

Réduire durablement le recours aux mesures de contrôle en santé mentale : une responsabilité collective

Constats, enjeux et recommandations pour le prochain Plan d'action en santé mentale

Juin 2026

mémoire public

A. Présentation de l'organisation ou des personnes qui signent le mémoire

Marie-Hélène Goulet est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et dirige le Centre d'étude sur la coercition en santé mentale. Chercheuse-boursière Junior 2 du Fonds de recherche du Québec - Santé, elle consacre depuis plus de quinze ans ses travaux à la prévention des mesures de contrôle en santé mentale et à l'accompagnement des équipes soignantes pour favoriser des pratiques alternatives respectueuses des droits et de la sécurité de tous. Ses travaux ont notamment mené au développement du *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale*, aujourd'hui mobilisé dans plusieurs milieux cliniques et académiques, par exemple en France et en Suisse.

Cosignataires:

Sophie Sergerie-Richard est infirmière clinicienne et candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Supervisée par Pre Marie-Hélène Goulet (Université de Montréal) et Pr Guillaume Fontaine (Université McGill), elle mobilise les connaissances issues de la science de la mise en œuvre (*implementation science*) afin d'identifier et de prioriser des stratégies de réduction et, ultimement, d'élimination des mesures de contrôle en collaboration avec un institut psychiatrique québécois. Ancrés dans une perspective multi-niveaux, ses travaux visent à soutenir l'amélioration des pratiques cliniques, des cadres organisationnels et des politiques publiques en santé mentale. Elle a aussi occupé le poste de conseillère cadre en soins infirmiers dans le réseau de la santé.

René Cloutier est directeur général de la Confédération des associations de proches en santé mentale du Québec (CAP santé mentale) qui regroupe 55 associations de proches présentes dans toutes les régions du Québec, offrant du soutien psychosocial à plus de 30 000 proches annuellement.

Isabelle Hénault est une personne vivant avec un trouble de santé mentale et est formée comme paire aidante en santé mentale et dépendance. Impliquée comme patiente-partenaire dans des projets de recherche locaux et internationaux, elle assure actuellement la direction de l'organisme Pair-aidance Québec. Les pair(e)s aidant(e)s représentent les intérêts des usagers de services en santé mentale et cela inclut la réduction du recours aux mesures de contention et d'isolement.

Luc Vigneault est conférencier, formateur et militant reconnu pour du rétablissement des personnes vivant avec un problème de santé mentale. Fort de son savoir expérientiel, il œuvre depuis plus de vingt ans au Québec, au Canada et à l'international pour favoriser la participation citoyenne, la lutte contre la stigmatisation et le développement de pratiques axées sur le partenariat. Premier pair aidant certifié au Québec, sa contribution a été reconnue par l'obtention d'un doctorat honorifique de l'Université Laval. Son expérience personnelle des mesures de contrôle apportent une perspective essentielle au présent mémoire.

B. Principaux constats

Les mesures de contrôle: un enjeu majeur absent des dernières orientations en santé mentale

Malgré plus de vingt ans d'orientations ministérielles visant à réduire les mesures de contrôle, une personne hospitalisée en milieu psychiatrique sur cinq fera l'objet d'une mesure de contrôle (isolement, contention, contention chimique) lors de son hospitalisation en milieu psychiatrique (Belayneh et al., 2024). Le prochain Plan d'action en santé mentale représente une occasion historique de faire de la prévention des mesures de contrôle une priorité nationale, tel que l'a fait la France dans les dernières années. Rappelons que ces pratiques représentent les mesures les plus restrictives pouvant être appliquées dans le cadre de soins en santé mentale alors qu'elles ont notamment été identifiées comme une *forme de torture contemporaine* par l'ONU (Human Rights Council, 2013). L'OMS et la Convention des droits des personnes handicapées des Nations Unies prennent position en faveur d'une élimination des mesures de contrôle (Human Rights Council, 2013; World Health Organization, 2019).

Bien que les mesures de contrôle soient directement abordées par ces organisations crédibles sur le plan mondial, elles demeurent largement absentes des derniers plans d'action en santé mentale au Québec. La littérature scientifique, tout comme les textes de loi, sont clairs à l'effet qu'il ne s'agit pas d'une mesure thérapeutique mais de sécurité dans un contexte de gestion des risques. Une revue systématique Cochrane, publiée il y a déjà plus de 15 ans, statuait sur l'absence de retombée thérapeutique découlant de l'utilisation des mesures de contrôle (Muralidharan et Fenton, 2006). Pourtant, les conséquences délétères sont documentées tant pour la personne hospitalisée, les proches, les intervenants que les organisations de la santé. En effet, des sentiments d'anxiété, de colère, d'impuissance et de vulnérabilité sont vécus par les personnes qui les subissent nuisant directement à leur rétablissement (Butterworth et al., 2022). Les contentions mécaniques sont aussi associées à des difficultés respiratoires pouvant mener au décès d'une personne contrainte par asphyxie (Kersting et al., 2019). En août 2025, un rapport publié par le Protecteur du citoyen au Québec a signalé l'utilisation abusive des mesures de contrôle auprès de clientèles vulnérables dans un hôpital montréalais alors que les personnes demeuraient contraintes sur une période pouvant aller de plusieurs heures à plusieurs jours et que le risque de danger n'était pas réévalué. Ce rapport met en lumière un recours non exceptionnel à ces mesures, soulevant des préoccupations quant à l'usage fréquent et potentiellement abusif de la contrainte à travers le réseau de la santé québécois.

Les personnes premières concernées rappellent également que les impacts des mesures de contrôle ne prennent pas fin lorsque l'intervention se termine. Leurs conséquences peuvent persister longtemps après l'hospitalisation, influencer leur rétablissement et affecter leur perception des soins de santé mentale pouvant limiter leur demande d'aide subséquente auprès des services de santé mentale. Luc Vigneault, cosignataire de ce mémoire et ayant vécu plusieurs mesures de contrôle au cours de ses hospitalisations, partage à cet effet:

« Code blanc à l'urgence ! ». Arrivée en renfort, une équipe soignante (pour moi, elle prend l'aspect d'une équipe de football très bien entraînée) se rue sur moi comme sur un ballon. J'étais terrorisé, je hurlais comme une bête traquée. Dans une chambre d'isolement, ficelé comme un saucisson et nu, piqûre d'Haldol, porte barrée, j'étais humilié. La violence de cet épisode me traumatisa et me marquera profondément et engendra une grande méfiance très longtemps envers les intervenants censés nous aider.

Les proches, quant à eux, se retrouvent souvent dans une position particulièrement difficile. D'un côté, ils souhaitent que la personne proche reçoive les soins nécessaires; de l'autre, ils sont confrontés à la souffrance engendrée par des mesures dont ils comprennent parfois mal les raisons ou les alternatives possibles. Cette réalité est régulièrement rapportée par les associations membres de CAP Santé mentale, qui soulignent le sentiment d'impuissance vécu par les proches lorsque la relation de confiance entre la personne et les services est compromise.

Des conséquences sont vécues par les intervenants qui rapportent aussi des blessures physiques, mais également de la détresse morale liée aux questionnements éthiques soulevés par cette pratique. Ils soulignent aussi que le recours aux mesures de contrôle altère significativement la relation thérapeutique (Butterworth et al., 2022). Au-delà de leurs conséquences humaines, les mesures de contrôle constituent également un enjeu de qualité, de sécurité et d'efficacité des soins. Elles mobilisent d'importantes ressources cliniques, augmentent les coûts organisationnels et peuvent compromettre l'atteinte des objectifs poursuivis par le système de santé mentale, notamment l'engagement de la personne dans son processus de rétablissement. Dans un contexte où les ressources financières du système de santé sont limitées, il s'avère préoccupant de constater que l'équivalent de plus de 60 000\$ par année par unité de soins peut découler de l'utilisation de ces mesures (Serrano-Blanco et al., 2017) et qu'un niveau de coercition plus élevé entraîne des coûts plus élevés (Luigi et al., 2025). Ces frais sont associés à une prolongation de l'hospitalisation, à une augmentation du taux de réadmission et à des ordonnances pharmacologiques. Devant ces conséquences majeures à différents niveaux, les mesures de contrôle n'entraînent aucune retombée thérapeutique et sont plutôt coûteuses sur le plan humain et financier (Sergeur-Richard et al., 2024).

C. Enjeux et défis

Les mesures de contrôle: un défi systémique qui exige une réponse systémique

Depuis plus de vingt ans, les efforts visant à réduire les mesures de contrôle se sont principalement concentrés sur les pratiques cliniques et les protocoles organisationnels. Bien que ces initiatives aient permis certaines avancées, les résultats demeurent variables et fragiles dans le temps, et semblent maintenant stagner. Le défi consiste désormais à mettre en place les conditions nécessaires pour soutenir une réduction durable de leur utilisation à l'échelle du système de santé mentale québécois.

Les travaux menés par le *Centre d'étude sur les mesures de contrôle en santé mentale* démontrent que celles-ci ne peuvent être expliquées uniquement par les caractéristiques des personnes hospitalisées lors d'une situation de crise ou par les décisions prises par les équipes cliniques. Leur utilisation résulte plutôt de l'interaction complexe entre des facteurs individuels, relationnels, organisationnels, environnementaux, légaux et sociopolitiques. Cette compréhension a conduit au développement du **Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale** (Goulet et Lessard-Deschênes, 2022); 2024). Inspiré du modèle écologique de Bronfenbrenner, ce cadre propose une vision systémique de la prévention en identifiant des leviers d'action complémentaires auprès des personnes concernées, des proches, des pairs aidants, des équipes cliniques, des organisations et des décideurs publics. Cette approche permet de dépasser une vision centrée exclusivement sur les pratiques individuelles pour reconnaître que la réduction des mesures de contrôle constitue une responsabilité collective à plusieurs niveaux:

- le niveau de la personne, en favorisant l'autodétermination, les plans de crise conjoints, les directives psychiatriques anticipées, les approches centrées sur le rétablissement, les traumatismes et le soutien aux droits;
- le niveau relationnel, par le développement d'alliances thérapeutiques solides, l'intégration de pairs aidants dans les équipes soignantes, et la participation active des proches;
- le niveau organisationnel, par l'amélioration des environnements de soins, du leadership clinique et de la culture de prévention;
- le niveau des politiques publiques, par la mise en place d'orientations cohérentes, d'indicateurs provinciaux et de mécanismes d'imputabilité;
- le niveau sociétal, par la lutte contre la stigmatisation et la reconnaissance des droits des personnes vivant avec un problème de santé mentale.

Dans cette perspective, le principal défi auquel fait face le Québec n'est pas l'absence de connaissances scientifiques ou de solutions cliniques prometteuses. Il réside plutôt dans la capacité du système à coordonner ces leviers d'action autour d'une vision commune et à se doter d'outils permettant de suivre l'évolution des pratiques dans le temps.

Cette vision rejoint directement l'expertise complémentaire des cosignataires de ce mémoire. Les personnes ayant un savoir expérientiel, les pairs aidants, les proches, les cliniciens et les chercheurs disposent chacun d'une compréhension partielle mais essentielle du phénomène. La prévention

durable des mesures de contrôle exige donc le croisement de ces savoirs dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques. À cet égard, le contexte actuel offre une occasion particulièrement favorable. Les orientations internationales de l'Organisation mondiale de la Santé, les initiatives développées dans plusieurs juridictions, notamment en France, ainsi que le déploiement du dossier santé numérique (DSN) créent des conditions propices à une modernisation des orientations québécoises relatives aux mesures de contrôle.

Une attention particulière devrait également être accordée à la contention chimique. Bien qu'elle constitue aujourd'hui la forme de mesure de contrôle la plus fréquente à l'échelle internationale (Belayneh et al., 2024), sa définition, sa documentation et son suivi demeurent limités au Québec. Cette situation restreint la capacité du réseau à broser un portrait complet de l'utilisation des mesures de contrôle et à évaluer l'impact réel des stratégies de réduction mises en place. Actuellement, les orientations ministérielles, la documentation de la contention chimique et la formation des équipes cliniques sont toujours ancrées dans les principes élaborés pour la première fois en 2002.

D. Recommandations sur les pistes de solution à envisager

Considérant les connaissances scientifiques actuelles, les savoirs expérientiels des personnes concernées, l'expertise des proches, des pairs aidants et des équipes cliniques, ainsi que le *Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale*, nous formulons les recommandations suivantes.

1. Faire de la réduction des mesures de contrôle une priorité explicite du prochain Plan d'action en santé mentale

Le prochain PASM devrait reconnaître les mesures de contrôle comme un indicateur prioritaire de qualité, de sécurité et de respect des droits en santé mentale et se doter d'objectifs provinciaux de réduction mesurables.

2. Actualiser les orientations ministérielles relatives aux mesures de contrôle

Les orientations ministérielles actuellement en vigueur devraient être révisées afin d'intégrer les connaissances scientifiques produites depuis 2002, les orientations internationales récentes ainsi que les pratiques émergentes en matière de prévention, de rétablissement, de partenariat et de soutien aux droits.

3. Mettre en place une gouvernance nationale dédiée

Le MSSS devrait créer un comité national permanent réunissant des représentants des personnes ayant un savoir expérientiel, des proches, de la pair-aidance, des établissements, des ordres

professionnels, du milieu communautaire et de la recherche afin d'assurer le suivi des orientations et de soutenir le transfert des connaissances.

4. Développer un registre national des mesures de contrôle

Le déploiement du Dossier santé numérique représente une occasion unique de mettre en place un registre national permettant une documentation standardisée de l'isolement, de la contention physique et mécanique ainsi que de la contention chimique. C'est au moment où la France s'est dotée d'orientations ministérielles ambitieuses vers un objectif zéro et d'un registre national que de véritables initiatives transformatives ont vu le jour. C'est maintenant 10% des établissements français qui ont aboli la contention, ou ne l'utilisent qu'en de très rares occasions (Saetta et al., 2023).

5. Soutenir l'intégration des savoirs expérientiels et des proches

Les établissements devraient être soutenus dans l'intégration structurée des pairs aidants, dans la participation des proches lorsque souhaitée par la personne concernée et dans la mise en place de mécanismes favorisant la participation des personnes ayant vécu des mesures de contrôle à l'amélioration des pratiques.

6. Soutenir la mise en œuvre d'approches préventives fondées sur les données probantes

Le MSSS devrait encourager le déploiement d'interventions reconnues pour contribuer à la réduction des mesures de contrôle, notamment les plans de crise conjoints, les directives psychiatriques anticipées, les approches sensibles aux traumatismes, les stratégies de désescalade et les modèles de partenariat en santé mentale.

7. Développer les connaissances sur les populations particulièrement exposées

Des efforts particuliers devraient être consacrés à la documentation des disparités liées au genre et aux personnes LGBTQIA+, à l'âge, aux conditions socioéconomiques, à l'origine ethnoculturelle (incluant les Premières Nations et les Inuit) ainsi qu'aux trajectoires impliquant plusieurs formes de contrainte légale (garde en établissement, autorisation judiciaire d'hébergement ou de soins) ou non encadrée (coercition informelle, coercition perçue).

E. Conclusion

Plus de vingt ans après l'adoption des premières orientations ministérielles, le défi n'est plus de démontrer que les mesures de contrôle ont des conséquences importantes. Le défi consiste désormais à se doter des leviers nécessaires pour soutenir leur réduction durable. Le Québec possède aujourd'hui les connaissances scientifiques, l'expertise clinique, le savoir expérientiel et les partenariats nécessaires pour franchir cette étape.

Les mesures de contrôle ne constituent pas un problème de pratique clinique uniquement. Elles constituent un indicateur de la capacité collective du système de santé mentale à offrir des soins sécuritaires, humains, respectueux des droits et centrés sur le rétablissement.



Marie-Hélène Goulet

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
Chercheuse régulière, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Chercheuse-boursière J2, Fonds de recherche Québec - Santé
Chercheuse associée, Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel

Cosignataires

René Cloutier
Directeur général
CAP santé mentale

Isabelle Hénault
Directrice générale
Pair-aidance Québec

Luc Vigneault
Pair aidant
Expert en
rétablissement et en
organisation des soins
en santé mentale

**Sophie Sergerie-
Richard**
Infirmière Ph.D. (c)
Faculté des sciences
infirmières de
l'Université de
Montréal

Références

- Belayneh, Z., Chavulak, J., Lee, D.-C. A., Petrakis, M. et Haines, T. P. (2024). Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical nursing*, 33(4), 1256-1281. <https://doi.org/10.1111/jocn.17041>
- Butterworth, H., Wood, L. et Rowe, S. (2022). Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, 8(e178), 1-11. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.574>
- Goulet, M.-H. et Lessard-Deschênes, C. (2022). Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale: une revue intégrative. *Santé Mentale au Québec*, 47(1), 151-180. <https://doi.org/10.7202/1094149ar>
- Goulet, M.H., Cassivi, C., Hupé, C., Jean-Baptiste, F., & Dumais, A. (2024). Seclusion and mechanical restraint in the wake of the COVID-19 pandemic: an increased use in mental health settings. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1428599>
- Goulet, M.H., Larue, C., Côté, C. (2018). Contribution d'un pair aidant au retour post-isolement en santé mentale : une étude qualitative exploratoire. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 4(1), 39-50. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.11.001>
- Goulet, M.H., Larue, C., Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139-146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- Human Rights Council. (2013). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*. Nations Unies. <https://www.refworld.org/reference/themreport/unhrc/2013/en/90541>
- Kersting, X. A. K., Hirsch, S. et Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review [Systematic Review]. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00400>
- Luigi, M., Imbeault, A., Crocker, A. G., & Latimer, E. (2025). Economic data on interventions for reducing aggression and restrictive interventions in inpatient mental health: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*.
- Muralidharan, S. et Fenton, M. (2006). Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002084.pub2>
- Saetta, S., Coldefy, M., Degry, J., Lanquetin, J. P., Mccardell, A., Moreau, D., ... & Velpy, L. (2023). PLAID-Care: une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*, 49(4), 433-436.
- Sergerie-Richard, S., Goulet, M.-H., Dumais, A., Hinse, C. et Fontaine, G. (2024). De-implementation to reduce coercive practices in mental health care. *The Lancet Psychiatry*, 11(7), 498-499. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00144-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00144-5)
- Serrano-Blanco, A., Rubio-Valera, M., Aznar-Lou, I., Baladón Higuera, L., Gibert, K., Gracia Canales, A., Kaskens, L., Ortiz, J. M. et Salvador-Carulla, L. (2017). In-patient costs of agitation and containment in a mental health catchment area. *BMC Psychiatry*, 17(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1373-4>
- World Health Organization. (2019). *Strategies to end seclusion and restraint*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516754>