entre 11 et 15 %
- 16 % et plus

17. Au cours des trois dernières années, y a-t-il eu des blessures nécessitant des soins médicaux lors de l'application d'une mesure de contention?

- Oui Combien :
- Non

Si oui, ces événements ont-ils fait l'objet d'une analyse?

- Oui
- Non Expliquez :

18. Utilisez-vous des moyens autres que l'intervention physique dans le cadre d'une contention?

- Oui
- Non

Si oui, lesquels :

- Médicaments
- Couverture
- Ceinture
- Menottes
- Autre