

Dans la ligne de mire des audiences de révision de cure fermée : l'état mental et la dangerosité

Michèle Clément

Volume 26, numéro 1, printemps 2001

Paternité et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014517ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014517ar>

[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

Clément, M. (2001). Dans la ligne de mire des audiences de révision de cure fermée : l'état mental et la dangerosité. *Santé mentale au Québec*, 26(1), 181-201. <https://doi.org/10.7202/014517ar>

Résumé de l'article

Cet article présente les résultats d'une observation en situation de six audiences de révision de cures fermées tenues par le Tribunal administratif du Québec. Toutes les audiences observées concernaient des individus jugés dangereux. En procédant à une analyse thématique des témoignages et des interrogatoires des acteurs (psychiatre traitant, avocat du tribunal, avocat de l'appelant, psychiatres experts), l'auteure cherche les signes et les repères que les acteurs empruntent pour statuer sur la dangerosité de l'appelant. Les résultats de l'observation révèlent qu'il n'y a pas de critère objectif émergeant de l'audience et que la façon dont se définit la dangerosité de l'individu est abstraite et vague. En fait, ce n'est que dans la décision écrite rendue à l'issue des audiences que l'on voit apparaître les premiers propos sur la dangerosité. L'audience met en scène des acteurs de la psychiatrie et du droit qui s'entretiennent entre eux non pas sur la dangerosité mais plutôt sur l'implicite d'une thérapeutique obligatoire que doit partager avec eux l'appelant. Dans la décision écrite, c'est ce qui émerge de ce discours sur la thérapeutique qui semble être retraduit en termes de dangerosité.



Dans la ligne de mire des audiences de révision de cure fermée : l'état mental et la dangerosité¹

Michèle Clément*

Cet article présente les résultats d'une observation en situation de six audiences de révision de cures fermées tenues par le Tribunal administratif du Québec. Toutes les audiences observées concernaient des individus jugés dangereux. En procédant à une analyse thématique des témoignages et des interrogatoires des acteurs (psychiatre traitant, avocat du tribunal, avocat de l'appelant, psychiatres experts), l'auteure cherche les signes et les repères que les acteurs empruntent pour statuer sur la dangerosité de l'appelant. Les résultats de l'observation révèlent qu'il n'y a pas de critère objectif émergeant de l'audience et que la façon dont se définit la dangerosité de l'individu est abstraite et vague. En fait, ce n'est que dans la décision écrite rendue à l'issue des audiences que l'on voit apparaître les premiers propos sur la dangerosité. L'audience met en scène des acteurs de la psychiatrie et du droit qui s'entretiennent entre eux non pas sur la dangerosité mais plutôt sur l'implicite d'une thérapeutique obligatoire que doit partager avec eux l'appelant. Dans la décision écrite, c'est ce qui émerge de ce discours sur la thérapeutique qui semble être retraduit en termes de dangerosité.

Plusieurs études empiriques ont montré qu'il n'y avait pas de critère objectif permettant de prédire la dangerosité d'un individu présentant des troubles mentaux graves (Cohen et al., 1998 ; Menzies et Webster, 1995, Holstein, 1993). En dépit de cela, la *dangerosité* n'en continue pas moins d'être le fondement sur lequel reposent les décisions d'internement psychiatrique involontaire (aussi appelé cure fermée et, au Québec, depuis l'entrée en vigueur du nouveau *Code civil*, garde en établissement). Dans une société qui se veut démocratique, une telle pratique est évidemment des plus troublantes et nécessite un examen attentif des éléments qui sont en cause. C'est à cet examen auquel nous souhaitons contribuer en tentant de reconstituer ici, le plus fidèlement possible, ce qui se passe et ce qui se dit lors d'une audience de révision de cure fermée menant à la reconduction de la cure, donc d'audiences impliquant des individus jugés dangereux. Les audiences tenues par le Tribunal administratif du Québec² sont en effet la seule fenêtre par laquelle il est possible d'observer la façon dont se définit, dans l'action, la dangerosité

* L'auteure, Ph.D., est chercheure au CLSC-CHSLD, Haute-Ville-Des-Rivières, Centre affilié universitaire.

d'un individu réputé souffrir de troubles mentaux. Or, cette fenêtre est depuis toujours fermée au regard inquisiteur du chercheur. Du moins, à notre connaissance, on ne retrouve au Québec aucun écrit ou étude portant spécifiquement sur la question de l'audience de révision de cure fermée quoique les rapports d'audience aient déjà fait l'objet de quelques investigations (Clément, 1999 ; Cohen et al., 1998 ; Bergeron, 1981).

Nous discutons dans un premier temps, des difficultés inhérentes à l'évaluation de l'état mental et de la dangerosité ; nous présentons ensuite la méthodologie de l'étude et en troisième lieu, la présentation du déroulement factuel d'une audience suivi de la description des structures thématiques des témoignages entendus lors des audiences et des interrogatoires auxquels ces témoignages ont donné lieu. Finalement, les résultats de l'observation en situation sont discutés.

État mental et dangerosité : position du problème

L'article 11 de la *Loi sur la protection du malade mental*³ précise que pour qu'une personne soit admise en cure fermée, son état mental doit être susceptible de mettre en danger sa santé et sa sécurité ou la santé et la sécurité des autres. Implicitement, cet article de loi reconnaît donc qu'il est possible d'établir un lien entre état mental et dangerosité et de prédire, sur cette base, la survenue d'un effet adverse. À l'article 30, un droit de recours est également prévu pour la personne insatisfaite d'une décision rendue à son sujet ou au sujet d'un de ses parents ou d'une personne qui lui est proche (l'appelant). Le cas échéant, elle a la possibilité de s'adresser au Tribunal administratif du Québec pour faire réviser cette décision. Lorsque la décision en litige concerne une cure fermée, le Tribunal tient une audience et délègue, sur les lieux où est détenu l'individu, deux psychiatres (des assesseurs) et un avocat (un membre) afin de réévaluer la légitimité de la cure contestée. Pour ce faire, le Tribunal a l'obligation d'entendre la personne qui est détenue (l'appelant) et son psychiatre traitant. À l'issue de l'audience, une décision écrite sera rendue qui peut en être une de maintien ou de levée de la cure. Dans tous les cas, cependant, le jugement rendu implique qu'il y a eu évaluation de l'état mental et de la dangerosité et que l'éventualité ou non d'un lien entre ces deux termes a été clairement établie. Or, la capacité de procéder à de telles évaluations et à prédire la dangerosité est, à l'heure actuelle, l'élément le plus controversé du débat entourant la légitimité de l'internement psychiatrique involontaire.

D'abord, parce que l'évaluation de l'état mental n'est jamais un jugement achevé. Les versions successives du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-1, DSM-II, DSM-III et maintenant DSM-IV) témoignent bien du fait que l'établissement d'un diagnostic est

un phénomène sans cesse remis en question et en constante évolution. Par ailleurs, même établi, rien ne garantit de la fiabilité des diagnostics posés.

Twenty years after the reliability problem became the central focus of DSM-III there is still not a single multi-site study showing that DSM (any version) is routinely used with high reliability by regular mental health clinicians. Nor is there any credible evidence that any version of the manual has greatly increased its reliability beyond the previous version (Kirk et Kutchins, 1994, 83).

Les mêmes difficultés se posent lorsqu'il s'agit d'évaluer la *dangerosité*. Au Québec, après avoir étudié les décisions écrites de révision de cure fermée rendues par le Tribunal administratif du Québec, Cohen et ses collègues (1998) sont arrivés à la conclusion que la notion de *dangerosité*, telle qu'on la retrouve dans les rapports d'audience, est vague et indéfinie; par surcroît, son opérationnalisation ne repose sur aucun critère objectif. Ce fait a également été soulevé dans le cadre d'études canadiennes (Robertson, 1987; Anand, 1979) et américaines (Holstein, 1993; Warren, 1977).

Les travaux de chercheurs américains laissent aussi entendre que si les considérations psychiatriques ne sont jamais entièrement évacuées des processus de décision et de révision de cure fermée, c'est d'abord et avant tout sur les problèmes reliés au maintien de l'individu dans la communauté que se justifient les décisions concernant leur internement (Holstein, 1993; Emerson, 1989; Decker, 1987). Au Québec, après avoir fait une étude quantitative détaillée et critique des décisions écrites de révision de cure fermée rendues, des chercheurs ont établi, qu'au total, trois variables avaient un impact significatif sur la décision de maintenir une cure fermée soit: 1) la présence d'un avocat; 2) l'autocritique (i.e. l'aveu par la personne elle-même qu'elle souffre d'une maladie mentale) et, enfin; 3) la mention que l'individu a commis un acte de violence envers une personne ou un animal (Cohen et al., 1998).

Un nombre important de données empiriques supportent donc l'idée que la décision de mettre ou de maintenir un individu en cure fermée ne s'appuie pas uniquement sur la démonstration objective de sa folie (Emerson, 1989) et/ou de sa dangerosité (Holstein, 1993). Dans les deux cas, la capacité des professionnels à se prononcer scientifiquement et objectivement est très sérieusement mise en doute. Selon certaines études, en outre, les cliniciens ne seraient pas davantage habiletés à évaluer le risque de dangerosité que les intervenants de la communauté (Menzies et Webster, 1995).

À l'évidence, si l'évaluation de l'état mental et de la dangerosité ne sont pas des processus « neutres » et « objectifs » et que, pour cette

raison, la tâche d'évaluer l'état mental et la dangerosité implique forcément un certain arbitraire, il est de toute première importance de chercher à comprendre la manière dont se structurent et s'organisent les décisions prises par le Tribunal administratif. Jusqu'à ce jour, les chercheurs québécois ont surtout travaillé à partir des décisions écrites rendues à l'issue des audiences de révision de cure fermée, l'accès aux audiences ayant été historiquement très limité. Ce seul angle d'analyse ne permet pas, toutefois, de comprendre de manière concrète et globale le fonctionnement du Tribunal ni les logiques qui conduisent au jugement de maintenir ou non une cure fermée faisant l'objet d'une contestation. Pour accéder à une telle compréhension, il faut remonter jusqu'aux audiences elles-mêmes et s'intéresser à la façon dont s'opère le passage entre ces dernières et la décision écrite. En présentant dans le cadre de cet article-ci les grandes lignes d'une observation en situation des audiences, nous espérons contribuer à ce remaillage des connaissances. Plus précisément, nous nous proposons ici de rendre accessibles et concrets les propos qui se tiennent en regard de l'état mental et de la dangerosité de l'individu lors d'une audience de révision de cure fermée.

Méthodologie

Les résultats présentés dans le cadre du présent article sont tirés de notre thèse de doctorat dans laquelle est exposée une argumentation visant à répondre à la question suivante : *les décisions écrites de révision de cure fermée rendues par le Tribunal administratif du Québec contiennent-elles des traces des mécanismes d'exclusion ?* La théorie de la désignation était la perspective théorique sous-jacente à cette dernière.

Sur le plan méthodologique, l'étude comportait deux volets. Le premier a pris la forme d'une observation en situation des audiences tenues par le Tribunal administratif du Québec. Le second, fondé sur l'analyse de contenu thématique, a consisté à faire la description détaillée de cent vingt décisions rendues par le Tribunal entre 1990 et 1993. Les décisions analysées étaient équitablement réparties à l'intérieur de deux corpus ; un premier regroupant des décisions de levée de la cure, un second des décisions de maintien de la cure. Les résultats présentés ici sont issus du premier volet de l'étude. Ils résultent donc d'une démarche qualitative réalisée à partir d'observations en situation (*in situ*). Pour ce faire, nous avons opté pour une position de retrait ; notre présence n'a donné lieu à aucune interaction verbale ou physique lors des audiences. Les objectifs poursuivis par l'observation étaient toutefois connus de l'ensemble des participants.

Le cadre général pour l'observation et l'analyse des données d'observation a été fortement inspiré des cinq axes d'observation proposés par Angers (1992). Ces axes, permettant de circonscrire le contexte de l'action observée, sont : 1) Où sommes-nous ? C'est la description du site ; 2) Qui sont les participants (leur nombre, leur fonction, leurs caractéristiques, etc.) ? 3) Pourquoi les participants sont-ils là ? C'est la description des buts et des objectifs poursuivis par la rencontre où l'événement qui met en lien les individus entre eux ; 4) Que se passe-t-il ? C'est la description de l'action (gestes, discours, interactions, etc.) et ; 5) Qu'est-ce qui se répète et depuis quand ? On doit noter cependant que pour les fins du présent article seules les données cumulées aux axes d'observations 2 et 4 sont présentées.

Les observations ont été colligées au fur et à mesure que se déroulaient les audiences et retranscrites dès que celles-ci prenaient fin. Les notes d'observations ont par la suite été analysées selon les différents axes précités de même qu'en fonction des principaux thèmes répertoriés dans l'analyse préliminaire d'un nombre substantiel de décisions écrites de révision de cure fermée rendues par le Tribunal administratif du Québec.

Il est important de garder en mémoire, qu'au départ, cette observation a été réalisée dans l'unique but de connaître le contexte de production des décisions écrites rendues par le Tribunal et pour comprendre aussi comment s'effectuait le passage de l'audience à la décision écrite. L'observation n'avait donc pas pour finalité la production de données généralisables ou transférables. Aussi, les principes de saturation de l'information, souvent poursuivis dans ce type de démarche, n'ont évidemment pas été recherchés ni atteints. Ces choses étant dites et malgré les limites importantes des résultats qui sont ici rapportés, le présent article n'en demeure pas moins intéressant dans la mesure où il trace les premiers contours d'un univers mal connu ; celui du fonctionnement du Tribunal administratif du Québec dans le contexte de la tenue d'une audience de révision de cure fermée.

Les participants

Au total, six audiences tenues à l'automne 1997 dans la région de Québec par le Tribunal ont fait l'objet d'une observation en situation. La moitié des participants étaient des femmes possédant un âge respectif de 34, 39 et 58 ans tandis que celui des hommes était de 19, 52 et 65 ans. Enfin, trois femmes et un homme possédaient un diagnostic de schizophrénie tandis que les deux autres hommes avaient des diagnostics de trouble bipolaire et de troubles de la personnalité. La totalité des audiences observées se sont soldées par un maintien de la cure contestée.

Le déroulement de l'audience

Les audiences tenues par le Tribunal administratif ont lieu dans le milieu hospitalier où réside l'appelant. C'est le membre avocat qui ouvre la séance en rappelant le rôle du Tribunal et en présentant les participants soit, les deux psychiatres assesseurs, l'appelant, son psychiatre traitant et, s'il y a lieu, l'avocat de l'appelant, les membres de sa famille, ses amis, les représentants du centre hospitalier, etc. C'est également le membre qui collige les notes qui serviront à rédiger la décision écrite, rendue à l'issue de l'audience. Le déroulement de l'audition se fait en deux temps. Il y a d'abord le témoignage du psychiatre traitant et les interrogatoires auxquels donne lieu ce témoignage et, dans un second temps, les interrogatoires de l'appelant. Dans les cas où il y a un avocat d'assigné au dossier, c'est lui qui, le premier, interrogera le psychiatre suivi en cela, par les psychiatres assesseurs et le membre avocat du Tribunal. Lorsque ces derniers n'ont plus de question à poser, l'appelant est à son tour interpellé. Enfin, une fois l'interrogatoire du psychiatre traitant et de l'appelant terminé, le ou les membres de la famille, les infirmières, les préposés aux bénéficiaires pourront aussi, dans certains cas, être invités à s'exprimer. L'audition prend fin lorsque les professionnels du Tribunal et l'avocat mandaté au dossier n'ont plus aucune question à poser, d'une part, et que les parties en litige (l'appelant et son psychiatre) n'ont plus rien à ajouter à leur témoignage, d'autre part. Dans les cas où un avocat est impliqué dans le dossier, c'est son plaidoyer qui habituellement viendra clôturer la séance. Le membre et les deux psychiatres assesseurs du Tribunal se retirent alors à huis clos, et sur la base de ce qu'ils ont entendu, prennent la décision de reconduire ou non la cure fermée faisant l'objet d'une contestation.

Les résultats

Deux catégories de participants prennent part aux audiences. Il y a d'abord ceux qui témoignent et(ou) qui répondent aux questions qu'on leur pose, soit le psychiatre traitant et l'appelant⁴ Puis, il y a ceux qui posent les questions, soit les deux psychiatres assesseurs et le membre (avocat) du Tribunal, de même que l'avocat de l'appelant.

Les occasions d'échanges entre tous ces acteurs sont des chassés-croisés allant dans de multiples directions. Il est par conséquent difficile de reconstruire fidèlement la trame des échanges qui ont eu lieu lors des audiences observées. Pour cette raison, nous avons choisi de procéder plutôt à l'analyse thématique⁵ des propos tenus par les différents acteurs en prenant comme point d'ancrage le témoignage et les interrogatoires des psychiatres traitants et des appelants. Il importe de rester conscient, cependant, que cette manière de faire donne aux propos une linéarité qui

n'est aucunement conforme à la réalité des échanges qui ont eu lieu lors des audiences.

La structure thématique des témoignages et des interrogatoires des psychiatres traitants

Dans les six audiences observées, les témoignages des psychiatres traitants ont été plus ou moins longs, plus ou moins complets et se sont aussi organisés selon un répertoire de thèmes plus ou moins exhaustifs. Au-delà de cette diversité, les témoignages contiennent néanmoins un certain nombre de noyaux thématiques présentés au tableau 1.

**Tableau 1
Thèmes contenus dans le témoignage des psychiatres traitants**

Mentions en lien avec :	Aud. 1	Aud. 2	Aud. 3	Aud. 4	Aud. 5	Aud. 6
- l'histoire psychiatrique passée						
• diagnostic	X	X	X	—	X	—
• durée de la maladie	inconnue	X	X	X	X	—
• durée du suivi de l'appelant par le psychiatre traitant	X	—	X	X	—	—
• comportements répréhensibles lors d'hospitalisations antérieures	—	—	X	X	X	—
• qualité de la collaboration au traitement lors d'hospitalisations antérieures	—	—	X	X	X	—
• nombre total de cures fermées et d'hospitalisations psychiatriques antérieures	—	—	X	—	X	—
- l'histoire de la cure contestée						
• événements déclencheurs et symptomatologie au moment de la mise en cure fermée	X	X	X	—	X	—
• mention des symptômes actifs de la maladie au moment de l'audience	—	X	X	X	X	X
• efficacité de la médication	(—) ¹	(+) ²	(—)	(+ ou —) ³	(+)	(—)
• compliance	refuse			refuse	accepte	
• autocritique par rapport à la maladie	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
• collaboration au traitement	(+)	(—)	(—)	—	(—)	(—)
• comportements négatifs durant la cure	X	X	X	X	X	—
	fugue	isolement/ hygiène	négociation/ manipulation	Harcèlement	Violence/ demande de privileges	
• évolution de l'état mental	(+)	(—)	—	(+ ou —)	—	—
• dangerosité	+	—	—	—	+	—
	hygiène/ hostilité				antécédent de dangerosité	

Le signe (—) indique une valeur négative. 2) Le signe (+) indique une valeur positive. 3) Le signe (+ ou -) indique une valeur plus ou moins positive/négative.

Un premier noyau se rapporte à l'*histoire psychiatrique passée* et contient, entre autres, les éléments suivants : le diagnostic de l'appelant, la durée de la maladie et de la relation thérapeutique entre le psychiatre et l'appelant. Dans la moitié des témoignages, on retrouve aussi des mentions à l'effet que l'appelant aurait eu, lors d'hospitalisations ou de cures fermées antérieures, des comportements répréhensibles et qu'il aurait plus ou moins bien collaboré au traitement. L'importance que l'on accorde à l'histoire psychiatrique antérieure dans l'ensemble des audiences témoigne bien du fait qu'il s'agit là d'une dimension hautement concernée dans l'évaluation de la dangerosité.

Le noyau thématique le plus important chez les psychiatres traitants demeure cependant la *cure fermée* faisant l'objet de l'audience. Les dimensions suivantes caractérisent ce thème. D'abord, l'ensemble des témoignages ou presque font référence à l'autocritique, à la qualité de la collaboration de l'appelant au traitement, à l'efficacité de la médication qui lui est prescrite de même qu'au fait qu'il ait eu ou non des comportements répréhensibles. Dans la plupart des témoignages, il est également question des événements entourant la mise en cure fermée, de même que des symptômes présents au moment de l'admission. Il est intéressant d'observer ici que le psychiatre aborde la question de la médication dans des termes binaires ; soit qu'il la juge efficace mais que l'appelant refuse de la prendre, soit qu'il la juge inefficace mais que l'appelant accepte de la prendre.

Étrangement, les questions relatives à l'évolution de l'état mental et à la dangerosité présente ou virtuelle n'ont été abordées que dans la moitié des témoignages. C'est donc dire que ces deux éléments, centraux quant à l'issue de la décision à prendre, ne sont pas apparus comme une formalité du témoignage des psychiatres traitants. À cet égard, il faut souligner que le psychiatre traitant peut, si on lui suggère, énoncer son opinion sur la dangerosité mais, dans tous les cas, c'est le Tribunal qui dispose ou non de cette opinion et qui se prononce sur cette dernière.

Lors des audiences, les psychiatres traitants ne font pas qu'exprimer librement leur point de vue ; ils doivent aussi répondre aux interrogatoires auxquels les soumettent les avocats des appelants. Le tableau 2 rend compte des principaux thèmes abordés par ces derniers.

Tableau 2
Thèmes contenus dans l'interrogatoire du psychiatre traitant par l'avocat de l'appelant

MENTIONS EN LIEN AVEC :	AUDIENCES*				
	2	3	4	5	6
- Comportements durant la cure					
• comportements de l'appelant sur l'unité de soins	X	X	X	X	X
• présence ou absence de comportements dangereux risquant de mettre sa vie ou celle des autres en danger	X	X	X	—	X
- Recherche d'alternative et (ou) assouplissement des modalités d'hospitalisation					
• possibilité d'envisager des privilèges de sorties pour l'appelant	—	—	—	X	X
• autres alternatives à l'hospitalisation pour l'appelant (ressources dans la communauté, possibilités d'améliorer la médication en externe)	—	—	X	XX	
- Autocritique et collaboration au traitement					
• collaboration au traitement durant la cure (médication, etc.)	—	X	—	X	—
• autocritique par rapport à la maladie	—	X	—	X	—
- Projets personnels et environnement de l'appelant					
• projets personnels de l'appelant advenant la levée de la cure	X	X	—	—	—
• état de son réseau social, endroit où vivre, etc.	X	—	—	—	—
- évaluation du risque futur de dangerosité					
• avis sur ce qui pourrait arriver advenant la levée de la cure	X	X	—	X	—
- évolution clinique de l'état mental					
• évolution de l'état mental depuis le début de la cure	X	—	X	—	—
- Remise en cause de la cure fermée comme traitement					
• en quoi l'hôpital protège-t-il l'appelant/capacité de l'hôpital à contenir la désorganisation de l'appelant puisque aucune amélioration significative de son état n'est observée	—	X	—	X	—

(*) L'appelant de l'audience 1 n'était pas représenté par un avocat.

Les grands thèmes structurant l'interrogatoire des avocats sont pour la plupart déjà contenus dans le témoignage des psychiatres traitants. L'importance qu'on leur accorde diffère toutefois. C'est le cas, notamment, pour les comportements de l'appelant durant la cure fermée (relations avec les autres patients, respect des règles de l'hôpital, etc.) et la dangerosité (agressivité, histoire d'assauts, etc.) qui reviennent plus souvent dans le discours des avocats que dans celui des psychiatres⁶. Enfin, ces thèmes se présentent aussi autrement. Tandis que les psychiatres parlent d'état mental et de dangerosité comme s'il s'agissait d'entités distinctes, les avocats, eux, font un effort explicite pour établir un lien entre comportement et dangerosité (avis sur ce qui pourrait arriver advenant la levée de la cure, etc.).

Les questions de la collaboration de l'appelant au traitement de même que celles relatives à son autocritique et à l'évolution de son état mental se retrouvent, elles aussi, dans deux des cinq interrogatoires faits par les avocats. Mais contrairement à l'état mental et à la dangerosité, l'autocritique et la collaboration sont moins importantes dans le discours des avocats que dans celui des psychiatres traitants.

Autre fait à souligner : l'interrogatoire des avocats permet d'élargir le registre des propos déjà introduits. Entre autres, la spécification des projets personnels de l'appelant advenant la levée de la cure, les questions relatives à son environnement (réseau, lieu où vivre) de même que l'éventualité de lui accorder des permissions spéciales ou de lui trouver une alternative viable sont autant de nouvelles directions thématiques données à l'audience. Quelques fois, ces derniers cherchent aussi à amener le psychiatre à donner son avis sur ce qui pourrait survenir, en termes d'incidents négatifs, si la cure devait prendre fin ; autrement dit, ils cherchent à baliser la dangerosité. Dans d'autres situations, ils invitent les psychiatres à préciser en quoi l'hôpital peut être une solution puisque l'état mental de l'appelant ne s'améliore pas.

Sur un tout autre plan, on doit également remarquer que tandis que l'interrogatoire des avocats a pour seule période de référence le présent, les psychiatres traitants se sont entretenus aussi bien sur le passé psychiatrique de l'appelant que sur l'histoire actuelle de la cure contestée.

Les psychiatres assesseurs interrogent aussi le psychiatre traitant lors des audiences quoique cette initiative ne soit pas statutaire. Le cas échéant, ils abordent peu de thèmes de telle sorte qu'il est difficile de dégager une structure thématique qui leur est commune. En fait, les questions relatives à l'efficacité de la médication et à la dangerosité ont été abordées à deux reprises tout au plus tandis que l'évolution de l'état mental depuis la mise en cure fermée, l'histoire psychiatrique passée, la collaboration de l'appelant au traitement (compliance) de même que la possibilité d'une alternative moins contraignante que la cure fermée n'ont été abordées qu'une seule fois.

Les membres avocats du Tribunal sont finalement les derniers à interroger les psychiatres traitants lors des audiences et se font, dans l'ensemble, peu participatifs. Dans l'une des audiences, d'ailleurs, aucun échange n'est intervenu entre ces deux types d'intervenants. En outre, comme cela a déjà été observé pour les psychiatres assesseurs, lorsque les membres ont procédé à l'interrogatoire du psychiatre traitant, ils l'ont fait de manière plutôt concise. Les thèmes les plus fréquemment abordés ne sont revenus qu'à deux reprises seulement. Le premier se rapporte aux comportements de l'appelant durant la cure ou lors d'hospitalisations et de cures fermées antérieures. Deux autres thèmes se rapportent, d'une part, au but poursuivi par le psychiatre en souhaitant le maintien de la cure et, d'autre part, à l'évaluation faite des probabilités que l'appelant demeure à l'hôpital advenant la levée de sa cure (!). Exception faite de la question relative aux comportements, il s'agit donc de nouvelles préoccupations. Enfin, tous les autres thèmes n'ont été men-

tionnés qu'une seule fois soit, la question de la dangerosité des appelants, la possibilité d'alternatives à l'hospitalisation involontaire, de même que la possibilité d'accorder à l'appelant des permissions spéciales (faire des sorties, porter ses vêtements, etc.).

Dans l'ensemble, il est donc légitime de dire que le témoignage du psychiatre traitant de même que les interrogatoires des différents acteurs auxquels donne lieu ce témoignage se regroupent en un noyau de thèmes qui sont, par ordre d'importance, les comportements de l'appelant durant la cure, sa dangerosité, son autocritique par rapport à la maladie, sa collaboration au traitement et, en dernier lieu, l'évolution de son état mental. Par ailleurs, lorsque la question de la dangerosité est abordée dans des termes directs par l'un ou l'autre de ces acteurs, exception faite toutefois de l'avocat de l'appelant, c'est sans référence à un contenu concret ni lien avec la prévision d'une conséquence adverse clairement énoncée.

La structure thématique des interrogatoires des appelants

D'entrée de jeu, il importe de dire que les appelants n'ont pas été invités, comme ce fut le cas pour les psychiatres, à exprimer librement leur point de vue et à témoigner sur la cure fermée dont ils font l'objet. Leur participation est plutôt réactive et consiste davantage à répondre aux questions qu'à exprimer leur point de vue. C'est la raison pour laquelle, d'ailleurs, leur témoignage ne comporte pas de structure thématique commune. Pour mettre en valeur leurs propos, il faut plutôt se tourner du côté des interrogatoires auxquels ils ont été soumis. Évidemment, les avocats jouent ici un rôle de tout premier plan. Le tableau 3 (page suivante) contient la liste, sous forme de questions, des principaux thèmes abordés par les avocats lors de leurs interrogatoires des appelants.

Les thèmes contenus dans l'interrogatoire des appelants défendeurs par les avocats se rapportent presque tous aux dispositions de l'appelant à collaborer au traitement advenant la levée de sa cure, aux moyens dont il dispose pour mener une vie normale (i.e. un endroit où vivre, avoir des activités, s'alimenter, etc.) de même qu'à la manière dont il se sent. Dans le cadre de certaines audiences, l'avocat a également questionné l'appelant sur les motifs l'amenant à vouloir quitter l'hôpital, sur l'évaluation qu'il fait de son autonomie, sur la conscience des causes qui l'ont fait rechuter dans le passé ainsi que sur les limites que lui impose la Curatelle publique.

Tableau 3
Thèmes contenus dans l'interrogatoire de l'appelant
par l'avocat défendeur

MENTIONS EN LIEN AVEC :	AUDIENCES*				
	2	3	4	5	6
- Autocritique et collaboration au traitement					
• êtes-vous prêt à collaborer ?	—	—	X	—	X
• si votre cure est levée, quitterez-vous l'hôpital ?	—	—	—	—	X
• qu'avez-vous à dire pour faire lever votre cure ?	—	—	X	—	—
• êtes-vous conscient que vous êtes sous curatelle ?/ qu'est-ce que cela vous empêche ou vous permet de faire ?	—	—	—	—	X
- Environnement et conditions de vie dans la communauté					
• où allez-vous demeurer si vous quittez l'hôpital ?	X	—	—	—	X
• comment allez-vous occuper vos journées ?	X	—	—	—	—
• vous nourrirez-vous bien ?	X	—	—	—	—
• pendant combien de temps pensez-vous être en mesure de vous débrouiller seul ?	—	—	—	—	X
- Passé psychiatrique					
• pourquoi êtes-vous revenu après avoir reçu votre congé de l'hôpital (en référant ici au passé psychiatrique) ?	—	—	—	—	X
- Sentiments actuels					
• comment vous sentez-vous présentement ?	—	—	X	—	X

* À l'audience 1, l'appelant n'était pas représenté par un avocat.

L'examen attentif de ce tableau exige, cependant, quelques précisions sur la place occupée par les avocats dans le cadre des audiences. En effet, dans deux des cinq audiences, l'avocat n'a pas procédé à l'interrogatoire de son client. Les motifs à l'origine de cette situation nous ont été fournis par l'un d'eux lors d'une discussion informelle. En fait, il a expliqué que lorsqu'il sentait, durant l'audience, que la situation évoluait vers un cul-de-sac, il évitait tout simplement de procéder à l'interrogatoire de l'appelant. Ce retrait, selon ses dires, est un moyen de communiquer aux psychiatres assesseurs et au membre avocat du Tribunal qu'il a compris et qu'il reconnaît que sa défense est inutile. Ne pas procéder à l'interrogatoire ne vise rien de plus, finalement, qu'à abréger l'audience puisqu'il est alors implicitement clair pour l'ensemble des participants que le maintien de la cure est la seule issue possible.

Dans les deux cas où cette situation s'est produite, les appelants ont affirmé, avant même qu'ils ne soient soumis à l'interrogatoire de l'avocat, qu'ils ne souffraient pas de maladie mentale et qu'ils refuseraient, advenant la levée de la cure, d'être suivis à l'externe et de prendre des médicaments. Ce sont ces commentaires, précisément, qui ont été interprétés par l'avocat⁷ comme un indice sérieux de l'inutilité de sa défense.

Il est nécessaire de savoir que pour préparer son argumentation, l'avocat rencontre l'appelant avant que n'ait lieu l'audience afin de le fa-

miliariser avec celle-ci et pour élaborer aussi son argumentation. Selon les dires de l’avocat, les principaux éléments sur lesquels il insiste et qui lui servent à étayer sa défense sont les suivants : la nécessité que l’appelant reconnaisse qu’il est atteint d’une maladie mentale, la manifestation explicite de sa volonté de collaborer au traitement et, enfin, la démonstration, par ses propos, qu’il est capable de fonctionner dans la communauté (avoir un endroit où vivre, des amis, des activités, etc.). Or, pour les deux cas précédemment mentionnés, les propos des appelants allaient à l’encontre de ce scénario, ce qui a amené l’avocat à laisser tomber sa défense.

La structure thématique des interrogatoires des appelants par les psychiatres assesseurs est présentée au tableau 4.

Tableau 4
**Thèmes contenus dans l’interrogatoire de l’appelant
 par les psychiatres assesseurs du Tribunal administratif de Québec**

Mentions en lien avec :	AUDIENCES					
	1	2	3	4	5	6
- Autocritique et collaboration au traitement						
• admettez-vous avoir une maladie mentale ? vous croyez-vous malade ?	X	X	—	—	X	—
• avez-vous commis tels gestes, telles actions, etc. ?	X	X	—	—	—	—
• pourquoi refusez-vous d’être traité ?/pourquoi refusez-vous d’utiliser la ressource anonyme ?/ quelles sont vos objections ?	—	X	X	—	—	—
• considérez-vous que votre état a changé depuis le début de la cure ?/sur quoi vous basez-vous pour prétendre que votre état mental vous permet de quitter l’hôpital ?	X	—	—	—	—	—
• pourquoi réagissez-vous si fort à la contrariété ?	X	—	—	—	—	—
• comprenez-vous que l’on cherche à vous protéger ?	X	—	—	—	—	—
• questions liées à l’histoire psychiatrique passée	X	—	—	—	—	—
- Projets personnels de l’appelant et insertion dans un réseau social						
• avez-vous dans votre entourage des personnes sur qui vous pouvez compter ?	X	—	—	—	—	—
• quelle occupation aviez-vous dans le passé ?	X	X	—	—	—	—
• si votre cure était levée, que feriez-vous (projets) ?	—	—	—	X	X	—

La plupart des questions rapportées dans le tableau 4 peuvent être regroupées en deux catégories de préoccupations, soit : 1) l’autocritique de l’appelant par rapport à la maladie et sa collaboration au traitement et ; 2) ses projets personnels advenant la levée de la cure et son insertion dans un réseau social.

Les préoccupations des psychiatres assesseurs ne se situent donc pas dans le même registre que celui des avocats. Tandis que les premiers travaillent dans l’ordre de la thérapeutique, les seconds traduisent les faits dans l’ordre du droit. Les psychiatres assesseurs s’engagent en effet

dans une démarche qui a pour effet de mesurer jusqu'à quel point l'individu se sait atteint d'une maladie mentale et jusqu'où cette reconnaissance se traduira par sa collaboration et son implication futures dans les traitements qui lui seront proposés (suivi et médication). C'est à travers les thèmes de l'autocritique et de la conscience que l'appelant a de sa situation qu'on se retrouve dans l'implicite d'une thérapeutique obligatoire traversant de part en part l'audience.

Enfin, les derniers acteurs à intervenir dans l'interrogatoire des appelants sont les membres avocats du Tribunal. Tous les thèmes abordés par eux ne sont revenus qu'une seule fois. Leur importance relative est donc nulle. Tout au plus, peut-on affirmer que ces thèmes ne sont pas nouveaux puisque, en totalité, ils traduisent des préoccupations déjà exprimées par les avocats et par les psychiatres assesseurs. Ces thèmes sont la vérification de ce que ressent l'appelant, de son autocritique par rapport à la maladie ainsi que de son acceptation de la thérapeutique proposée.

En conclusion, il est donc juste de dire que l'interrogatoire auquel est soumis l'appelant - que ce soit par son avocat, par les assesseurs psychiatres ou par le membre du Tribunal - s'organise autour d'un nombre limité de thèmes qu'il est possible de regrouper. Ordonnés selon l'importance de leur fréquence, ces thèmes sont : les questions relatives à l'autocritique de l'appelant, la vérification et la mise à l'épreuve de sa collaboration passée et future (compliance au traitement), ses projets personnels, ses possibilités et ses capacités de vie dans la communauté, les motifs l'amenant à vouloir quitter l'hôpital et, enfin, la façon dont il se sent. Tous les autres thèmes non compris dans ces catégories occupent des positions contingentes.

Discussion

D'entrée de jeu, il importe de souligner les limites de l'observation en situation des audiences. Une première tient au nombre restreint d'audiences observées qui limite considérablement la portée des résultats. La seconde vient du fait que les audiences observées sont toutes des audiences s'étant soldées par un maintien de la cure. Il est alors légitime de se demander si les audiences qui ont comme finalité une levée de la cure mettent en scène des scénarios différents pour aborder et cerner l'état mental et la dangerosité de l'appelant. Notre statut de chercheure unique limite également l'interprétation des observations qui sont ici présentées. Enfin, notre présence et le fait que les participants aux audiences connaissaient les objectifs poursuivis par l'étude ont vraisemblablement modifié le cours de ces dernières. Malgré cela, l'observation des audien-

ces permet de dégager certaines indications quant à la façon dont on aborde les concepts d'état mental et de dangerosité dans ce contexte. Sans autre prétention, c'est la description des échanges verbaux qui ont lieu lors de ces séances que nous avons voulu présentée ; c'est là l'intérêt de notre démarche ; c'est aussi là sa principale limite.

Sur un plan général, on peut dire que bien que les audiences soient la seule fenêtre par laquelle on peut observer, dans l'action, la façon dont s'élabore le discours sur l'état mental et la dangerosité, notre observation en situation, à l'instar de plusieurs autres études, ne sera pas parvenue à cerner en quoi un individu est objectivement dangereux, outre le fait qu'on le qualifie comme tel lors de l'audience. En effet, les notions d'*état mental* et de *dangerosité* sont peu discutées et abordées dans des termes concrets par les psychiatres traitants. Par ailleurs, lorsque ce fût le cas, elles n'ont pas fait l'objet de pourparlers détaillés. Les deux notions sont plutôt apparues comme des incises, dans une discussion à bien plus large spectre. Ce commentaire doit toutefois être nuancé par le fait que les audiences observées mettent en scène des individus qui possèdent déjà un diagnostic de maladie mentale et qui, par surcroît, ont tous été étiquetés de dangereux de par le fait de leur mise en cure fermée. Cette situation explique possiblement les raccourcis d'information et de forme observés dans le témoignage des psychiatres traitants à propos, principalement, de l'état mental de l'appelant ; pour l'ensemble des acteurs, l'évidence de la maladie est peut-être à ce point clair qu'il ne semble pas utile d'avoir à le préciser de nouveau.

La problématique psychiatrique est fort complexe et rend souvent très délicat le départage entre ce qui relève du comportement, de l'affect, de la pensée, du jugement, de l'autocritique, etc. Cependant, face au peu d'information fourni par le psychiatre sur les signes apparents de la maladie, on peut supposer, avec Holstein (1993), qu'une part importante de l'évaluation de l'état mental s'est faite, lors des audiences, à travers une série de préoccupations beaucoup plus vastes, conditionnées par la lunette des normes culturelles et des données de sens commun. Par exemple, l'importance et l'insistance avec lesquelles on est revenu sur les questions relatives à l'autocritique, à la coopération et au comportement peut nous laisser supposer que ces éléments sont l'objet d'une entreprise de transformation : ce sont eux qui deviennent en quelque sorte les signes concrets de la maladie.

Sur la question de la *dangerosité*, les psychiatres ont été encore plus discrets que pour ce qui est de l'état mental de l'appelant. En fait, dans deux audiences seulement ils ont abordé explicitement la question. Dans le premier cas, la dangerosité est définie en lien avec l'hygiène et

l'hostilité, dans le second, avec les antécédents de dangerosité de l'appelant. Cette observation nous met face à deux constats. D'abord, la manière dont est ici circonscrite la dangerosité ne permet pas d'établir textuellement de *prédiction*; pourtant, la potentialité, la possibilité ou la probabilité d'une issue néfaste sont des dimensions inhérentes au concept de dangerosité. En outre, la façon dont la dangerosité de l'individu est abordée ne permet pas, non plus, d'établir de lien explicite avec l'état mental de l'individu.

Ainsi, bien que les témoignages des psychiatres traitants ont permis de produire, lors des audiences observées, une information décodable pour les membres du Tribunal chargé de prendre une décision, il nous est malgré tout demeuré impossible de saisir *où* et *quand* sont survenues dans leur discours les informations relatives à l'état mental à moins, bien sûr, que ce soit l'ensemble du discours qui ait été porteur d'une signification psychiatrique. En somme, les psychiatres ont peu parlé de la dangerosité et, lorsqu'ils l'ont fait, c'est sans égard à la prédiction et sans lien explicite avec l'état mental. Dans les faits, la plus grande partie de leur témoignage a tourné autour des comportements de l'appelant, de son autocritique et de sa coopération au traitement.

Le rôle des avocats est différent. Répondant sans doute à leur mandat qui est de protéger les droits individuels, d'une part, et de protéger la société, d'autre part, ils se sont montrés plus vigilants lors de l'audience sur la nécessaire articulation entre état mental/comportement et prédiction d'une issue adverse (dangerosité). Le type de question auquel ils ont soumis le psychiatre traitant témoigne de cette préoccupation : *Quels sont les comportements qui risquent de mettre la vie de l'appelant ou celle des autres en danger ? Qu'est-ce qui pourrait arriver à l'appelant si sa cure était levée ?* etc. De fait, l'interrogatoire livré par les avocats était manifestement traversé par la préoccupation de cerner s'il y avait ou non anticipation d'un risque réel et, le cas échéant, à préciser la nature de ce risque.

On peut donc résumer la situation observée de la manière suivante : d'un côté, les psychiatres ont produit un témoignage sur la base duquel a été inféré (par d'autres psychiatres ?) le statut relatif à l'état mental de l'individu, de l'autre, les avocats, et à un degré moindre les représentants du Tribunal, ont tenté de cerner et de préciser la nature du risque qui était encouru. Au moment de l'audience, psychiatrie et droit se sont donc révélés être des champs d'expertises complémentaires dans la production d'éléments pertinents à la prise de décision. Les deux sont toutefois demeurés rivés à leur propre savoir disciplinaire de telle sorte qu'il a été question d'état mental, ou de dangerosité mais jamais d'état

mental *et* de dangerosité au sens prescrit par la loi. L'analyse de l'observation en situation des six audiences, tout comme les analyses antérieures qui ont été faites sur les décisions écrites (Clément, 1999 ; Cohen et al., 1998 ; Bergeron, 1981), n'aura donc pas permis de dégager quelques indications que ce soit sur les substrats du concept de dangerosité.

Concrètement, la psychiatrie et le droit ont produit des expertises qui leur sont propres lors des audiences. C'est ailleurs que leurs savoirs ont fusionné pour traduire la *réalité* signifiante du danger, c'est-à-dire dans la décision écrite produite à l'issue de ces mêmes audiences et dont nous avons également pu prendre connaissance. C'est ce qui nous porte à croire, par ailleurs, que si le droit et la psychiatrie travaillent tout au long de l'audience dans des univers séparés, la décision écrite a pour effet, elle, d'occulter le clivage en donnant l'apparence d'une interprétation commune de la situation. En fait, c'est l'évocation de l'article 11 de la *Loi sur la protection du malade mental* qui permet de donner au lien inféré état mental et dangerosité une première matérialité, l'évidence même d'une existence (Clément, 1999, Cohen et al., 1998). Dans la décision écrite, on dira, par exemple, que *l'état mental de l'appelant est susceptible de mettre en danger sa santé et sa sécurité ou encore celles des autres. Pour cette raison, le Tribunal rejette la requête et maintient la cure fermée.*

La boucle se ferme sur elle-même. De quel état mental s'agit-il ? Quel type de dangerosité présente l'appelant ? En quoi sa santé et sa sécurité sont-elles menacées ? Si tout cela semble faire l'objet d'une évidence dans la rhétorique de l'article 11 de la loi, l'observateur tout comme le lecteur des décisions prises et rendues par le Tribunal à l'issue de ces six audiences ne parviennent pas, eux, à percer le mystère de cette logique circulaire.

Conclusion

L'absence de critère objectif permettant de soutenir l'évaluation de la dangerosité d'un individu est une conclusion que l'on connaissait déjà grâce aux travaux que certains chercheurs québécois ont réalisés sur les décisions écrites de révision de cures fermées (Clément, 1999 ; Cohen et al., 1998). Ce qui manquait comme information c'était la façon dont s'opère le passage de ce qui se dit lors de l'audience tenue par le Tribunal administratif et ce qui en reste dans la décision écrite. C'est ce chaînon manquant que nous voulions retracer lors de l'observation en situation des audiences. Malheureusement, l'absence de description concrète quant à l'état mental et à la dangerosité de l'individu lors des audiences nous a obligé à se reporter à la décision écrite pour trouver

l'existence d'un premier lien concret entre les deux termes. Ce lien est en fait une construction qui s'est faite sur papier et qui ne tient, pour l'essentiel qu'à trois lignes : celles qui reproduisent le texte de l'article 11 de la loi.

La construction du lien entre état mental et dangerosité nécessite par ailleurs que le droit partage avec la psychiatrie l'implicite de la thérapeutique. Dans le cadre des audiences observées, la soumission de l'appelant à sa thérapeutique se présente en effet comme une condition essentielle à sa libération. On doit se souvenir ici de la confiance faite par l'un des avocats, à savoir qu'il n'assurait pas la défense de l'appelant lorsque celui-ci refusait de se dire malade et (ou) de collaborer au traitement et que, le cas échéant, cette défense devenait du reste inutile. De notre analyse, il ne fait aucun doute que les avocats des appelants partagent l'implicite du Tribunal en y acceptant toutes les prémisses dont la principale est évidemment le traitement de l'individu malade. En somme, même si l'hospitalisation involontaire peut être dans l'intérêt de l'appelant, c'est toute la structure du Tribunal qui est imprégnée par la nécessité de la thérapeutique et c'est ce qui se prête à l'observation lorsque l'on pénètre l'enceinte des audiences du Tribunal administratif du Québec.

Notes

1. Cette étude a été rendue possible grâce à une bourse d'étude doctorale octroyée par le Conseil québécois de la recherche sociale (BRS-515-094).
2. Autrefois nommée la Commission des affaires sociales.
3. Il s'agit de la loi qui prévalait au moment où ont été faites les observations en situation des audiences dont il est question dans le présent article. Depuis le 1er janvier 1998, cette loi a cependant été remplacée par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui.
4. Dans certaines des audiences qui ont été observées, il y a eu des infirmières, des préposés aux bénéficiaires et des membres de la famille de l'appelant qui ont participé aux audiences et qui ont été interrogés. Tous les interrogatoires ont été très brefs et se rapportaient aux comportements de l'appelant. Comme il s'agissait d'interactions verbales circonstancielles, elles n'ont cependant pas été retenues pour les fins de constitution du présent article.
5. L'analyse thématique « ... consiste à repérer dans des expressions verbales ou contextuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets » (Mucchielli, 1996:259).

6. Cette comparaison ne tient compte, cependant, que des cinq audiences où l'appelant était représenté par un avocat.
7. Dans les deux situations dont il est ici question, c'est le même avocat qui assurait la défense des appelants.

Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux*, 4^e édition (Version Internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 1 056 pages.
- ANAND, T., 1979, Involuntary civil commitment in Ontario: The need to curtail the abuses of psychiatry, *Canadian Bar Review*, 57, 250-255.
- ANGERS, M., 1992, *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Centre éducatif et culturel inc. (CEC), Montréal.
- BERGERON, V., 1981, *L'attribution d'une protection légale aux malades mentaux*, Les éditions Yvon Blais inc., Montréal.
- CLÉMENT, M., 1999, *Maladie mentale et exclusion: Étude des décisions de révision de cures fermées de la Commission des affaires sociales*, Université de Montréal, Thèse de doctorat, Programme des sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Montréal.
- COHEN, D., THOMAS, G., DALLAIRE, B., MORIN, P., FORTIER, R., MCCUBBIN, M., 1998, *Savoir, pouvoir et dangerosité civile: une étude des décisions de révision de cure fermée de la Commission des affaires sociales du Québec, 1975-1993*, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention, Université de Montréal, Montréal.
- DECKER, F. H., 1987, Psychiatric management of legal defence in periodic commitment hearings, *Social Problems*, 34: 156-171.
- EMERSON, R.E., 1989, Tenability and troubles: The construction of accommodative relations by psychiatric emergency teams, *Perspectives on Social Problems*, 1, 215-237.
- HOLSTEIN, J.A., 1993, *Court-Ordered Insanity: Interpretive Practice and Involuntary Commitment*, Aldine de Gruyter, New-York.
- KIRK, S.A., KUTCHINS, H., 1994, The myth of reliability of DSM, *The Journal of Mind and Behavior*, 15,1, 71-86.
- MENZIES, R., WEBSTER, C.D., 1995, Construction and validation of risk assessment in a 6-year follow-up of forensic patients: A tridimensional analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 5, 766-778.

ROBERTSON, G., 1987, *Mental Disability and the Law in Canada*, Carswell, Toronto.

WARREN, C.A., 1977, Involuntary commitment for mental disorder: the application of California's Lanterman-Petris-Short Act, *Law and Society Review*, 11, 629-649.

ABSTRACT

In the line of sight of court hearings reviewing involuntary confinement: mental state and dangerousness

This article presents results following the observation of six court hearings of the Tribunal administratif du Québec reviewing involuntary confinement. All 6 hearings concerned individuals considered dangerous. Through thematic analysis of testimonies and interrogations of various people involved (psychiatrist, prosecutor, defence attorney, expert psychiatrist), the author examines signs and points of reference used by those involved to decide on the dangerousness of a psychiatric patient. The results reveal that there is no objective criteria emerging from the hearings and that the way to define the dangerousness of an individual is abstract as well as vague. In fact, it is only in the written decision following hearings one sees the first comments related to dangerousness. The hearing stages psychiatry's and the law's protagonists who discuss among themselves not the issue of dangerousness but rather the implicitness of compulsory treatment the person must share with them. In the written decision, this is what emerges of this discourse which appears to be translated in terms of dangerousness.

RESUMEN

Dentro de la línea de mira de las audiencias de revisión de curas cerradas: El estado mental y la peligrosidad

Este artículo presenta los resultados de una observación en situación de seis audiencias de revisión de curas cerradas tenidas por el Tribunal administrativo del Québec. Todas las audiencias observadas tocaban individuos juzgados peligrosos. A dentro de un análisis temático de los testimonios y de los interrogatorios de los actores (siquiatra de cabecera, abogado del tribunal, abogado del apelante, siquiátras expertos), el autor busca los signos y señales que los actores utilizan para estatuir sobre la peligrosidad del apelante. Los resultados de la observación demuestran que no hay un criterio objetivo emergiendo de la audiencia y que la manera con la cual se define la peligrosidad del individuo es abstracta y vaga. De hecho, se ven aparecer las primeras

declaraciones sobre la peligrosidad solamente cuando la decisión escrita esta emitida después de las audiencias. La audencia lleva a la escena actores de la siquiatria y del derecho quienes hablan entre ellos no sobre la peligrosidad pero más bien de lo implícito de una terapéutica obligatoria que debe compartir con ellos el apelante. Lo que emerge del discurso sobre la terapéutica parece ser traducido de nuevo en terminos de peligrosidad.