

La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ?

Psychiatric medication as restraint: between autonomy and protection, is there place for a legal framework?

La medicación psiquiátrica como contención: entre autonomía y protección, ¿qué lugar ocupa en un marco jurídico?

A medicação psiquiátrica como contenção: entre autonomia e proteção, qual seria o lugar para um quadro jurídico?

Emmanuelle Bernheim

Volume 35, Number 2, Fall 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1000558ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1000558ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bernheim, E. (2010). La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ? *Santé mentale au Québec*, 35(2), 163–184. <https://doi.org/10.7202/1000558ar>

Article abstract

The use of chemical restraint has been regulated for the past ten years in Quebec. However, clinical, ethical and legal issues, sometimes contradictory, have not really been considered during the legislative process leading to consolidation in its current form. The author supports that, because of the absence of consent and the effects of medication, a specific legal framework to the use of medication is necessary in a context of unplanned intervention to protect both patients and medical staff. This framework would prescribe good practice, take into account the non-medical aspects of consent to care and formalize the practice as an exception to the rule. In addition, the symbolism of law, through which social solidarity can be expressed, must not be underestimated.



La médication psychiatrique comme contention : entre autonomie et protection, quelle place pour un cadre juridique ?

Emmanuelle Bernheim*

L'utilisation de la contention chimique est réglementée depuis dix ans au Québec. Pourtant, les enjeux clinique, éthique et juridique, parfois antinomiques, n'ont pas été réellement envisagés lors du processus législatif qui a mené à la codification dans sa forme actuelle. L'auteure soutient qu'un cadre légal spécifique à l'utilisation de la médication à des fins de contrôle, en contexte d'intervention non planifiée, est nécessaire pour protéger les patients et le personnel médical. Ce cadre favoriserait les bonnes pratiques, tiendrait compte des aspects non médicaux du consentement et formaliserait la pratique en tant qu'exception à la règle établie. En outre, le caractère symbolique du droit par lequel la solidarité sociale peut s'exprimer serait mis de l'avant.

L'utilisation des *mesures de contrôle*¹, et plus particulièrement l'isolement et les contentions, n'est pas une pratique récente en psychiatrie. Importée de la pratique pénitentiaire, le débat sur son intérêt est au cœur de la discipline psychiatrique. La valeur thérapeutique inhérente aux mesures de contrôle est en effet controversée. Les études, souvent contradictoires, ne démontrent pas de bénéfices incontestables et révèlent, au contraire, des risques liés à l'usage de l'isolement et des contentions (Campbell, 2007 ; Nelstrop et al., 2006 ; Association des hôpitaux du Québec, 2004 ; Palazzolo, 2004 ; Palazzolo et al., 2001). Malgré ces considérations, leur usage se justifie le plus souvent par un argument sécuritaire, et dans ce cas, l'objectif concerne la protection du patient ou des tiers, voire du matériel (D'obrio et Haggard, 2007).

Qu'en est-il plus précisément de la médication psychiatrique ? Dans les années 1950, la découverte de la chlorpromazine a fait basculer la psychiatrie à l'ère de la médecine. Des soins pourraient enfin être offerts aux malades qui n'avaient jusque-là bénéficié que de traitements

* L'auteure est professeure au département des sciences juridiques de l'Université du Québec à Montréal et doctorante au Centre de recherche en droit public de l'Université de Montréal.

moraux, voire d'exorcismes ! Depuis, des progrès importants ont été répertoriés, et notamment la sortie des asiles et le maintien en communauté de nombreux malades, ou encore le contrôle de la maniaque-dépression (Dorvil, 2006).

Aujourd'hui, l'usage de la médication psychiatrique à titre de mesure de contrôle — communément appelée *contention chimique*² — soulève de nombreux débats dont les enjeux cliniques, éthiques et juridiques sont complexes et antinomiques. Pourtant, bien que la littérature scientifique sur l'isolement et les contentions soit abondante (Larue et al., 2009 ; Knutzen et al., 2007 ; Pollard et al., 2007), peu de chercheurs, de cliniciens, d'éthiciens ou de juristes s'intéressent à la question de la contention chimique (Currier, 2003).

D'un point de vue clinique, le développement de la médication a eu l'effet *a priori* d'améliorer les standards de soins par la réduction de l'utilisation des contentions physiques (Currier et al., 2004). Le développement d'une médication jugée de plus en plus sécuritaire tend à confirmer l'usage de la contention chimique comme une mesure de traitement de l'agitation plus acceptable et moins coercitive que l'isolement ou les contentions physiques ou mécaniques. Le débat sur les effets secondaires de la médication psychiatrique d'urgence, et plus particulièrement des antipsychotiques, est loin d'être clos (Whitaker, 2002). Les études démontrent qu'à la fois le personnel et les patients préfèrent l'imposition d'une médication à l'isolement ou aux contentions physiques ou mécaniques. En effet, la contention chimique serait perçue comme moins invasive, alors que l'isolement et les contentions seraient vécus comme une punition (Wynn, 2002). Par ailleurs, son usage semble être assez courant³, d'autant plus que la contention physique n'est que rarement appliquée sans médication, consentie ou non (Currier, 2003). Ainsi, si une volonté affirmée de réduire, voire d'éliminer, le recours à l'isolement et aux contentions est manifeste (Grigg, 2006 ; Morin et Michaud, 2003), il semblerait que l'on ne puisse pas en dire autant pour la contention chimique, considérée comme un moindre mal.

Pourtant, son usage n'est pas sans soulever de nombreuses questions éthiques. D'abord, certaines études soulignent les répercussions négatives du peu d'interventions soutenues auprès des patients agressifs au profit d'une gestion restrictive et spontanée des comportements (Allen et al., 2005). D'autres soulignent aussi l'incidence supérieure d'effets secondaires néfastes avec des doses élevées et irrégulières de médication, notamment une recrudescence de l'agressivité chez des patients déjà agressifs (Wilkniss et al., 2004). Les cliniciens associent la contention chimique, surtout sous forme d'injection, à des risques de

traumatisme et d'altération de la relation thérapeutique (Currier et al., 2006). La mise en place d'une alliance thérapeutique — composée de l'accord commun entre médecin et patient sur les buts du traitement et les modalités de sa réalisation, et le développement d'un lien de confiance mutuel — est en effet pour plusieurs à la base de la réussite de tout traitement (Johansson et Eklund, 2003 ; Delage et Junod, 2003 ; McGuire et al., 2001 ; Lamarre, 1999). L'utilisation occasionnelle et imposée de médication pourrait altérer la capacité à exprimer cette volonté, provoquer une perte de confiance et mettre en péril l'alliance thérapeutique et la réussite du traitement à long terme. Au surplus, soulignons que le médecin est investi d'une obligation de soigner selon laquelle il doit promouvoir le bien-être et la santé de son patient⁴ (Lesage-Jarjoura et Philips-Nootens, 2001). Notons finalement que, si l'obtention du consentement préalablement aux soins est, pour le médecin, une obligation éthique et déontologique, celui-ci a également un devoir de bienfaisance envers son patient⁵. Or, la bienfaisance commande la sauvegarde des meilleurs intérêts du patient, éventuellement contre la volonté de ce dernier si elle est néfaste pour sa santé (Le Coz, 2007 ; Grunberg, 1990).

Ces questions éthiques posent des difficultés substantielles du point de vue juridique, les assises du droit québécois étant les droits fondamentaux — liberté, sécurité, intégrité, dignité, dans une interprétation égalitaire⁶. Les droits à l'inviolabilité et au consentement aux soins découlent directement du droit à l'intégrité de la personne et constituent la pierre angulaire du droit médical québécois⁷. Ainsi, il est prévu au *Code civil du Québec* que le consentement libre et éclairé est requis avant les soins, « quelle qu'en soit la nature⁸ ». L'unique exception à ce principe concerne la situation où « la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile⁹ », l'appréciation de chaque cas devant être faite au cas par cas (Deleury et Goubeau, 2008). L'exception s'applique justement dans le but de préserver l'intégrité. Hormis des situations exceptionnelles, le droit québécois protège les droits à l'autodétermination et au refus de traitement, consacrant la prépondérance de la volonté personnelle sur les besoins cliniques (Lesage-Jarjoura et Philips-Nootens, 2001 ; Nancy B. c. *Hôtel-Dieu de Québec*). Il ne s'agit pas de protéger la personne en tant qu'être humain, comme peuvent le faire les Chartes, mais plutôt d'assurer une protection individuelle cristallisée dans les rapports privés (Loiseau, 1992).

Il est facile de saisir les embûches inhérentes à l'intégration des dimensions cliniques, éthiques et juridiques dans la détermination de

paramètres concernant la contention chimique. D'une part, les obligations déontologiques et éthiques du clinicien portent à faire des choix en fonction des besoins cliniques du patient, qualifiant son intérêt en fonction des connaissances médicales et scientifiques. D'autre part, les obligations légales du clinicien et de l'établissement hospitalier en matière d'information et de consentement aux soins imposent la plus grande prudence, puisque chacun est réputé, jusqu'à preuve du contraire, être en mesure de prendre et d'assumer ses décisions, peu importe leurs conséquences. Selon Roe et al. (2002), les professionnels de la santé considèrent les besoins cliniques des patients qualitativement plus importants que leurs droits. Dans ce contexte, les obligations d'information et d'obtention du consentement visent un rééquilibrage de la relation thérapeutique, débalancée par le savoir du médecin, conçu par certains comme un pouvoir (Gori et Del Volgo, 2008 ; Foucault, 2003 ; Foucault, 1980). De ce point de vue, la protection des droits fondamentaux devrait permettre l'autonomie et l'indépendance morale individuelle (Vézina et al., 2010 ; Martinez, 2003). Dans cette perspective, un encadrement légal de l'utilisation de la médication à des fins de contrôle, ou de protection, serait fructueux. Il s'agit en effet du seul moyen d'imposer une procédure visant le respect des droits des patients et la protection du personnel hospitalier sur sa responsabilité, tout en imposant des mesures de suivi ou de contrôle externe. Il serait nécessaire, d'une part, d'établir des critères objectifs qui permettent au médecin de choisir la contention chimique parmi d'autres formes d'interventions. Ces critères préciserait un seuil de risque et les obligations du médecin en matière d'information.

Afin de démontrer l'utilité d'un cadre juridique pour la contention chimique, nous présentons d'abord les points de vue des acteurs tels qu'ils les ont soumis, en 1998, lors des travaux de la commission parlementaire qui débouchèrent sur la législation actuelle. Nous examinons ensuite le contexte actuel de réglementation et d'utilisation de la contention chimique au Québec. Nous discutons des enjeux éthiques impliqués dans la décision d'utiliser la contention chimique contre la volonté d'un patient. Pour conclure, nous abordons le rôle du droit dans l'encadrement de la contention chimique.

Perspective des protagonistes sur la contention chimique

Les positions défendues par le Barreau du Québec, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (C.D.P.D.J.) et le Curateur public du Québec sont conformes à une perspective strictement juridique de la question, n'opérant pas de différence entre l'isolement,

les contentions physiques ou mécaniques et la contention chimique. Les mesures de contrôle qui constituent des atteintes graves aux droits fondamentaux constitutifs du droit québécois ne peuvent se justifier que dans le contexte de l'urgence pour assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui (Barreau du Québec, 1997). Dans le cas où ces mesures font partie d'un traitement, elles doivent impérativement être soumises aux règles du *Code civil du Québec* sur le consentement aux soins (*Journal des débats*, 19 fév. 1997, 3 à 8 et 13). La C.D.P.D.J. proposait l'élaboration de critères d'utilisation clairs et stricts, soit la nécessité et l'urgence, justifiées par des raisons sérieuses de croire que la personne va s'infliger ou infliger à autrui des lésions (*Journal des débats*, 18 fév. 1997, 28 à 32). Contrairement au Barreau et à la C.D.P.D.J., le Curateur public du Québec s'est prononcé contre l'entrée en vigueur des articles sur toutes les mesures de contrôle. Considérant l'impact négatif de ces mesures sur la clientèle, et notamment les atteintes au droit à l'autonomie et leur application répandue, le Curateur a plutôt suggéré la mise sur pied d'un groupe de travail avec le mandat d'analyser la situation et les besoins, puis de faire des recommandations sur les moyens appropriés de limiter le recours à ces mesures, sans exclure une éventuelle codification (*Journal des débats*, 18 fév. 1997, 97-102).

Les groupes de défense des droits des usagers des services en santé mentale ont défendu un point de vue totalement opposé, insistant non pas sur les droits mais sur le rapport de domination induit, selon eux, par les mesures de contrôle. Ils se sont prononcés contre toute codification, puisque légiférer banaliserait ou même légitimerait l'utilisation de mesures qualifiées par ces groupes de « retour à la barbarie ». Selon ces groupes, l'usage de la force ne constitue pas une mesure de protection, mais est plutôt une mesure coercitive, une contention ou une punition. Ils ont dénoncé l'utilisation trop répandue d'une force excessive contre autrui qui peut faire l'objet d'accusations criminelles. Ces groupes soutiennent que les mesures de contrôle n'ont pas raison d'être, à part, dans les cas d'automutilation ; ces mesures nuisent à la réinsertion sociale et au bien-être des patients. Ici également, les mesures de contrôle désignent indifféremment l'usage de la médication, de l'isolement ou des contentions (*Journal des débats*, 18 fév. 1997, 54 ; 19 fév. 1997, 38, 39 et 45 ; et 20 fév. 1997, 18 et 23-24).

Seuls les groupes des milieux hospitaliers ou médicaux ont distingué entre l'isolement et les contentions physiques ou mécaniques, d'une part, et la contention chimique d'autre part. Il s'agit de l'Ordre des infirmières du Québec (OIQ), de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) et du Collège des médecins du Québec (CMQ).

Bien que tous appuient le projet d'encadrer légalement l'utilisation des mesures de contrôle, ils se sont prononcés contre l'inclusion des substances chimiques dans la loi.

Puisque la prescription de médication ne peut être faite que par des médecins¹⁰, que la prise irrégulière de médication peut entraîner des conséquences fâcheuses et que la surveillance requise est exigeante, l'OIQ propose d'exclure la contention chimique du projet de loi. En effet, cette forme de mesure de contrôle ne peut connaître la même application étant donné la nécessité d'établir une bonne collaboration avec les patients dans la gestion de la médication (*Journal des débats*, 20 fév. 1997, 55-56). De plus, la surveillance des patients placés en isolement ou sous contention relève généralement des infirmières.

L'AMPQ soutient que malgré la nécessité d'encadrer la prescription de médicaments, il serait plutôt question ici de « privilège thérapeutique », « on peut laisser au médecin la décision des quantités et la façon d'utiliser les médicaments, considérations strictement médicales » (*Journal des débats*, 18 fév. 1997, 69).

Le CMQ a d'abord été en faveur de l'inclusion des substances chimiques dans la loi, indépendamment des autres formes de contention (*Journal des débats*, 18 fév. 1997, 20). D'ailleurs, en mai 1999, le CMQ publie des lignes directrices sur l'utilisation de la contention et de l'isolement. On peut notamment y lire :

« Quant à l'intervention pharmacologique utilisée dans le but de restreindre ou de limiter les mouvements d'un patient pour sa propre sécurité ou pour celle d'autrui, elle devrait être visée par le protocole d'utilisation de la contention, tel que maintenant exigé par la loi. Le but recherché par cette médication visée par le protocole est de pallier à une situation de danger par le contrôle ponctuel d'un comportement, et non de traiter spécifiquement une maladie. » (CMQ, 1999, 2)

Pourtant, le CMQ révisé sa position dès 2002. Dans le bulletin *Le Collège*, le CMQ publie un énoncé de position contre la reconnaissance de toute forme de contention chimique, malgré les orientations de 1997 devant la Commission et la publication de 1999¹¹. En 2004, le CMQ précise son orientation, arguant que « l'utilisation de médication à des fins thérapeutiques ne peut être assimilée à une mesure de contrôle ». Comme l'objectif premier du médecin est le traitement de la maladie ou le soulagement des symptômes, la gestion du comportement dangereux par l'administration de substances psychoactives peut faire partie des soins du patient. Dans cette perspective, le CMQ évoque le malaise de ses membres, l'absence d'écrits scientifiques sur la question et le fait

que la notion de contention chimique est, pour certains, inexistante. Le CMQ, estime cependant que des abus pourraient exister, lorsque la prescription de médication est inadéquate, qu'elle est faite dans un but punitif ou pour pallier à un manque de personnel. Dans ces cas uniquement, il s'agirait simultanément de contention chimique et de manquement au devoir professionnel. Pour prévenir ces abus, le CMQ propose l'encadrement de l'utilisation de médicaments psychoactives par un protocole approuvé dans les établissements par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (CMQ, 2004)¹².

État du droit québécois

L'article 118.1 de la LSSSS stipule que les mesures de contrôle ne doivent servir qu'à empêcher un patient de « s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions », que l'utilisation qui en est faite doit être « minimale et exceptionnelle » et que toute l'information sur la mesure prise doit être colligée au dossier. La procédure à suivre pour une mise en isolement avec ou sans contention doit être prévue par un protocole mis en place dans chaque établissement, et une évaluation annuelle des pratiques¹³.

Pour la contention chimique, il faut d'abord préciser que le législateur n'utilise pas cette expression, mais plutôt « substances chimiques » utilisées à des fins de contrôle, « limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament » (MSSS, 2002a, 14). L'utilisation de la contention chimique est soumise aux mêmes règles que les autres mesures de contrôle, et elle est définie de la même manière pour la pratique psychiatrique, chirurgicale ou gérontologique. Les procédures décrites concernent tout autant l'isolement, la contention physique et mécanique que la contention chimique. Elle doit d'abord être appliquée comme mesure de sécurité dans un contexte de risque imminent, risque qui constitue plus particulièrement en psychiatrie une menace de blessure à la personne concernée ou à autrui. Tous les autres moyens doivent avoir été essayés au préalable infructueusement. Le choix de la mesure à prendre doit être la moins contraignante et la durée, réduite au minimum. L'application de la contention chimique doit être faite dans « le respect des droits de la personne, son intégrité [et] les règles en matière de consentement éclairé » sur le diagnostic et l'intervention proposée (Boulet, 2004, 183). La mesure doit correspondre aux standards reconnus, être administrée par un personnel formé et les pratiques sur son utilisation doivent être révisées régulièrement. Chaque établissement doit avoir mis en place une procédure claire et détaillée. Les conseils d'administration des établissements, ou toute instance choisie par eux, doivent procéder à une évaluation et à un suivi de

l'utilisation de la contention chimique. Cette évaluation doit se faire en deux étapes : une première qui vérifie la pertinence de l'utilisation et sa conformité avec les procédures établies, et une seconde qui vise le développement de mesures préventives et de remplacement. Les usagers ou leur représentant doivent être partie prenante à la première étape de l'évaluation.

Les *Orientations ministérielles* de 2002 précisent que la contention chimique, comme les autres mesures de contrôle, peut être appliquée dans deux situations distinctes : en contexte d'intervention planifiée ou en contexte d'intervention non planifiée. En contexte d'intervention planifiée, lorsque l'utilisateur est préalablement jugé à risque de présenter une désorganisation comportementale induisant un risque réel et imminent, l'utilisation de la contention chimique doit être convenue avec lui, et inscrite au plan d'intervention de manière à ce qu'il sache à quel moment elle se situe dans la chaîne des interventions. Il est d'ailleurs prévu à l'article 10 de la LSSSS que la participation à l'élaboration de son plan d'intervention est un droit de l'utilisateur. Le consentement de l'utilisateur, ou de son représentant légal le cas échéant, est absolument requis et doit répondre aux règles habituelles : il doit être libre et éclairé. Le contexte d'intervention non planifiée, au contraire, existe lorsque le comportement de l'utilisateur est inhabituel, donc imprévisible, et qu'il présente un danger réel et imminent. Dans ce cas, l'utilisation de la contention chimique n'a pu être anticipée, et, dans ce cas uniquement, c'est l'urgence de la situation qui justifie l'intervention sans consentement. L'établissement devra tout de même procéder à une analyse post-situationnelle afin de vérifier le bien-fondé de l'intervention (MSSS, 2002a).

Outre les *Orientations ministérielles*, un *Plan d'action* a été mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce plan vise plusieurs objectifs dont celui qui vise à « encadrer l'utilisation des mesures de contrôle », inscrit dans quatre actions, dont celle de « baliser la notion de substance chimique en tant que mesure de contrôle ». Le plan prévoit l'élaboration de lignes directrices pour « réduire le plus possible l'usage [des substances chimiques] à de strictes fins de contrôle ». Pour ce faire, le ministère a mis sur pied un comité de travail composé de représentants du CMQ, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'OIQ qui devait proposer des lignes directrices en 2003 (MSSS, 2002b, 11). À notre connaissance, les lignes directrices ne sont toujours pas rendues publiques.

En 2006, le MSSS a publié un programme de formation pour donner suite aux *Orientations ministérielles* et au *Plan d'action*. Cette formation, intitulée *Vers un changement de pratique afin de réduire le*

recours à la contention et à l'isolement, ne fait aucune référence aux substances chimiques. Une vérification de plusieurs documents destinés à la formation confirme cette observation. De même, tous les protocoles hospitaliers sur les mesures de contrôle n'abordent pas les substances chimiques, ce qui donne lieu à des disparités de pratique (Hôpital Douglas, 2008 ; Centre hospitalier Robert-Giffard, 2006 ; Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine, 2004). Il s'ensuit une confusion qui témoigne de la difficulté à concilier les positions des parties et l'absence de volonté politique à mettre fin à la controverse.

La conséquence directe se traduit par un vide juridique qui expose les patients à des pratiques inadéquates. Ce vide nuit également au personnel hospitalier puisqu'en l'absence de consentement, le professionnel qui administre un traitement assume tous les risques, et même si l'obligation de soigner a été respectée (Boulet, 2004 ; Lesage-Jarjoura et Philips-Nootens, 2001).

Au-delà de ces observations, il semble que la disposition sur les mesures de contrôle — et plus particulièrement son application à la contention chimique en situation d'intervention non planifiée — n'est pas viable pour plusieurs raisons. D'abord, en contexte de soin, la question du consentement est absolument centrale, puisque son obtention est une obligation légale et déontologique, mais également au cœur de la relation thérapeutique.

Pourtant, le cadre légal impose aux soignants de penser leurs interventions de la même manière avec ou sans consentement des patients, ce qui semble difficilement opérationnel. Ce mélange des contextes créé une confusion sur la nature même de l'intervention : est-elle ou non à visée thérapeutique ? La difficulté est d'autant plus importante que la qualification des mesures de contrôle en tant que soin apparaît ambiguë. Conceptualisées comme un soin dans le cas des mesures planifiées, elles ne pourront être appliquées que conformément aux règles du *Code civil*. Mais comme mesures d'urgence ponctuelles, non planifiées, elles ne semblent plus être assimilables à un soin pouvant être imposé sans un consentement préalable. En effet, le concept d'urgence défini dans les *Orientations ministérielles* ne correspond pas forcément à celui reconnu dans le *Code civil* sur le consentement aux soins — où les deux critères sont l'irréversibilité potentielle d'une situation pressante et l'impossibilité d'obtenir le consentement — mais plutôt à celui d'urgence strictement médicale (Protecteur du citoyen, 2007). Actuellement, le droit québécois ne reconnaît et ne définit nulle part l'existence d'une telle situation. Cette imprécision ne peut qu'entraîner des difficultés d'application.

Le choix terminologique pose aussi problème. Dans le cas des mesures planifiées, connues et consenties par le patient, on cherche à *contrôler* un comportement déjà identifié par ce dernier comme perturbateur ou dangereux. Le fait d'avoir au préalable expliqué au patient les raisons de l'inconvenance d'une attitude, des attentes du personnel et des étapes d'intervention prévues au plan de soin, permet en effet de parler de contrôle. Dans le cas de l'intervention non planifiée, au contraire, il ne s'agit pas de travailler un comportement problématique, mais plutôt de *protéger* ponctuellement le patient ou autrui. Ici encore, une distinction serait à établir entre intervention planifiée et intervention non planifiée, puisque leur finalité n'est pas la même. Ainsi, la mesure non planifiée constituerait une mesure de protection sans visée thérapeutique. Sa mise en place et son déroulement exceptionnel mérite une procédure détaillée en raison de l'absence de consentement.

Enfin, il apparaît difficile de regrouper sous un même vocable et une mesure commune les trois formes de mesures de contrôle : isolement, contentions physiques et mécaniques et contention chimique. Contrairement aux autres mesures de contrôle, seul le médecin peut prescrire une médication. Les effets de la médication, contrairement à l'isolement ou la contention, se poursuivent dans le temps et affectent le consentement à des soins ultérieurs. La contention chimique soulève des questions éthiques et juridiques spécifiques qui méritent une attention distincte des autres mesures de contrôle.

Il serait profitable de penser à un cadre légal spécifique à la contention chimique appliquée en situation non planifiée comme mesure ponctuelle de protection. Pour ce faire il faut s'interroger sur la place des patients dans leur rapport aux professionnels de la santé et sur le rôle des soignants dans cette décision particulièrement complexe.

Entre autonomie et protection : le dilemme éthique des intervenants

La participation des patients aux décisions de traitement représente un élément essentiel du succès thérapeutique. Elle est d'ailleurs prévue pour les soins en général, et plus particulièrement, pour les mesures de contrôle dans le cas d'intervention planifiée. Legault (2006) estime qu'une décision unilatérale d'un médecin relève du paternalisme, d'une position épistémique qui ne reconnaît pratiquement aucune autonomie aux personnes. Certains chercheurs interprètent cette attitude comme de l'abus de pouvoir (Chadoff, 1999). L'actualisation de la relation thérapeutique exige la reconnaissance de l'autonomie du patient et l'engagement réciproque dans le dialogue et l'élaboration d'un contrat de soin.

Un problème donné présente plusieurs solutions, et chaque usager nécessite une adaptation selon des approches variées. Cette position épistémique de « coopération », requiert du professionnel une « ouverture d'esprit qui permette d'être favorablement disposé envers ce [que dit l'autre], et d'accepter de réfléchir ensemble » (Voyer, 1999, 35). Lamarre (1999) expose les conséquences négatives pour le patient et le professionnel, de ce qu'elle appelle le « protectionnisme », une relation au sein de laquelle le professionnel joue le rôle de protecteur et l'usager celui de victime. Dans ce contexte, la médication pourrait même se révéler inefficace (Lamarre, 1999).

Dans la situation exceptionnelle et urgente de l'intervention non planifiée, la question des obligations et responsabilités morales des soignants se pose. Au nom du principe éthique de bienfaisance ne doivent-ils pas intervenir ? Le serment d'Hippocrate stipule que le médecin prendra toute décision dans l'intérêt de son patient. Cette perspective clinique, dans une certaine mesure antagoniste avec les principes de l'alliance thérapeutique et le *Code de déontologie* et le *Code civil*, témoigne tout de même d'une réalité : le médecin n'est-il pas, grâce au savoir et à l'expertise qu'il possède, le mieux placé pour faire des choix de santé judicieux ? Peut-il, et doit-il aller à l'encontre d'une certaine interprétation de son devoir primordial de protection du bien-être des individus, ou de bienfaisance, laisser un malade prendre des décisions ou opter pour un comportement stérile ou dangereux, voire mortifère ?

L'obligation morale d'intervenir est juxtaposée à la responsabilité éthique de la décision. Les cliniciens doivent s'interroger sur la bonne décision à prendre. Ainsi, l'utilisation des mesures de contrôle comme l'administration irrégulière de médication d'urgence, impliquant des impacts sur la santé du patient et sur la qualité de la relation thérapeutique (Allen et al., 2005), est-elle la meilleure décision ? Cette question, qui relève de la connaissance scientifique médicale et du jugement clinique, doit être posée par le professionnel dans chaque situation. Le médecin ou l'infirmière qui décide que l'administration d'une médication d'urgence doit être faite sans le consentement du patient pour sa protection devra pleinement en assumer la responsabilité morale. Du point de vue légal, il pourra éventuellement s'exposer à des recours en responsabilité professionnelle (Boulet, 2004 ; Lesage-Jajoura et Philips-Nootens, 2001).

Jaunait (2003) explique ainsi les justifications idéologiques de ce qu'il nomme le « paternalisme médical » :

« Moins le patient semble en état de prendre de décisions, plus la responsabilisation morale du médecin est forte [...]. À ce titre, la rencontre

entre le médecin et le patient fonctionne davantage selon la logique d'une complémentarité entre personnes inégales que selon la logique d'un contrat entre égaux. [...] L'inégalité radicale est source de complémentarité [...].» (Jaunait, 2003, 63)

Encore une fois, la question du consentement est centrale. Ce serait de l'inaptitude à consentir que découle éventuellement la responsabilité morale du médecin. Ainsi, certaines situations permettent difficilement l'activation d'une alliance thérapeutique. Des décisions contraignantes doivent être prises en faveur du patient lui-même ou des tiers. Loin de nous l'idée de défendre le paradigme du paternalisme médical ; l'alliance thérapeutique et le consentement semblent les avenues les plus convenables et prometteuses pour assurer le respect des règles éthiques et juridiques des soins. Cependant, le contexte d'intervention non planifiée est un contexte spécifique et exceptionnel, qui sous-tend des éléments de danger et dont la résolution ne requiert pas de soins comme tels, mais une intervention urgente de protection. Dans ce contexte, peut-on réfléchir à un protocole de la même manière que dans une situation de traitement, où le patient est théoriquement sur un pied d'égalité avec son médecin ? La réponse est non. Ce déséquilibre des forces doit impérativement être pris en considération dans l'élaboration de guides de pratiques ou de réglementations.

Conclusion

Au regard de cette analyse, il semble opportun de considérer ce que Le Coz appelle l'« exigence de justice » :

« Répondre à l'exigence de justice ne se limite pas à respecter les « droits du patient ». [...] [Puisque] [l]e médecin n'a pas en face de lui un citoyen démocrate soucieux du « respect de ses droits », mais un humain assailli dans son corps par un sentiment de révolte qui demande à être reconnu comme tel et non mis à distance par un respect formel des règles de droit.

Le droit peut difficilement codifier le devoir de justice, dont on sent à quel point il relève d'une disposition intime et d'une sagacité étrangère à toute formalisation juridique. L'impératif de justice qui fonde la décision médicale est d'ordre éthique, et ce serait grandement appauvrir sa signification que de le définir en termes d'adéquation des pratiques avec le droit positif en vigueur. » (Le Coz, 2007, 30)

Ces propos renvoient à la place et au rôle du droit dans la pratique médicale. Bien que, manifestement, le fait de légiférer ne suffise pas en lui-même, le droit doit servir de base à la construction d'un protocole éthique qui balise les pratiques dans le meilleur intérêt de tous. La procédure rend la pratique plus transparente et conforme aux règles éthiques et juridiques, particulièrement en contexte de déséquilibre des

parties — vulnérable et en autorité. Une codification efficace de la contention chimique constituerait une première étape dans la reconnaissance et la protection des droits et obligations de toutes les parties. Un cadre légal garantirait la mise en place d'un mécanisme assurant aux patients une décision fondée du professionnel, tout en protégeant ces derniers contre d'éventuelles poursuites. À cet effet, une décision récente de la Cour du Québec condamne un centre hospitalier à des dommages exemplaires concernant l'application de mesures de contrôle dont les substances chimiques. Dans l'appréciation de la preuve produite devant lui, le tribunal a notamment considéré la date d'entrée en vigueur de l'article 118.1 de la LSSSS et les devoirs et obligations qui en découlent, les Orientations ministérielles, les délais liés à la mise en vigueur d'un protocole d'application des mesures de contrôle et à la formation du personnel (*A.G. c. Centre hospitalier de Baie-Comeau*, para. 119).

Quant aux obligations du personnel et du centre hospitalier, le juge déclare :

« [L]orsqu'une partie est placée dans une situation où elle n'est pas libre d'adhérer, dans le cas où elle n'a pas la liberté de consentir ou de ne pas consentir, le centre hospitalier et son personnel doivent s'assurer du respect des balises juridiques. » (*A.G. c. Centre hospitalier de Baie-Comeau*, para. 67)

La décision fait référence aux droits fondamentaux énoncés dans la *Charte des droits et libertés de la personne*, mais également au droit aux services adéquats « sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire¹⁴ », et à l'objectif fondamental de l'article 118.1 de la LSSSS, soit « [l]e respect et [la] protection de l'utilisateur » (*A.G. c. Centre hospitalier de Baie-Comeau*, para. 69). Bien que ce jugement ne concerne pas spécifiquement la contention chimique, il est sans équivoque : dans les cas de décision allant à l'encontre de la volonté du patient, le personnel et les hôpitaux doivent impérativement appliquer des protocoles stricts dont les étapes respectent scrupuleusement les droits de l'utilisateur. Dans cette perspective, il nous semble évident qu'un encadrement légal de la contention chimique en situation d'intervention non planifiée soit essentiel.

Selon nous, le fait de légiférer ne donne pas une légitimité à des pratiques considérées mauvaises ou constituant un dernier recours. Un cadre légal permettrait, après consultation, de prescrire des normes de bonnes pratiques hors desquelles l'imposition d'une contention chimique ne devrait pas être admise. Outre l'imposition de ces normes, le

fait de légiférer sur ce que constitue une contention chimique — soins ou protection ? — et sur les situations exceptionnelles justifiant son application nonobstant le consentement du patient, est une manière d'en faire formellement une exception à la règle établie. À cet effet, le législateur québécois gagnerait à s'inspirer de la législation ontarienne de 2001 sur la réduction de l'utilisation de la contention, y compris la médication¹⁵. En outre, un cadre juridique permettrait une reconnaissance effective des dimensions non médicales du consentement aux soins (Gendreau, 1996). Enfin, il ne faudrait pas sous-estimer le caractère symbolique du droit par lequel la solidarité sociale peut s'exprimer (Martinez, 2003 ; Belley, 1986).

Notes

1. On entend par *mesures de contrôle*, la pratique de l'isolement et/ou de la contention physique, mécanique ou chimique. Les mesures de contrôle sont utilisées dans plusieurs domaines médicaux, et notamment en gériatrie et en chirurgie, mais dans cette réflexion, nous discutons plus particulièrement de son usage en psychiatrie.
2. Pour des raisons pratiques, nous utilisons l'expression contention chimique bien qu'elle ne semble pas, à notre avis, correspondre toujours efficacement aux pratiques.
3. Il n'existe cependant pas de données québécoises sur l'usage des mesures de contrôle. Par contre, Currier et al. (1999) évaluent à 16 % le nombre de patients ayant ponctuellement reçu une médication contre leur volonté dans les urgences psychiatriques américaines. Selon Blair et al. (1998), 50 % des prescriptions de médicaments psychotropes sont faites sous la forme de PRN.
4. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2 [LSSSS], art. 5 et 7 et Code de déontologie des médecins, c. M-9, r. 4.1, art. 3.
5. *Code de déontologie des médecins*, ibid., art. 28 et 57, Serment d'Hippocrate, en ligne sur le site du Collège des médecins du Québec, http://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/AProposOrdre/ProcessusDisciplinaire/Enquetes/~/_/media/971A2387007E4DA8BE2F31933E9B5649.ashx?21007 et *Couture-Jacquet v. Montreal Children's Hospital*, [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.).
6. *Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12 et Code civil du Québec, L.R.Q. c. C-1991 [C.c.Q.]. Pour des précisions quant à la substance de ces droits telle que définie par la Cour suprême du Canada, voir *Nouvelle-Écosse (Procureur général) c. Walsh* [2002] 4 R.C.S. 325 ;

Rodriguez c. Colombie-Britannique (Procureur général) [1993] 3 R.C.S. 519; *Québec (Curateur public) c. Syndicat national des employés de l'hôpital St-Ferdinand* [1996] 3 R.C.S. 211 et *Law c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)* [1999] 1 R.C.S. 497.

7. Art. 10 C.c.Q.
8. Art. 11 C.c.Q. Le refus catégorique du majeur inapte, en dépit de l'aval de son représentant légal, nécessite l'autorisation préalable du tribunal avant de procéder aux soins en vertu de l'art. 16 C.c.Q.
9. Art.13 (1) C.c.Q.
10. Contrairement à l'isolement ou aux contentions qui peuvent être l'initiative d'autres professionnels.
11. On peut notamment y lire que «[d]ans une mise à jour du guide de pratique sur la contention et l'isolement publié en 1999, le Collège souscrit à l'orientation voulant que ces mesures de contrôle constituent une intervention exceptionnelle de dernier recours et à un objectif d'utilisation minimale, dans le respect et la dignité des patients. Toutefois, l'assimilation sans distinction des substances chimiques à la contention physique et à l'isolement comme mesure de contrôle engendre une équivoque».
12. Le CMDP a déjà comme mission de veiller à la pertinence des actes médicaux en vertu des articles 213 et suivants de la LSSSS. Cette dernière proposition nous semble particulièrement problématique, puisqu'elle place le médecin dans un rôle de juge et partie.
13. Le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, R.Q. c. S-5, r.3.01, art. 6, prévoyait déjà que le conseil d'administration d'un établissement visé par le règlement «peut adopter les règlements nécessaires concernant les mécanismes à mettre en place [...] afin d'assurer le contrôle de l'utilisation de la contention et de l'isolement». Notons qu'il n'était pas fait expressément mention de la contention chimique. Il ne s'agissait cependant pas d'une obligation et le contenu du protocole était laissé à la discrétion des conseils d'administration.
14. LSSSS, art. 5.
15. *Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*, L.O. 2001, c. 16.

Références

ALLEN, M., CURRIER, G., CARPENTER, D., 2005, The expert consensus guideline series, Treatment of behavioural emergencies 2005, *Journal of Psychiatric Practice*, 11, Suppl. 1, 4-112.

- ALLEN, M., CURRIER, G., HUGUES, D., 2003, Treatment of behavioural emergencies: A summary of the expert consensus guidelines, *Journal of Psychiatric Practice*, 9, 1, 16-38.
- ALLEN, M., CARPENTER, D., SHEETS, J. L., 2003, What do consumers say they want and need during a psychiatric emergency?, *Journal of Psychiatric Practice*, 9, 39-58.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, 2004, *Cadre de référence — Utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement*, Édition révisée, Montréal.
- BARREAU DU QUÉBEC, 1997, *Mémoire sur la Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives (P.L. 39)*, Québec.
- BELLEY, J.-G., 1986, L'État et la régulation juridique des sociétés globales : pour une problématique du pluralisme juridique, *Sociologie et sociétés*, 28, 1, 11-32.
- BLAIR, T., RAMONES, V., 1998, Understanding PRN Medications in psychiatric Care, Perspectives, 3, 2, en ligne, http://www.mentalhelp.net/poc/view_doc.php?type=doc&id=350.
- BOULET, D., 2004, Contentions : quand la protection devient un piège, à qui la faute? in Service de la formation permanente du Barreau du Québec, *Responsabilités et mécanismes de protection*, Yvon Blais, Cowansville, 127-162.
- CAMPBELL, P., 2007, The Bigger Picture, *Mental Health Today*, 20.
- CENTRE HOSPITALIER ROBERT-GIFFARD, 2006, *Ordonnance médicale : mesures d'isolement et de contention*, Québec.
- CHADOFF, P., 1999, Misuse and abuse of psychiatry : an overview, in Bloch, S., Chadoff, P., Green, S., eds., *Psychiatric Ethics*, 3th ed., Oxford University Press, Oxford, 49-66.
- CHAMBERLAIN, J., 1985, An ex-patient's response to Soliday, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 5, 288-289.
- Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12.
- Code civil du Québec*, L.R.Q. c. C-1991.
- Code de déontologie des médecins*, c. M-9, r. 4.1.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 2004, *Contention chimique : quand s'arrête le traitement et où commence le contrôle?*, Québec, en ligne,

<http://www.cmq.org/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/8256C27A32544C6B976E671B7226C1B1.ashx>.

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, juin 2002, Énoncé de position, *Bulletin Le Collège*, Québec.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 1999, *Recommandations concernant l'utilisation de la contention et de l'isolement*, Québec.
- Couture-Jacquet v. Montreal Children's Hospital* [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.).
- CURRIER, G., ALLEN, M., BUNNEY, E. B., 2004, Standard therapies for acute agitation, *The Journal of Emergency Medicine*, 27, 9-12.
- CURRIER, G., MEDORI, R., 2006, Orally versus intramuscularly administered antipsychotic drugs in psychiatric emergencies, *Journal of Psychiatric Practice*, 12, 1, 30-40.
- CURRIER, G., 2003, The controversy over «chemical restraint» in acute care psychiatry, *Journal of Psychiatric Practice*, 9, 1, 59-70.
- CURRIER, G., 2000, Atypical antipsychotic medications in the psychiatric emergency service, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 14, 21-26.
- CURRIER, G., 1999, *National Survey of Psychiatric Emergency Services*, Institute for Psychiatric Services, New Orleans.
- DELAGE, M., JUNOD, A., 2003, D'une éthique de la relation thérapeutique, *Annales médico-psychologiques*, 161, 23-30.
- DEL BARRIO, L. R., POIREL, M.-L., 2007, Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes, *Nouvelles Pratiques sociales*, 19, 2, 111-127.
- DELEURY, É., GOUBEAU, D., 2008, *Le droit des personnes physiques*, Yvon Blais, Cowansville.
- D'OBRIO, B., HAGGARD, P., 2007, Reducing risk associated with seclusion and restraint, *Psychiatric Times*, 24, 48-52.
- DORVIL, H., 2006, Prise de médicaments et désinstitutionnalisation, in Collin, J., Otero, M., Monnais, L., eds., *Le médicament au cœur de la socialité contemporaine*, Presses de l'Université Laval, Québec, 33-65.
- FOUCAULT, M., 2003, *Le pouvoir psychiatrique — Cours au Collège de France 1973-1974*, Gallimard-Seuil, Paris.
- FOUCAULT, M., 1980, La maison des fous, in Basaglia, F., Basaglia, F., eds., *Les criminels de paix*, Presses universitaires de France, Paris, 145-160.

- GENDREAU, C., 1996, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement : élaboration d'une norme internationale*, Thémis, Montréal.
- GORI, P., DEL VOLGO, M.-J., 2008, *Exilés de l'intime — La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Denoël, Paris.
- GRIGG, M., 2006, Eliminating seclusion and restraint in Australia, *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 224-225.
- GRUNBERG, F., 1990, La doctrine du consentement libre et éclairé : ses fondements éthiques, juridiques et ses applications dans la recherche et la pratique de la psychiatrie, *Revue canadienne de psychiatrie*, 35, 443-450.
- HÔPITAL DOUGLAS, 2008, *Dépliant sur les mesures de contrôle au Douglas*, Montréal, en ligne <http://www.douglas.qc.ca/UserFiles/File/depliant-mesures-contrôle.pdf>
- HÔPITAL LOUIS-HIPPOLYTE-LAFONTAINE, 2004, *Protocole d'utilisation des mesures de contrôle*, Montréal.
- Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 35, 59 (20 février 1997).
- Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 35, 58 (19 février 1997).
- Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, 35, 57 (18 février 1997).
- JAUNAIT, A., 2003, Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient, *Raisons politiques*, 11, 59-79.
- JOHANSSON, H., EKLUND, M., 2003, Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 339-346.
- KNUTZEN, M., SANDVIK, L., HAUFF, E., 2007, Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry, *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 201-206.
- Loi de 2001 sur la réduction au minimum de l'utilisation de la contention sur les malades*, L.O.2001, c. 16.
- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.R.Q. c. P-38.001.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. c. S-4.2.
- LARUE, C., DUMAIS, A., AHERN, É., 2009, Factors influencing decisions on seclusion and restraint, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 440-446.

- LAMARRE, S., 1999, Le respect de l'autonomie, in Blanchette, L., ed., *L'approche systémique en santé mentale*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 113-130.
- LE COZ, P., 2007, *Petit traité de la décision médicale*, Seuil, Paris.
- LEGAULT, G., 2006, *Professionnalisme et délibération éthique*, Presses de l'Université du Québec, Québec.
- LESAGE-JARJOURA, P., PHILIPS-NOOTENS, S., 2001, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Yvon Blais, Cowansville.
- LOISEAU, G., 1992, Le rôle de la volonté dans le régime de protection de la personne et de son corps, *Revue de droit de McGill*, 37, 4, 966-994.
- MARTINEZ, G., 2003, *Théorie générale des droits fondamentaux*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris.
- MCGUIRE, R., MCCABE, R., PRIEBE, S., 2001, Theoretical frameworks for understanding and investigating the therapeutic relationship in psychiatry, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 557-564.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2006a, *Programme de formation — Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2006b, *Présentation du contenu du Programme de formation*, Québec, en ligne : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/96797d55255cc7fe8525726c0045582b?OpenDocument>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2002a, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la LSSSS — Contention, isolement et substances chimiques*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2002b, *Plan d'action — Contention, isolement et substances chimiques*, Québec.
- MORIN, P., MICHAUD, C., 2003, Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination, *Santé mentale au Québec*, 28, 1, 126-150.
- Nancy B. c. *Hôtel-Dieu de Québec* [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).
- NELSTROP, L., CHANDLER-OATTS, J., BINGLEY, W., 2006, A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient

- settings and emergency departments, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8-18.
- NOREAU, P., 1993, *Droit préventif: le droit au-delà de la loi*, Thémis, Montréal.
- PALAZZOLO, J., 2004, À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients, *L'Encéphale*, 30, 3, 276-84.
- PALAZZOLO, J., FAVRE, P., VITTINI, P., 2001, Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives, *L'Encéphale*, 27, 570-577.
- POLLARD, R., YANASAK, E., ROGER, S., 2007, Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit, *Psychiatric Quarterly*, 78, 73-81.
- PROTECTEUR DU CITOYEN, 2007, *Rapport annuel 2006-2007, L'utilisation de la force, de l'isolement et de substances chimiques comme mesure de contrôle des personnes*, Québec, 271-276, en ligne, http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_annuels/200607/RA_0607_35.pdf.
- Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, R.Q. c. S-5, r.3.01.
- ROE, D., WEISHUT, D., JAGLOM, M., 2002, Patients' and staff members' attitudes about the rights of hospitalized psychiatric patients, *Psychiatric Services*, 53, 1, 87-91.
- VÉZINA, C., BERNHEIM, E., BÉDARD, E., AHERN, É., NOREAU, P., DORVIL, H., 2010, Risque de santé et populations marginalisées: réflexion interdisciplinaire sur la centralité des droits de la personne dans le statut citoyen, *Revue de droit de Sherbrooke*, 40, sous presse.
- VOYER, G., 1999, L'éthique clinique en tant qu'art d'être en intelligence avec autrui, in Malherbe, J.-F., ed., *Compromis, dilemmes et paradoxes en éthique clinique*, Fides, Montréal, 123-169.
- WHITAKER, R., 2002, *Mad in America*, Perseus Publishing, Cambridge.
- WILKNISS, S., HUNTER, R., SILVERSTEIN, S., 2004, Traitement multimodal de l'agressivité et de la violence chez les personnes souffrant de psychose, *Santé mentale au Québec*, 29, 2, 143-174.
- WYNN, R., 2002, Medicate, restraint or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 287-291.

ABSTRACT**Psychiatric medication as restraint: between autonomy and protection, is there place for a legal framework?**

The use of chemical restraint has been regulated for the past ten years in Quebec. However, clinical, ethical and legal issues, sometimes contradictory, have not really been considered during the legislative process leading to consolidation in its current form. The author supports that, because of the absence of consent and the effects of medication, a specific legal framework to the use of medication is necessary in a context of unplanned intervention to protect both patients and medical staff. This framework would prescribe good practice, take into account the non-medical aspects of consent to care and formalize the practice as an exception to the rule. In addition, the symbolism of law, through which social solidarity can be expressed, must not be underestimated.

RESUMEN**La medicación psiquiátrica como contención: entre autonomía y protección, ¿qué lugar ocupa en un marco jurídico?**

La utilización de la contención química está reglamentada desde hace diez años en Quebec. Sin embargo, las implicaciones clínicas, éticas y jurídicas, en ocasiones antinómicas, no han sido realmente consideradas en el proceso legislativo que condujo a la codificación en su forma actual. La autora sostiene que es necesario contar con un marco legal específico a la utilización de la medicación con fines de control, en un contexto de intervención no planeada, para proteger a los pacientes y al personal médico. Este marco favorecería las buenas prácticas, tendría en cuenta los aspectos no médicos del consentimiento y formalizaría su práctica en tanto que excepción a la regla establecida. Además, sería puesto en evidencia el carácter simbólico del derecho por el cual la solidaridad social puede expresarse.

RESUMO**A medicação psiquiátrica como contenção: entre autonomia e proteção, qual seria o lugar para um quadro jurídico?**

A utilização da contensão química é regulamentada há dez anos no Quebec. Entretanto, as preocupações clínica, ética e jurídica, às vezes antinômicas, não foram realmente previstas durante o processo legislativo que levou à codificação em sua forma atual. A autora afirma que um quadro jurídico específico para a utilização da medicação para

fins de controle, em contexto de intervenção não planejada, é necessária para proteger os pacientes e o pessoal médico. O quadro favoreceria as boas práticas, levaria em consideração aspectos não médicos do consentimento e formalizaria a prática como exceção à regra estabelecida. Além disso, seria encorajado o caráter simbólico do direito pelo qual a solidariedade social pode expressar-se.