Document généré le 23 avr. 2024 15:01

Santé mentale au Québec

# La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie

# Involuntary hospitalisation in Québec: the stakes of civil detention in psychiatry

# La custodia en los establecimientos de Quebec: implicaciones de la detención civil en psiquiatría

# A internação em estabelecimentos no Quebec: questões sobre a detenção civil em psiquiatria

Pierre-Marc Couture-Trudel, LL.B., M.D. et Marie-Ève Morin, Ph.D.

Volume 32, numéro 1, printemps 2007

La psychothérapie focalisée sur le transfert : Québec-New York (1) et Windigo I (2)

URI : https://id.erudit.org/iderudit/016518ar
DOI : https://doi.org/10.7202/016518ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Couture-Trudel, P.-M. & Morin, M.-È. (2007). La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, *32*(1), 229–244. https://doi.org/10.7202/016518ar

Résumé de l'article

Faisant partie de la pratique psychiatrique, la mesure de garde contre le gré des patients en établissement de santé pose le défi d'apprécier cliniquement la couverture sociale voulue par notre société de droit dans le cadre de la législation québécoise. Dans cette réflexion, les auteurs prônent une vision élargie du régime actuel dans lequel le devoir social d'ingérence, les valeurs de bienfaisance et de protection doivent transcender la simple description de la notion de danger du régime de détention civile.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2007

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

# La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie

Pierre-Marc Couture-Trudel*
Marie-Ève Morin**

Faisant partie de la pratique psychiatrique, la mesure de garde contre le gré des patients en établissement de santé pose le défi d'apprécier cliniquement la couverture sociale voulue par notre société de droit dans le cadre de la législation québécoise. Dans cette réflexion, les auteurs prônent une vision élargie du régime actuel dans lequel le devoir social d'ingérence, les valeurs de bienfaisance et de protection doivent transcender la simple description de la notion de danger du régime de détention civile.

La psychiatrie est devenue selon certains une discipline moins dogmatique et beaucoup plus modeste depuis que la pratique asilaire est révolue (Weisstub, 1985, 245). Peut-on maintenant supposer qu'avec la société de droit actuelle, la psychiatrie évoluera vers le consensualisme et l'annihilation de la volonté de contribuer activement à l'humanisme qui est une valeur première des soignants. N'affronterions-nous pas alors le risque que la psychiatrie se soumette à une idéologie dominante où « l'irresponsabilité médicale » (Meyer, 1993, 212) primerait sur un positionnement — devenu ardu — envers le devoir de soins ?

Dans cette réflexion, nous utilisons une des mesures les plus décriées de la psychiatrie, l'internement, comme une manifestation du risque de sombrer dans notre propre turpitude. En effet, l'internement synthétise la difficile tâche de tracer la limite de nos interventions : entre la crainte viscérale de libérer des *fous dangereux* et celle d'hospitaliser contre leur gré des personnes qui n'en ont pas besoin, entre les critiques à tendance projective de la folie et celles dénégatoires de la maladie mentale, pourtant pathologie de la liberté.

Dans un premier temps, nous présentons la détention civile telle qu'elle se présente à l'heure actuelle au Québec. Le concept de

* LL.B., M.D., psychiatre, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

** Ph.D., Assistant Professor, Department of Philosophy, University of Alberta.

« danger » étant au cœur de cette mesure légale, nous en discuterons les aspects juridiques, scientifiques et sociaux. Nous cernerons ensuite les enjeux de protection, de bienfaisance et de devoir social d'ingérence inhérents à ces mesures qui dérogent du droit commun, lequel reconnaît pourtant à chacun l'usage sans restriction de son libre arbitre. Cela permettra de définir une vision alliant l'intuition clinique à l'esprit des lois au bénéfice des patients, et compatible avec la législation québécoise intitulée *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*.

**La détention civile au Québec**

La dernière loi sur l'internement est entrée en vigueur en 1998. Elle répondait au désir du Législateur d'accorder les pratiques hospitalières aux principes du nouveau *Code civil*. Ce nouveau Code civil, véritable constitution sociale, renforce les droits des personnes. Ses mesures législatives ont été amplement décrites par d'autres, nous permettant de s'y abstenir (Ménard, 1998).

Pour la présente discussion, nous retenons surtout l'aspect relatif à l'ancienne cure fermée de la loi de 1972, dorénavant désignée *garde en établissement*. Soulignons que cette garde désigne uniquement une autorisation judiciaire de détention en milieu hospitalier, en dehors de toute référence au droit criminel. En caricaturant, la loi se base sur l'existence d'un patient « théorique » qui ne nécessite pas de traitement (hormis une détention) tout en ayant un potentiel de dangerosité qui ne sera pas traité, sinon par le simple écoulement du temps.

Deux psychiatres effectuent des examens dits psychiatriques afin de témoigner qu'une personne représente un « danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental ». Par la suite, la Cour du Québec se questionne s'il faut entériner la détention à partir de l'appréciation qu'elle fait de la preuve fournie par ces professionnels. L'appel de cette décision est possible en Cour d'appel et la révision de la garde peut être portée à l'attention d'un tribunal spécialisé : le Tribunal administratif du Québec. La durée de la garde n'est pas édictée par le Législateur : mais des examens périodiques sur son opportunité sont prévus.

Remarquons que ce processus est distinct des demandes d'ordonnance de soins contre le gré du patient (ordonnance de traitement et de placement), par le type de Cour impliquée, et par les exigences de démonstration dont celle de l'inaptitude à décider de la part de la personne. Ces constats nous ont incités à initier une réflexion sur l'essence des mesures de privation de la liberté qui ne peuvent se réduire à une seule détention selon l'esprit de la loi.

**Le danger**

Avec la présente législation, le questionnement fondamental porte sur la notion de danger qui est un concept « médico-légal », en ce sens qu'elle est le fruit d'un dialogue entre le système judiciaire et la médecine psychiatrique. Cela évite de choisir le responsable de son opérationnalisation ; le danger se cristallise alors en dehors du champ démocratique représenté par le Législateur. En utilisant le parallèle avec la statistique, les seuils de sensibilité (les psychiatres suggérant la mise sous garde) et de spécificité (les juges refusant la teneur des motifs présentés pour entériner la garde) se décident au cas par cas sans véritable consensus de la société, hormis sur les acteurs impliqués dans l'évaluation de la présence du danger présent en l'espèce.

**Critères d'application**

Pour la cure fermée (1972) :

« [L']état mental […] soit susceptible de mettre en danger la santé ou la sécurité de [la] personne ou la santé ou la sécurité d'autrui » (art.11).

Pour la garde en établissement (1998) :

« [L]es personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui […] » (art.1).

La notion de danger n'est pas définie dans la loi. Son ancienne version, issue de la révolution tranquille, y liait *santé et sécurité*, ce qui pouvait orienter le débat… La référence au *malade mental* est disparue en 1998 ; possiblement afin de réduire la portée négative de ces deux termes : les mots honte, sécurisant, sécuritaire y étant liés dans le langage populaire (Schwartzenberg, 1994, 9).

Les psychiatres sont réitérés par le Législateur comme les experts. Ce choix soulève des questions sur cet aspect de la pratique psychiatrique lié à la notion de danger. On peut envisager trois considérations pour mieux percevoir le contexte de cette législation et son application.

a) il appert qu'il y a un consensus social en Occident pour légitimer les psychiatres comme les experts légaux des questions de maladie mentale (l'*état mental* de la loi), et par extension, de la présence du danger appréhendé. La reconnaissance de cette

expertise professionnelle est distincte de l'expertise elle-même ; reconnaître les psychiatres comme les personnes les plus aptes à s'occuper des questions de santé mentale peut sembler une évidence au sein de la profession mais elle mérite d'être soulignée. Ce choix social et politique qui est un fait consacré par le droit positif, ne témoigne toutefois pas d'une réalité scientifique (Gendreau, 1996, 16).

b) le caractère scientifique des notions d'état dangereux et de dangerosité est ambigu, étant même qualifié d'anarchie conceptuelle (Senninger, 1990, 696). De plus, ce qui n'aide pas à la compréhension, des disciplines comme la criminologie se spécialisent dans l'occurrence de la récidive de violence, alors que ce semble être l'exception dans le cadre de la législation dont nous discutons. La dangerosité et son substrat — le danger — est un concept flou car au-delà des modèles actuariels destinés à le cerner et à le mesurer, le danger (le risque) est une donnée qu'on peut difficilement définir, identifier et surtout, évaluer (étudier) en situation concrète (Dallaire et al., 2001, 135 ; Slovic et Monahan, 1995, 49). Les efforts scientifiques sont valables mais obligent à la modestie.

   Évidemment, on peut songer à l'analyse bio-psycho-sociale de la psychiatrie moderne mais permet-elle d'atteindre le degré de certitude médicale requis pour une expertise psychiatrique valable dans un contexte judiciaire (Bursten, 2001, 25) ? L'usage de grilles dites actuarielles (Mossman, 2004, 503) comme le HCR-20 qui utilise vingt facteurs décrivant le passé (statiques), le présent (cliniques) et l'avenir (gestion du risque) a aussi des limites (Webster, 1997, 17). Par ailleurs, le danger recouvre deux types de situations, soit le risque délétère envers soi ou envers les autres. Mais ces risques sont interchangeables dans les discussions, tant dans la littérature scientifique que dans la loi québécoise en l'espèce. Pourtant ils ne forment pas une identité a priori, sauf peut-être dans une vision psychanalytique où l'agressivité a la même origine psychique.

c) Cette dernière considération concerne la contestation par certains de la vision véhiculée par ces législations qui restreignent la liberté de mouvement d'individus qui ont un état mental altéré, à cause des limitations scientifiques actuelles (Waldman et Yaren, 2003, 12). Au-delà de la position extrême qui nie la maladie mentale (Szasz, 1977,17), l'existence d'une faible association entre les troubles mentaux et la violence semble acquise (Monahan et Arnold, 1996, 70), en autant que

> les patients n'aient pas d'antécédents de cette nature. Également, certaines données liant la maladie à la violence sont trop souvent considérées comme causales, alors qu'il n'y a pas d'études prospectives en ce sens (Arboleda-Florez et al., 1998, S41). Enfin, des études transculturelles confirment que la clientèle psychiatrique est victime du stigmate de dangerosité (Angermeyer et al., 2004, 420) renforçant la crainte de la folie, tel un archétype jungien fondamental de notre culture.

Que conclure de ces trois constats ? De la vanité, peut-être, et du dogmatisme qui ont mené à la désignation des psychiatres comme experts, que pouvons-nous en faire ? En se basant uniquement sur la notion de danger, respecte-t-on l'intention du Législateur ? Comment pouvons-nous aider la population désignée dans la loi ? En d'autres termes, le pouvoir hérité — que certains qualifient de contrôle social — peut-il être exercé d'une manière valable, utile, dans la société actuelle ?

## La protection

Malgré les limites du vocable danger, un des rares avantages qu'il faut concéder à la législation est sa souplesse. Elle laisse un champ d'intervention, un espace de jeu, suffisamment large pour y adapter notre vision d'un régime basé sur la protection de la personne. En effet, le continuum s'étend d'un danger physique appréhendé à un danger à la santé davantage social (Brown et Murphy, 2000), lequel relève de la définition fondamentale de l'OMS qui inscrit le bien-être à sa base (Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, préambule). À partir d'une définition objective de danger qui correspond aux motifs d'action du pouvoir policier de l'État, on peut créer un danger subjectif qui rejoint le désir de *caring* de notre profession, cet humanisme fondateur de la psychiatrie, et les fonctions de *parens patriae* millénaire. En conséquence, malgré une décision binaire propre au droit, une situation de fait peut être établie afin d'opérationnaliser le danger en fonction de la nécessité de protection, telle que nous le désirons.

Parallèlement, on peut noter l'absence de référence à la protection à accorder au patient dans les décisions judiciaires publiées en ce domaine. Cette absence est possiblement reliée au peu d'intérêt manifesté envers la démonstration et la qualification du besoin pressenti pour le patient. Durant les dernières années, un seul jugement indique une telle démarche qui constate la présence d'un danger puis qui démontre le besoin de protection (*X. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*). Autrement dit, l'emphase sur le danger gagnerait à ne pas occulter la description de la protection.

Dans le même sens, l'ancien critère d'hospitalisation contre le gré du patient était son besoin de traitement (Appelbaum, 1994, 20). Au cours de la seconde moitié du XX^e siècle il fut décidé de restreindre les admissions en milieu asilaire grâce à un critère plus restrictif axé sur la dangerosité. Son application pratique a cependant été moins harmonieuse, et la résistance de la psychiatrie aux changements législatifs demeure (Appelbaum, 1994, 57 ; Dallaire et al., 1999, 144). Au Québec, il fut démontré que les décisions sur les gardes en établissement se basent sur le critère de danger même si on fait des références au besoin de traitement (Clément, 2001, 197), comme dans d'autres juridictions par ailleurs. À l'aune de la pratique et de la tradition, on ne peut s'en surprendre vu la plasticité du critère de danger. Rappelons le refus en 1998 du Législateur d'autoriser la pratique d'un élargissement progressif de la garde (garde communautaire ; les « sorties d'essai » de la législation française) et ses motivations justificatrices de ce refus allant à l'encontre de la vision médicale : « quelqu'un est dangereux ou il ne l'est pas » (*Journal des débats*, 1997, 1-55). Pour les psychiatres, le pragmatisme médical est de mise : on met sous garde ceux qui sont évalués devoir l'être, à l'aide d'un ensemble d'informations sur ceux-ci, parfois indépendamment de leur degré de dangerosité (Lesage-Jarjoura et Philips-Nootens, 2001, 211 ; Trousdell, 1991, 127).

Un autre point important est la fragmentation du régime de protection pour la personne au Québec. La détention en établissement n'est pas un « soin » pour le Législateur. Plusieurs articles différents du Code civil s'appliquent pour demander un traitement (soins) ; une instance différente est par ailleurs sollicitée, la Cour supérieure comparativement à la Cour du Québec pour la détention. Les critères de demande diffèrent également (*Pinel c. G. (A.)* ; Ménard, 1998, 239) et s'attardent surtout au consentement aux soins. Néanmoins, la doctrine suggère que la dangerosité est un élément presque toujours présent dans les discussions sur l'imposition d'un traitement contre le gré du patient (Lussier, 1998, 183). Cela étonne et amène la confusion à nouveau.

De la même façon, on demande souvent une ordonnance de placement de la personne accessoirement à la demande d'ordonnance de traitement. Le « milieu de vie décidé par l'équipe traitante », lit-on, inclut l'hospitalisation tout en se défendant que celle-ci ne constitue pas une mesure de détention… En pratique, on constate que les gardes en établissement sont davantage la règle, l'exception étant les ordonnances de traitement dont la lourdeur restreint la demande et l'application (Cournoyer et Monette, 1991, 341). Le caractère plus temporaire des gardes est également à noter.

Le manque d'intégration de ces deux parties du droit civil — les traitements (soins) et la détention — s'illustre par deux décisions judiciaires. Une première implique une patiente schizophrène pour laquelle la présence d'un danger autorisa la garde en établissement. On justifia cette dernière par la difficulté de la patiente à administrer seule, correctement, son traitement de dialyse péritonéale dont sa vie dépendait (*A. c. B.*). Un deuxième jugement concerne une demande de placement forcé d'une personne fragile qui refusait. On évoqua devant la Cour supérieure l'incapacité de cette personne d'administrer ses médicaments, sans toutefois plaider la dangerosité. La Cour ne reconnut pas le refus de soins, ni la nécessité d'une garde (*Centre hospitalier universitaire du Québec c. Loretta Rochette*). Ces exemples montrent à notre avis la fragmentation du droit commun eu égard à l'aide aux personnes fragiles imaginée par la législation québécoise.

Cette judiciarisation du droit commun n'écarte pas le débat sur la criminalisation des patients psychiatriques : est-il plus facile de traiter les patients sous le coup de la législation fédérale ? Sont-ils mieux protégés ? Cela évite-t-il la complexité du régime provincial ?

Comme la Cour suprême l'a confirmé, le droit pénal canadien prévoit un régime qui présente l'avantage d'énoncer clairement la double perspective de détention et de traitement pour les personnes reconnues criminellement non responsables de leur acte, ou inaptes à subir leur procès, même s'il y a exigence de la présence d'un critère de dangerosité (pour le public) comme base de l'application de la loi (*R. c. Demers*). Dans la perspective de traitement, le droit d'imposer les soins psychopharmacologiques est accordé seulement dans des cas spécifiques, et la Commission d'examen peut uniquement inclure des conditions qui suggèrent le respect de soins auxquels l'accusé consent. Autrement dit, le potentiel de dangerosité sera considéré explicitement quant à sa thérapeutique pour mener à la fin de la détention, selon le souhait du Législateur fédéral.

En retardant le moment où seront prises les mesures civiles appropriées, le risque est élevé que les personnes concernées attendent un passage à l'acte agressif envers autrui afin de bénéficier des règles du droit pénal. Cela soulève l'hypothèse qu'en suspendant ses droits et libertés, la criminalisation des agissements du patient lui servira davantage que le respect absolu de ses droits de la part de certains professionnels.

Si les critères d'obtention d'une détention civile ou d'une ordonnance de traitement sont trop restrictifs, par leur définition ou par leur interprétation (Solomon et al., 1995, 118), il faut craindre

l'augmentation du nombre de patients tombant sous juridiction fédérale. On en revient alors à la réactualisation du stigmate liant maladie et crime.

Toujours au plan de la législation fédérale, le risque de criminaliser un état dangereux est bien réel car le but d'intégrer les soins et la coercition (physique) de la détention, ou du suivi d'un mandat de la Commission d'examen, diffère d'un régime de soins. Certains auteurs y voient à nouveau une manifestation de contrôle social : l'avènement de l'acte répréhensible (l'*actus reus*) distinguant les mesures de détention, civile ou pénale (Arboleda-Florez, 1991, 162). D'autres y voient la confirmation de la difficulté à distinguer sociologiquement la notion de contrôle de celle de traitement pour les détentions civiles (Dallaire et al., 2001, 144). Quoiqu'il en soit, le choix législatif d'une dangerosité binaire au niveau civil surprend le clinicien. Par exemple, certains patients sous mandat de la Commission d'examen bénéficient d'une libération conditionnelle qui leur permet une relative libre circulation malgré leur dangerosité pour le public (si elle était absente, il y aurait libération inconditionnelle), tout en ne nécessitant pas la mise en vigueur d'une garde en établissement…

On conviendra que la notion de protection est cruciale pour motiver le clinicien à ce que les personnes reçoivent ce que nous jugeons approprié pour elles, et à atteindre nos objectifs de bienfaisance, tout en évitant le recours au droit criminel qui est certes plus intégré, selon nous. La protection juridique par la détention est en matière civile non pas l'incarcération, mais le soin d'hospitalisation, alors que le besoin de protection est pressenti comme relevant d'un besoin d'hospitalisation.

**La bienfaisance contre l'autonomie virtuelle**

Il existe deux valeurs fondamentales en cause dans les mesures de détention civile. Alors que l'on désire trop souvent les opposer, elles sont toutes deux véhiculées par la psychiatrie : l'autonomie de la personne, la bienfaisance et le paternalisme envers l'individu.

Le principe de l'autonomie de la personne et de son inviolabilité est maintenant au centre des préoccupations de la société. Le désir moderne d'égalitarisme dans les rapports sociaux fonde la liberté de chacun. La médecine reconnaît cet état de fait et de par son héritage freudien, la discipline psychiatrique fut aux premières loges d'une thérapeutique cherchant à augmenter les choix du patient et ainsi, sa liberté : « [l]a psychiatrie se veut une science libératrice qui opère à partir d'un concept juridique fondamental, le postulat de l'autonomie de la volonté » (Weisstub, 1985, 225). Précisons néanmoins qu'elle recon-

nut d'emblée l'usage d'un tiers pour aider la personne (et ses conflits) à accomplir l'analyse.

Quant au paternalisme, c'est une valeur médicale traditionnelle. Elle implique le souhait d'intervenir de façon bienveillante envers le patient. L'État a également ce mandat paternel, fruit d'une longue histoire captée sous le vocable *parens patriae*. Le devoir d'état — le besoin d'agir — répond à cette fonction inhérente d'un contrat social : l'autorité ne trouvant sa légitimité que dans un contrat dont les clauses sont nécessaires et universelles et où chacun, se donnant à tous, ne se donne à personne (Rameix, 1996, 42). Rappelons que les mesures de détention civile ont ce caractère universel (Curran et Harding, 1978, 51 ; Harding et Adserballe, 1983, 397).

De la même façon, l'intervention en matière sociale suit cette tendance étatique. Mais certaines appréhensions demeurent : comment ne pas être intrusif auprès des citoyens (*big brother*) malgré un besoin de couverture sociale étendu (*big mother*) ? En l'occurrence, comment brimer la liberté face au devoir de secours (protection) nommé expressément par la *Charte des droits et libertés de la personne* en son article 2 ?

La compétition entre des valeurs démocratiques appelle l'établissement d'une proportionnalité, faute d'une préséance. Un bel exemple est donné par la Cour d'appel qui discutait des mesures de prévention du suicide. Le juge LeBel, anciennement à cette cour, se questionnait sur la responsabilité civile des psychiatres à la suite du suicide d'une patiente où on alléguait la non prescription d'une surveillance adéquate. La Cour reconnut que diverses écoles de pensée existaient en psychiatrie (ou si on préfère dans la société) : l'une favorisant une approche sécuritaire et plus contraignante, et une autre nécessitant « une approche plus libérale et plus ouverte dans la psychiatrie moderne ». La Cour motivait la deuxième approche comme un moyen de viser à établir une meilleure relation personnelle avec le patient afin d'obtenir sa collaboration ; cela impliquait d'assumer un certain risque suicidaire en contrepartie (*Cloutier c. Hôpital Le centre hospitalier de l'Université Laval*, p. 721). Cette position est opportune car elle témoigne, à notre avis, de la difficulté de clarifier quelle valeur doit être privilégiée et quelle approche devrait être favorisée.

Conformément à la philosophie de Mill, nous croyons que les libertés individuelles ne sont pas des fins en soi (la doctrine déontologique), mais des moyens d'atteindre la fin posée comme bonne en soi (l'utilitarisme). Il appert que la vraie valeur d'autonomie n'est pas celle rendue virtuelle par l'*état mental altéré*. La fin des mesures de détention

civile est une thérapeutique pouvant permettre de retrouver le libre arbitre. On peut néanmoins se permettre de dénoncer l'usage de la « liberté » pour qualifier tant le droit à la libre circulation que celui d'utiliser son jugement de façon autonome. Le débat entre les valeurs utilitaristes et celles déontologiques doit demeurer (Chodoff, 1984) : le paternalisme du modèle médical qui prône une fin de bienfaisance doit continuer à être inspecté dans ses moyens.

Enfin, nous devons noter qu'il est malheureusement fréquent d'identifier un sous-financement des mesures sociales, en amont de l'hospitalisation, qui expliquent en partie l'usage de la détention civile, l'itinérance de patients présentant des troubles psychiatriques l'illustrant.

**Le devoir social d'ingérence**

La décision de recourir à une détention civile implique également de concilier une double fonction thérapeutique, individuelle et sociale. Cette dernière fonction sociale exige de se positionner sur le rôle social assumé par le psychiatre.

Avec justesse, le contrôle social des populations vulnérables est évoqué généralement avec suspicion : le risque de glissement vers une régulation sociale étant patent (Tramoni et Vola, 1997, 18). Nous reconnaissons que le processus de catégorisation et d'identification ne devrait pas être soustrait à la réflexion critique en raison de ses effets pervers (Bourgeault, 2004, 42). Au Québec, un simple contrôle social n'a pas été émis clairement pour les détentions civiles (Morissette, 1985, 715) ; l'état policier qui utiliserait la détention préventive, par exemple avec l'usage d'un critère de danger physique, n'est pas la visée du droit civil.

Le mandat social est présent en psychiatrie. L'article premier de la *Déclaration de Hawaï* pose le rôle social des psychiatres comme fondateur de cette discipline. L'ambiguïté des neuroleptiques peut servir d'illustration à cet aspect. Le traitement des pathologies psychotiques oscille entre le bien individuel et collectif, entre le mieux-être du patient et la norme sociale de l'exclusion (Henry, 1999, 72). Avouer que la réadaptation recouvre une dimension thérapeutique au niveau social, c'est considérer que — parfois — la détention permet de débuter, d'amorcer un traitement. On peut également citer à bon escient l'origine de l'alliance thérapeutique, la tradition hébraïque de l'imposition de règles par Dieu (*l'alliance*) (Weisstub, 1985, 253), qui n'emporte pas nécessairement une approche consensuelle. Elle comprend parfois la « coercition bienveillante », mieux nommée par le sain devoir de persuasion, qui est probablement incluse dans le consentement implicite

au niveau longitudinal. Ce dernier point pourrait être décrié ; cette vision contraste avec une conception juridique de consentement aux soins qui sert trop fréquemment de véhicule à l'appréciation instantanée de la volonté, au détriment de la pérennité de la relation, de l'engagement.

De la même façon, les lois sur la protection sont quelquefois l'objet d'une tentative d'interprétation restrictive par certains juristes et à leur suite, par certains psychiatres. En effet, on omet de discriminer les protections procédurales offertes aux patients qui rendent constitutionnelles les privations de liberté engendrées par les effets de la loi (Ménard, 1998, 436), de celles concernant la teneur ultime du régime mis en place par l'État protecteur. La rigueur des premières étant encore nécessaire (Lauzon, 2003, 272), il y aurait lieu de faire preuve d'une interprétation large et libérale en faveur des principes bien décrits en « common law » qui distinguent les lois pénales et remédiatrices (*remedial*), ces dernières touchant les membres de groupes défavorisés et la protection des droits et libertés (Côté, 1999, 480). Cette vision légale autorise à notre avis l'application d'un critère de danger élargi au bien-être, à la « santé en péril » qui était nommée dans la loi jusqu'à l'épuration de la rédaction législative de 1998.

En conséquence, le rôle social de la psychiatrie et l'interprétation des lois de protection autorisent le devoir des médecins envers cette population (Code de déontologie, art. 38). La référence au devoir d'ingérence est opportune. Le devoir de santé au plan de l'éthique sociale — l'ordre public, la dangerosité sociale, les comportements marginaux — est d'arraisonner l'autre sur le chemin où le représentant du corps social (le psychiatre) agit au nom de la protection des personnes vulnérables (Trani et Vola, 1997, 22). Agir, c'est contraindre et entraver, malheureusement.

## Conclusion

Nous croyons que le régime québécois de détention civile mérite une analyse plus extensive des situations qu'il couvre. Cette conclusion est soutenue par la loi, l'esprit de protection de ce type de législation ainsi que par la perte de l'autonomie dont il s'agit et qui retire la liberté ultime : le libre arbitre.

Dans un premier temps, nous suggérons d'envisager le concept de danger au-delà de l'appréhension d'un danger physique pour y inclure la présence d'un danger au bien-être, à la santé en péril. Ensuite, le questionnement didactique de rechercher la présence d'un danger puis d'un besoin de protection, permettrait de souligner la complémentarité de ces deux notions. Cette pédagogie serait plus proche de la démarche clinique et judiciaire. Cette analyse correspond à la volonté du

Législateur exprimée dans l'intitulé de la loi, et qui nous semble à même de soutenir l'ampleur de notre engagement envers les patients, dans le cadre de la société libérale actuelle.

Demeureront le difficile art de gérer l'imprécision des situations de fait uniques, et l'ambiguïté des reproches contradictoires d'enfermer indûment et de tolérer les individus clamant leur autonomie sans égard aux conséquences. Nous ferons également face à la tendance dite du phénomène de refus de tous risques (Piéton, 1999) qui s'étend dans toutes les sphères, des dogmatismes que sont la retenue et le refus de contrarier les droits et libertés, et la délicate commande d'intervenir tout en désirant la plus grande tâche d'attention aux personnes vulnérables amenées jusqu'à nous (Bourgeault, 2004).

Le questionnement est ouvert. La norme sociale que nous utilisons pour faire notre thérapeutique de réinsertion nous effraie-t-elle davantage que la norme biologique, confortable ? La psychiatrie s'intéresse-t-elle à l'individu ou à la société ? Sommes-nous encore suffisamment créateur face aux tragédies humaines que nous soignons ? Comme le citait Swartzenberg : « Le suicide est comparable au geste désespéré du rêveur pour rompre son cauchemar » (Valéry).

## RÉFÉRENCES

ANGERMEYER, M. C., BUYANTUGS, L., KENZINE, D.V., MATSCHINGER, H., 2004, Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia : are there cultural differences ?, *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, 420-425.

APPELBAUM, P. S., 1994, *Almost a Revolution*, Oxford University Press, New York.

ARBOLEDA-FLOREZ, J., HOLLEY, H., CRISANTI, A., 1998, Understanding causal paths between mental illness and violence, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S38-S46.

ARBOLEDA-FLOREZ, J., 1991, Two Solitudes : mental health and law, *Journal of Forensic Psychiatry*, 2, 143-165.

BOURGEAULT, G., 2004, L'État protecteur : jusqu'où ? Comment ? in S.F.P.B.Q., ed., *Responsabilités et mécanisme de protection*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 37-46.

BROWN, K., MURPHY, E., 2000, Falling though the cracks : The Quebec mental health system, *R. D. McGill*, 45, 1037-1079.

BURSTEN, B., 2001, *Psychiatry on Trial*, McFarland, Jefferson.

CLÉMENT, M., 2001, Dans la mire des audiences de révision de cure fermée : l'état mental et la dangerosité, *Santé mentale au Québec*, XXVI, 1, 181-201.

CHODOFF, P., 1984, Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue, *American Journal of Psychiatr*y, 141, nº 3, 384-389.

CÔTÉ, P.-A., 1999, *Interprétation des lois*, Éditions Thémis, Montréal.

COURNOYER, J., MONETTE, Y., 1991, La judiciarisation du traitement du malade psychiatrique inapte qui refuse catégoriquement de consentir, *Revue canadienne de psychiatrie*, 36, 339-343.

CURRAN, W. J., HARDING, T. W., 1978, *Droit et santé mentale : vers une harmonisation des objectifs*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

DALLAIRE, B., MCCUBBIN, M., MORIN, P., COHEN, D., 2001, Civil commitment due to mental illness and dangerousness : the union of law and psychiatry within a treatment-control system in J. Busfield, ed., *Rethinking the Sociology of Mental Health*, Blackwell Publisher, Oxford, 133-152.

DALLAIRE, B., MORIN, P., MCCUBBIN, M., 1999, *Traitement et contrôle des systèmes judiciaire et psychiatrique : Le passage des principes à la pratique dans l'application de la notion de dangerosité civile*, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Montréal.

GENDREAU, C., 1996, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement : élaboration d'une norme internationale*, Éditions Thémis, Montréal.

GRATON, G., 2002, Réflexion éthique sur la protection malgré soi in S.F.P.B.Q., ed., *Être protégé malgré soi*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 49-58.

HARDING, T. W., ADSERBALLE, H., 1983, Assessments of Dangerousness : Observations in Six Countries, *International Journal of Law and Psychiatry*, 6, 391-398.

HENRY, A., 1999, Éthique et psychiatrie : une bipolarité obligée in Brunswic, H., Pierson, M., eds, *Principes d'éthique médicale*, Librairie Vuibert, Paris, 65-78.

LAUZON, J., 2002-2003, L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui : pour un plus grand respect des droits fondamentaux, *R.D.U.S.*, 33, 220-316.

LESAGE-JARJOURA, P., PHILIPS-NOOTENS, S., 2001, *Éléments de responsabilité civile médicale*, Éditions Yvon Blais, Cowansville.

LUSSIER, S., 1998, Les régimes de garde des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui in S.F.P.B.Q., *Développements récents en droit de la santé mentale* (1998), Éditions Yvon Blais, Cowansville, 177-186.

MÉNARD, J.-P., 1998, La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente une danger pour elles-mêmes ou pour autrui in Barreau du Québec, ed., *Congrès du Barreau du Québec 1998*, 427-495.

MÉNARD, J.-P., 1998, L'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins in S.F.P.B.Q., ed., *Développements récents en droit de la santé mentale* (1998), Éditions Yvon Blais, Cowansville, 237-266.

MEYER, P. P., 1993, *L'irresponsabilité médicale*, Grasset, Paris.

MONAHAN, J., ARNOLD, J., 1996, Violence by people with mental illness : A consensus statement by advocates and researchers, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 4, 67-70.

MORISSETTE, L., 1987, Loi québécoise sur la protection du malade mental : modifications souhaitables, *Revue canadienne de psychiatrie*, 32, 713-718.

MOSSMAN, D., 2004, Understanding prediction instruments, in Simon, R.I., Gold, L.H., eds., *Textbook of Forensic Psychiatry*, The American Psychiatric Publishing, Arlington, 501-523.

PIERSON, M., 1999, Risques thérapeutiques et diagnostiques, in Brunswic, H., Pierson, M., eds, *Principes d'éthique médicale*, Librairie Vuibert, Paris, 37-45.

RAMEIX, S., 1996, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Ellipses/ édition marketing, Paris.

SCHWARTZENBERG, L., 1994, *Face à la détresse*, Fayard, Paris.

SENNINGER, J.-L., 1990, Dangerosité, *L'information psychiatrique*, 7, 689-696.

SLOVIC, P., MONAHAN, J., 1995, Probability, danger, and coercion : a study of risk perception and decision making in mental health law, *Law and Human Behavior*, 19, 49-65.

SOLOMON, P., ROGERS, R., DRAINE, J., MEYERSON, A., 1995, Interaction of the criminal justice system and psychiatric professionals in which civil commitment standards are prohibitive, *Bulletin of The American Academic Psychiatry Law*, 23, 1, 117-128.

Szasz, T., 1977, *La loi, la liberté et la psychiatrie*, Payot, Paris.

TRAMONI, A.-V., VOLA, P. E., 1997, Psychiatrie et droits de l'individu in Tramoni, A.-V., ed, *Éthique médicale et psychiatrie*, Masson, Paris, 17-23.

TROUSDELL, M., 1991, *The Psychiatric Evaluation of Dangerousness : Individual vs Collective Rights*, Essai de maîtrise en droit de la santé, Sherbrooke.

WALDMAN, J., YAREN, S., 2003, Should dangerousness indicate inpatient psychiatric treatment ?, *CPA Bulletin*, juin, 11-16.

WEBSTER, C. D., DOUGLAS, K. S., EAVES, D., HART, S. D., 1997, HCR-20 *Évaluation du risque violence*, The Mental Health, Law and Policy Institute, Burnaby.

WEISSTUB, D. N., 1985, Le droit et la psychiatrie dans leur problématique commune, *R.D. McGill*, 30, 221-265.

## JURISPRUDENCE

*A. c. B.,* T.A.Q., nº SAS-Q-057825-9912, 18 janvier 2000.

*Centre hospitalier universitaire de Québec c. Loretta Rochette*, REJB 2000-21356 (C.S.).

*Cloutier c. Hôpital Le centre hospitalier de l'Université Laval*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.).

*Pinel c. G. (A.).*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.).

R. c. Demers, [2004] 2 R.C.S. 489.

*X. c. Centre hospitalier Robert-Giffard*, T.A.Q., nº PM-11665, 6 avril 1999, résumé BDS-99-181.

## DOCUMENTS JURIDIQUES

*Charte des droits et libertés de la personne*, L.R.Q. c. C-12.

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

*Code de déontologie des médecins*, Décret 1213-2002, (2002) 134 G.O. II, 7354.

*Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, conférence internationale du 19 au 22 juillet 1946 tenue à New York.

*Déclaration de Hawaï*, Association mondiale de psychiatrie, Honolulu, octobre 1977.

*Journal des débats*, Cahier nº 99, 28 novembre 1997, p.1 à 55 (Commission permanente des affaires sociales, Étude détaillée du projet de loi nº 39, Remarques préliminaires).

*Loi sur la protection du malade mental*, L.R.Q., c. P.41.

*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, L.Q. 1997, c.75.

## ABSTRACT

### Involuntary hospitalisation in Québec: the stakes of civil detention in psychiatry

Being part of the psychiatric practice, civil detention of patients in hospitals against their will remains difficult to assess clinically in regards to the role of social protection desired by our society. In this paper, the authors promote a broader understanding of the concept of danger that grounds the application of this civil commitment regime in order to fulfill both duty of intervention and promotion of values of beneficence and protection of patients.

## RESUMEN

### La custodia en los establecimientos de Quebec: implicaciones de la detención civil en psiquiatría

Al formar parte de la práctica psiquiátrica, la medida de custodia contra la voluntad de los pacientes en los establecimientos de salud plantea el desafío de identificar clínicamente la cobertura social deseada por nuestra sociedad de derecho en el marco de la legislación quebequense. Con esta reflexión los autores preconizan una visión amplia del régimen actual, en el que el deber social de injerencia, los valores de asistencia y de protección deben trascender a la simple descripción de la noción de peligro del régimen de detención civil.

## RESUMO

### A internação em estabelecimentos no Quebec: questões sobre a detenção civil em psiquiatria

Como parte da prática psiquiátrica, a medida de internação contra a vontade dos pacientes em estabelecimentos de saúde levanta o desafio da avaliação clínica da cobertura social desejada por nossa sociedade de direito, dentro da legislação quebequense. Nesta reflexão, os autores exaltam uma visão ampla do regime atual no qual o dever social de ingerência, os valores de beneficência e de proteção devem transcender a simples descrição da noção de perigo do regime de detenção civil.