

La santé mentale des jeunes

Mesures de contrôle et médication
en milieu scolaire

Emmanuelle Bernheim
Lucia Flores Echaiz
Delphine Gauthier-Boiteau
Octobre 2019



L'AVANT-GARDE
SOUTIEN SANTÉ MENTALE ÉDUCATION

UQAM | Service aux collectivités
Université du Québec à Montréal

La santé mentale des jeunes

Mesures de contrôle et médication en milieu scolaire

Auteures :

Emmanuelle Bernheim, professeures, dép. science juridiques, UQAM

Lucia Flores Echaiz

Delphine Gauthier-Boiteau

Composition du comité d'encadrement :

Emmanuelle Bernheim, UQAM

Connie Bleau, directrice, L'Avant-garde en santé mentale

Brigitte Duprier, administratrice, L'Avant-garde en santé mentale

Haleema Rashid, agente de liaison, L'Avant-garde en santé mentale

Lucia Flores Echaiz, UQAM

Geneviève Chicoine, UQAM

Éditeur

Service aux collectivités de l'UQAM

Octobre 2019

Ce projet a été réalisé avec l'appui financier du

Programme d'aide financière à la recherche et à la création UQAM – volet 2.

Table des matières

Introduction	3
Mesures de contrôle	5
1. Cadre juridique et institutionnel	5
1.1 Cadre juridique en milieu scolaire	6
1.2 Comparaison avec le cadre juridique dans le milieu de la santé et des services sociaux	9
1.3 Cadre institutionnel	11
1.3.1 Protocoles des commissions scolaires	12
1.3.2 Les protocoles des écoles	19
2. L'absence de cadres juridique et institutionnel : des pratiques ambiguës, controversées et discriminatoires?	20
2.1 Ambiguïté du vocabulaire utilisé	20
2.2 L'absence de bénéfices associés à l'utilisation des mesures de contrôle	22
2.3 Objectifs de sécurité, de discipline ou pédagogiques?	23
2.4 Utilisation discriminatoire des mesures de contrôle	25
2.4.1 Utilisation des mesures de contrôle à l'égard des élèves ayant des besoins particuliers / en situation de handicap	25
2.4.2 Écoles publiques et écoles privées	26
Médication	29
1. Portrait de la situation	29
1.1 Chiffres	29
1.2 Pratiques institutionnelles	31
1.3 Perceptions et préoccupations des acteurs à l'égard de la médication des jeunes	33
2. La prise de médication psychotrope des jeunes	34
2.1 Effets secondaires et indésirables de la médication psychotrope	34
2.2 Médication « thérapeutique » ou contention chimique?	37
2.3 Médication « thérapeutique » ou nouveau modèle de gestion du milieu scolaire?	39
Bibliographie	43
Annexe 1: Documentation des commissions scolaire et des écoles	54
Annexe 2: Catégories de politiques des commissions scolaires	57

Introduction

Depuis quelques années, la question de la santé mentale des jeunes est de plus en plus discutée. Diagnostics psychiatriques posés de plus en plus tôt, prescriptions de plus en plus nombreuses, difficulté d'accès aux services, etc. : les difficultés sont dénoncées par une variété de groupes sociaux tels que les parents, les médecins, les intervenants scolaires et le milieu communautaire.

Ainsi, dès 2012, le groupe l'Avant-garde en santé mentale amorçait une mobilisation autour de la question de la santé mentale des enfants. Plusieurs de ses membres, ayant souffert dans leur enfance de leur différence et des actions de diverses institutions à leur égard, le groupe était aux premières loges pour en constater les contrecoups. Alors que des événements tragiques forçaient une prise de conscience concernant à la fois la détresse vécue par certain.es jeunes et l'impuissance des organisations impliquées auprès d'elles et d'eux, le groupe et les différents partenaires qu'il mobilise (écoles, organismes communautaires et service policier du territoire), prennent conscience qu'un état des lieux est avant tout nécessaire.

La présente recherche s'inscrit dans cette foulée et constitue la deuxième phase d'un travail collaboratif débuté en 2014, entre l'Avant-garde en santé mentale, la professeure Bernheim et le Service aux collectivités de l'UQAM. Si la première phase a permis de réaliser une recherche documentaire portant sur les pratiques

d'étiquetages et les modalités d'intervention auprès des jeunes vivants des difficultés liées à la santé mentale, et ce, dans divers milieu, la recherche que nous vous présentons fait un état des lieux par une analyse systématique des pratiques institutionnelles, ici circonscrite au milieu scolaire compte tenu des limites d'accès à d'autres milieux, à la lumière des connaissances scientifiques et autres données récoltées lors de la première phase.

Le constat de départ de cette recherche est donc que si les diagnostics psychiatriques et les prescriptions de psychotropes se sont multipliés dans les dernières années, nous en connaissons finalement peu sur la situation réelle des jeunes, notamment dans l'institution qu'elles et ils fréquentent le plus longtemps et le plus assidûment : l'école¹.

Nous nous sommes dans un premier temps intéressées aux pratiques d'intervention scolaire en matière de problème de santé mentale² pour dégager les deux thèmes de recherche et d'analyse qui sont au cœur de ce rapport de recherche, soit l'utilisation des mesures de contrôle et de

la médication en milieu scolaire. Soulignons d'emblée que très peu de littérature scientifique porte spécifiquement sur la situation québécoise. Nous avons donc bien souvent dû nous rabattre sur l'actualité pour tenter de documenter la situation au Québec. Évidemment, cette méthode de recherche comporte d'importantes limites, puisque nous ne pouvons en aucun cas prétendre décrire empiriquement la situation en milieu scolaire au Québec. Cependant, en croisant les informations disponibles dans les journaux et sur les sites d'information avec la jurisprudence, la documentation institutionnelle et la littérature scientifique d'ailleurs, il est possible d'établir de premiers constats. Ils sont alarmants.

Nous avons mené une recherche documentaire sur des bases de données juridiques, en sciences sociales, en éducation et en santé, pour repérer des articles sur l'utilisation des mesures de contrôle et de la médication en milieu scolaire, et liée à la santé mentale. Nous avons complété cette recherche par une recension de la documentation produite par les commissions scolaires et les écoles québécoises. Nous avons également procédé à la détermination du cadre juridique pertinent par le repérage des lois, règlements et décisions judiciaires pertinentes. Finalement, nous avons cherché dans les journaux et sur les sites d'information toute nouvelle pertinente au regard de nos thèmes de recherche.

1. Soulignons que nous avons également tenté de documenter la situation en garderie et en centres jeunesse, mais que les informations disponibles sont très parcellaires et lacunaires. C'est donc après une première recherche exploratoire que nous avons choisi de délimiter notre analyse à la situation en milieu scolaire, qui par ailleurs concerne tous les jeunes.

2. Est expressément exclu de la recherche tout ce qui est considéré comme trouble de l'apprentissage, bien que certains documents officiels n'établissent pas clairement de différence.

Mesures de contrôle

Nous commencerons par décrire le cadre juridique et institutionnel de l'utilisation des mesures de contrôle dans les écoles québécoises (1.), puis en discuterons la portée (2.).

1. Cadre juridique et institutionnel

Le droit à la liberté est fondamental. Il est protégé par les chartes canadienne³ et québécoise⁴ et toute dérogation doit se justifier par des objectifs raisonnables et importants⁵, pour « les motifs prévus par la loi et suivant la procédure prescrite⁶ ». Les droits à l'intégrité et à l'inviolabilité⁷ visent à protéger le corps et le psychique contre l'action de tiers, mais également contre son propre fait. Ce sont des droits inhérents à la personnalité juridique, dont l'exercice ne peut être qu'exceptionnellement suspendu⁸.

L'isolement, les contentions et les substances chimiques utilisés à des fins de contrôle des comportements (ci-après, les « mesures de contrôle ») constituent des atteintes importantes aux droits à la liberté et à l'intégrité. Elles doivent donc être mises en œuvre avec prudence, selon la procédure établie, et tout doute sur l'opportunité de les appliquer doit être tranché en faveur des droits et libertés de la personne⁹.

Aux fins d'interprétation, nous nous référerons aux définitions des mesures de contrôle proposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- **Pisolement** « consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement »;
- **la contention** « consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap »;
- **les substances chimiques** « consiste[nt] à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament¹⁰ ».

3. *Charte canadienne des droits et libertés*, art. 7, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c. 11 [*Charte canadienne*].

4. *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 1 [*Charte québécoise*].

5. *Charte canadienne*, *supra* note 4, art. 1; *Charte québécoise*, *supra* note 5, art. 9.1.

6. *Charte québécoise*, *supra* note 5, art. 24.

7. CcQ, RLRQ, c. C-1991, art. 10.

8. CcQ, *supra* note 8, art. 4.

9. Voir Pierre-André Côté, avec la collaboration de Stéphane Beaulac et Mathieu Devinat, *Interprétation des lois*, Montréal, Thémis, 2009, section sur les droits et libertés de la personne.

10. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelles des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec, 2002, à la p. 14 [*Orientations ministérielles*].

1.1. Cadre juridique en milieu scolaire

Au Québec, l'utilisation des mesures de contrôle est encadrée de deux façons. D'abord par les lois régissant les milieux dans lesquels ces mesures sont utilisées, que l'on pense au milieu de la santé et des services sociaux¹¹ ou au milieu correctionnel¹². Ensuite par le biais des lois prévoyant les compétences réservées à certains professionnels, comme le *Code des professions*¹³ ou les lois régissant des professions spécifiques.

Contrairement à la situation qui prévaut dans les autres milieux, l'utilisation des mesures de contrôle ne fait pas l'objet de dispositions particulières dans le milieu scolaire. En ce sens, la *Loi sur l'instruction publique*¹⁴ et ses règlements afférents demeurent silencieux sur cette question. De même, au contraire des ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique ainsi que des Services correctionnels fédéraux, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur n'a publié officiellement aucune directive, lignes directrices ou cadre de référence. Il a plutôt mandé les commissions scolaires de se doter de politiques d'intervention en situation de crise, et les écoles, de protocoles d'application de ces mesures. Ces protocoles font régulièrement référence à ce mandat officiel, transmis par le Ministère en 2004 et 2008, mais aucun document n'étant public, nous n'en connaissons pas la teneur exacte.

Quant à l'encadrement des activités professionnelles, il est essentiellement pris en charge par les ordres professionnels sous l'égide de l'Office des professions. Le *Code des professions* et les lois spécifiques concernant les 46 professions constituées en ordres professionnels visent notamment la reconnaissance de compétences réservées pour protéger le public contre des pratiques douteuses ou dangereuses¹⁵. Ces pratiques réservées font régulièrement l'objet de publications par les ordres professionnels et de débat devant leurs comités de discipline à la suite de plaintes visant leurs membres.

Différents professionnels sont susceptibles de participer à l'application de mesures de contrôle dans les écoles québécoises : éducateurs spécialisés, infirmières, travailleuses sociales, mais surtout enseignantes, surveillants et personnels de direction. Or, ces trois derniers corps de métier ne sont pas constitués en ordre professionnel et ne bénéficient pas des compétences réservées qui permettraient de déterminer clairement quel professionnel peut appliquer les mesures et selon quelles balises. Selon l'Office des professions,

En situation d'urgence, la décision d'utiliser des mesures de contention ou d'isolement ne constitue pas [un acte réservé]; par exemple, en présence d'un comportement non prévisible qui met en danger la sécurité de la personne ou celle

11. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ, c. S-4.2, art. 118.1 [LSSSS]; *Loi sur la protection de la jeunesse*, RLRQ, c. P-34.1, art. 10(3) [LPJ].

12. Seulement pour l'isolement. Dans les prisons provinciales : *Loi sur le système correctionnel du Québec*, RLRQ, c. S-40.1, art. 193(6) et *Règlement d'application de la Loi sur le système correctionnel du Québec*, RLRQ, c. S-40.1, r. 1, art. 31-36; dans les pénitenciers fédéraux : *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992, c. 20, art. 31-37 et *Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, DORS/92-620, art. 19-23.

13. *Code des professions*, RLRQ, c. C-26.

14. *Loi sur l'instruction publique*, RLRQ, c. I-13.3.

15. *Code des professions*, *supra* note 14, art. 26.

d'autrui. En milieu scolaire, la décision d'utiliser des mesures d'isolement n'est pas réservée. Les enseignants et intervenants du milieu scolaire doivent demeurer vigilants face au caractère d'exception d'une telle décision. Le tout devrait se faire dans un contexte d'intervention planifiée qui tient compte des droits reconnus par la Charte des droits et libertés (inviolabilité, intégrité, dignité)¹⁶.

L'Office des professions considère également qu'une fois la situation de crise maîtrisée, un intervenant membre d'un ordre professionnel et habilité à décider d'utiliser une mesure d'isolement (soit un médecin, une infirmière praticienne spécialisée, une infirmière, un ergothérapeute, une travailleuse sociale, un psychologue ou un psychoéducateur) devrait intervenir. Or, il n'apparaît pas évident qu'un tel professionnel soit disponible en milieu scolaire. Soulignons également que l'Office reste silencieux au sujet des contentions et des substances chimiques. Une recherche dans les actualités des dernières années démontre pourtant que, si l'isolement est effectivement utilisé dans les écoles¹⁷, d'autres pratiques plus ou moins encadrées sont également rapportées, telles que l'utilisation de couverture ou de vestes lestées¹⁸, de « salles sensorielles¹⁹ », de cage servant d'« aire de retrait²⁰ » et d'enfants attachés ou ligotés²¹. À titre informatif, les vestes ou couvertures lestées, également appelées couvertures proprioceptives, sont des outils utilisés pour leur effet soi-disant calmant²² et « sont constituées de cellules remplies généralement d'écales de sarrasin ou de billes d'acier pour en répartir le poids [et] peuvent peser de 2,25 à 16 kg²³ ». Nous n'avons pas trouvé d'articles d'actualité concernant l'utilisation de substances chimiques à des fins de contrôle au Québec; un cas ontarien récent mérite cependant d'être souligné²⁴.

S'il n'existe aucun cadre légal concernant l'application des mesures de contrôle en milieu scolaire, le *Code criminel* protège les professionnels faisant usage de la force dans le cadre de leurs fonctions²⁵.

16. Office des professions, *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Québec, 2013 à la p. 69 [Guide explicatif].

17. Thomas Gerbet, « Des élèves autistes isolés dans des placards en raison de la surpopulation à la CSDM », *Radio-Canada* (28 mai 2019), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1172065/ecole-etincelle-salles-apaisement-ministre-roberge>>; « Enfant isolé à l'École Saint-Jean-Bosco : une enquête est ouverte », *Radio-Canada* (13 juin 2013), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/618632/enquete-salle-isolement-bosco>>; « Un autiste enfermé, parce qu'il n'écoutait pas à l'école », *Radio-Canada* (11 mars 2015), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/710810/autiste-enferme-conseil-peel-poursuite>>.

18. Sara Champagne, « Gare à la couverture lestée, prévient un rapport », *La Presse* (18 janvier 2012), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201201/18/01-4486915-gare-a-la-couverture-lestee-previent-un-rapport.php>>.

19. Angelina Leggo, « Sensory room at Gaspé Elementary School », *Vision Gaspé-Percé Now* (30 novembre 2017), en ligne : <<http://visiongaspereperce.ca/sensory-room-at-gaspe-elementary-school/>>.

20. « Shawinigan : jugement rendu dans la cause de l'enfant isolé dans une aire de retrait », *Radio-Canada* (9 février 2012), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/549389/shawinigan-louise-sinotte-jacques-turenne>>.

21. « Une enseignante ligote un élève de maternelle », *TVA Nouvelles* (10 février 2006), en ligne : <<http://www.tvanouvelles.ca/2006/02/10/une-enseignante-ligote-un-eleve-de-maternelle>>; Camille Laurin-Desjardins, « Un élève attaché à sa chaise avec du ruban adhésif », *Journal de Montréal* (4 février 2015), en ligne : <<http://www.journaldemontreal.com/2015/02/04/un-eleve-attache-a-sa-chaise-avec-du-tape>>.

22. Québec, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), *Couvertures et vestes lestées : sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'intervention*, par Sylvie Beauchamp, vol 6(5), 2010, à la p. viii.

23. *Ibid.* à la p. 3.

24. « Un garçon de 8 ans ligoté et sous sédatif à son premier jour d'école », *Radio-Canada* (21 septembre 2017), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1057222/garcon-comportement-ecole-hopital-calmant-attache-kiroff>>.

25. *Code criminel*, LRC 1985, c. C-46, art. 25(1).

Ils doivent alors « s'appuyer sur des motifs raisonnables » et « employer la force nécessaire²⁶ »; la force ne peut pas être utilisée « avec l'intention de causer, ou de nature à causer la mort ou des lésions corporelles graves²⁷ ». Concernant plus particulièrement les enfants, le code prévoit que « tout instituteur [...] est fondé à employer la force pour corriger un élève ou un enfant, selon le cas, confié à ses soins, pourvu que la force ne dépasse pas la mesure raisonnable dans les circonstances²⁸ ».

L'interprétation donnée à ces dispositions est à l'effet que le personnel scolaire peut, selon le contexte et les circonstances, « employer une force raisonnable pour expulser un enfant de la classe ou pour assurer le respect des directives, mais pas simplement pour infliger un châtiment corporel²⁹ ». Le contexte et les circonstances renvoient entre autres aux conditions dans lesquelles travaille le personnel, notamment la surcharge de travail et le fait d'être en sous-effectif, mais également au niveau de difficulté relié aux élèves concernés comme dans les classes spécialisées pour les troubles du comportement³⁰. L'appréciation du caractère raisonnable de la force employée dépend éventuellement du risque posé par les comportements, mais aussi du préjudice causé par l'usage de la force. Ainsi, un préjudice considéré comme « transitoire et insignifiant » ne permettra pas d'établir un usage excessif de la force³¹. Dans tous les cas, l'usage de la force motivé par la colère est abusif³².

Pour que l'usage de la force par le personnel scolaire soit considéré comme raisonnable, les conditions suivantes doivent être observées :

- la force utilisée doit être raisonnable dans les circonstances, ce qui est une question de faits;
- elle doit viser à éduquer ou à discipliner l'enfant, c'est-à-dire à contrôler le comportement réel d'un enfant, ou à mettre fin à ce comportement ou encore à exprimer une certaine désapprobation symbolique à cet égard;
- l'élève doit être en mesure de tirer une leçon, compte tenu de son âge et de son niveau de compréhension³³.

La recherche jurisprudentielle menée dans le cadre de cette recherche n'a fait état d'aucune décision québécoise portant expressément sur l'utilisation des mesures de contrôle en milieu scolaire. L'absence de définition de ce que constituent les mesures de contrôle, de cadre juridique spécifique et de compétences réservées permet difficilement de voir si les dispositions concernant l'usage de la force sont pertinentes dans un tel contexte. En effet, le *Code criminel* prévoit que la force peut être utilisée en contexte scolaire pour « corriger » un enfant; elle aurait donc une visée disciplinaire. Au contraire, dans les milieux de la santé, des services sociaux et correctionnels, le cadre juridique prévoit que ces mesures sont utilisées, en dernier recours, comme moyen de protection, lorsque la

26. *Ibid.*

27. *Code criminel*, *supra* note 26, art. 25(3).

28. *Code criminel*, *supra* note 26, art. 43.

29. *Canadian Foundation for Children, Youth and the Law c Canada (PG)*, 2004 CSC 4 au par. 24.

30. *Dubois c R*, 2011 QCCA 890.

31. *R c Chouinard*, 2009 QCCQ 7603.

32. *R c Deschâtelets*, 2008 QCCQ 9185.

33. *R c DS*, 2005 CanLII 49595 (QC CQ) au par. 47.

sécurité de la personne concernée ou d'autrui est compromise. Il est d'ailleurs prévu expressément qu'en Centre de réadaptation pour jeunes, les mesures de contrôle ne peuvent pas être utilisées à des fins disciplinaires³⁴. Les objectifs disciplinaires, d'une part, et de protection, d'autre part, semblent difficilement conciliables.

1.2. Comparaison avec le cadre juridique dans le milieu de la santé et des services sociaux

En matière de santé et de services sociaux, le principe général est celui du consentement libre et éclairé aux soins de santé³⁵. Avant de recevoir tout soin ou service, les professionnels ont l'obligation de solliciter et d'obtenir un consentement libre et éclairé. Le consentement libre ne fait pas l'objet de pression induite; le consentement éclairé est informé de la situation de santé ou psychosociale, des risques et bénéfices des interventions proposées ainsi que des alternatives de façon à pouvoir se former un jugement³⁶. Mis à part quelques rares exceptions, le refus de soin doit être respecté. L'obtention du consentement libre et éclairé n'est pas qu'une obligation légale, mais aussi une obligation déontologique pour les professionnels. De telles obligations légale et déontologique n'existent pas dans le milieu scolaire où, nous l'avons vu, le *Code criminel* est l'unique outil juridique balisant les interventions.

Concernant les mesures de contrôle, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit qu'elles ne peuvent être utilisées que « pour empêcher [une personne] de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. [Leur utilisation] doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne³⁷ ».

Depuis 1998, date d'entrée en vigueur des dispositions concernant les mesures de contrôle, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié une multitude de documents établissant des balises à leur utilisation. Outre les définitions présentées en introduction, le Ministère prévoit qu'elles doivent être utilisées dans deux contextes d'intervention spécifique : les contextes d'intervention planifiée et non planifiée. Le contexte d'intervention planifiée est celui où l'utilisation des mesures de contrôle est prévue, fait l'objet d'un consentement libre et éclairé et apparaît dans le plan d'intervention élaboré en collaboration avec le patient. Ce plan doit prévoir des mesures de remplacement qui seront proposées au patient avant l'application des mesures de contrôle. Le patient doit avoir été informé des différentes options possibles de même que des risques qui y sont associés avant de consentir au plan de soins³⁸. L'intervention non planifiée au contraire est mise en place dans l'urgence pour répondre à un comportement imprévu qui « met en danger de façon imminente la sécurité [du patient] ou celle d'autrui³⁹ » : elle ne figure donc pas au plan de soin et ne fait pas l'objet d'un consentement libre et éclairé. Elle peut se produire dans deux cas de figure : le premier est celui où le comportement est

34. LPJ, *supra* note 12, art. 10(3).

35. CcQ, *supra* note 8, art. 10 et 11.

36. *Ibid.*

37. LSSSS, *supra* note 12, art. 118.1(1).

38. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, Québec, 2011, à la p. 15 [Cadre de référence]; *Orientations ministérielles*, *supra* note 11 à la p. 19.

39. *Orientations ministérielles*, *supra* note 11 à la p. 18.

inattendu et n'a pas pu être anticipé⁴⁰ et le second est celui où le patient ayant consenti à l'application des mesures de contrôle retire son consentement. Les mesures de contrôle peuvent dans ce cas être mises en œuvre malgré le refus de celui ou celle qui les reçoit.

Le *Code des professions* prévoit qui peut décider des mesures de contrôle et les appliquer dans le milieu de la santé et des services sociaux. Concernant l'isolement et les contentions, la décision d'y recourir en contexte d'intervention planifiée est un acte réservé aux professionnels titulaires de formations pertinentes et membres d'un ordre professionnel : médecins, infirmières, infirmières praticiennes spécialisées, ergothérapeutes, physiothérapeutes⁴¹, travailleuses sociales, psychologues et psychoéducateurs⁴². Leur application n'est pas un acte réservé, mais les établissements de santé et de services sociaux doivent s'assurer de la formation adéquate du personnel qui les appliquera⁴³. En contexte d'intervention non planifiée, au contraire, étant donnée l'urgence, la décision d'utiliser l'isolement et les contentions et leur mise en application peuvent être le fait d'intervenants aux formations variées qui ne sont pas nécessairement membres d'un ordre professionnel, comme les éducateurs spécialisés, les ambulanciers ou les policiers. Il ne s'agit donc pas d'actes réservés. Concernant les substances chimiques, peu importe le contexte d'intervention, seuls les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées peuvent prendre la décision de les utiliser⁴⁴. Les infirmières peuvent les appliquer⁴⁵.

En plus des contextes d'intervention spécifique et des actes réservés, la législation et le ministère de la Santé et des Services sociaux imposent plusieurs obligations aux établissements où les mesures de contrôle sont utilisées :

- la mise en place de protocoles d'application⁴⁶;
- la surveillance par le conseil d'administration de la mise en œuvre des mesures de contrôle, notamment leur conformité avec les protocoles et la mise en place d'objectifs de réduction, voire d'élimination de leur utilisation⁴⁷;
- la mise en place de modalités de surveillance accrue et de réévaluation situationnelle fréquente lorsque des mesures de contrôle sont appliquées⁴⁸; ces modalités doivent apparaître dans les protocoles; et
- la formation adéquate du personnel, notamment quant aux enjeux légaux de l'utilisation des mesures de contrôle et aux objectifs de réduction de l'utilisation⁴⁹.

40. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, édition révisée, Québec, 2015, à la p. 6 [Cadre édition révisée].

41. Les physiothérapeutes ne peuvent pas décider d'une mesure d'isolement.

42. *Code des professions*, *supra* note 14, art. 37.

43. *Guide explicatif*, *supra* note 17 à la p. 69.

44. *Loi médicale*, RLRQ, c. M-9, art. 31(10), (11); *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, RLRQ, c. I-8, art. 36(14), (15), 36.1(3); *Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 13, art. 5(3).

45. *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, *supra* note 45, art. 36(11).

46. LSSSS, *supra* note 12, art. 118.1(3).

47. *Orientations ministérielles*, *supra* note 11 à la p. 17.

48. *Cadre* édition révisée, *supra* note 41 à la p. 7.

49. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de formation Parties 1 et 2 : vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, Québec, 2006, à la p. 5.

De plus, un comité national de suivi a pour mandat de déterminer le degré d'atteinte des objectifs promus dans les *Orientations ministérielles* en dressant un portrait complet de l'utilisation des mesures de contrôle à travers la province⁵⁰.

Le droit de la santé et des services sociaux et le droit professionnel prévoient plusieurs balises et créent plusieurs obligations pour les professionnels et les établissements en matière de mesures de contrôle dans le milieu de la santé et des services sociaux. En engageant la responsabilité des professionnels et des établissements, ces balises et obligations constituent des mesures de protection pour les patients qui pourront se tourner vers les tribunaux ou les comités de discipline en cas de transgression de leurs droits, notamment celui au consentement libre et éclairé. Soulignons que ce cadre juridique ne soustrait pas les professionnels à l'application des dispositions du *Code criminel* en matière d'utilisation de la force.

Le contraste avec le milieu scolaire est donc frappant. S'il ne s'agit pas ici de nous prononcer sur l'effectivité des protections juridiques prévues en matière de santé et de services sociaux, il apparaît néanmoins qu'une volonté d'encadrer, de surveiller et de réduire le recours aux mesures de contrôle existe et fait l'objet d'actions concrètes. De même, les patients disposent de différents recours dont les exigences en termes de fardeau de preuve sont moins importantes qu'en matière criminelle. En comparaison, l'utilisation des mesures de contrôle en milieu scolaire ne fait l'objet d'aucun encadrement juridique, et les élèves des écoles québécoises et leurs parents n'ont accès à aucune structure permettant formellement de recevoir des plaintes, qu'elles soient de nature déontologique ou autre. Nous verrons également qu'en l'absence de cadre juridique et d'orientations ministérielles, le contenu des politiques, des protocoles et des codes de vie des commissions scolaires et des écoles est variable et peu précis.

1.3. Cadre institutionnel

En l'absence de cadre légal sur les mesures de contrôle en milieu scolaire, la documentation des commissions scolaires et des écoles constitue la seule référence sur leur utilisation. Deux sortes de documents en font mention, soit les politiques spécifiques d'utilisation de ces mesures et les codes de vie des établissements scolaires⁵¹. Soulignons par ailleurs que ces documents ne parlent pas nécessairement de mesures de contrôle, mais y font référence en utilisant un vocabulaire variable, comme « mesures contraignantes », « mesures de contraintes » ou « de retrait », etc. Pour plus de cohérence, il nous semble pertinent d'employer la désignation de mesures de contrôle dans cette analyse.

Notre recherche nous a permis de repérer 17 documents publiés par des commissions scolaires et 15 par des écoles. La liste complète de ces documents est disponible en annexe 1 de ce rapport.

Comme mentionné ci-haut, en mars 2004, dans une lettre adressée aux directions générales des commissions scolaires, M. Robert Bisailon, le sous-ministre adjoint du ministère de l'Éducation,

50. Québec, 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, à la p. 14.

51. Voir annexe 1 pour une liste complète de la documentation institutionnelle.

indique la préoccupation du Ministère à l'égard du recours aux contraintes physiques en milieu scolaire et invite les commissions à se doter de protocoles d'interventions en situation d'urgence, afin de prévenir les escalades dans l'utilisation des mesures de contrôle⁵². Le Ministère envoie une deuxième lettre sur le sujet en 2008, signée par M. Alain Veilleux, sous-ministre adjoint, en réaffirmant l'importance d'élaborer de telles politiques, dans une logique de diminution du recours aux contraintes physiques⁵³. C'est dans ce contexte, soit après 2008, que la majorité des politiques sont publiées.

Ces politiques spécifiques sur l'utilisation des mesures de contrôle comportent divers noms, tels que *Protocole d'intervention en situation de crise, d'urgence et d'application de mesures contraignantes*⁵⁴, *Politique relative à la prévention et à l'intervention dans les situations de conduites dangereuses*⁵⁵, *Cadre de référence relatif à l'utilisation de mesures contraignantes*⁵⁶. En raison de la forme de ces documents, nous parlerons plutôt de « protocole ».

1.3.1. Protocoles des commissions scolaires

Les protocoles des commissions scolaires peuvent se diviser en trois catégories, soit ceux qui fournissent les informations minimales (ci-après, protocoles de type A), ceux qui fournissent des mesures de prévention et des grilles d'intervention dans les situations de crise (ci-après, protocoles de type C) et finalement ceux qui se retrouvent entre les deux catégories (ci-après, protocoles de type B). Les protocoles de type A sont les plus nombreux parmi les documents étudiés (7), suivis des protocoles de type B (6), ce qui illustre que la majorité des protocoles ne sont pas détaillés en ce qui a trait aux mesures préventives. Seulement trois protocoles correspondent au type C. La liste du classement des protocoles est disponible à l'annexe 2.

Les protocoles de type A sont presque tous constitués des éléments suivants : introduction ou préambule, orientations et principes, assises légales, définitions, et rôles et responsabilités de chaque acteur. En ce qui concerne l'introduction, on y fait généralement mention des lettres du ministère de l'Éducation et ainsi de la raison d'être des politiques⁵⁷.

La deuxième partie des protocoles est souvent celle des orientations et des principes. Dans cette partie, on mentionne souvent que l'« utilisation de punitions corporelles est totalement interdite⁵⁸ », que le « recours aux mesures contraignantes n'est justifiable que pour la protection de l'élève ou

52. Voir entre autres : Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île, *Réflexion sur l'utilisation de mesures contraignantes* : De la prévention à l'intervention, Montréal, 2008, à la p. 5 [Pointe-de-l'Île].

53. Commission scolaire Harricana, *Politique relative à l'utilisation exceptionnelle des mesures contraignantes*, Amos, 2015, à la p. 1 [Harricana].

54. Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles, *Protocole d'intervention en situation de crise, d'urgence et d'application de mesures contraignantes dans les établissements primaires et secondaires de la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles*, Saint-Eustache, 2016 [Seigneurie-des-Mille-Îles].

55. Commission scolaire de la Baie-James, *Politique relative à la prévention et à l'intervention dans les situations de conduites dangereuses*, Chibougamau, 2014 [Baie-James].

56. Commission scolaire des Affluents, *Cadre de référence relatif à l'utilisation de mesures contraignantes*, Repentigny, 2008 [Affluents].

57. À titre d'exemple, voir : Harricana, *supra* note 54 à la p. 1.

58. Commission scolaire du Pays-des-Bleuets, *Utilisation des mesures contraignantes*, Roberval, 2009, à la p. 1 [Pays-des-Bleuets].

d'autrui⁵⁹ » et que la « prévention doit être à la base de toutes les interventions⁶⁰ ». Il est souvent mentionné que les mesures dites « contraignantes » ne doivent être envisagées qu'en dernier recours⁶¹. Certains protocoles font également mention du fait que la construction d'un local spécifiquement consacré à l'isolement est interdite⁶². Bien que le principe selon lequel le recours aux mesures de contrôle ne peut avoir lieu que pour protéger la sécurité de l'élève ou d'autrui soit inscrit dans tous les protocoles, seulement un document prohibe explicitement leur utilisation lorsque l'environnement physique ou matériel est perturbé⁶³. D'ailleurs, certains protocoles, en contradiction explicite avec ce principe, considèrent qu'une restriction physique est possible pour la protection de l'environnement⁶⁴. De plus, dans la partie qui porte les principes, certains protocoles font également mention du devoir de surveillance de la part du personnel qui applique des mesures telles que l'isolement⁶⁵.

À la suite de la partie sur les principes, les protocoles abordent la question de l'encadrement légal. Cette partie fait mention des chartes canadienne et québécoise⁶⁶, des dispositions du Code civil en ce qui a trait au consentement au soin⁶⁷ et au droit à l'intégrité⁶⁸, de l'article 43 du Code criminel du Canada, des dispositions de la *Loi sur l'instruction publique*⁶⁹ et finalement, de la disposition 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. La majorité des protocoles considèrent que ces éléments représentent la base légale des mesures de contrôle en milieu scolaire. Très peu reconnaissent l'absence de cadre légal spécifique, mais lorsque c'est fait, il est mentionné ceci : « Il n'existe pas de dispositions légales encadrant spécifiquement le recours à l'isolement ou à la contention en contexte scolaire. Toutefois, plusieurs dispositions légales contiennent des principes qui s'appliquent en la matière⁷⁰. »

59. Commission scolaire des Chic-Chocs, *Politique d'encadrement relatif à l'utilisation des mesures contraignantes*, Gaspé, 2014, à la p. 6 [Chic-Chocs].

60. Affluents, *supra* note 57 à la p. 7.

61. Commission scolaire de la Rivière-du-Nord, *Politique d'encadrement du recours à une mesure contraignante*, Saint-Jérôme, 2009, à la p. 5 [Rivière-du-Nord].

62. Pays-des-Bleuets, *supra* note 59, Harricana, *supra* note 54, Seigneurie-des-Mille-Îles, *supra* note 55, Chic-Chocs, *supra* note 60; Commission scolaire des Rives-du-Saguenay, *Politique relative à l'utilisation de mesures contraignantes*, Chicoutimi, 2006 [Rives-du-Saguenay].

63. Chic-Chocs, *supra* note 60.

64. Rives-du-Saguenay, *supra* note 63 à la p. 4; Commission scolaire des Premières-Seigneuries, *Cadre de référence relatif à l'utilisation des mesures contraignantes dans les établissements scolaires*, Québec, 2016 aux p. 14,16 [Premières-Seigneuries]; Commission scolaire Western Québec, *Policy statement: Physical restraint*, Gatineau, 2000, à la p. 1. [Western Québec].

65. Commission scolaire de l'Estuaire, *Politique relative à l'utilisation des mesures contraignantes*, Baie-Comeau, 2014, à la p. 3 [Estuaire].

66. *Charte canadienne*, *supra* note 4, art. 1,7,9,12; *Charte québécoise*, *supra* note 5, art. 1, 2, 4, 24, 48.

67. CcQ, *supra* note 8, art. 11.

68. CcQ, *supra* note 8, art. 10.

69. *Loi sur l'instruction publique*, *supra* note 15, art. 19, 22, 37.1, 75, 76.

70. Harricana, *supra* note 54 à la p. 8; Commission scolaire des Monts-et-Marées, *Cadre de référence : Gestion de crise et utilisation de mesures contraignantes en contexte scolaire*, Amqui, 2016 [Monts-et-Marées]; Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, *Cadre de référence sur l'utilisation des mesures contraignantes dans les établissements scolaires de la Commission scolaire de la Beauce-Etchemin*, Saint-Georges, 2016 [Beauce-Etchemin]; Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, *Mesures d'encadrement à l'école*, Montréal, 2016 [Marguerite-Bourgeoys].

Ensuite, les protocoles comportent tous une partie consacrée aux définitions des termes employés. On remarque que les termes « mesures de contrôle » sont rarement utilisés, la notion de « mesures contraignantes » étant préférée. Celles-ci sont définies parfois comme des « interventions impliquant l'utilisation de la force physique ou mécanique pour immobiliser ou restreindre temporairement, complètement ou partiellement un élève dans un but évident de protection pour faire cesser une situation de dangerosité⁷¹ ». Dans cette définition, les commissions scolaires énoncent souvent de quelles mesures il s'agit, ce qui varie également selon les protocoles. Parfois, elles constituent des « restrictions physiques, contrôle physique incluant contention, arrêt d'agir physique et isolement⁷² », et parfois il s'agit plutôt du « retrait et de [la] contention⁷³ ».

La contention peut être définie comme étant une « mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap⁷⁴ ». Certains protocoles incluent la contention par substances chimiques dans la définition de contention, alors que d'autres la prévoient à part⁷⁵. Toutefois, la majorité des protocoles ne mentionnent aucunement les substances chimiques. De plus, la notion de restriction physique est souvent présente. Tantôt appelée *arrêt d'agir* ou *maintien physique*⁷⁶, elle comporte une définition semblable dans les divers protocoles. Il s'agit d'une force physique raisonnable pour immobiliser un élève dans un but de protection⁷⁷. La restriction physique est souvent considérée comme une mesure contraignante, mais certains protocoles mentionnent qu'elle « [est] souvent une forme de contention⁷⁸ », laissant croire que parfois les restrictions physiques pourraient dans certains cas ne pas être reconnues comme étant de la contention, au contraire de ce que prévoit par exemple la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les protocoles semblent parfois indiquer que la restriction physique est une mesure qui mène à des mesures contraignantes, telles que le fait d'amener physiquement un élève en salle d'isolement⁷⁹. Il est intéressant de noter que l'un des protocoles énonce que la restriction physique peut avoir lieu dans les établissements scolaires, mais que la contention « ne devrait pas être utilisée en milieu scolaire⁸⁰ ».

Une autre distinction pertinente souvent établie dans les définitions est celle entre les notions d'isolement et de retrait. Le retrait est parfois présenté comme étant une mesure contraignante, au même

71. Commission scolaire Pierre-Neveu, *Cadre de référence relatif à l'utilisation d'interventions non violentes en situation de crise*, Mont-Laurier, 2012, à la p. 13 [Pierre-Neveu].

72. *Ibid.*; Affluents, *supra* note 57 à la p. 5.

73. Baie-James, *supra* note 56 à la p. 9.

74. Pays-des-Bleuets, *supra* note 59 à la p. 6.

75. Estuaire, *supra* note 66; Pointe-de-l'Île, *supra* note 53; Premières-Seigneuries, *supra* note 65; Rivière-du-Nord, *supra* note 62; Beauce-Etchemin, *supra* note 71.

76. Commission scolaire des Découvreurs, *Cadre de référence sur l'utilisation des mesures contraignantes*, Québec, 2012, à la p. 2 [Découvreurs].

77. Rives-du-Saguenay, *supra* note 63 à la p. 3.

78. Pays-des-Bleuets, *supra* note 59 à la p. 6.

79. *Ibid.*

80. Pierre-Neveu, *supra* note 72 à la p. 15.

titre que l'isolement et la contention⁸¹. Toutefois, dans la majorité des protocoles, le retrait est considéré comme étant distinct de l'isolement, ne représentant pas une mesure contraignante. Il est souvent indiqué que l'élève est en retrait « lorsqu'il est placé à l'écart du groupe dans le même local ou dans un autre lieu duquel il peut sortir par ses propres moyens ». Le retrait se distinguerait donc de l'isolement, par le fait que l'élève en retrait n'est pas confiné seul dans un lieu⁸². Deux commissions scolaires interdisent l'utilisation de l'isolement dans leurs établissements, mais autorisent le retrait⁸³.

D'autres notions se trouvent également dans les définitions, telles que la situation de crise et la situation d'urgence, ainsi que les notions de risque imminent, de dangerosité ou de contexte d'intervention planifiée et non planifiée. Ces concepts sont tous empruntés à des dispositifs juridiques existants, liés ou non aux mesures de contrôle telles que définies dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

La dernière partie, qui se trouve dans presque tous les protocoles, est celle portant sur les rôles et responsabilités des acteurs. Les responsabilités de la commission scolaire renvoient notamment à l'élaboration de la politique sur l'utilisation des mesures et au soutien des établissements scolaires dans son application⁸⁴. Les responsabilités de la direction des écoles sont entre autres choses de « s'assure[r] de l'application du cadre de référence de la commission scolaire⁸⁵ », d'élaborer un protocole d'intervention en situation de crise⁸⁶ et de s'assurer de la formation du personnel « sur la prévention des comportements susceptibles de menacer la sécurité et la santé de l'élève ou d'autrui⁸⁷ ». Ensuite, le personnel de chaque établissement a la responsabilité d'utiliser les mesures contraignantes en respectant les protocoles⁸⁸. Finalement, l'élève a la responsabilité de respecter le code de vie de l'école⁸⁹. Il doit également collaborer à son plan d'intervention, tout comme ses parents, qui de plus, ont la responsabilité de donner leur consentement à l'utilisation de mesures de contrôle⁹⁰.

Ces éléments présents dans les protocoles de type A représentent les informations minimales et se retrouvent donc également dans les protocoles de type B et C. Les protocoles de type B varient quant à ce qu'ils incluent en plus des informations minimales. Néanmoins, trois des six protocoles de type B présentent une explication du consentement des parents pour les mesures qui s'appliquent dans le cadre d'un contexte planifié⁹¹. En effet, la distinction entre contexte planifié et non planifié, issue, nous l'avons vu, du milieu de la santé⁹², se retrouve dans beaucoup de protocoles.

81. Baie-James, *supra* note 56; Rives-du-Saguenay, *supra* note 63.

82. Rives-du-Saguenay, *supra* note 63.

83. Monts-et-Marées, *supra* note 71 à la p. 11; Chic-Chocs, *supra* note 60 à la p. 8.

84. Estuaire, *supra* note 66 à la p. 5.

85. Affluents, *supra* note 57 à la p. 10.

86. Pierre-Neveu, *supra* note 72 à la p. 7.

87. Seigneurie-des-Mille-Îles, *supra* note 55 à la p. 4.

88. Rivière-du-Nord, *supra* note 62 à la p. 11.

89. Beauce-Etchemin, *supra* note 71 à la p. 11.

90. Seigneurie-des-Mille-Îles, *supra* note 55.

91. Beauce-Etchemin, *supra* note 71 à la p. 9.

92. *Cadre de référence*, *supra* note 39.

Dans les protocoles de type A, il en est fait parfois brièvement mention dans la partie des définitions. Dans les protocoles de type B, la différence entre les deux contextes d'intervention est davantage explicitée⁹³.

De plus, les protocoles de type B incluent tous en annexe un exemple de « Rapport d'événement pour l'utilisation d'une mesure contraignante⁹⁴ ». Il s'agit de modèles de rapports dans lesquels il faut identifier l'élève, l'élément déclencheur de la crise, la description du danger imminent ainsi que les interventions déployées⁹⁵. Les protocoles de type B fournissent parfois également des modèles sur l'avis qu'il faut donner aux parents à la suite de l'utilisation d'une mesure de contrôle à l'égard de leur enfant⁹⁶ ainsi que des modèles de formulaire d'autorisation à signer par les parents⁹⁷. Dans la moitié des protocoles de type B, un aide-mémoire sur l'application des mesures est présent en annexe⁹⁸, ainsi qu'un guide d'élaboration de protocoles d'intervention en situation de crise ou d'urgence, afin d'aider les écoles à la rédaction de ceux-ci⁹⁹.

Bien que les protocoles de type A mentionnent que les mesures de contrôle ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, ce ne sont que les protocoles de type B et C qui font mention des mesures de remplacement pouvant être déployées par le corps enseignant pour la gestion de crises. En effet, souvent à l'aide de tableaux ou de schémas, certains protocoles abordent la distinction entre une situation d'urgence et une situation de crise ainsi que les interventions appropriées dans les deux circonstances¹⁰⁰. Par exemple, un protocole explique que lorsqu'un élève est anxieux, une attitude de soutien doit être adoptée par le personnel; lorsque celui-ci présente un comportement défensif, une attitude directe s'impose et c'est uniquement lorsque l'élève a un comportement agressif qu'une intervention physique est appropriée¹⁰¹. En ce sens, lorsqu'un élève agit en lançant du matériel sans viser personne, le personnel devrait employer des mesures d'encadrement en éloignant les objets et les autres élèves et en rappelant les règles et les conséquences au lieu d'employer des mesures contraignantes¹⁰². De plus, sur le plan des mesures préventives, on peut retrouver le fait d'avoir des règles de classe claires et positives et un système d'émulation, et le fait de recourir au retrait préventif pour que l'élève puisse se calmer¹⁰³.

93. Premières-Seigneuries, *supra* note 65 aux p. 7-8; Baie-James, *supra* note 56 aux p. 17-18 ; Monts-et-Marées, *supra* note 71 aux p. 9-12.

94. Baie-James, *supra* note 56.

95. Beauce-Etchemin, *supra* note 71 à la p. 15.

96. Baie-James, *supra* note 56, annexe 4; Monts-et-Marées, *supra* note 71, annexe 5 à la p. 25.

97. Pays-des-Bleuets, *supra* note 59, annexe 6 à la p. 17; Harricana, *supra* note 54, annexe 2 à la p. 19; Premières-Seigneuries, *supra* note 65, annexe 3 à la p. 19.

98. Harricana, *supra* note 54, annexe 3 à la p.20; Pays-des-Bleuets, *supra* note 59, annexe 2 à la p.8; Baie-James, *supra* note 56, annexe 2.

99. Harricana, *supra* note 54, annexe 1 à la p. 16; Pays-des-Bleuets, *supra* note 59, annexe 5 à la p. 13; Monts-et-Marées, *supra* note 71, annexe 3 à la p. 21.

100. Monts-et-Marées, *supra* note 71 à la p. 20; Premières-Seigneuries, *supra* note 65 à la p. 12.

101. Estuaire, *supra* note 66 aux p. 11-13.

102. Estuaire, *supra* note 66 à la p. 12.

103. Baie-James, *supra* note 56 à la p. 13.

Finalement, les protocoles de type C se distinguent des autres protocoles principalement par une plus grande explication des mesures de prévention et d'intervention en contexte de crise. La recherche effectuée nous a permis de repérer seulement trois protocoles de la sorte. À titre d'exemple, dans le protocole de la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, on peut lire sur l'importance d'une :

« analyse rigoureuse de la problématique et des besoins de l'élève [qui] inclut une collecte des données étoffée, des hypothèses quant à la cause du comportement, l'identification d'éléments déclencheurs, la réponse de l'élève à certaines interventions, celles qui sont efficaces pour lui, des habiletés à travailler chez l'élève afin qu'il développe des comportements de remplacement. Elle inclut aussi une réflexion sur les avantages et les effets indésirables associés à l'utilisation d'une mesure contraignante¹⁰⁴ ».

Également, ces protocoles prévoient qu'il faut être alerte aux indicateurs de violence potentielle en soulignant l'importance de reconnaître les signes précurseurs d'une crise chez un élève afin de pouvoir la prévenir¹⁰⁵. En effet, ce n'est que lorsqu'il devient impossible de désamorcer la crise que les mesures de contrôle peuvent être utilisées, et c'est pour cela qu'il faut évaluer le risque, en fonction de trois critères : la prévisibilité, la proximité et l'immédiateté¹⁰⁶. De plus, l'importance de revenir sur la crise après l'utilisation des mesures de contrôle est également soulignée, tant pour l'élève que pour les intervenants concernés¹⁰⁷. Le protocole de la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île est celui qui se penche le plus sur cette question, en adoptant une démarche réflexive. Il y est prévu qu'après l'utilisation de la mesure de contrôle, les perceptions et réactions des intervenants, de l'élève, de la famille et de l'entourage seront recueillies pour permettre une meilleure compréhension de la situation et évaluer la pertinence du recours à la mesure. De même, une telle évaluation permettra d'apporter des changements dans la pratique pour en minimiser l'utilisation¹⁰⁸. Il s'agit du seul document qui comporte une méthode pour minimiser de façon progressive l'utilisation des mesures de contrôle.

104. Marguerite-Bourgeoys, *supra* note 71 à la p. 29.

105. Découvreurs, *supra* note 77, document 5; Marguerite-Bourgeoys, *supra* note 71 à la p. 33.

106. Marguerite-Bourgeoys, *supra* note 71 à la p. 36; Pointe-de-l'Île, *supra* note 53 à la p. 34.

107. Découvreurs, *supra* note 77, annexes 7-8; Pointe-de-l'Île, *supra* note 53 aux p. 36-39; Marguerite-Bourgeoys, *supra* note 71 aux p. 41, 50.

108. Pointe-de-l'Île, *supra* note 53 à la p. 39.

Tableau 1. Protocoles des commissions scolaires

Catégorie A	1. Introduction / Contexte 2. Orientations et principes 3. Aspects légaux 4. Définitions 5. Rôles et responsabilités
Catégorie B	1. Introduction / Contexte 2. Orientations et principes 3. Aspects légaux 4. Définitions 5. Rôles et responsabilités 6. Exemple de rapport d'événement 7. Consentement et contexte planifié et non planifié 8. Interventions en contexte de crise et d'urgence 9. Guide d'élaboration d'un protocole
Catégorie C	1. Introduction / Contexte 2. Orientations et principes 3. Aspects légaux 4. Définitions 5. Rôles et responsabilités 6. Exemple de rapport d'événement 7. Consentement et contexte planifié et non planifié 8. Interventions en contexte de crise et d'urgence 9. Guide d'élaboration d'un protocole et canevas 10. .Accent sur la prévention et le plan d'intervention 11. Évaluation du risque et de violence potentielle 12. Outils de postvention et démarche réflexive

1.3.2. Les protocoles des écoles

Les protocoles des écoles sont moins nombreux que ceux des commissions scolaires, comme mentionné préalablement. Sur quatre protocoles visant spécifiquement les mesures de contrôle, trois proviennent d'écoles spécialisées publiques¹⁰⁹; le reste est constitué de codes de vie. La recherche n'a pas pu permettre d'identifier de protocoles sur les mesures de contrôle dans le milieu scolaire privé, ce qui laisse penser que ces mesures n'y sont pas utilisées.

Les protocoles des écoles suivent généralement une structure semblable aux protocoles des commissions scolaires, en abordant les bases légales, les définitions, les principes et les modalités d'intervention en situation de crise et d'urgence. Deux protocoles ressemblent à ceux de type C des commissions scolaires en ce qui a trait à l'explication détaillée des interventions¹¹⁰. Il est à noter que dans le protocole de l'école Bel-Essor, le retrait est compris comme étant une mesure de contrôle¹¹¹, tandis que dans celui de l'école Saint-Pierre-Apôtre, le retrait peut être de nature punitive et n'est pas considéré comme étant contraignant, même si celui-ci « nécessite parfois l'utilisation d'une force physique¹¹² ». Dans le même sens, dans ce protocole, l'arrêt d'agir, bien que ce soit une intervention physique, n'est pas considérée comme une mesure de contrôle¹¹³, tout comme ne le sont pas les « interventions thérapeutiques sensorielles¹¹⁴ » telles que les couvertures lestées. Certaines informations plus spécifiques sont présentes dans les protocoles des écoles, telles que les dimensions des salles d'isolement – soit de 2 m x 2 m 62 pour une salle et de 2 m 34 x 2 m 20 pour une autre salle¹¹⁵ – ainsi que la procédure de mesures contraignantes en matière de transport scolaire¹¹⁶.

Finalement, outre les protocoles, les codes de vie des écoles font mention des mesures d'« arrêts d'agir » et de « retraits ». Ces documents n'ont pas pour objet principal l'explication de l'utilisation de ces mesures, mais mentionnent qu'elles font partie de l'éventail de celles pouvant être utilisées par le personnel dans un contexte d'intimidation ou de violence à l'école¹¹⁷, d'« agir majeur¹¹⁸», dont le vandalisme¹¹⁹, ou encore lors de tout manquement à une règle du code de vie¹²⁰. Aucune définition

109. École Saint-Pierre-Apôtre, *Cadre de référence relatif à l'utilisation des mesures contraignantes*, Montréal, 2014 [Saint-Pierre-Apôtre]; École Marie-Rivier, *Protocole sur les mesures contraignantes*, Saint-Jean-sur-Richelieu, 2007, révision 2010 [Marie-Rivier]; École Bel-Essor, *Protocole de mesures de sécurité*, Longueuil, 2010 [Bel-Essor].

110. Saint-Pierre-Apôtre, *supra* note 110; Marie-Rivier, *supra* note 110.

111. Bel-Essor, *supra* note 110 à la p. 8.

112. Saint-Pierre-Apôtre, *supra* note 110 à la p. 8.

113. Saint-Pierre-Apôtre, *supra* note 110.

114. *Ibid.* à la p. 9.

115. Bel-Essor, *supra* note 110 à la p. 23.

116. Saint-Pierre-Apôtre, *supra* note 110, annexe 12 à la p. 19.

117. École Notre-Dame-de-Fatima, *Plan de lutte contre l'intimidation et la violence*, Val-d'Or, 2017 à la p. 4; École du Parchemin, *Code de vie*, East Angus, 2014, à la p. 1; École le Manège, *100% Respect 100% Intervention*, Victoriaville, aux p. 6-8.

118. École du Val-de-Grâce, *Code de vie*, Eastman, 2017, à la p. 1; École Mitchell-Montcalm, *Guide de l'utilisateur du code de vie*, Sherbrooke, 2015, à la p. 8; École Anne-Hébert, *Règles de conduite et mesure de sécurité des élèves et Protocole d'intervention pour contrer l'intimidation et la violence*, Québec, 2016, à la p. 14; École Roger-Martineau, *Code de vie*, Natashquan, 2015, à la p. 6.

119. *Ibid.*

120. École aux Quatre-Vents, *Code de vie*, Bonaventure, 2017, à la p. 1; École secondaire du Plateau, *Code de vie*, La Malbaie, 2015, à la p. 3; École Louis-Philippe-Paré, *Code de vie*, Châteauguay, 2017, à la p. 8; École secondaire Armand-Saint-Onge, Polyvalente de Sayabec et Polyvalente Forimont, *Code de vie de l'école*, 2016, à la p. 5.

de ces notions n'étant fournie dans ces documents, il est difficile de savoir le sens que prennent l'arrêt d'agir et le retrait dans ces établissements.

Tableau 2. Codes de vie des écoles et utilisation de mesures de contrôle

Contexte d'application	Mesures pouvant être utilisées
• Intimidation ou violence • Manquement majeur (comportement violent ou non violent) • Manquement à tout article du code de vie	• Arrêts d'agir • Retraits

L'analyse des cadres juridique et institutionnel en matière de mesures de contrôle dans le milieu scolaire démontre l'absence de balises claires tant de ce qu'elles constituent que de leurs modalités d'application et de désignation des professionnels habilités. Outre l'absence de recours pour les élèves et leurs parents, cette situation semble permettre des dérives telles que les situations que nous avons évoquées plus haut. Elle laisse aussi penser à une certaine banalisation des mesures de contrôle lorsqu'elles concernent les enfants, l'absence de réflexion structurelle de la part du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur étant à cet égard parlante.

2. L'absence de cadres juridique et institutionnel : des pratiques ambiguës, controversées et discriminatoires?

L'absence de recherches québécoises sur l'utilisation des mesures de contrôle en milieu scolaire ne nous permet pas de savoir dans quels contextes, avec quelle fréquence et avec quelles conséquences elles sont utilisées. Cependant, notre analyse des cadres juridique et institutionnel et la consultation des recherches américaines sur le sujet nous permettent d'élaborer quelques pistes de réflexion qui nous semblent pertinentes.

2.1. Ambiguïté du vocabulaire utilisé

Nous avons vu que les législations concernant le milieu scolaire de même que le *Code criminel* ne parlent pas des mesures de contrôle. Le *Code criminel* fait référence à l'usage de la force, ce qui apparaît beaucoup plus large et indéfini que les situations auxquelles font référence les mesures de contrôle. De même, la documentation des commissions scolaires et des écoles n'est pas plus précise et ne permet pas de définir clairement ce que constituent les mesures de contrôle et leurs modalités d'utilisation. Il est ainsi question de mesures contraignantes, d'arrêt d'agir, de retrait, etc. qui n'ont pas les mêmes définitions selon les protocoles. De plus, ces mesures sont parfois considérées comme visant à protéger, à contrôler ou à discipliner.

Des recherches américaines sur les mesures de contrôle en milieu scolaire soulignent la même ambiguïté des termes utilisés pour les désigner tant dans les lois que dans les protocoles scolaires¹²¹.

*Restraint and seclusion are broad terms that include a wide range of actions. The manner in which these terms are defined under state law may lead to absurd results. For example, a certain definition of restraint may have the result of treating brief physical holds of a student's wrist or elbow in the same category as a two or three persons prone restraint or place the use of a benign timeout practice as seclusion. Utilizing broad definitions in regulating restraint and seclusion may lead to overinclusion of more minor actions, trivialization of more severe actions, routinization of a school's physical response to behavior, and a vague overall picture of what really happens in schools. On the other hand, having very strict definitions may lead to tolerance of and increases in the physical handling of children, missing warning signs about a student's changing behavior, and failure to adequately plan for a student's.*¹²²

Cette ambiguïté est également présente dans la littérature, ce qui a pour effet la constitution de connaissances et le développement de cadres d'application hétérogènes.

Cette absence de contenu clair et consensuel concernant l'usage des mesures de contrôle en milieu scolaire a plusieurs conséquences importantes. La première concerne l'impossibilité de débats publics et de concertation des acteurs-clés, notamment des parents, au sujet de leur utilisation. Comme les situations sont différentes d'une école à l'autre – que les mots ne veulent pas dire les mêmes choses ni ne désignent les mêmes interventions – il est en effet difficile de faire ne serait-ce qu'un état de la situation pour en prendre la pleine mesure. Il est également impossible de dénoncer une situation qui aurait cours à l'échelle provinciale étant donné ces importantes disparités. Ensuite, l'absence de clarté du vocabulaire ouvre la porte à un ensemble d'interprétations qui sont susceptibles de justifier des pratiques fondées sur d'autres considérations que la protection, le contrôle ou la discipline. C'est ce que démontrent des études sur d'autres concepts flous tels que le danger ou l'inaptitude¹²³. De même, l'utilisation de certains termes plus neutres, par exemple « retrait » à la place d'isolement, permet de rendre acceptables des pratiques qui autrement pourraient être considérées comme choquantes, ce qui évite ainsi de les rendre visibles et d'en débattre. Il permet également de soustraire un ensemble de pratiques de l'application des protocoles et donc d'une surveillance qui pourrait être exercée par les directions d'établissement ou des comités, tels que le comité national dans le domaine de la santé et des services sociaux. Finalement, pour Jennifer Connolly, l'utilisation de ces termes moins forts permet de laisser croire à un objectif thérapeutique et positif. Alors que le retrait sert à réfléchir ou se calmer, l'isolement a une connotation de protection ou de punition : l'expérience serait donc complètement différente.

121. Susan C Bon et Perry A Zirkel, « The Time-Out and Seclusion Continuum: A Systematic Analysis of the Case Law » (2014) 27:1 J Special Education Leadership 35, à la p. 38; Daniel Stewart, « How Do the States Regulate Restraint and Seclusion in Public Schools? A Survey of the Strengths and Weaknesses in State Laws » (2011) 34 Hamline L Rev 531 à la p. 556.

122. Stewart, *supra* note 122 à la p. 570.

123. Voir par ex. : Emmanuelle Bernheim, « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice » (2019) 11 :1 *Aporia* 28.

*The practice of seclusion was rarely referred to as seclusion, most terms seem to neutralize or obfuscate the practice of seclusion, or make it appear to be a positive experience. This is an important finding for several reasons. First, the use of many terms for seclusion confuses the practice. This may be deliberate [...]*¹²⁴.

À cette ambiguïté s'ajoutent plusieurs autres éléments discutables, à commencer par l'absence de bénéfices démontrés.

2.2. L'absence de bénéfices associés à l'utilisation des mesures de contrôle

L'un des enjeux les plus discutés concernant l'utilisation des mesures de contrôle renvoie à ses conséquences dangereuses et potentiellement fatales, largement documentées. La contention¹²⁵ autant que l'isolement¹²⁶ peuvent causer des blessures, voire la mort, chez les personnes qui les subissent¹²⁷. Les cas de mort par contention sont dus à l'« *asphyxiation, aspiration, and massive release of catecholamines leading to cardiac arrhythmias*¹²⁸ ». L'asphyxie causée par une couverture proprioceptive¹²⁹ est précisément la cause de la mort de Gabriel Poirier, un jeune garçon autiste de 9 ans décédé en 2008 à Saint-Jean-sur-Richelieu lors de l'utilisation de la contention à son école¹³⁰. En ce qui concerne l'isolement, des cas de suicide ont été répertoriés aux États-Unis dans les établissements scolaires¹³¹. Les étudiants en isolement « *attempt to get out of the room, by banging themselves against the door, hitting or kicking the door or viewing window, trying to escape, crying and begging staff to let them out*¹³² », ce qui leur cause des blessures physiques, telles que des ecchymoses, des égratignures, des saignements et même des fractures d'os¹³³.

Outre les blessures physiques, l'isolement et la contention ont des effets psychologiques négatifs sur les enfants¹³⁴. Au moment où les mesures de contrôle sont appliquées, les enfants ressentent de la

124. Jennifer F Connolly, *A Grounded Theory Analysis of Seclusion of Students with Disabilities in Schools*, thèse de doctorat en éducation, University of Rhode Island, 2014, aux p. 117-118 [Connolly, *Grounded*].

125. Lucy Barnard-Brak, Feiya Xiao et Xiaoya Liu, « Factors Associated with the Use of Restraints in the Public Schools » (2014) 37:3 *Education & Treatment Children* 461 à la p. 469; Michael Couvillon *et al.*, « A Review of Crisis Intervention Training Programs for Schools » (2010) 42:5 *Teaching Exceptional Children* 6 à la p. 158; Amanda McGinn, « School Discipline Practices That Will Shock You, Literally: A Reevaluation of the Legal Standard for Excessive Force against Students Notes » (2017) 54 *Am Crim L Rev* 627 à la p. 631.

126. Jennifer F Connolly, « Seclusion of Students with Disabilities: An Analysis of Due Process Hearings » (2017) 42:4 *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities* 243 à la p. 245 [Connolly, « Seclusion »].

127. Stewart, *supra* note 122 à la p. 570.

128. Brenda Scheuermann *et al.*, « Professional Practice and Ethical Issues Related to Physical Restraint and Seclusion in Schools » (2016) 27:2 *J Disability Policy Studies* 86 à la p. 88.

129. Plus précisément, il s'agissait d'une *encéphalopathie anoxique secondaire à une asphyxie de type suffocation*.

130. Voir l'enquête du bureau du coroner.

131. Christine Florick Nishimura, « Eliminating the Use of Restraint and Seclusion against Students with Disabilities Note » (2010) 16:2 *Tex J on CL & CR* 189 à la p. 198.

132. Connolly, *Grounded*, *supra* note 125 à la p. 106.

133. Florick Nishimura, *supra* note 132 à la p. 198.

134. Janice LeBel *et al.*, « Restraint and Seclusion Use in U.S. School Settings: Recommendations From Allied Treatment Disciplines » (2012) 82:1 *American J Orthopsychiatry* 75 à la p. 75; Scheuermann *et al.*, *supra* note 129 à la p. 89; Lycette Nelson, « Out of the institution, into the classroom: Legal challenges to the use of restraint and seclusion in school settings in the United States » (2017) 53 *Intl J L & Psychiatry* 97 à la p. 98.

colère, de la tristesse, de la confusion¹³⁵, de l'humiliation, du désespoir et de l'impuissance¹³⁶. À long terme, il est possible d'observer chez les enfants qui ont subi des mesures d'isolement le syndrome de stress post-traumatique, de la détresse et de la peur liées au fait d'aller à l'école, de même que des gestes suicidaires¹³⁷. Également, la proportion d'anxiété et de dépression est plus élevée chez les enfants ayant subi de telles mesures contraignantes¹³⁸.

En plus des effets négatifs sur le bien-être physique et mental des enfants, l'efficacité de ces pratiques n'a pas été démontrée, tant sur le plan de la sécurité¹³⁹ que sur celui des effets thérapeutiques¹⁴⁰. Dans une recherche sur l'utilisation de l'isolement dans le milieu scolaire, un auteur énonce que « *[t]here was no evidence provided in these hearings that the use of seclusion resulted in an immediate de-escalation of student behavior or evidence of an immediate decline in unsafe behavior*¹⁴¹ », sauf en ce qui concerne un enfant qui s'est endormi dans la salle d'isolement.

Par ailleurs, il semblerait que l'utilisation de ces mesures soit contre-productive, car elle renforce l'agressivité chez les enfants¹⁴². Ainsi, la contention et l'isolement peuvent intensifier les comportements problématiques que l'on veut canaliser, de même que contribuer au développement d'autres troubles de comportement¹⁴³.

2.3. Objectifs de sécurité, de discipline ou pédagogiques?

Comme mentionné précédemment, les protocoles des commissions scolaires et des écoles mentionnent que le recours aux mesures de contrôle ne peut avoir lieu que pour protéger la sécurité de l'élève ou d'autrui lors d'un danger imminent. Ainsi, l'objectif des mesures de contrôle en serait un de protection et non de discipline ou de pédagogie. Toutefois, comme mentionné par une chercheuse américaine : « *saying it and doing it by implementing and overseeing that those guidelines are being followed, are two different things*¹⁴⁴ ». En effet, les mesures d'isolement et de contention sont souvent vues comme des interventions thérapeutiques et comportementales¹⁴⁵, soit

135. Sarah Marquez, « Protecting Children with Disabilities: Amending the Individuals with Disabilities Education Act to Regulate the Use of Physical Restraints in Public Schools Note » (2009) 60 Syracuse L Rev 617 à la p. 622.

136. Florick Nishimura, *supra* note 132 à la p. 198.

137. Connolly, *Grounded*, *supra* note 125 à la p. 108.

138. Lanette Suarez, « Restraints, Seclusion, and the Disabled Student: The Blurred Lines between Safety and Physical Punishment Comments » (2017) 71 U Miami L Rev 859 à la p. 877.

139. Joseph B Ryan *et al.*, « Review of State Policies Concerning the Use of Physical Restraint Procedures in Schools » (2009) 32:3 Education & Treatment Children 487 à la p. 501.

140. Barnard-Brak, Xiao et Liu, *supra* note 126 à la p. 469; Connolly, *Grounded*, *supra* note 125 à la p. 122.

141. Connolly, « Seclusion », *supra* note 127 à la p. 250.

142. Douglas J Gagnon, Marybeth J Mattingly et Vincent J Connelly, « The Restraint and Seclusion of Students With a Disability: Examining Trends in U.S. School Districts and Their Policy Implications » (2017) 28:2 J Disability Policy Studies 66 à la p. 67; Wanda K Mohr *et al.*, « Tied Up and Isolated in the Schoolhouse » (2010) 26:2 J School Nursing 91 à la p. 99.

143. Virginia L Walker et Sarah E Pinkelman, « Minimizing Restraint and Seclusion in Schools: A Response to Beaudoin and Moore » (2018) 56:3 Intellectual & Developmental Disabilities 165 à la p. 166.

144. Jennifer Noud, « Use of Restraint and Seclusion of Disabled Students Is a Violation of Their Procedural and Substantive Due Process Rights » (2015) 39 Nova L Rev 265 à la p. 289.

145. Barbara Trader *et al.*, « Promoting Inclusion Through Evidence-Based Alternatives to Restraint and Seclusion » (2017) 42:2 Research & Practice for Persons with Severe Disabilities 75 à la p. 76.

des « *acceptable ways to “manage” or “deal with” severe problem behavior*¹⁴⁶ ».

Au Québec, il n’y a malheureusement pas de recherches qui ont fait la lumière sur les raisons réelles de l’utilisation de mesures de contrôle en milieu scolaire. Aux États-Unis, par contre, des recherches démontrent que la contention et l’isolement ne sont pas seulement utilisés lors d’événements dangereux, mais qu’ils sont également déployés en réponse au non-respect des consignes¹⁴⁷. En effet, « *[r]estraint and seclusion are being used in schools not only in emergency situations but also for less serious behaviors such as preventing a student from leaving the classroom*¹⁴⁸ ». Dans une recherche sur l’isolement en milieu scolaire, une chercheuse a pu identifier 21 différentes raisons justifiant son utilisation, et la majorité de celles-ci n’avaient pas de lien avec la sécurité des personnes¹⁴⁹. Par exemple, l’isolement peut être utilisé pour des raisons telles que « *leaving assigned area, noncompliance, disrupting class, misuse of property, disrespect, harassment, and threats*¹⁵⁰ ».

Comme vu dans la documentation institutionnelle québécoise, les mesures de contrôle peuvent être incluses au plan d’intervention de l’élève, et leur utilisation est alors conçue comme allant de pair avec une approche thérapeutique. Or, les recherches démontrent que même lorsque le plan individuel de l’élève mentionne que les mesures ne doivent être déployées que dans des situations d’urgence, les pratiques peuvent devenir des outils de gestion du comportement¹⁵¹. Le *Council for Children with Behavioral Disorder* considère que les mesures ne doivent jamais être incorporées aux plans d’intervention, afin d’éviter qu’elles soient envisagées comme des stratégies thérapeutiques¹⁵².

De plus, une certaine ambiguïté ressort des politiques et des protocoles québécois quant à la légitimité d’utiliser les mesures de contrôle pour protéger la propriété. Une recherche américaine démontre que, bien qu’il existe des réglementations dans certains États pour que les mesures de contrôle ne soient utilisées que pour la sécurité des élèves, 53 % de ces États autorisent leur utilisation lors de l’endommagement de la propriété de l’établissement scolaire¹⁵³. Nous remarquons donc une inadéquation entre les objectifs de protection et l’utilisation à d’autres fins. D’ailleurs, il importe de souligner qu’il est possible de concevoir l’utilisation des mesures de contrôle comme relevant également de la punition corporelle¹⁵⁴, notamment parce que les élèves eux-mêmes les vivent ainsi¹⁵⁵.

146. Walker et Pinkelman, *supra* note 144 à la p. 165.

147. Noud, *supra* note 145 aux p. 297, 303; Gagnon, *supra* note 143 à la p. 67.

148. Trader *et al.*, *supra* note 146 à la p. 77.

149. Connolly, *Grounded*, *supra* note 125 à la p. 116.

150. Connolly, « Seclusion », *supra* note 127 à la p. 245.

151. Darcie Ahern Mulay, « Keeping All Students Safe: The Need for Federal Standards to Protect Children from Abusive Restraint and Seclusion in Schools Student Works » (2012) 42 Stetson L Rev 325 à la p. 364.

152. Reece Peterson, Susan Albrecht et Bev Johns, « CCBBD’s Position Summary on the Use of Physical Restraint Procedures in School Settings » (2009) 34:4 Behavioral Disorders 223 à la p. 230.

153. Ryan *et al.*, *supra* note 140 à la p. 500.

154. Suarez, *supra* note 139 à la p. 864.

155. Marquez, *supra* note 136 à la p. 622.

De plus, lorsque les parents des élèves poursuivent les écoles ou les enseignants, les tribunaux aux États-Unis « *have provided teachers with wide latitude in making decisions as to how to manage and discipline their students*¹⁵⁶ ». Par exemple, dans une affaire où l'enseignante « *herself testified that a teacher should only use physical force against an autistic student as a last resort*¹⁵⁷ », la Cour considère l'utilisation de la contention comme servant un objectif pédagogique¹⁵⁸. Ainsi, même s'il est reconnu que l'utilisation des mesures doit se faire en dernier recours et dans un objectif de protection, les tribunaux l'analysent en termes de pédagogie de classe. Cette situation n'est pas sans rappeler la situation au Québec dont nous avons parlé plus haut, où les rares décisions judiciaires qui discutent de l'utilisation de la force en milieu scolaire en vertu du *Code criminel* le font sous un angle disciplinaire. Ce constat est d'autant plus troublant qu'il semble que tous les enfants québécois ne sont pas susceptibles de se voir appliquer des mesures de contrôle.

2.4. Utilisation discriminatoire des mesures de contrôle

2.4.1. Utilisation des mesures de contrôle à l'égard des élèves ayant des besoins particuliers / en situation de handicap

Bien qu'aucune donnée québécoise concernant les élèves visés par l'application des mesures de contrôle en milieu scolaire ne soit disponible, les recherches menées ailleurs démontrent que les mesures de contention et d'isolement sont utilisées majoritairement envers des élèves qui présentent des diagnostics ou des problèmes reconnus comme étant des handicaps¹⁵⁹. En ce sens, rappelons que sur les quatre protocoles d'école visant spécifiquement les mesures de contrôle que nous avons trouvés, trois concernent des établissements spécialisés.

Une recherche américaine démontre que 68 % des élèves qui ont subi de la contention ou de l'isolement présentent un diagnostic d'autisme ou du syndrome d'Asperger, et que 27 % des élèves ayant un diagnostic de TDAH ont été isolés ou mis sous contention à l'école¹⁶⁰. Un autre chercheur souligne que même si les élèves ayant des handicaps constituent « *only 12% of the student population across the United States, [they] represent 75% of those who are subjected to physical restraints at school to immobilize them or reduce their ability to move freely*¹⁶¹ ». Outre le TDAH et le spectre de l'autisme, les autres diagnostics présents chez ces élèves concernent les troubles du développement ou du comportement et des « *emotional disturbance*¹⁶² ». L'utilisation des mesures de contention et d'isolement est employée envers ces élèves même lorsqu'ils ne démontrent pas d'agressivité¹⁶³. En ce sens, l'utili-

156. Florick Nishimura, *supra* note 132 à la p. 219.

157. Mulay, *supra* note 152 à la p. 349.

158. *Ibid.*

159. Barnard-Brak, Xiao et Liu, *supra* note 126 à la p. 462; Douglas J Gagnon, Marybeth J Mattingly et Vincent J Connelly, « Variation Found in Rates of Restraint and Seclusion Among Students with a Disability » [2013] 67 Carsey School Public Policy at Scholars' Repository 1; Scheuermann et al, *supra* note 129 à la p. 91; Suarez, *supra* note 139 à la p. 894; Trader *et al.*, *supra* note 146 à la p. 78.

160. Florick Nishimura, *supra* note 132 aux p. 201-202.

161. Suarez, *supra* note 139 à la p. 875.

162. Suarez, *supra* note 139 à la p. 874; Trader *et al.*, *supra* note 146 à la p. 78.

163. Florick Nishimura, *supra* note 132 à la p. 202; Noud, *supra* note 145 à la p. 297.

sation de la force à leur encontre parce qu'ils n'écourent pas les consignes reviendrait à les punir pour leurs conditions¹⁶⁴. Le fait que ces mesures soient utilisées lors des manifestations de leurs conditions de handicap, comme cela semble être le cas¹⁶⁵, illustre le caractère discriminatoire de ces pratiques.

2.4.2. Écoles publiques et écoles privées

Notre recherche nous a permis de trouver uniquement des protocoles de commissions scolaires et d'écoles publiques. Ainsi, malgré nos efforts, nous n'avons pas été en mesure de trouver de protocoles, ou même de codes de vie, d'écoles privées faisant état des mesures de contrôle.

Nous avons consulté dix codes de vie d'établissements privés au hasard, selon leur disponibilité en ligne¹⁶⁶. Nous ne constatons dans ces codes aucune référence aux mesures de contrôle ou à des mesures contraignantes. Un seul code de vie fait mention de « retrait », mais il s'agit essentiellement d'expulsion de la classe et non de mise en isolement¹⁶⁷. Dans tous les codes consultés, lorsque des mesures disciplinaires sont prévues, il s'agit essentiellement de retenue, de travail supplémentaire, d'avertissement, de contrat, de suspension et de renvoi.

Si ces observations ne veulent pas nécessairement dire qu'il n'existe aucune école privée possédant des règles sur l'utilisation des mesures de contrôle, il apparaît que les écoles privées recourent à d'autres mesures disciplinaires, notamment au renvoi des élèves dont les comportements ne correspondent pas aux attentes. L'instruction étant obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans, il est évident que les écoles publiques ne peuvent pas recourir à cette mesure comme le font les écoles privées.

Cette différence soulève des questions quant au caractère discriminatoire des pratiques de sanction dans les systèmes scolaires public et privé au Québec. Dans la mesure où les élèves des écoles privées proviennent généralement de milieux socioéconomiques plus favorisés que les élèves des écoles publiques, nos constats sur l'utilisation différenciée des mesures de contrôle laissent penser que les sanctions les plus coercitives et les plus attentatoires aux droits sont utilisées à l'encontre des élèves les moins privilégiés. Évidemment, nous ne pouvons poser cette hypothèse que sur la base de la documentation institutionnelle disponible, mais elle semble se vérifier ailleurs. Ainsi, aux États-Unis, des chercheurs ont constaté que « [i]t appears that schools with lower socioeconomic status experienced more reported restraint events as well as schools located in states that did not prohibit corporal punishment or regulate the use of reported restraint¹⁶⁸ ».

164. Noud, *supra* note 145 à la p. 297.

165. Suarez, *supra* note 139 à la p. 891.

166. Collège international Marie de France, *Règlement intérieur, École élémentaire et école maternelle*, Montréal, 2017; Collège Sainte-Anne, *Code de vie et normes de procédure 2017-2018*, Montréal, 2017; Collège Mont-Royal, *Code de vie et règles de fonctionnement, année scolaire 2016-2017*, Montréal, 2016;

Collège Durocher, *Code de vie*, Saint-Lambert, 2018 [Collège Durocher]; Collège Saint-Paul, *Code de vie et code Ipad 2018-2019*, Varennes, 2018; Collège Notre-Dame, *Code de vie 2013-2014*, Montréal, 2013; École Charles-Perreault, *Code de vie de l'école 2017-2018*, Roxboro, 2017; Pensionnat Notre-Dame-des-Anges, *Sur la route du PNDA je suis les règles de l'école*, Montréal; Pensionnat Saint-Nom-de-Marie, *Guide de l'élève 2017-2018*, Montréal, 2017; École Vanguard, *Charte des droits et responsabilités des élèves de l'école Vanguard 2017-2018*, Montréal, 2017.

167. Collège Durocher, *supra* note 167.

168. Barnard-Brak, Xiao et Liu, *supra* note 126 à la p. 469.

De même, les écoles privées étant en mesure de choisir leurs élèves, ceux qui ont des besoins particuliers ou qui sont en situation de handicap sont moins susceptibles de les fréquenter, puisqu'ils sont éventuellement moins performants ou nécessitent un soutien que ces écoles ne leur offrent pas. Alors que ces élèves semblent subir plus fréquemment les mesures de contrôle, ils seraient victimes d'une double discrimination liée à leur handicap et à leur statut socioéconomique. Ainsi l'ambiguïté des cadres juridique et institutionnel favoriserait des pratiques discriminatoires à l'intersection de différents statuts sociaux. C'est ce que confirment des recherches américaines : « *disabled African-American students represent 19% of students with disabilities, but 36% of the students who are restrained at school by mechanical restraints or equipment designed to restrict freedom of movement*¹⁶⁹ ».

169. Suarez, *supra* note 139 à la p. 875.

Médication

Nous commencerons par établir un portrait de la situation de l'utilisation de la médication psychotrope dans les écoles québécoises (1.), puis en proposerons une discussion critique (2.).

1. Portrait de la situation

1.1. Chiffres

Afin de dresser un portrait de la situation québécoise, il est important d'aborder les statistiques en matière de prise de médication chez les enfants et les adolescents. Nous aborderons en premier lieu les chiffres concernant la prise d'antidépresseurs, sans lien avec un diagnostic en particulier. Ensuite, nous aborderons la question des médicaments utilisés pour les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et finalement celle des médicaments utilisés pour le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH).

En ce qui concerne les antidépresseurs, il est possible de se référer à des statistiques publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à propos des personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments (RPAM). En 2017, 5031 des personnes âgées de 17 ans et moins inscrites au RPAM ont reçu d'un pharmacien une médication faisant partie de la classe des antidépresseurs, soit 3153 filles et 1878 garçons¹⁷⁰. Ces chiffres représentent une augmentation comparativement aux années antérieures, et l'augmentation est constante depuis quatre ans. Ainsi, selon la RAMQ, le chiffre total de ces jeunes était de 3526 en 2014, de 3829 en 2015 et de 4296 en 2016¹⁷¹. Comme ces chiffres concernent uniquement les personnes inscrites au régime public d'assurance, le nombre réel de jeunes consommant des antidépresseurs est plus élevé. Soulignons qu'en 2018, après une demande d'information à la RAMQ, Radio-Canada a obtenu des statistiques sur le nombre de personnes âgées de 6 à 20 ans ayant reçu une prescription d'antidépresseurs et a révélé qu'en quatre ans, l'augmentation atteint près de 50 %¹⁷². En effet, alors qu'en 2013, 8476 jeunes de 6 à 20 ans avaient reçu une prescription d'antidépresseurs, leur nombre s'élevait à 12 534 en 2017¹⁷³.

En ce qui concerne les enfants ayant un TSA, près de la moitié des parents interrogés dans le cadre d'une étude publiée en 2012 indiquaient que leur enfant prenait de la médication¹⁷⁴. En 2013, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS) a publié deux rapports éclairants quant à la situation des jeunes ayant un TSA¹⁷⁵, soit *L'efficacité des interventions de réadaptation*

170. Québec, Régie de l'assurance maladie, *Nombre de services pharmaceutiques et montants payés par la RAMQ relativement aux antidépresseurs – 2014 à 2018*, mis à jour janvier 2019, Québec.

171. *Ibid.*

172. « Les enfants consomment de plus en plus d'antidépresseurs », *Radio-Canada* (8 avril 2018), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1093937/medicaments-depression-jeunes-anxiete>>.

173. *Ibid.*

174. Nathalie Poirier et al., *L'état de la connaissance et de la reconnaissance de la personne présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) au Québec*, Rapport de recherche Programme Actions concertées, FQRSC, Montréal, 2012 aux p. 18-19.

175. Le terme employé est TED (Trouble envahissant du développement), qui correspond à une terminologie antérieure au DSM-V.

*et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme*¹⁷⁶ et *Portrait de l'usage des médicaments chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre de l'autisme couverts par le régime public d'assurance médicaments*¹⁷⁷. Ce dernier document indique qu'en 2010, sur les 1 480 311 individus âgés de 2 à 17 ans couverts par l'assurance maladie du Québec, 9300 « avaient reçu un diagnostic de TSA au cours de la période allant de leur naissance au 31 décembre 2009¹⁷⁸ », pour une prévalence de 0,628 %. Le diagnostic touche particulièrement les garçons, qui représentent 72 % des diagnostics chez les 2 à 12 ans. Cette étude de l'INESS concerne les jeunes ayant reçu le diagnostic de TSA et ayant été couvert par le RPAM à cette période, ce qui donne une population de 2986 enfants et adolescents. Ayant répertorié les médications les plus utilisées pour le TSA, l'INESS constate que :

14,3 % des assurés ayant un diagnostic de TSA âgés de 2 à 5 ans, 35,9 % des 6 à 9 ans, 44,8 % des 10 à 12 ans, 52,3 % des 13 à 15 ans et 50,9 % des 16 et 17 ans ont fait usage d'au moins 1 médicament parmi les 18 médicaments spécifiques ou les 4 autres classes de médicaments à l'étude.¹⁷⁹

Ainsi, en ce qui concerne les jeunes ayant un diagnostic de TSA, la prise de médication augmente avec l'âge. L'étude de l'INESS analyse également la prévalence selon les catégories de médicaments. La médication prise est très variée pour cette population, compte tenu du fait qu'« aucune thérapie médicamenteuse spécifique ne permet [...] de traiter les TSA¹⁸⁰ ». Ainsi, les médicaments sont utilisés pour traiter des problèmes associés¹⁸¹. En termes d'antidépresseurs chez la population à l'étude, l'usage est peu fréquent pour les enfants de 2 à 12 ans, tandis que la fréquence de prescription est de 9,4 % chez ceux de 13 à 15 ans et de 10,6 % chez ceux de 16 et 17 ans¹⁸². Ensuite, la prescription des médicaments antipsychotiques atteint 4,5 % chez les enfants de 2 à 5 ans, 12,5 % pour ceux de 6 à 9 et 18,9 % chez ceux de 10 à 12 ans. Pour les adolescents, la prescription d'antipsychotiques est supérieure, soit de 26,5 % pour les jeunes de 13 à 15 ans et de 30,6 % pour ceux de 16 et 17 ans. Finalement, 7,3 % des enfants de 2 à 5 ans prennent des psychostimulants, une proportion qui augmente à 28,1 % chez les de 6 à 9 ans, à 31,1 % chez les 10 à 12 ans et à 32,4 % chez les 13 à 15 ans; elle baisse chez les jeunes de 16 et 17 ans à 25,8%¹⁸³. Les deux médicaments les plus utilisés dans toutes les tranches d'âge étaient la rispéridone, un antipsychotique, et le méthylphénidate, un psychostimulant.

176. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*, par Céline Mercier, ETMIS vol. 9, n° 6, Québec, 2013.

177. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *Portrait de l'usage des médicaments chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre de l'autisme couverts par le régime public d'assurance médicaments*, par Mélanie Turgeon, Éric Tremblay, Nicole Déry et Hélène Guay, Québec, INESSS, 2013 [*Portrait de l'usage des médicaments*].

178. *Ibid.*, à la p. 15.

179. *Portrait de l'usage des médicaments*, *supra* note 178 à la p. 44.

180. *Portrait de l'usage des médicaments*, *supra* note 178 à la p. 48.

181. *Ibid.*

182. *Portrait de l'usage des médicaments*, *supra* note 178 à la p. iii et 22.

183. *Portrait de l'usage des médicaments*, *supra* note 178 à la p. 22.

Pour un portrait concernant la prise des médicaments par les personnes ayant un TDAH, les chiffres de la RAMQ et les rapports de l'INESS constituent la documentation pertinente. En 2017, 41 678 des personnes ayant 17 ans ou moins ont utilisé des services pharmaceutiques liés au TDAH¹⁸⁴. Ces chiffres concernent uniquement les personnes inscrites au RPAM¹⁸⁵, ce qui indique que le chiffre réel dans la population québécoise est plus élevé. En 2015, l'INESS a produit divers rapports sur la situation des jeunes de 25 ans et moins ayant reçu un diagnostic de TDAH. Parmi eux, le document *Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins* nous informe que :

La prévalence de l'usage des dix médicaments spécifiques au TDAH était de 3,26 % (n = 359 533) chez les Canadiens de 0 à 25 ans entre le 1^{er} avril 2014 et le 31 mars 2015 (figure 1). Cette prévalence a diminué à 2,39 % au Canada lorsque le Québec a été exclu du calcul¹⁸⁶.

Le Québec est donc la province canadienne ayant la prise de médicaments reliés au TDAH la plus élevée, tous âges confondus. En termes de catégories d'âge, outre la catégorie de 0 à 5 ans, le Québec est la province ayant la prise de médicaments la plus élevée dans les 5 autres groupes d'âge. En effet, « en ordre décroissant [la prise de médicaments est de] 14,55 % (13 à 17 ans), 13,97 % (10 à 12 ans), 5,36 % (18 à 25 ans) et 3,98 % (6 à 9 ans)¹⁸⁷ ». Pour le groupe d'âge de 0 à 5 ans, le Québec est la troisième province ayant le taux le plus élevé, ayant une prévalence de 0,17 %, alors que le Nouveau-Brunswick a une prévalence de 0,19 % et Terre-Neuve-et-Labrador, une prévalence de 0,25 %¹⁸⁸.

Ces différentes statistiques servent à dresser un portrait de la prise de médicaments liée à des problèmes neurologiques et psychiatriques chez les enfants et adolescents au Québec. En ce qui concerne la prévalence des troubles mentaux en général, celle-ci « est passée du simple au double » chez les moins de 20 ans, entre 1999-2000 et 2009-2010, selon l'Institut national de santé publique du Québec¹⁸⁹. Cela s'expliquerait « essentiellement par le diagnostic plus fréquent du trouble de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH)¹⁹⁰ ».

1.2. Pratiques institutionnelles

Le *Code des professions* prévoit que la distribution des médicaments dans un établissement scolaire n'est pas une activité réservée à un ordre professionnel. En effet, l'article 38.9 du code stipule que toute « personne agissant dans le cadre des activités [...] dans une école peut administrer des

184. Québec, Régie de l'assurance maladie, *Nombre de services pharmaceutiques et montants payés par la RAMQ relativement aux médicaments pour le traitement du TDAH – 2017 et 2018*, mis à jour 2019, Québec.

185. *Ibid.*

186. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*, par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle Québec, INESSS, 2017 à la p. 5 [Prévalence de l'usage].

187. *Prévalence de l'usage*, supra note 187 à la p. 7.

188. *Prévalence de l'usage*, supra note 187 à la p. 8.

189. Alain Lesage et Valérie Émond, *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, coll. Surveillance des maladies chroniques, n° 6, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2012.

190. *Ibid.* à la p. 3.

médicaments prescrits et prêts à être administrés¹⁹¹ ». Dans le document *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*, préparé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), on énonce qu'il « est de plus en plus fréquent que cette activité de soins doive être effectuée par du personnel scolaire (aides-soignants) pour certains jeunes, durant leur présence à l'école¹⁹² ». Également, l'OIIQ établit une différence entre la distribution d'un médicament, qui consiste dans sa remise à l'élève qui peut alors le prendre lui-même¹⁹³, et l'administration du médicament, qui se fait lorsque le « jeune est incapable de s'administrer lui-même son médicament, compte tenu d'une ou de plusieurs incapacités¹⁹⁴ ». Il revient à l'infirmier ou à l'infirmière de déterminer de quelle activité il s'agit¹⁹⁵. Également, l'OIIQ énonce que dans les situations d'urgence nécessitant l'administration d'un médicament, il faut que celui-ci ait été prescrit et il faut qu'il soit consigné dans le plan d'intervention individualisé de l'élève¹⁹⁶. Étant donné qu'en situation d'urgence, « la plupart du temps, l'infirmière n'est pas présente auprès du jeune ou dans l'école¹⁹⁷ », c'est la personne « la plus près du jeune [qui devra] donc intervenir rapidement, selon les consignes du [plan d'intervention] d'urgence individualisé¹⁹⁸ ».

Un autre type de documentation pertinente en ce qui concerne les pratiques institutionnelles reliées à la distribution ou à l'administration de la médication pendant les heures d'école consiste dans les protocoles des écoles elles-mêmes, des commissions scolaires et des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). Bien que les documents ne concernent pas spécifiquement la médication psychiatrique, la médication dite « d'urgence » ou la médication PRN (à prendre au besoin) semble régulièrement concerner les psychotropes.

Le CISSS de Lanaudière en collaboration avec la Commission scolaire des Affluents (CSA) et la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles (CSSMI) ont produit différents documents précisant les rôles des différents acteurs en matière de santé dans les établissements scolaires¹⁹⁹. Il est mentionné que la distribution ou l'administration des médicaments est une mesure exceptionnelle pour les élèves qui présentent des problèmes de santé et elle doit répondre à certains critères²⁰⁰. Parmi ceux-ci, on retrouve l'autorisation parentale (ou du jeune de plus de 14 ans), l'obligation de prescription ainsi que l'étiquette de la pharmacie contenant diverses informations, dont

191. *Code des professions*, supra note 14, art. 38.9.

192. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*, par Suzanne Durand, Louiselle Bouffard et Martine Maillé, Montréal, OIIQ, 2012, à la p. 71 [*Standards de pratique*].

193. *Standards de pratique*, supra note 193 à la p. 72, à la note de bas de page 39.

194. *Standards de pratique*, supra note 193 à la p. 72, à la note de bas de page 40.

195. *Standards de pratique*, supra note 193 à la p. 72.

196. *Standards de pratique*, supra note 193 à la p. 73.

197. *Ibid.*

198. *Ibid.*

199. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSS de Lanaudière) avec la collaboration de la Commission scolaire des Affluents et la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles, *Guide-santé en bref*, Joliette, 2017; CISSS du Sud de Lanaudière en collaboration avec la Commission scolaire des Affluents et la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles, *Protocole concernant la distribution et l'administration de médication en milieu scolaire*, Terrebonne, 2014 [*Protocole concernant la distribution*].

200. *Guide-santé en bref*, supra note 200 à la p. 33.

la posologie²⁰¹. Il est mentionné également que seuls les médicaments administrés par voie orale sont autorisés dans les écoles spécialisées pour élèves présentant un handicap²⁰². De plus, en termes de médicaments d'urgence, la voie rectale est permise dans toutes les écoles en ce qui concerne le Diastat²⁰³. Finalement, dans l'*Algorithme décisionnel sur l'administration des médicaments en milieu scolaire*, il est mentionné que pour les médicaments injectables, ceux à donner au besoin (PRN) et/ou les médicaments d'urgence, c'est l'infirmier ou l'infirmière qui en est le ou la responsable²⁰⁴. Ainsi, la médication PRN est explicitement mentionnée.

Un autre document regroupant des informations similaires a été produit par les commissions scolaires de la Capitale, des Découvreurs, des Premières-Seigneuries et des CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord²⁰⁵. En effet, l'autorisation écrite des parents est aussi nécessaire pour une distribution de médication, et l'étiquette doit contenir diverses informations. Il est également fait mention du fait que la posologie de la médication peut être « régulière ou au besoin (PRN)²⁰⁶ ». Finalement, dans un document de la Commission scolaire des Draveurs, il est mentionné que la médication peut être distribuée « au besoin²⁰⁷ ».

La distribution de la médication PRN n'est pas sans rappeler la notion de contention chimique dont nous avons fait état en première partie de ce rapport. En effet, la contention chimique consiste à administrer un médicament pour limiter la capacité d'action d'un individu. Or, à l'école Marie-Rivier par exemple, la contention chimique consiste dans la médication PRN prescrite par un médecin et administrée par une infirmière de l'école²⁰⁸. À l'école Saint-Pierre-Apôtre, la contention chimique est définie comme l'« utilisation de médicaments psychotropes qui seront administrés non pas sur une base régulière, mais au gré des besoins particuliers que peut présenter la personne²⁰⁹ ». Il y a donc lieu de s'interroger quant au fait que les protocoles concernant l'administration et la distribution de la médication en milieu scolaire ne fassent pas clairement la distinction entre la médication régulière, prise pour des raisons thérapeutiques, et des pratiques s'apparentant à la contention chimique lorsque la médication est prise au besoin.

201. *Guide-santé en bref*, supra note 200 à la p. 34.

202. *Ibid.*

203. *Guide-santé en bref*, supra note 200 à la p. 35.

204. *Guide-santé en bref*, supra note 200 à la p. 36.

205. Commission scolaire de la Capitale, Commission scolaire des Découvreurs, Commission scolaire des Premières-Seigneuries, CSSS de la Vieille-Capitale, CSSS de Québec-Nord, *Distribution de médicaments dans les milieux scolaires*, 2015.

206. *Ibid.*

207. Commission scolaire des Draveurs, *Politique relative aux premiers soins et à la santé des élèves dans les établissements*, Gatineau, 2016, annexe 5.

208. Marie-Rivier, supra note 110.

209. Saint-Pierre-Apôtre, supra note 110.

1.3. Perceptions et préoccupations des acteurs à l'égard de la médication des jeunes

Il nous semble pertinent de mettre en lumière les perceptions du personnel scolaire et des médecins en ce qui concerne l'utilisation de la médication chez les jeunes. Malheureusement, il y a peu de littérature institutionnelle ou scientifique qui présente un portrait représentatif de la situation. Nous présentons donc ici seulement les documents que nous avons pu trouver.

Pour la médication prise par les enfants ayant un TSA, l'INESS indique que lors d'entrevues de groupes avec des médecins, « sous forme de *focus group* [il a été possible] de constater que ceux-ci ont peu d'information sur l'usage des médicaments auprès des enfants de 2 à 12 ans²¹⁰ ».

En ce qui concerne le TDAH, dans une étude publiée en 2008, « plus de la moitié de la population des enseignants (14/20) et des autres intervenants de l'école (5/7) se dis[aient] préoccupés par le fait que de plus en plus d'enfants à l'école primaire consomment le Ritalin²¹¹ ». Certains de ces acteurs considèrent que ce phénomène est causé par une trop large et rapide prescription de la part des médecins²¹². Il est intéressant de noter que cette préoccupation va dans le même sens qu'un avis du Collège des médecins lui-même. En 2015, celui-ci fait savoir à ses membres qu'il est « préoccupé par [l'état de surdiagnostics et d'augmentation importante de prescriptions de médicaments pour le TDAH] et [...] rappelle [...] l'importance de mettre à jour [les] connaissances et de consulter la littérature publiée sur ce sujet²¹³ ».

Également, en 1999, l'Institut national de santé publique du Québec a publié une étude concernant les perceptions à l'égard de psychostimulants pour le TDAH des différents acteurs, soit des parents, des enseignants du niveau primaire, des intervenants psychosociaux en milieu scolaire, des médecins pédiatres et omnipraticiens ainsi que des médecins spécialistes²¹⁴. Bien que datant de quelques années déjà, les résultats nous paraissent encore pertinents. Selon l'étude, les acteurs sont unanimes quant au fait que la façon d'intervenir auprès des enfants ayant un TDAH doit être une approche multimodale²¹⁵, mais ils sont également unanimes quant au constat selon lequel « à part la médication, les autres formes d'intervention sont minimales ou inexistantes²¹⁶ ».

210. *Portrait de l'usage des médicaments*, supra note 178 à la p. 42.

211. Martine Quesnel, *Une étude exploratoire: Les psychostimulants et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) dans le contexte scolaire des enfants au primaire*, thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal, 2008, à la p. 188.

212. Quesnel, supra note 212 à la p. 189.

213. Collège des médecins du Québec, *Diagnostic et traitement du TDAH : des précisions s'imposent*, 4 mars 2015, en ligne : <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/diagnostic-traitement-tdah.aspx>.

214. Institut national de santé publique du Québec, *Déficit d'attention/Hyperactivité : Perception des acteurs et psychostimulants*, Québec, 1999.

215. *Ibid.*, p. 11.

216. *Ibid.*, p. 33.

2. La prise de médication psychotrope des jeunes

2.1. Effets secondaires et indésirables de la médication psychotrope

La médication utilisée par les jeunes est variée; les effets secondaires le sont aussi. Il est également important de se rappeler que les effets secondaires ne sont pas les mêmes chez les jeunes que chez les adultes²¹⁷. Vu les différences métaboliques, les enfants et les adolescents peuvent être plus à risque d'expérimenter des effets secondaires²¹⁸. Également, bien que les études donnent un certain portrait des effets secondaires chez cette population, les effets possibles du traitement pharmaceutique à long terme ainsi que son influence sur le développement du cerveau ne sont pas connus²¹⁹.

Soulignons d'emblée que la polyprescription, soit la prise simultanée de plusieurs médicaments, est un facteur qui augmente les effets secondaires, y compris ceux qui sont fatals, notamment parce que les mêmes effets sont présents dans plusieurs de ces médicaments²²⁰. En effet, chaque « prescription supplémentaire augmente de 2,4 fois le risque de présenter un effet secondaire²²¹ ». À titre illustratif, les tics et trémulations étaient 313 % plus fréquents chez les jeunes prenant trois médicaments ou plus, en comparaison avec ceux qui n'en prenaient qu'un²²². La fatigue et la somnolence, quant à elles, étaient présentes dans un pourcentage de 198 % de plus; les pensées suicidaires, de 433 % de plus; et les comportements d'automutilations l'étaient à 461% de plus²²³.

Concernant les psychostimulants, les deux tiers des enfants et adolescents qui en prennent rapportent des effets indésirables²²⁴. Les symptômes les plus rapportés sont les troubles liés au sommeil, tels que l'insomnie²²⁵ et la nervosité²²⁶. Également, la diminution de l'appétit²²⁷, le « retard de croissance staturo-pondérale²²⁸ » ou une interruption temporaire de la croissance²²⁹ sont des symptômes fréquents. D'ailleurs, plus spécifiquement pour les enfants et adolescents autistes qui prennent des psychostimulants,

217. Cliff McKinney et Kimberly Renk, « Atypical antipsychotic medications in the management of disruptive behaviors in children: Safety guidelines and recommendations » (2011) 31:3 Clinical Psychology Rev 465 à la p. 466.

218. Ajit Ninan *et al.*, « Psychotropic Medication Monitoring Checklists: Use and Utility for Children in Residential Care » (2014) 23:1 J Can Academy Child & Adolescent Psychiatry 38 à la p. 39 [« Psychotropic Medication Monitoring»].

219. *Ibid.*

220. Ajit Ninan *et al.*, « Adverse Effects of Psychotropic Medications in Children: Predictive Factors » (2014) 23:3 J Can Academy Child & Adolescent Psychiatry 218 à la p. 219 [« Adverse Effects»].

221. C Cravero *et al.*, « Traitements médicamenteux reçus par les enfants, adolescents et jeunes adultes avec trouble du spectre autistique en France : un état des lieux basé sur l'expérience parentale » (2017) 65 Neuropsychiatrie Enfance & Adolescence 33 à la p. 38.

222. Robert J Hilt *et al.*, « Side Effects from Use of One or More Psychiatric Medications in a Population-Based Sample of Children and Adolescents » (2014) 24:2 J Child & Adolescent Psychopharmacology 83 à la p. 88.

223. *Ibid.*

224. A Chéron-Blümel *et al.*, « Prescription de méthylphénidate chez l'enfant : importance des recommandations pour limiter la consommation problématique » (2014) 21:8 Archives Pédiatrie 852 à la p. 856.

225. Christine Doré et David Cohen, « La prescription de stimulants aux enfants "hyperactifs" : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants » (1997) 22:1 Santé mentale au Québec 216 à la p. 219; J-L Goëb et M-C Mouren, « Place des traitements psychotropes dans l'autisme de l'enfant et de l'adolescent » (2005) 163 Annales Médico Psychologiques 791 à la p. 795; Quesnel, *supra* note 212 à la p. 193.

226. Chéron-Blümel *et al.*, *supra* note 225 à la p. 856.

227. Quesnel, *supra* note 212 à la p. 193; Doré, *supra* note 226 à la p. 219.

228. Chéron-Blümel *et al.*, *supra* note 225 à la p. 858.

229. Doré et Cohen, *supra* note 226 à la p. 219.

on rapporte que « l'efficacité [de ces derniers] reste modeste, et il existe même parfois une exacerbation de l'hyperactivité, de l'irritabilité, de l'agressivité, des peurs, des stéréotypies et des insomnies²³⁰ ». Pour les enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH, les autres effets secondaires sont semblables, soit « les douleurs abdominales et les maux de tête; la dépression, la nervosité et l'irritabilité [...] l'exacerbation de tics préexistants ou l'émergence de nouveaux mouvements stéréotypés²³¹ ». Ce sont d'ailleurs des effets secondaires rapportés par une étude plus récente, qui ajoute le fait que « le médicament peut provoquer [...] des crises de colère incontrôlables et inattendues²³².

Un autre aspect inquiétant concernant les psychostimulants est la consommation problématique, notamment les usages détournés de leur utilisation médicale²³³ et la dépendance psychologique²³⁴. Dans une recherche publiée en 2014, il a été démontré que :

Chez 65,7 % des enfants, il existait une consommation problématique. Un peu plus d'un tiers (34,2 %) des enfants présentaient une tolérance au médicament et environ deux tiers (68,3 %) avaient ressenti au moins un signe de sevrage à l'arrêt du médicament (le plus souvent une agitation, une irritabilité ou une agressivité) ou avaient nécessité que la posologie soit réduite progressivement pour l'éviter²³⁵.

Pour les antidépresseurs, l'effet secondaire le plus étudié chez les enfants et les adolescents est celui des pensées et des comportements suicidaires²³⁶. Une recherche dans laquelle on trouve une revue de la littérature de 12 méta-analyses et de 23 autres études conclut que : « *there is an increased risk of suicidal thoughts and behaviours in the order of between seven and 20 incidents per 1000 of those treated with an antidepressant compared with placebo*²³⁷ ». Outre cet important effet secondaire, il est rapporté que de 10 à 25 % des enfants et des adolescents prenant des antidépresseurs présentent des symptômes physiques, tels que les maux de tête et de ventre, ainsi que de l'insomnie et de l'hyper-somnie, et des symptômes émotionnels ou comportementaux, tels que l'irritabilité, l'hyperactivité et l'automutilation²³⁸. Plus spécifiquement, les effets secondaires de la fluoxétine, qui est le deuxième antidépresseur le plus utilisé au Québec par les enfants et les adolescents²³⁹, sont « l'hyperactivité, l'agitation, l'agressivité, l'élation des affects, l'anorexie et l'insomnie²⁴⁰ ».

230. Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 795.

231. Doré et Cohen, *supra* note 226 à la p. 219.

232. Quesnel, *supra* note 212 à la p. 194.

233. Laura Masi et Martin Gignac, « TDAH et comorbidités en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatriques, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination » (2017) 175 *Annales Médico-psychologiques* 422 à la p. 424.

234. Doré et Cohen, *supra* note 226 à la p. 219; Quesnel, *supra* note 212 aux p. 186, 195, 197.

235. Chéron-Blümel *et al.*, *supra* note 225 à la p. 856.

236. Andrea Cipriani *et al.*, « Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis » (2016) 388 *The Lancet* 881; Michael S Gordon et Glenn A Melvin, « Do antidepressants make children and adolescents suicidal? » (2014) 50:11 *J Paediatrics & Child Health* 847 à la p. 851; Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 793.

237. Gordon et Melvin, *supra* note 237 à la p. 849.

238. E Jane Garland *et al.*, « Update on the Use of SSRIs and SNRIs with Children and Adolescents in Clinical Practice » (2016) 25:1 *J Can Academy Child & Adolescent Psychiatry* 4 à la p. 6.

239. *Portrait de l'usage des médicaments*, *supra* note 178 à la p. 23.

240. Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 793.

Finalement, pour les antipsychotiques, plusieurs études font également mention de nombreux effets indésirables. Un des effets les plus fréquents est la prise de poids²⁴¹ qui, selon certains, « *has been implicated as contributing to the growing concern of childhood obesity*²⁴² ». Parfois, cette prise de poids peut aller « jusqu'à près de 500 g par semaine²⁴³ ». D'autres effets très fréquents sont l'augmentation de l'appétit ainsi que l'anxiété et la fatigue²⁴⁴. En termes du pourcentage d'enfants touchés par ces symptômes, une étude rapportait que pour la rispéridone, 33 % des jeunes éprouvaient de la somnolence, 33 % avaient des maux de tête, 28 %, des « rhinitis », soit des rhumes, et 21 %, une prise de poids²⁴⁵. Certains antipsychotiques sont également liés aux risques « de diabète, d'hypertension artérielle et d'hypercholestérolémie chez l'enfant et l'adolescent²⁴⁶ ».

En plus d'être davantage à risque de prendre du poids et de ressentir de la sédation²⁴⁷, les enfants et les adolescents présentent plus de symptômes extrapyramidaux que les adultes lors de la prise d'antipsychotiques²⁴⁸. Les symptômes extrapyramidaux résultent d'un dysfonctionnement du système extrapyramidal (circuits nerveux) et causent des mouvements involontaires du corps. Parmi ces symptômes, il y a des « *dyskinesias and dystonic reactions, tardive dyskinesia, Parkinsonism, neuroleptic malignant syndrome, akinesia and akathisia*²⁴⁹ ». Ce dernier symptôme est d'ailleurs une réaction rare, mais qui peut causer la mort²⁵⁰. Un autre type d'effets secondaires liés à la prise d'antipsychotiques pendant l'enfance et l'adolescence est celui des problèmes cardiaques²⁵¹, « *ranging from tachycardia and QTc interval prolongation to cardiac arrest and death*²⁵² ». De plus, les effets secondaires de la médication antipsychotique ne sont souvent pas rapportés et déclarés, le niveau de sous-estimation étant à environ plus de 90 %²⁵³. Ainsi, la prévalence des effets indésirables « *may be much more considerable than that represented in the extant literature*²⁵⁴ ».

241. Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 796; Ninan *et al.*, « Adverse Effects », *supra* note 221 à la p. 219; McKinney et Renk, *supra* note 218 à la p. 467; Ninan *et al.*, « Psychotropic Medication Monitoring » *supra* note 219 à la p. 39.

242. Ninan *et al.*, « Psychotropic Medication Monitoring » *supra* note 219 à la p. 39.

243. Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 796

244. McKinney et Renk, *supra* note 218 à la p. 467.

245. *Ibid.*

246. Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 799.

247. McKinney et Renk, *supra* note 218 à la p. 466.

248. *Ibid.*; Ninan *et al.*, « Adverse Effects », *supra* note 221 à la p. 219.

249. Dr^{ts} Thomas Blair et Alana Dauner, « Extrapyramidal Symptoms Are Serious Side-effects of Antipsychotic and Other Drugs » (1992) 17:11 Nurse Practitioner 56.

250. McKinney et Renk, *supra* note 218 à la p. 469.

251. Goëb et Mouren, *supra* note 226 à la p. 799.

252. McKinney et Renk, *supra* note 218 à la p. 469.

253. Lorna Hazell et Saad A W Shakir, « Under-Reporting of Adverse Drug Reactions: A Systematic Review » (2006) 29:5 Drug Safety 385 à la p. 394.

254. McKinney et Renk, *supra* note 218 à la p. 469.

2.2. Médication « thérapeutique » ou contention chimique?

L'absence de cadre légal et institutionnel clair concernant les mesures de contrôle, et plus particulièrement l'utilisation de la médication à des fins de contrôle, de même que l'ambiguïté des cadres institutionnels concernant la médication au besoin mettent en question les objectifs poursuivis par l'administration de médicaments psychotropes en milieu scolaire. Alors que ces médicaments visent explicitement le changement de comportement, que ce soit pour agir sur l'hyperactivité, l'anxiété ou la dépression, à quel moment leur usage ne vise-t-il pas à contrôler des comportements dérangeants plutôt qu'à soigner ou à soulager?

Cette question rejoint directement les débats qui ont cours dans le milieu psychiatrique de manière générale. La littérature scientifique est en effet mitigée quant au statut et à l'utilité de cette forme d'utilisation de la médication, entre traitement et contrôle. Quatre positions s'affrontent sur le sujet :

1. Le traitement doit être directement lié à l'état de santé. La médication, si elle est prescrite à la suite d'une évaluation qui donne lieu à un plan d'intervention, constitue donc un traitement et non une mesure de contrôle, peu importe son contexte d'utilisation²⁵⁵;
2. Le fait qu'une évaluation ait eu lieu et qu'une médication figure au plan d'intervention n'écarte pas la possibilité que son utilisation puisse constituer une mesure de contrôle dans la mesure où elle vise à immobiliser ou à imposer une sédation²⁵⁶;
3. L'utilisation de la médication est une mesure de contrôle si celle-ci est administrée en réaction à un comportement, mais en dehors de toute indication strictement thérapeutique. N'est à considérer comme contention chimique que la médication qui ne viserait pas à agir directement sur une condition psychiatrique²⁵⁷;
4. Toute forme d'utilisation de la médication – à la suite d'une évaluation ou non, liée directement à un diagnostic ou non – est un traitement. Les symptômes psychiatriques étant directement liés aux comportements, agir sur le comportement est nécessairement une mesure thérapeutique, peu importe le contexte²⁵⁸.

Soulignons que les soignants ainsi que certains patients considèrent l'imposition de médication contre le gré de la personne comme moins contraignante et moins coercitive que l'utilisation des chambres d'isolement ou des contentions, qui est souvent considérée comme punitive et traumatique. De leur point de vue, l'imposition d'une médication n'impliquerait pas la même violence ni

255. Erick Fabris et Katie Aubrecht, « Chemical Constraint: Experiences of Psychiatric Coercion, Restraint, and Detention as Carceratory Techniques », dans Liat Ben-Moshe, Chris Chapman et Allison Carey (dir), *Disability Incarcerated - Imprisonment and Disability in the United States and Canada*. New York: Palgrave Macmillan, 2014, 185.

256. Ashley A Norton, « The Captive Mind: Antipsychotics as Chemical Restraint in Juvenile Detention Note » (2012) 29 *J Contemp Health L & Policy* 152.

257. Nicole Edwards *et al.*, « Qualitative exploration of psychotropic medication to manage challenging behaviour in adults with intellectual disability: views of family members » (2017) 11:5/6 *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities* 207.

258. Krishna Menon, Raghavendra Baburaj et Sarah Bernard, « Use of restraint for the management of challenging behaviour in children with intellectual disabilities » (2012) 6:2 *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities* 62.

le même degré d'atteinte à l'intégrité physique, et aurait donc moins d'impact négatif sur la relation thérapeutique²⁵⁹.

Ce que démontre surtout le débat présent dans la littérature est le fait que personne n'est en mesure d'affirmer actuellement, à la lumière des connaissances disponibles, que la médication psychotrope utilisée à des fins de contrôle des comportements peut produire des effets thérapeutiques. Il semble donc que concernant les jeunes, étant donné les effets secondaires documentés et le fait que l'on connaisse mal les répercussions de la prise de telles médications sur le développement, la prudence soit de mise. Or, s'il semble comme nous l'avons vu que le milieu médical lui-même soit actuellement dans un processus de prise de conscience, qu'en est-il du milieu scolaire?

2.3. Médication « thérapeutique » ou nouveau modèle de gestion du milieu scolaire?

Une autre difficulté importante découlant de l'absence de cadre juridique et de l'ambiguïté des concepts utilisés dans la documentation institutionnelle concerne l'impossibilité d'effectuer des suivis systématiques pour avoir une connaissance et une compréhension juste des phénomènes. Il n'existe en effet à ce jour aucune statistique provinciale officielle sur l'utilisation des mesures de contrôle, et particulièrement concernant la médication, dans les écoles québécoises. Une difficulté concerne l'absence de consensus sur les pratiques qui devraient être désignées comme telles. Il est en effet compliqué de collecter des données valables dans la mesure où les pratiques ciblées et les protocoles diffèrent autant que ce que nous avons observé.

Une revue de l'actualité permet facilement de documenter le fait que des commissions scolaires, des écoles et des garderies exigent des parents qu'ils fassent évaluer leur enfant²⁶⁰, voire qu'ils lui imposent une médication, sous peine d'intégration dans des classes spéciales²⁶¹, de dénonciation à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)²⁶² ou même de refus de lui laisser fréquenter l'école²⁶³. Dans certains cas, le personnel scolaire se permet de poser des hypothèses diagnostiques²⁶⁴; dans d'autres, des diagnostics obtenus à la suite de pressions du milieu scolaire sont par la

259. Jennifer A Thurmond, « Nurses' perceptions of chemical restraint use in long-term care » (1999) 12:3 Applied Nursing Research 159; Glenn W Currier, « The controversy over "chemical restraint" in acute care psychiatry » (2003) 9:1 J Psychiatric Practice 59; Pat Mayers *et al.*, « Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint » (2010) 56:1 Int J Social Psychiatry 60; Irina Georgieva, C L Mulder et A Wierdsma, « Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion » (2012) 83:1 Psychiatric Quarterly 1; Rolf Wynn, « Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital » (2002) 16:3 Scandinavian J Caring Sciences 287.

260. Isabelle Maher, « En guerre contre le Ritalin : ils craignent que leur enfant soit diagnostiqué avec un trouble de déficit d'attention avec hyperactivité », *Le Journal de Montréal* (25 février 2014), en ligne <<https://www.journaldemontreal.com/2014/02/25/en-guerre-contre-le-ritalin>>.

261. Julio Trépanier, « Cet enfant TDAH qui n'en était pas un », *En Beauce.com* (16 novembre 2015), en ligne : <<https://www.enbeauce.com/actualites/societe/279612/cet-enfant-tdah-qui-nen-etait-pas-un>>.

262. Daphné Dion-Viens, « Des parents dénoncent la pression provenant du réseau scolaire au sujet du Ritalin », *TVA Nouvelles* (31 janvier 2019), en ligne, <<https://www.tvanouvelles.ca/2019/01/31/des-parents-denoncent-la-pression-provenant-du-reseau-scolaire-au-sujet-du-ritalin>> [« Des parents dénoncent »].

263. Ariane Lacoursière, « Une école pour autistes fait l'objet d'une enquête », *La Presse* (17 mars 2011), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/education/201103/16/01-4380123-une-ecole-pour-autistes-fait-lobjet-dune-enquete.php>>; Daphné Dion-Viens, « Forcés par la garderie à médicamenter leur enfant turbulent », *Le Journal de Québec* (18 février 2019), en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2019/02/18/forces-par-la-garderie-a-medicamenter-leur-enfant-turbulent-1>>.

264. Dion-Viens, « Des parents dénoncent », *supra* note 263.

suite invalidés par des contre-expertises²⁶⁵. Une lettre ouverte publiée le 31 janvier dernier dans le *Journal de Québec* et signée par une cinquantaine de pédiatres et médecins dénonce le surdiagnostic du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et la surprescription de Ritalin au Québec. Elle se termine par un cri du cœur :

Nous demandons impérativement à tous ceux concernés, et au fond n'est-ce pas toute la société qui est concernée, de faire un sérieux examen de conscience et de se questionner pour savoir pourquoi tant de jeunes présentent des symptômes d'inattention, d'hyperactivité, d'impulsivité et d'anxiété, au point d'être traités avec des médicaments psychotropes aussi souvent²⁶⁶.

La question de savoir ce qui explique cette explosion des diagnostics et des prescriptions est une chose; elle semble assez cohérente avec ce qui s'observe ailleurs dans le monde. La question de savoir pourquoi le milieu scolaire semble tellement engagé dans la médicalisation des comportements en est une autre. Il semble qu'une piste d'analyse cohérente soit celle de la néolibéralisation²⁶⁷ du Québec et de ses politiques de gestion publique.

Dans les dernières décennies, en effet, les politiques économiques du « déficit zéro » et de la rationalisation des dépenses publiques ont mené à une gestion publique axée sur l'efficacité et l'efficience et non sur la qualité des services²⁶⁸. Les restrictions budgétaires et la diminution des ressources de même que les nouveaux mécanismes de reddition de compte imposés aux ministères et aux institutions publiques imposent de revoir les pratiques pour satisfaire aux impératifs budgétaires et aux attentes en matière de performance²⁶⁹. Comment dans un tel contexte composer avec des jeunes qui bougent et ont besoin d'attention?

265. Trépanier, *supra* note 262; voir aussi Daphné Dion-Viens, « 45 pédiatres sonnent l'alarme contre le Ritalin », *Le Journal de Québec* (31 janvier 2019), en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2019/01/31/cri-du-cur-des-medecins>> [« 45 pédiatres »].

266. « TDHA et médicaments : sommes-nous allés trop loin ? », *Le Journal de Québec* (31 janvier 2019), en ligne <<https://www.journaldequebec.com/2019/01/31/tdah-et-medicaments-sommes-nous-alles-trop-loin>>; voir aussi : Daphné Dion-Viens, « 45 pédiatres », *supra* note 266 ; Daphné Dion-Viens, « Des médecins sonnent l'alarme contre le Ritalin », *TVA Nouvelles* (31 janvier 2019), en ligne : <<https://www.tvanouvelles.ca/2019/01/31/des-medecins-sonnent-lalarme-contre-le-ritalin>>.

267. Le néolibéralisme est un courant politique caractérisé par la dérégulation des marchés financier et du travail au détriment de la vie démocratique et de l'état social. Il est fondé sur l'idée que le libre marché et la propriété privée sont la meilleure manière d'assurer l'égalité et que les institutions publiques ne peuvent intervenir efficacement en matière économique et sociale. Pour David Harvey, la néolibéralisation se matérialise par la réalisation de quatre objectifs transformateurs : la privatisation et l'accaparement des biens publics, la financiarisation de l'activité sociale, l'organisation et la gestion de crises économiques et la redistribution stratégique des richesses, notamment aux entreprises privées : David Harvey, « Neo-Liberalism as Creative Destruction » (2006) 88 :2 *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography* 145 et David Harvey, « The Right to the City: From Capital Surplus to Accumulation by Dispossession », dans Swapna BANERJEE-GUHA (dir.), *Accumulation by Dispossession: Transformative Cities in the New Global Order*, New Delhi, Sage Publication, 2010, 17.

268. Isabelle Fortier, « La « réingénierie de l'État », réforme québécoise inspirée du managérialisme » (2010) 136:4 *Rev française administration publique* 803; Isabelle Fortier, « La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme » (2010) 22:2 *Nouvelles pratiques sociales* 35; Rouillard et al., *De la réingénierie à la modernisation de l'État québécois*, coll. L'espace public, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

269. Pascal Forget et al., « Démarche d'implantation de l'approche Lean dans la gestion de l'éducation : vers de meilleurs services à moindres coûts? » (2014) 37:2 *Rev can éducation* 1.

Il est donc possible de penser que l'utilisation de la médication serve de simples impératifs gestionnaires et organisationnels. Budget diminuant d'année en année²⁷⁰, important roulement de personnel, ratio enseignant-élèves fluctuant, financement des écoles en fonction de la présence d'élève à « besoins particuliers », « intégration sauvage » d'élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage ou d'adaptation dans les classes ordinaires²⁷¹, détournement des élèves les plus forts vers les écoles privées et les programmes publics particuliers, etc. : autant d'éléments exerçant une forte pression sur les écoles publiques québécoises. Pour Julien Prud'homme, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur au Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie, le nombre de diagnostic de TDAH au Québec « est dopé par la formule de financement des écoles, qui reçoivent de l'aide ou des fonds supplémentaires pour les élèves à risque²⁷² ». Ces constats sont d'autant moins étonnants que le développement des politiques éducatives québécoises n'a de tout temps pas été orienté par les connaissances scientifiques, mais plutôt par des mouvements idéologiques²⁷³.

270. *Ibid.*

271. Julien Prud'homme, « De part et d'autre de la classe spéciale », *Le Devoir* (11 février 2019), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/547542/de-part-et-d-autre-de-la-classe-speciale>>.

272. Philippe Mercure, « Ritalin : la consommation atteint des records au Québec », *La Presse* (9 mars 2015), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/08/01-4850438-ritalin-la-consommation-atteint-des-records-au-quebec.php>>.

273. Pierre Bélanger, Lynda Gosselin et Michel Umbriaco, « Les coûts de la non-évaluation des politiques de l'éducation au Québec » (2002) 17 :1 *Can J Program Evaluation* 1.

Bibliographie

Lois

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c. 11.

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12.

CcQ, RLRQ, c. CCQ-1991.

Code criminel, LRC, 1985, c. C-46.

Code des professions, RLRQ, c. C-26.

Loi médicale, RLRQ, c. M-9.

Loi sur la protection de la jeunesse, RLRQ, c. P-34.1.

Loi sur le système correctionnel du Québec, RLRQ, c. S-40.1.

Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, L.C. 1992, c. 20.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

Loi sur les infirmières et les infirmiers, RLRQ, c. I-8.

Loi sur l'instruction publique, RLRQ, c. I-13.3.

Règlements

Règlement d'application de la Loi sur le système correctionnel du Québec, RLRQ, c. S-40.1, r. 1.

Règlement sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition, DORS/92-620.

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, RLRQ, c. M-9, r. 13.

Jurisprudence

Canadian Foundation for Children, Youth and the Law c Canada (PG), 2004 CSC 4.

Dubois c R, 2011 QCCA 890.

R c Chouinard, 2009 QCCQ 7603.

R c Deschâtelets, 2008 QCCQ 9185.

R c DS, 2005 CanLII 49595 (QC CQ).

Documentation institutionnelle

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSS de Lanaudière) avec la collaboration de la Commission scolaire des Affluents et la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Milles-Îles, *Guide-santé en bref*, Joliette, 2017.

Collège Durocher, *Code de vie*, Saint-Lambert, 2018.

Collège international Marie de France, *Règlement intérieur, École élémentaire et école maternelle*, Montréal, 2017.

Collège Mont-Royal, *Code de vie et règles de fonctionnement, année scolaire 2016-2017*, Montréal, 2016.

Collège Notre-Dame, *Code de vie 2013-2014*, Montréal, 2013.

Collège Saint-Paul, *Code de vie et code iPad 2018-2019*, Varennes, 2018.

Collège Sainte-Anne, *Code de vie et normes de procédure 2017-2018*, Montréal, 2017.

Commission scolaire de l'Estuaire, *Politique relative à l'utilisation des mesures contraignantes*, Baie-Comeau, 2014.

Commission scolaire de la Baie-James, *Politique relative à la prévention et à l'intervention dans les situations de conduites dangereuses*, Chibougamau, 2014.

Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, *Cadre de référence sur l'utilisation des mesures contraignantes dans les établissements scolaires de la Commission scolaire de la Beauce-Etchemin*, Saint-Georges, 2016.

Commission scolaire de la Capitale, Commission scolaire des Découvreurs, Commission scolaire des Premières-Seigneuries, CSSS de la Vieille-Capitale, CSSS de Québec-Nord, *Distribution de médicaments dans les milieux scolaires*, 2015.

Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île, *Réflexion sur l'utilisation de mesures contraignantes : De la prévention à l'intervention*, Montréal, 2008.

Commission scolaire de la Rivière-du-Nord, *Politique d'encadrement du recours à une mesure contraignante*, Saint-Jérôme, 2009.

Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles, *Protocole d'intervention en situation de crise, d'urgence et d'application de mesures contraignantes dans les établissements primaires et secondaires de la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles*, Saint-Eustache, 2016.

Commission scolaire des Affluents, *Cadre de référence relatif à l'utilisation de mesures contraignantes*, Repentigny, 2008.

Commission scolaire des Chic-Chocs, *Politique d'encadrement relatif à l'utilisation des mesures contraignantes*, Gaspé, 2014.

Commission scolaire des Découvreurs, *Cadre de référence sur l'utilisation des mesures contraignantes*, Québec, 2012.

Commission scolaire des Draveurs, *Politique relative aux premiers soins et à la santé des élèves dans les établissements*, Gatineau, 2016.

Commission scolaire des Monts-et-Marées, *Cadre de référence : Gestion de crise et utilisation de mesures contraignantes en contexte scolaire*, Amqui, 2016.

Commission scolaire des Premières-Seigneuries, *Cadre de référence relatif à l'utilisation des mesures contraignantes dans les établissements scolaires*, Québec, 2016.

Commission scolaire des Rives-du-Saguenay, *Politique relative à l'utilisation de mesures contraignantes*, Chicoutimi, 2006.

Commission scolaire du Pays-des-Bleuets, *Utilisation des mesures contraignantes*, Roberval, 2009.

Commission scolaire Harricana, *Politique relative à l'utilisation exceptionnelle des mesures contraignantes*, Amos, 2015.

Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, *Mesures d'encadrement à l'école*, Montréal, 2016.

Commission scolaire Pierre-Neveu, *Cadre de référence relatif à l'utilisation d'interventions non violentes en situation de crise*, Mont-Laurier, 2012.

Commission scolaire Western Québec, *Policy statement: Physical restraint*, Gatineau, 2000.

CSSS du Sud de Lanaudière en collaboration avec la Commission scolaire des Affluents et la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Milles-Îles, *Protocole concernant la distribution et l'administration de médication en milieu scolaire*, Terrebonne, 2014.

École Anne-Hébert, *Règles de conduite et mesure de sécurité des élèves et Protocole d'intervention pour contrer l'intimidation et la violence*, Québec, 2016.

École aux Quatre-Vents, *Code de vie*, Bonaventure, 2017.

École Bel-Essor, *Protocole de mesures de sécurité*, Longueuil, 2010.

École Charles-Perreault, *Code de vie de l'école 2017-2018*, Roxboro, 2017.

École du Parchemin, *Code de vie*, East Angus, 2014.

École du Val-de-Grâce, *Code de vie*, Eastman, 2017.

École le Manège, *100% Respect 100% Intervention*, Victoriaville.

École Louis-Philippe-Paré, *Code de vie*, Châteauguay, 2017.

École Marie-Rivier, *Protocole sur les mesures contraignantes*, Saint-Jean-sur-Richelieu, 2007, révision 2010.

École Mitchell-Montcalm, *Guide de l'utilisateur du code de vie*, Sherbrooke, 2015.

École Notre-Dame-de-Fatima, *Plan de lutte contre l'intimidation et la violence*, Val-d'Or, 2017

École Roger-Martineau, *Code de vie*, Natashquan, 2015.

École Saint-Pierre-Apôtre, *Cadre de référence relatif à l'utilisation des mesures contraignantes*, Montréal, 2014.

École secondaire Armand-Saint-Onge, Polyvalente de Sayabec et Polyvalente Forimont, *Code de vie de l'école*, 2016.

École secondaire du Plateau, *Code de vie*, La Malbaie, 2015.

École Vanguard, *Charte des droits et responsabilités des élèves de l'école Vanguard 2017-2018*, Montréal, 2017.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *L'efficacité des interventions de réadaptation et des traitements pharmacologiques pour les enfants de 2 à 12 ans ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)*, par Céline Mercier, ETMIS vol. 9, n°6, Québec, 2013.

Institut national de santé publique du Québec, *Déficit d'attention/Hyperactivité : Perception des acteurs et psychostimulants*, Québec, 1999.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *Portrait de l'usage des médicaments chez les enfants et les adolescents ayant reçu un diagnostic de troubles du spectre de l'autisme couverts par le régime public d'assurance médicaments*, par Mélanie Turgeon, Éric Tremblay, Nicole Déry et Hélène Guay, Québec, INESSS, 2013.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, *Prévalence de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Canadiens de 25 ans et moins*, par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle, Québec, INESSS, 2017.

Lesage, Alain et Valérie Émond, *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*, coll. Surveillance des maladies chroniques, n° 6, Montréal, Institut national de santé publique du Québec, 2012.

Office des professions, *Guide explicatif : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, Québec, 2013.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire*, par Suzanne Durand, Louiselle Bouffard et Martine Maillé, Montréal, OIIQ, 2012.

Pensionnat Notre-Dame-des-Anges, *Sur la route du PNDA je suis les règles de l'école*, Montréal.

Pensionnat Saint-Nom-de-Marie, *Guide de l'élève 2017-2018*, Montréal, 2017.

Québec, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), *Couvertures et vestes lestées : sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'intervention*, par Sylvie Beauchamp, vol. 6(5), 2010.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, édition révisée, Québec, 2015.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle : contention et isolement*, Québec, 2011.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques*, Québec, 2002.

Québec, 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.

Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme de formation Parties 1 et 2 : vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, Québec, 2006

Québec, Régie de l'assurance maladie, *Nombre de services pharmaceutiques et montants payés par la RAMQ relativement aux antidépresseurs – 2014 à 2018*, mis à jour janvier 2019, Québec.

Québec, Régie de l'assurance maladie, *Nombre de services pharmaceutiques et montants payés par la RAMQ relativement aux médicaments pour le traitement du TDAH – 2017 et 2018*, mis à jour 2019, Québec.

Littérature

Monographies

Pierre-André Côté, avec la collaboration de Stéphane Beaulac et Mathieu Devinat, *Interprétation des lois*, Montréal, Thémis, 2009.

Rouillard, Christian, Éric Montpetit, Isabelle Fortier, et Alain-G. Gagnon, *De la réingénierie à la modernisation de l'État québécois*, coll. L'espace public, Québec, Presses de l'Université Laval, 2008.

Articles de revues et chapitres dans des ouvrages collectifs

Barnard-Brak, Lucy, Feiya Xiao et Xiaoya Liu, « Factors Associated with the Use of Restraints in the Public Schools » (2014) 37:3 *Education & Treatment Children* 461.

Bélanger, Pierre, Lynda Gosselin et Michel Umbriaco, « Les coûts de la non-évaluation des politiques de l'éducation au Québec » (2002) 17 :1 *Can J Program Evaluation* 1.

Bernheim, Emmanuelle, « Le refus de soins psychiatriques est-il possible au Québec? Instrumentalisation du droit et mission thérapeutique de la justice » (2019) 11:1 *Aporia* 28.

Blair, D. Thomas et Alana Dauner, « Extrapyrimal Symptoms Are Serious Side-effects of Antipsychotic and Other Drugs » (1992) 17:11 Nurse Practitioner 56.

Bon, Susan C. et Perry A. Zirkel, « The Time-Out and Seclusion Continuum: A Systematic Analysis of the Case Law » (2014) 27:1 J Special Education Leadership 35.

Chéron-Blümel, A., M. Grall-Bronnec, C. Victorri-Vigneau, E. Péron, C. Bétaud, P. Jolliet et M. Amar, « Prescription de méthylphénidate chez l'enfant : importance des recommandations pour limiter la consommation problématique » (2014) 21:8 Archives Pédiatrie 852.

Cipriani, Andrea, Xinyu Zhou, Cinzia Del Giovane, Sarah E. Hetrick, Bin Qin, Craig Whittington, David Coghill, Yuqing Zhang, Philip Hazell, Stefan Leucht, Pim Cuijpers, Juncai Pu, David Cohen, Arun V. Ravindran, Yiyun Liu, Kurt D. Michael, Lining Yang, Lanxiang Liu et Peng Xie, « Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis » (2016) 388 The Lancet 881.

Connolly, Jennifer F, « Seclusion of Students with Disabilities: An Analysis of Due Process Hearings » (2017) 42:4 Research & Practice for Persons with Severe Disabilities 243.

Couvillon, Michael, Reece L. Peterson, Joseph B. Ryan, Brenda Scheuermann et Joanna Stegall, « A Review of Crisis Intervention Training Programs for Schools » (2010) 42:5 Teaching Exceptional Children 6.

Cravero, C., V. Guinchat, A. Claret-Tournier, C. Sahnoun, B. Bonniau, N. Bodeau, A. Danion-Grilliat, D. Cohen et B. Chamak, « Traitements médicamenteux reçus par les enfants, adolescents et jeunes adultes avec trouble du spectre autistique en France : un état des lieux basé sur l'expérience parentale » (2017) 65 Neuropsychiatrie Enfance & Adolescence 33.

Currier, Glenn W. « The controversy over “chemical restraint” in acute care psychiatry » (2003) 9:1 J Psychiatric Practice 59.

Doré, Christine et David Cohen, « La prescription de stimulants aux enfants “hyperactifs” : une étude pilote des incitatifs et des contraintes pour les parents, les médecins et les enseignants » (1997) 22:1 Santé mentale au Québec 216.

Edwards, Nicole, Julie King, Hanna Watling et Sara Amy Hair, « Qualitative exploration of psychotropic medication to manage challenging behaviour in adults with intellectual disability: views of family members » (2017) 11:5/6 Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities 207.

Fabris, E, Aubrecht, K., « Chemical Constraint: Experiences of Psychiatric Coercion, Restraint, and Detention as Carceratory Techniques », dans Ben-Moshe, L, Chapman, C, Carey, AC (dir), Disability Incarcerated - Imprisonment and Disability in the United States and Canada. New York: Palgrave Macmillan, 2014, 185.

Florick Nishimura, Christine, « Eliminating the Use of Restraint and Seclusion against Students with Disabilities Note » (2010) 16:2 Tex J on CL & CR 189.

Forget, Pascal, Ghislain Samson, Stéphane Thibodeau, Martine Cloutier et Jason Luckierhoff, « Démarche d'implantation de l'approche Lean dans la gestion de l'éducation : vers de meilleurs services à moindres coûts? » (2014) 37:2 Rev can éducation 1.

Fortier, Isabelle, « La "réingénierie de l'État", réforme québécoise inspirée du managérialisme » (2010) 136:4 Rev française administration publique 803.

Fortier, Isabelle, « La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme » (2010) 22:2 Nouvelles pratiques sociales 35.

Gagnon, Douglas J., Marybeth J. Mattingly et Vincent J. Connelly, « The Restraint and Seclusion of Students With a Disability: Examining Trends in U.S. School Districts and Their Policy Implications » (2017) 28:2 J Disability Policy Studies 66.

Gagnon, Douglas J., Marybeth J. Mattingly et Vincent J. Connelly, « Variation Found in Rates of Restraint and Seclusion Among Students With a Disability » [2013] 67 Carsey School Public Policy at Scholars' Repository 1.

Garland, E. Jane, Stan Kutcher, Adil Virani et Dean Elbe, « Update on the Use of SSRIs and SNRIs with Children and Adolescents in Clinical Practice » (2016) 25:1 J Can Academy Child & Adolescent Psychiatry 4.

Georgieva, Irina, C. L. Mulder et A. Wierdsma, « Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion » (2012) 83:1 Psychiatric Quarterly 1.

Goëb, J.-L. et M.-C. Mouren, « Place des traitements psychotropes dans l'autisme de l'enfant et de l'adolescent » (2005) 163 Annales Médico Psychologiques 791.

Gordon, Michael S. et Glenn A. Melvin. « Do antidepressants make children and adolescents suicidal? » (2014) 50:11 J Paediatrics & Child Health 847.

Harvey, David. « Neo-Liberalism as Creative Destruction » (2006) 88 :2 *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography* 145.

Harvey, David. « The Right to the City: From Capital Surplus to Accumulation by Dispossession », dans Swapna BANERJEE-GUHA (dir.), *Accumulation by Dispossession: Transformative Cities in the New Global Order*, New Dehli, Sage Publication, 2010, 17.

Hazell, Lorna et Saad A. W. Shakir, « Under-Reporting of Adverse Drug Reactions: A Systematic Review » (2006) 29:5 Drug Safety 385.

Hilt, Robert J., Monica Chaudhari, Janice F. Bell, Christine Wolf, Kent Koprowicz et Bryan H. King, « Side Effects from Use of One or More Psychiatric Medications in a Population-Based Sample of Children and Adolescents » (2014) 24:2 J Child & Adolescent Psychopharmacology 83.

LeBel, Janice, Michael A. Nunno, Wanda K. Mohr et Ronald O'Halloran, « Restraint and Seclusion Use in U.S. School Settings: Recommendations From Allied Treatment Disciplines » (2012) 82:1 American J Orthopsychiatry 75.

Marquez, Sarah, « Protecting Children with Disabilities: Amending the Individuals with Disabilities Education Act to Regulate the Use of Physical Restraints in Public Schools Note » (2009) 60 *Syracuse L Rev* 617.

Masi, Laura et Martin Gignac, « TDAH et comorbidités en pédopsychiatrie. Pathologies psychiatriques, affections médicales, troubles de l'apprentissage et de la coordination » (2017) 175 *Annales Médico-psychologiques* 422.

Mayers, Pat, Nelleke Keet, Gunter Winkler et Alan J. Flisher. « Mental Health Service Users' Perceptions and Experiences of Sedation, Seclusion and Restraint » (2010) 56:1 *Int J Social Psychiatry* 60.

McGinn, Amanda, « School Discipline Practices That Will Shock You, Literally: A Reevaluation of the Legal Standard for Excessive Force against Students Notes » (2017) 54 *Am Crim L Rev* 627.

McKinney, Cliff et Kimberly Renk, « Atypical antipsychotic medications in the management of disruptive behaviors in children: Safety guidelines and recommendations » (2011) 31:3 *Clinical Psychology Rev* 465.

Menon, Krishna, Raghavendra Baburaj et Sarah Bernard, « Use of restraint for the management of challenging behaviour in children with intellectual disabilities » (2012) 6:2 *Advances in Mental Health & Intellectual Disabilities* 62.

Mohr, Wanda K., Janice LeBel, Ronald O'Halloran et Christa Preustch, « Tied Up and Isolated in the Schoolhouse » (2010) 26:2 *J School Nursing* 91.

Mulay, Darcie Ahern, « Keeping All Students Safe: The Need for Federal Standards to Protect Children from Abusive Restraint and Seclusion in Schools Student Works » (2012) 42 *Stetson L Rev* 325.

Nelson, Lycette, « Out of the institution, into the classroom: Legal challenges to the use of restraint and seclusion in school settings in the United States » (2017) 53 *Intl JL & Psychiatry* 97.

Ninan, Ajit, Shannon L. Stewart, Laura A. Theall, Shehan Katuwapitiya et Chester Kam, « Adverse Effects of Psychotropic Medications in Children: Predictive Factors » (2014) 23:3 *J Can Academy Child & Adolescent Psychiatry* 218.

Ninan, Ajit, Shannon L. Stewart, Laura Theall, Gillian King, Ross Evans, Philip Baiden et Al Brown, « Psychotropic Medication Monitoring Checklists: Use and Utility for Children in Residential Care » (2014) 23:1 *J Can Academy Child & Adolescent Psychiatry* 38.

Norton, Ashley A, « The Captive Mind: Antipsychotics as Chemical Restraint in Juvenile Detention Note » (2012) 29 *J Contemp Health L & Policy* 152.

Noud, Jennifer, « Use of Restraint and Seclusion of Disabled Students Is a Violation of Their Procedural and Substantive Due Process Rights » (2015) 39 *Nova L Rev* 265.

Peterson, Reece, Susan Albrecht et Bev Johns. « CCBD's Position Summary on the Use of Physical Restraint Procedures in School Settings » (2009) 34:4 *Behavioral Disorders* 223.

Ryan, Joseph B., Katherine Robbins, Reece Peterson et Michael Rozalski, « Review of State Policies Concerning the Use of Physical Restraint Procedures in Schools » (2009) 32:3 Education & Treatment Children 487.

Scheuermann, Brenda, Reece Peterson, Joseph B. Ryan et Glenna Billingsley, « Professional Practice and Ethical Issues Related to Physical Restraint and Seclusion in Schools » (2016) 27:2 J Disability Policy Studies 86.

Stewart, Daniel, « How Do the States Regulate Restraint and Seclusion in Public Schools? A Survey of the Strengths and Weaknesses in State Laws » (2011) 34 Hamline L Rev 531.

Suarez, Lanette, « Restraints, Seclusion, and the Disabled Student: The Blurred Lines between Safety and Physical Punishment Comments » (2017) 71 U Miami L Rev 859.

Thurmond, Jennifer A, « Nurses' perceptions of chemical restraint use in long-term care » (1999) 12:3 Applied Nursing Research 159.

Trader, Barbara, Jennifer Stonemeier, Tricia Berg, Christen Knowles, Michelle Massar, Manuel Monzalve, Sarah Pinkelman, Rhonda Nese, Traci Ruppert et Robert Horner, « Promoting Inclusion Through Evidence-Based Alternatives to Restraint and Seclusion » (2017) 42:2 Research & Practice for Persons with Severe Disabilities 75.

Walker, Virginia L et Sarah E Pinkelman, « Minimizing Restraint and Seclusion in Schools: A Response to Beaudoin and Moore » (2018) 56:3 Intellectual & Developmental Disabilities 165.

Wynn, Rolf. « Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital » (2002) 16:3 Scandinavian J Caring Sciences 287.

Mémoires/Thèses

Connolly, Jennifer F., *A Grounded Theory Analysis of Seclusion of Students with Disabilities in Schools*, thèse de doctorat en éducation, University of Rhode Island, 2014.

Quesnel, Martine, *Une étude exploratoire : Les psychostimulants et le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) dans le contexte scolaire des enfants au primaire*, thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal, 2008.

Rapport de recherche

Poirier, Nathalie, Catherine des Rivières-Pigeon, Mildred Dorismond, Georgette Goupil et Marie-Hélène Prud'homme. *L'état de la connaissance et de la reconnaissance de la personne présentant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) au Québec*, Rapport de recherche Programme Actions concertées, FQRSC, Montréal, 2012.

Articles de journaux et sites Internet

« Enfant isolé à l'école Saint-Jean Bosco : une enquête est ouverte », *Radio-Canada* (13 juin 2013), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/618632/enquete-salle-isolement-bosco>>.

« Les enfants consomment de plus en plus d'antidépresseurs », *Radio-Canada* (8 avril 2018), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1093937/medicaments-depression-jeunes-anxiete>>.

« Shawinigan : jugement rendu dans la cause de l'enfant isolé dans une aire de retrait », *Radio-Canada* (9 février 2012), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/549389/shawinigan-louise-sinotte-jacques-turenne>>.

« TDHA et médicaments : sommes-nous allés trop loin ? », *Le Journal de Québec* (31 janvier 2019), en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2019/01/31/tdah-et-medicaments-sommes-nous-alles-trop-loin>>.

« Un autiste enfermé, parce qu'il n'écoutait pas à l'école », *Radio-Canada* (11 mars 2015), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/710810/autiste-enferme-conseil-peel-poursuite>>.

« Un garçon de 8 ans ligoté et sous sédatif à son premier jour d'école », *Radio-Canada* (21 septembre 2017), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1057222/garcon-comportement-ecole-hopital-calmant-attache-kiroff>>.

« Une enseignante ligote un élève de maternelle », *TVA Nouvelles* (10 février 2006), en ligne : <<http://www.tvanouvelles.ca/2006/02/10/une-enseignante-ligote-un-eleve-de-maternelle>>.

Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec, « Forum « Jeunes et santé mentale : pour un regard différent » », en ligne : *Agidd.org* <<http://www.agidd.org/forum-jeunes-et-sante-mentale-pour-un-regard-different/>>.

Collège des médecins du Québec, *Diagnostic et traitement du TDAH : des précisions s'imposent*, 4 mars 2015, en ligne : <<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/diagnostic-traitement-tdah.aspx>>.

Champagne, Sara, « Gare à la couverture lestée, prévient un rapport », *La Presse* (18 janvier 2012), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201201/18/01-4486915-gare-a-la-couverture-lestee-previent-un-rapport.php>>.

Dion-Viens, Daphné « 45 pédiatres sonnent l'alarme contre le Ritalin », *Le Journal de Québec* (31 janvier 2019), en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2019/01/31/cris-du-cur-des-medecins>>.

Dion-Viens, Daphné, « Des médecins sonnent l'alarme contre le Ritalin », *TVA Nouvelles* (31 janvier 2019), en ligne : <<https://www.tvanouvelles.ca/2019/01/31/des-medecins-sonnent-lalarme-contre-le-ritalin>>.

Dion-Viens, Daphné, « Des parents dénoncent la pression provenant du réseau scolaire au sujet du Ritalin », *TVA Nouvelles* (31 janvier 2019), en ligne : <<https://www.tvanouvelles.ca/2019/01/31/des-parents-denoncent-la-pression-provenant-du-reseau-scolaire-au-sujet-du-ritalin>>.

Dion-Viens, Daphné, « Forcés par la garderie à médicamenter leur enfant turbulent », *Le Journal de Québec* (18 février 2019), en ligne : <<https://www.journaldequebec.com/2019/02/18/forces-par-la-garderie-a-medicamenter-leur-enfant-turbulent-1>>.

Gerbet, Thomas, « Des élèves autistes isolés dans des placards en raison de la surpopulation à la CSDM », *Radio-Canada* (28 mai 2019), en ligne : <<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1172065/ecole-etincelle-salles-apaisement-ministre-roberge>>.

Lacoursière, Ariane, « Une école pour autistes fait l'objet d'une enquête », *La Presse* (17 mars 2011), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/education/201103/16/01-4380123-une-ecole-pour-autistes-fait-lobjet-dune-enquete.php>>.

Laurin-Desjardins, Camille, « Un élève attaché à sa chaise avec du ruban adhésif », *Journal de Montréal* (4 février 2015), en ligne: <<http://www.journaldemontreal.com/2015/02/04/un-eleve-attache-a-sa-chaise-avec-du-tape>>.

Leggo, Angelina, « Sensory room at Gaspé Elementary School », *Vision Gaspé-Percé Now* (30 novembre 2017), en ligne : <<http://visiongaspeperce.ca/sensory-room-at-gaspe-elementary-school/>>.

Mercure, Philippe, « Ritalin : la consommation atteint des records au Québec », *La Presse* (9 mars 2015), en ligne : <<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/08/01-4850438-ritalin-la-consommation-atteint-des-records-au-quebec.php>>.

Prud'homme, Julien, « De part et d'autre de la classe spéciale », *Le Devoir* (11 février 2019), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/opinion/idees/547542/de-part-et-d-autre-de-la-classe-speciale>>.

Annexe 1

Documentation des commissions scolaire et des écoles

	Type de document	Nom du document	Institution	Année
1	Protocole de commission scolaire	Politique relative à la prévention et à l'intervention dans les situations de conduites dangereuses	Commission scolaire de la Baie-James	2014
2	Protocole de commission scolaire	Cadre de référence sur l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire des Découvreurs	2012
3	Protocole de commission scolaire	Politique relative à l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire de l'Estuaire	2014
4	Protocole de commission scolaire	Politique sur l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire du Pays-des-Bleuets	2009
5	Protocole de commission scolaire	Réflexion sur l'utilisation de mesures contraignantes	Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île	2008
6	Protocole de commission scolaire	Mesures d'encadrement à l'école	Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys (CSMB)	2016
7	Protocole de commission scolaire	Politique relative à l'utilisation exceptionnelle des mesures contraignantes	Commission scolaire Harricana	2015
8	Protocole de commission scolaire	Cadre de référence relatif à l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire des Premières-Seigneuries	2016
9	Protocole de commission scolaire	Protocole d'intervention en situation de crise, d'urgence et d'application de mesures contraignantes	Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles	2016
10	Protocole de commission scolaire	Politique relative à l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire des Rives-du-Saguenay	2006
11	Protocole de commission scolaire	Politique d'encadrement du recours à une mesure contraignante	Commission scolaire de la Rivière-du-Nord	2009
12	Protocole de commission scolaire	Cadre de référence sur l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire de la Beauce-Etchemin	2016

13	Protocole de commission scolaire	Politique d'encadrement relatif à l'utilisation des mesures contraignantes	Commission scolaire des Chic-Chocs	2014
14	Protocole de commission scolaire	Cadre de référence relatif à l'utilisation d'interventions non violentes en situation de crise	La Commission scolaire Pierre-Neveu	2012
15	Protocole de commission scolaire	Cadre de référence Gestion de crise et utilisation de mesures contraignantes en contexte scolaire	Commission scolaire des Monts-et-Marées	2016
16	Protocole de commission scolaire	Cadre de référence relatif à l'utilisation de mesures contraignantes	Commission scolaire des Affluents	2008
17	Protocole de commission scolaire	Policy statement – Physical restraint	Commission scolaire Western Québec	2000
18	Protocole d'école	Protocole des mesures de sécurité	École Bel-Essor	2010-2011
19	Protocole d'école	Plan d'action pour un milieu sain et sécuritaire	École du Domaine	2014
20	Protocole d'école	Protocole sur les mesures contraignantes	École Marie-Rivier	2007-2008; révisé en 2010
21	Protocole d'école	Cadre de référence relatif à l'utilisation des mesures contraignantes	École Saint-Pierre-Apôtre	2014
22	Code de vie d'école	Code de vie	École Polyvalente Sayabec	2016-2017
23	Code de vie d'école	100% Respect 100% Intervention	École le Manège	
24	Code de vie d'école	Code de vie	École Roger-Martineau	2015-2016
25	Code de vie d'école (Plan de lutte contre l'intimidation)	Plan de lutte contre l'intimidation et la violence	École Notre-Dame-de-Fatima	2017
26	Code de vie d'école	Code de vie	École aux Quatre-Vents	2017-2018
27	Code de vie d'école	Code de vie	École du Val-de-Grâce	2017
28	Code de vie d'école	Code de vie	École Louis-Philippe-Paré	2017-2018
29	Code de vie d'école	Code de vie	École du Parchemin	2014

30	Code de vie d'école	Guide de l'utilisateur du code de vie	École Mitchell-Montcalm	2015-2016
31	Code de vie d'école	Code de vie	École secondaire du Plateau	2015-2016
32	Code de vie d'école	Règles de conduite et mesure de sécurité des élèves et Protocole d'intervention pour contrer l'intimidation et la violence	École Anne-Hébert	2012

Annexe 2

Catégories de politiques des commissions scolaires

Catégorie A	1. Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles 2. Commission scolaire des Rives-du-Saguenay 3. Commission scolaire de la Rivière-du-Nord 4. Commission scolaire de la Beauce-Etchemin 5. Commission scolaire des Chic-Chocs 6. Commission scolaire des Affluents 7. Commission scolaire Pierre-Neveu
Catégorie B	1. Commission scolaire de l'Estuaire 2. Commission scolaire du Pays-des-Bleuets 3. Commission scolaire Harricana 4. Commission scolaire de la Baie-James 5. Commission scolaire des Premières-Seigneuries 6. Commission scolaire des Monts-et-Marées
Catégorie C	1. Commission scolaire des Découvreurs 2. Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île 3. Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys (CSMB)
Non classé	1. Commission scolaire Western Québec