

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

LE CONSENTEMENT AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

PAR
CÉLINE CORBEIL

PRÉSENTÉ DANS LE CADRE DE L'ESSAI
DU PROGRAMME MAÎTRISE EN DROIT DE LA SANTÉ

JUILLET 1997



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-26559-5

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
FACULTÉ DE DROIT

LE CONSENTEMENT AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

PAR
CÉLINE CORBEIL

«Essai soumis à la Faculté de droit en vue de l'obtention du grade de «Maître en droit»

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie très chaleureusement son directeur d'essai M^e Jean-Pierre Ménard pour sa grande disponibilité, ses précieux conseils et ses encouragements.

RÉSUMÉ

La doctrine du consentement libre et éclairé en matière de traitement médical s'applique à tous les types de clientèles, y compris celles souffrant d'une problématique en santé mentale. Cependant, la maladie mentale elle-même peut affecter le jugement de la personne. Ainsi, la détermination de l'aptitude à consentir prend toute son importance, car la validité d'un consentement repose sur la capacité de comprendre et signifier une acceptation ou un refus libre et éclairé.

Néanmoins, le droit du patient psychiatrique à refuser un traitement requis par son état de santé a des limites. En effet, il existe des exceptions légales à l'obtention du consentement en psychiatrie telles que l'examen psychiatrique, la garde en établissement, l'autorisation judiciaire de soins civile ou pénale et la situation d'urgence.

In matters of medical treatment, the doctrine of informed and free consent applies to all types of customers including those patients suffering from mental health problems. However, mental sickness in itself may affect one's ability to make is our choice. That way, the determination of the capacity to give valid consent becomes very important because the validity of a consent lies on the capacity to understand the facts and also on the capacity to give acceptance of a decision or a refusal based on informed basis.

Nevertheless, the right of a particular psychiatric patient to refuse required treatment because of his health status has limits. In fact, there are some legal exceptions to obtain a consent in psychiatry. Those limits are, for example, the psychiatric exam, the detention in an hospital, the judicicary authorization to care be it civil authorization or penal authorization and finally the emergency situation.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE	
INTRODUCTION	1	
CHAPITRE 1	LA DOCTRINE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ ET SON APPLICATION EN PSYCHIATRIE	9
1.1	DOCTRINE ET JURISPRUDENCE	9
1.2	LA LÉGISLATION EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT AUX SOINS REQUIS	14
1.3	PROBLÉMATIQUE D'APPLICATION EN PSYCHIATRIE	20
CHAPITRE 2	LES OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT	28
2.1	LES MÉDECINS	28
2.1.1	LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE	29
2.2	DÉTERMINATION DE L'APTITUDE À CONSENTIR	31
2.3	RECOMMANDATIONS	35
2.4	LES INFIRMIÈRES	38
2.5	RECOMMANDATIONS	42
CHAPITRE 3	LES EXCEPTIONS À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE	43
3.1	L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT	44
3.2	L'AUTORISATION JUDICIAIRE DE SOINS	49
3.3	LES DISPOSITIONS DU CODE CRIMINEL	54
CHAPITRE 4	LA SITUATION D'URGENCE	65
4.1	PARTICULARITÉS DE LA CLIENTÈLE PSYCHIATRIQUE	69
4.2	L'UTILISATION DE LA MÉDICATION	71
4.3	L'UTILISATION DES CONTENTIONS ET DE L'ISOLEMENT	72
4.3.1	LE CONTEXTE DE L'UTILISATION DE L'ISOLEMENT ET DES CONTENTIONS	74
4.3.2	DÉFINITIONS, INDICATIONS, EFFETS	76
4.3.3	RECOMMANDATIONS	82

	PAGE
4.4 L'OBLIGATION DE SURVEILLANCE ET DE SÉCURITÉ	84
CONCLUSION	89
RÉFÉRENCES :	
TABLE DES LOIS CITÉES	93
TABLE DES JURISPRUDENCES CITÉES	94
DOCTRINES	95

INTRODUCTION

La société à travers les chartes des droits, la législation et la jurisprudence des tribunaux reconnaît les droits des patients. Ce mouvement social en faveur des droits sociaux a contribué au développement de la doctrine du consentement éclairé. Ainsi, le respect du droit à consentir est maintenant reconnu comme une exigence fondamentale de l'obligation professionnelle. Cependant, il n'en a pas été toujours ainsi. En effet, obtenir formellement le consentement d'un patient est relativement nouveau dans l'histoire de la profession médicale. Auparavant, la relation médecin-patient se définissait par un lien paternaliste qui légitimait le médecin à prendre des décisions au nom de son patient et ce, pour son plus grand bien¹.

Actuellement, le modèle recherché de la relation patient-médecin est celui d'une relation égalitaire. Après que le médecin ait fourni toutes les informations, c'est le patient et non le médecin qui choisit le traitement. La doctrine du consentement libre et éclairé accorde au patient la liberté d'accepter ou non un traitement, voire de choisir celui qui lui convient le mieux en fonction de ses valeurs, besoins et modes de vie. Le rôle du médecin est d'apporter un éclairage médical scientifique contenant toutes les informations propres à aider la compréhension du patient et le mener à prendre

¹Le paternalisme médical est l'attitude qui consiste à penser que le médecin est la personne qui sait le mieux ce qui convient au patient et qu'il est de son devoir de le protéger, au besoin contre lui-même en lui imposant un traitement. BILODEAU, Danielle et Eric GAGNON. De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique. *Les cahiers de droits*, vol. 35, no 4, déc. 1994, p. 655. Souvent le médecin s'est octroyé le rôle de décideur et il s'attend à ce que le patient se conforme à son choix de traitement. Le médecin communique son choix avec autorité (voici ma prescription). C'est la relation de confiance patient-médecin qui déterminera si le patient observera la prescription lorsqu'il sortira du bureau.

une décision éclairée, même si elle n'est pas raisonnable selon le jugement du professionnel de la santé.

Il y a eu une évolution vers une affirmation de l'autonomie de la personne qui s'est aussi traduite par une reconnaissance judiciaire et législative des droits des patients. Ainsi, le milieu psychiatrique doit faire face à de nombreux changements et s'adapter en conséquence. Les professionnels travaillant en psychiatrie sont devenus beaucoup plus sensibles à la question du consentement en raison de ce mouvement en faveur des droits de la personne, particulièrement celui de l'inviolabilité des personnes. D'ailleurs, en se référant à la littérature, tant au niveau des lois que de la jurisprudence, on perçoit que la principale fonction législative dans ce domaine consiste à contrôler et à restreindre le pouvoir d'intervention médicale psychiatrique au profit des droits et libertés individuels².

Cependant, on ne peut nier qu'en matière de consentement, la psychiatrie est davantage problématique car cette discipline fait face à une clientèle souffrant de maladie mentale pouvant affecter la capacité du malade à juger de la situation et émettre un avis fiable. Ainsi, l'exigence du consentement libre et éclairé se complique en raison du jugement altéré dans un certain nombre de cas.

²GENDREAU, Caroline, *Élaboration d'une nouvelle norme internationale concernant le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement ou de le refuser*. Mémoire Université de Montréal, 1994, p. 9 et WEISSTUB, David N. *Le droit et la psychiatrie dans leur problématique commune*. *Mc Gill Law Journal*, vol. 30, 1985, p. 239.

Or, globalement il n'existe pas de distinction légale à priori entre le patient qui reçoit des soins physiques et celui qui reçoit des soins psychiatriques. À cet égard, le traitement psychiatrique s'exerce dans un cadre juridique comparable à celui des autres actes médicaux. Mais dans la réalité du milieu psychiatrique, les choses se passent quelquefois différemment. On ne peut ignorer qu'il existe une certaine négation des droits des patients psychiatriques. Ceux-ci sont souvent perçus comme incapables à refuser un traitement. On prend facilement pour acquis que la maladie elle-même perturbe leur faculté de comprendre le traitement, les bénéfices escomptés, voire même la reconnaissance de la maladie et ainsi empêcher les choix rationnels. C'est sur cette problématique fondamentale que s'appuient les praticiens en psychiatrie. Cela peut être effectivement vrai à certains moments pour certains patients. En contrepartie, pouvons-nous avancer qu'un diagnostic de maladie mentale restreint l'application de la doctrine du consentement libre et éclairé? Si tel est le cas, ces personnes n'auraient pas le droit à l'égalité. On assiste actuellement à une lutte contre la discrimination fondée sur la maladie mentale.

Les professionnels de la santé sont confrontés régulièrement à la détresse, la souffrance, la détérioration du patient et à la violence résultant de l'absence de prise de médication. Ils savent qu'ils pourraient aider la personne mais celle-ci refuse. Dans la pratique, les professionnels s'attendent à un rapport de réciprocité : le patient doit prendre ses responsabilités en regard de sa santé ou de sa maladie. Conséquemment, si le patient ne les prend pas, on est tenté de le faire à sa place. La plupart des refus de traitement pharmacologique entraînent des séjours prolongés à l'hôpital. La réduction des lits d'hospitalisation prônée par les instances gouvernementales n'est pas une raison suffisante pour outrepasser le principe de l'inviolabilité. Mais cette diminution des lits disponibles

pourrait entraîner une judiciarisation plus importante en regard du refus de traitement. À l'inverse, on pourrait assister à des situations où le patient sera laissé à lui-même à l'extérieur de l'encadrement hospitalier et ce, sans traitement.

Bien qu'on ait le droit d'être «fou au Québec», ce droit a des limites. Celles-ci sont édictées dans les lois au nom de la protection de la société, voire de la personne elle-même. Enfin, les individus ont aussi le droit d'être déraisonnables et d'agir à l'encontre de leurs propres intérêts³. Sinon, un consentement libre et éclairé ne serait plus nécessaire lorsqu'il y a objectivement indication de soins médicaux et ainsi, la règle de l'inviolabilité perdrait toute signification. Ce n'est pas tant le résultat de la décision qui importe mais le processus décisionnel suivi par le patient, c'est l'aptitude de la personne qui doit être évaluée et non l'utilisation du diagnostic comme prémisse au jugement d'incapacité. L'évaluation de la capacité doit porter sur l'aptitude du patient à prendre une décision et non sur la raisonnable de son choix⁴ selon les valeurs propres à l'intervenant.

On constate que les difficultés en regard de l'expression des droits de cette clientèle se présentent particulièrement lorsque le patient refuse le traitement sans qu'il y ait situation d'urgence. Or, peut-on vraiment s'assurer d'un consentement libre et éclairé en psychiatrie, même si le patient accepte les traitements? Dans ce travail, nous examinerons différentes facettes du consentement au

³ Ainsi, la société reconnaît que les individus puissent prendre des décisions selon leurs valeurs propres et la vision qu'ils ont de leurs vies, même si ces dernières ne correspondent pas toujours à la vision de l'ensemble de la société. Voir *Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil* [1990] R.J.Q. 712 (C.S.) et *Nancy B. C. Hôtel-Dieu de Québec* [1992] R.J.Q. 361, 364 (C.S.).

⁴ MÉNARD, Jean-Pierre. *Capacité et consentement éclairé : les droits du patient psychiatrique dans «Consentement éclairé et capacité en psychiatrie : aspects cliniques et juridiques»*. Éd. Douglas 1988, p. 132.

traitement psychiatrique, soit d'un point de vue juridique, déontologique et pratique. L'étude portera sur les traitements les plus utilisés comme la pharmacologie et non sur la psychochirurgie et les électrochocs qui sont régis de façon plus stricte et auxquels les praticiens se conforment. Nous limitons notre étude au consentement du traitement médical requis par l'état de santé⁵ et nous n'analyserons pas ici les problèmes spécifiques au consentement relatif aux essais ou aux recherches cliniques. Une des principales formes de traitement suscitant des controverses consiste dans l'administration de médicaments psychotropes. Ils visent à atténuer les symptômes de la maladie mentale, comme les idées paranoïdes, les hallucinations, l'agitation, l'anxiété, etc. Toutefois, ils comportent des effets secondaires importants et parfois débilitants⁶, voire même irréversibles⁷. Dans ce contexte, on peut comprendre que les patients sont réticents à prendre cette médication. Les

⁵Le traitement médical est ici entendu comme l'ensemble des méthodes diagnostiques et thérapeutiques validées considérées comme les normes courantes dans le but d'améliorer le bien-être du patient. BEAUDOIN, J.L. et M.H. PARIZEAU. Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. *Médecine/Sciences* 1987, no 1, vol. 3, p. 8.

⁶KEMMA, D. Current Status of Institutionalized Mental Health Patient's Right to refuse psychotropic Drugs. *The Journal of Legal Medicine*, vol. 6, no 1, 1985, p. 111-112. Cet auteur trace un portrait intéressant des effets des médicaments. À titre indicatif, certains effets secondaires sont désagréables comme la sécheresse de la bouche et le gain de poids. D'autres sont dérangeants, comme la vision brouillée, la constipation, la nausée. Cependant, certains effets peuvent représenter un handicap physique comme les effets extrapyramidaux (mouvements musculaires spastiques), sensations de tremblements, d'agitation (akathisie), la protrusion de la langue, les grimaces, le syndrome parkinsonien. Les effets extrapyramidaux sont communs. Cependant, ils ne sont pas particulièrement sérieux car ils peuvent être éliminés par un dosage adapté au patient ou une médication d'appoint (bénadryl, cogentin ou kemadrin).

⁷Par exemple, la dyskinésie tardive (mouvements musculaires involontaires du visage, de la langue et des extrémités, difficulté à parler ou à écrire, etc.). Les symptômes sont fréquemment masqués par la médication. Conséquemment, ils sont intensifiés lorsque la médication est cessée. La dyskinésie tardive cause beaucoup d'embarras et d'humiliation en regard de ces mouvements grotesques. Cette réaction irréversible peut même rendre incapable physiquement le patient. On estime entre 10 et 50%, l'incidence de développer la dyskinésie tardive lors d'administration prolongée d'antipsychotiques. Id. p. 113. Par contre, selon GARANT, M. et J. MARTEL (pharmaciennes). Mise à jour sur la dyskénisie tardive, *Pharmactuel*, vol. 28, supplément I, 1985, p. 7, la majorité des études avance une prévalence d'environ 20% de développer une dyskénisie tardive. L'incidence cumulative pour développer la maladie est de 5% la première année, 10% la deuxième année, 15% la troisième année, 19% la quatrième, 23% la cinquième, 26% la sixième, etc., suivant une progression linéaire. Selon les recherches, on estime qu'environ 1% des patients développent une forme sévère et débilitante, p. 8. Ces auteurs croient que la dyskinésie tardive peut s'améliorer et même disparaître avec le temps.

bénéfices escomptés sont de rendre le malade fonctionnel dans la communauté, éviter des hospitalisations répétées et favoriser la réduction des durées de séjour hospitalier. La médication amène le patient à être apte pour une psychothérapie. De plus, elle aide à réduire la violence par l'élimination des hallucinations ou des illusions et réduit l'utilisation de l'isolement et des contentions physiques. Finalement, les médicaments aident à contrôler les comportements psychotiques, schizophréniques et perturbateurs⁸. Par ricochet, la médication administrée au patient rend celui-ci plus supportable pour la famille et la société⁹. Traditionnellement, la dyskinésie tardive a été considérée comme un risque acceptable considérant les bienfaits escomptés de la médication antipsychotique. Cependant, cela demeure une bien pauvre consolation pour la personne qui vit cette dyskinésie, car elle peut engendrer une détresse considérable.

Plusieurs professionnels tendent à ignorer ou minimiser les effets secondaires de la médication¹⁰, au nom du bénéfice comportemental du patient. Du point de vue médical, les bienfaits l'emportent largement sur les risques possibles, compte tenu du peu d'alternatives thérapeutiques aux neuroleptiques pour la majorité des schizophrènes et d'autres malades.

⁸KEMMA. Op. cit. note 6, p. 110.

⁹WEATHERHEAD, Rebecca. Psychotropic Drug - Treatment refusal by competent Psychiatric Patients. *Toronto, Faculty of Law Review*, vol. 47, no 1, 1988, p. 104.

¹⁰WEATHERHEAD. Id. p. 107.

Selon une étude visant l'appréciation de l'attitude des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique¹¹, il est surprenant de constater que près de 75% de l'échantillon se dit satisfait des traitements psychiatriques comprenant, entre autres, la quantité de médicaments, l'information sur la maladie et sur l'absence de crainte face au traitement. Considérant qu'un patient sur quatre n'est pas satisfait, est-ce qu'on peut avancer que ce patient se soumet au système? Cette étude n'évaluait que le degré de satisfaction et non le contenu de ce que savait le patient. De plus, les questions ne portaient pas uniquement sur le traitement mais sur plusieurs aspects de la vie en institution comme la nourriture, les activités, le milieu, etc.

Dans ce contexte, le consentement au traitement psychiatrique et le rôle des professionnels méritent d'être explorés et discutés. En effet, on doit apporter une attention particulière à cette clientèle vulnérable.

Pour ce faire, nous traiterons de la doctrine du consentement libre et éclairé en regard du traitement psychiatrique et ce, en examinant les pratiques médicales s'y reliant.

Dans un premier temps, la doctrine, la jurisprudence et la législation relatives au consentement libre et éclairé en matière de soins requis par l'état de santé sont décrites. Le premier

¹¹GRAVEL, B., BOYER, R. et Y. LAMONTAGNE. Attitude des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique. *L'Encéphale*, 1984 ; X p. 39 à 44. L'échantillon était composé de 300 malades d'un hôpital psychiatrique de 2000 lits. La méthodologie semble adéquate c'est-à-dire une procédure aléatoire simple pour l'échantillonnage. Le questionnaire a été validé et s'est montré fiable. Les mesures statistiques sont énoncées. La majorité des malades souffrent de schizophrénie (57,4%), d'autres de psychoses (20,5%).

chapitre explore aussi la problématique clinique en regard de l'application de cette doctrine auprès de la clientèle psychiatrique en milieu hospitalier.

Le deuxième chapitre traite des obligations des professionnels, psychiatres et infirmières, qui côtoient quotidiennement des patients hospitalisés et qui utilisent la médication et différentes approches dont des moyens coercitifs pour traiter. Un chapitre distinct explore les exceptions à l'obtention du consentement en psychiatrie. En effet, dans le domaine médical, la clientèle souffrant de trouble mental se voit parfois imposer une détention préventive, voire même un traitement. Finalement, un chapitre est réservé à la définition de la situation d'urgence pour l'utilisation de la médication et des contentions et de l'isolement. Ces pratiques sont régulièrement utilisées lors du traitement et il s'avère important d'en délimiter leurs applications en raison des atteintes immédiates des droits et libertés des personnes.

CHAPITRE 1

LA DOCTRINE DU CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ ET SON APPLICATION EN PSYCHIATRIE

En premier lieu, il importe de décrire les règles du consentement libre et éclairé afin de circonscrire le sujet. Par la suite, l'état de la législation actuelle est énoncé. Finalement, la problématique relative à l'obtention du consentement lors du traitement psychiatrique est explorée.

1.1 Doctrine et jurisprudence

Le consentement est défini par la profession médicale comme «la manifestation de la volonté expresse ou tacite par laquelle une personne approuve un acte que doit accomplir une autre »¹². L'obtention du consentement est un moyen de protéger l'autonomie et l'intégrité de la personne¹³.

En effet, cette obligation établie en droit civil¹⁴ et en Common Law¹⁵ est fondée sur la primauté des droits de la personne, soit l'inviolabilité et l'autodétermination. De là émane la règle

¹²Corporation professionnelle des médecins du Québec. *Le consentement*. Publication Montréal, 1985, p. 5.

¹³LESAGE-JARJOURA, Pauline, Jean LESSARD et Suzanne NOOTENS-PHILIPS. *Éléments de responsabilité civile médicale*. Éditions Yvon Blais inc., 1995, p. 130.

¹⁴L'inviolabilité de la personne demeure le principe de base du droit au respect de l'intégrité suite à la mise en vigueur du nouveau *Code civil* du Québec, L.Q. 1995, c. 64, le 1^{er} janvier 1994, particulièrement les articles 10 et 11 et 26 et article 1 de la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après citée *Charte québécoise*), L.R.Q., c., C-12, prévoit le droit à l'intégrité de la personne.

¹⁵Pour sa part, le Common Law privilégie le concept du droit à l'autodétermination. SOMMERVILLE, M.A. Commission de réforme du droit. *Le consentement à l'acte médical*. Document d'étude, Ottawa, Ministre des approvisionnement et services Canada, 1980, p. 5 : «Tout adulte sain d'esprit a le droit de disposer librement de son corps».

du consentement libre et éclairé applicable de façon générale en matière de soins pour tout traitement médical.

La doctrine du consentement libre et éclairé est devenue une préoccupation importante. Elle se caractérise par un ensemble de critères dictés tant par la législation, la jurisprudence que la doctrine.

Une première condition de cette doctrine est la liberté de décider. Un consentement est libre lorsqu'il est donné par une personne de son plein gré, sans crainte, menace, ni pression d'aucune sorte¹⁶. Ainsi, la validité juridique du consentement libre repose sur l'absence de pression exercée sur la personne¹⁷. C'est donc dire que l'obtention du consentement lorsque le patient est fortement médicamenté, quand le personnel insiste fortement ou encore qu'il y a une menace de restriction de la liberté physique, comme la garde en établissement, équivaut à décider de traiter sans consentement¹⁸. D'ailleurs, la Cour suprême du Canada, dans un récent pourvoi fondé sur le Common Law, précise que le respect de l'intégrité comprend le droit du patient de décider dans

¹⁶BEAUSOLEIL c. Communauté de soeurs de la charité [1965] B.R. 37. Dans cette affaire, il a été établi que le consentement de la patiente n'était pas valable parce que non libre. En effet, il avait été donné sous l'effet d'une médication et sous les pressions de l'anesthésiste. Selon KOURI, R.P. L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois. *La revue du barreau*. Tome 44, no 5, novembre-décembre 1984 à la page 864 : Il y a un rapport causal entre la non obtention d'un consentement libre et le dommage résultant de l'opération, lorsque le médecin pratique une intervention en dépit du refus du patient. Voir aussi CHALIFOUX D. et J. LEMAY. Association des hôpitaux du Québec (ci-après cité AHQ). *Le consentement aux soins requis par l'état de santé*. Collection code civil du Québec, 1993, p. 6.

¹⁷GENDREAU, C. Op. cit. note 2, p. 15 et COURNOYER, J. et Y. MONETTE. La judiciarisation du traitement du malade psychiatrique inapte qui refuse catégoriquement de consentir. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 36, juin 1991, p. 339, émettent le même critère de liberté.

¹⁸MENARD, J.P. et D. MARTIN. *Le cadre juridique du traitement psychiatrique*. Étude préparée pour le département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, juin 1994, p. 32.

quelle mesure il acceptera de se soumettre à des actes médicaux¹⁹. En corollaire, le patient est libre de refuser tout traitement même si ce refus entraîne la mort²⁰. Ainsi, le droit à l'inviolabilité protège l'autonomie décisionnelle.

La deuxième qualité essentielle du consentement est qu'il doit être éclairé. En effet, toute personne autorisant des atteintes à son intégrité ne peut valablement consentir qu'en connaissance de cause. Le droit canadien autant civil que le Common Law a pris une position ferme à ce sujet. Il a consacré le droit du patient d'être éclairé par son médecin sur les divers procédés thérapeutiques dès que ceux-ci présentent un certain niveau de risque. Ce sont les arrêts de la Cour suprême du Canada dans HOPP c. LEPP²¹ et dans REIBL c. HUGUES²² qui contiennent la substance à l'égard de la question du consentement éclairé, soit quelles informations doivent être divulguées au patient. C'est particulièrement le critère du risque qui a été mis de l'avant dans ces deux arrêts de la Cour

¹⁹CIARLARIELLO c. SCHACHTER, [1993] 2 R.C.S. 119, p. 135.

²⁰Par exemple, le refus de transfusion sanguine du témoin de Jehovah, MALETTE c. SHULMAN et al. [1990] 72 O.R. (2d.) 417 (C.A.). À noter que cette affaire a été jugée en Common Law mais les mêmes principes peuvent s'appliquer en droit civil québécois. Voir, entre autres, l'affaire Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec [1992] R.J.Q. 361, 364 (C.S.), en matière de refus de traitement.

²¹HOPP c. LEPP, [1980] 2 R.C.S. 192. Dans cette affaire albertainne, la cour enjoint le médecin de divulguer :

- 1) la nature de la procédure ;
- 2) le caractère grave de la procédure ;
- 3) les risques graves, le cas échéant et
- 4) les réponses à toutes les questions du patient.

Le juge Laskin ajoute «les risques possibles dont les conséquences pourraient être graves pourraient bien être considérés comme importants. L'importance connote un critère objectif selon ce que l'on pourrait raisonnablement considérer comme ayant une influence sur le consentement du patient», p. 209.

²²REIBL c. HUGUES [1980] 2 R.C.S. 880. Dans cette cause ontarienne, la cour a statué que le critère de divulgation doit être le suivant : un patient raisonnable placé dans les mêmes circonstances que le demandeur aurait-il subi l'intervention chirurgicale en question, s'il avait été mis au courant du risque inhérent à l'intervention. La cour a ajouté que le médecin doit communiquer à son patient toute information qui «de façon raisonnable peut être susceptible d'influencer la décision du patient».

suprême du Canada. Ces deux arrêts renversent en quelque sorte l'appréciation de l'obligation de renseigner. En effet, ceux-ci tendent vers ce qu'aurait voulu savoir le patient raisonnable²³ au lieu de ce qu'un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances aurait divulgué. Cependant, selon des analyses de la jurisprudence faites par Kouri²⁴ et Toth²⁵, les réactions des tribunaux québécois face à ces décisions de la cour suprême sont loins d'être unanimes. Certains juges font tout simplement allusion aux arrêts sans insister sur leur portée. D'autres statuent sur la base des principes émis²⁶ et enfin certains juges se rallient plus facilement au critère québécois de ce qu'aurait révélé le médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances. Or, avec les années, la jurisprudence québécoise n'a pu méconnaître les développements suite aux arrêts Hopp c. Lepp et Reibl c. Hugues, même s'ils sont suivis avec une certaine prudence²⁷. À l'heure actuelle, on peut avancer qu'en droit civil québécois, le médecin est tenu de fournir toute l'information pertinente pour que le patient puisse décider en toute connaissance de cause, mais le médecin doit

²³La cour suprême dans ces deux arrêts a adopté le «Full disclosure test». Ainsi, l'obligation n'est plus envisagée à partir du professionnel, mais à partir du patient. La subjectivité du patient entre en ligne de compte. Le patient, en raison d'une situation personnelle particulière, peut avoir besoin d'une information complète pour prendre sa décision. La norme objective détermine qu'elle importance une personne raisonnable attacherait à un aléa avant de décider de se soumettre ou non à l'intervention. Voir POTVIN, Louise. *L'obligation de renseignement du médecin*. Étude comparée du droit québécois, français et du Common Law canadien. Les Éditions Yvon Blais, 1984, p. 12.

²⁴KOURI. Op. cit. note 16, p. 857.

²⁵TOTH, François. L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois. Dans «*Responsabilité médicale et hospitalière, aspects éthiques et juridiques*». The Canadian Institute, oct. 1990, p. 24.

²⁶Voir CÔTÉ c. HANSEBOUT [1984] C.S. 172. À ce sujet, Kouri, op. cit. Note 16, p. 867 note que la jurisprudence québécoise ne peut méconnaître ces développements en raison de la tendance de la cour suprême d'être liée à sa propre jurisprudence pour résoudre des affaires civiles québécoises.

²⁷Voir PELLETIER c. ROBERGE [1991] R.R.A. 726 (C.A.). Cette cause apporte le compromis entre le standard traditionnel du droit civil, soit l'approche subjective et de l'approche objective préconisée par la Cour suprême.

aussi tenir compte des circonstances et particularités individuelles relatives à chaque patient²⁸. Pour sa part, la doctrine québécoise est explicite quant au contenu de l'obligation de renseigner. On fait référence aux risques probables, particuliers, inhabituels, importants ou graves²⁹. Cependant, le médecin n'a pas à faire part à son patient des dangers inhérents à toute intervention³⁰ ou des risques très éloignés³¹. Les risques s'apprécient par rapport à la probabilité de leur actualisation et par rapport à la sévérité de leurs effets³².

La divulgation de renseignements doit porter aussi sur le diagnostic, la nature et le but du traitement, les effets prévisibles et les avantages du traitement, les conséquences d'un refus ou d'un non traitement et les traitements alternatifs³³. Ainsi, tous les éléments d'information nécessaires à la prise de décision doivent être communiqués et bien compris par le patient. Concernant la prescription de médicaments, les patients ont le droit d'être informés des indications, des effets secondaires, des dangers, mais aussi de l'impact de ceux-ci sur leur mode de vie et du suivi

²⁸Voir CRÉPEAU, P.A. *L'intensité de l'obligation juridique ou des obligations de diligence de résultat et de garantie*. Cowansville, Les éditions Yvon Blais Inc., 1989, p. 52-53. Aussi, voir KOURI, op. cit. note 16, p. 851.

²⁹On entend par risque, un danger éventuel plus ou moins prévisible. Un risque est considéré comme important lorsqu'il est simplement possible qu'il survienne, mais que ces conséquences soient graves même si sa réalisation est peu probable. Voir POTVIN, L. Op. cit. note 22, p. 45 et TOTH, F. Op. cit. note 25, p. 24.

³⁰MÉNARD, J.P. et D. MARTIN. Op. cit. note 18, p. 36.

³¹CHALIFOUX, LEMAY. Op. cit. note 16, p. 8.

³²BEAUDOIN, J.L. et M.H. PARIZEAU. Op. cit. note 5, p. 10.

³³Id. p. 36 et ARBOLEDA-FLOREZ, J. Le consentement en psychiatrie. Énoncé de principe. Approuvé par le conseil d'administration de l'A.P.C. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 33, mai 1988, p. 320. Voir aussi POTVIN, L. Op. cit. note 23, p. 17 à 22.

nécessaire (ex. : contrôle sanguin, etc.)³⁴. De plus, le médecin devra répondre aux questions du patient³⁵. Il va sans dire que le médecin doit s'assurer que le patient a compris l'information³⁶. Dorénavant, les cours de justice scrutent plus volontiers la qualité du consentement lorsqu'il y a argumentation en ce sens même si le médecin n'a commis aucune faute dans l'intervention proprement dite³⁷.

1.2 La législation en matière de consentement aux soins requis

Dans notre société actuelle, les législateurs choisissent de plus en plus d'assurer le respect de chacune des personnes. Entre autres, la signification de la primauté de l'individu dans sa relation avec un soignant est clairement définie dans les lois.

Dans un premier temps, les chartes constituent des énoncés de principes reflétant les valeurs fondamentales de notre société. D'abord la *Charte canadienne des droits et libertés*³⁸, à son article

³⁴CHALIFOUX, LEMAY. Op. cit. note 16, p. 10.

³⁵SOMMERVILLE, M.A. Op. cit. note 15, p. 21.

Les questions sont souvent révélatrices de l'importance que le patient accorde aux risques.

³⁶Le professionnel de la santé doit adapter ses informations en fonction de la capacité intellectuelle du patient. Voir aussi CHALIFOUX, LEMAY. Op. cit. note 16, p. 7 et 9 qui précise que le patient doit connaître les objectifs poursuivis, les bienfaits de l'intervention, les caractères permanents ou temporaires, les solutions alternatives.

³⁷La cour a donné raison à une patiente qui a subi une chirurgie maxillaire où il n'y avait eu aucune faute opératoire, mais elle a éprouvé des effets secondaires désagréables. La patiente argumentait que le médecin ne l'avait pas avisée d'un traitement alternatif plus conservateur qui ne comportait pas les effets secondaires qu'elle éprouvait. Ainsi le médecin a été condamné en dommages et intérêts. *SUNNE c. SHAW* [1981] 609 (C.S.).

³⁸Loi constitutionnelle de 1982. U.K. C. 11, art. 7 «Chacun a droit à la vie et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale». L'article 12 stipule «chacun a droit à la protection contre tous les traitements ou peines cruelles et inusitées». Ces articles peuvent être invoqués pour justifier un droit de refus de traitement.

7, confère le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, l'article 9 énonce au titre des garanties juridiques que «chacun a droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire» et finalement l'article 12 prévoit la protection contre le traitement cruel.

En parallèle, la *Charte québécoise*³⁹ reconnaît à son article 1, le droit à l'intégrité. Cependant, cette charte précise que l'exercice de ces droits doit respecter l'ordre public⁴⁰. D'autre part, on précise à l'article 24 que la privation de la liberté ou des droits ne peut être motivée que par un cadre législatif prévu⁴¹. Ainsi, les droits fondamentaux prévus dans les chartes ne sont pas absolus. Il y a certains gestes qui, tout en constituant des atteintes, sont acceptables en raison de leur justification⁴² et en fonction de déterminations précises⁴³.

Si nous n'avions que les chartes pour nous guider, le droit serait bien incertain, conséquemment d'autres lois précisent les droits d'un patient. Pour sa part, le *Code criminel*⁴⁴ prévoit que toute intervention sur la personne d'autrui peut en principe être un acte criminel à moins d'être

³⁹Op. cit. note 14, art. 1 «Tout être humain a droit à la vie ainsi qu'à la sécurité, à l'intégrité et à la liberté de sa personne».

⁴⁰Id. art. 9.1 «Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec».

⁴¹Id. art. 24 «Nul ne peut être privé de sa liberté ou de ses droits, sauf pour des motifs prévus et suivant la procédure prescrite. Note : Dans le cadre du sujet traité, on peut se référer aux dispositions législatives du *Code civil du Québec* concernant la situation d'urgence et la garde en établissement prévue aussi dans la loi sur la *Protection du malade mental*. L.R.Q. c. P-41. 1977 (ci-après cité *LPMM*).

⁴²HÉBERT, Martin. L'application des chartes canadienne et québécoise en droit médical. *Les cahiers de droit*, vol. 30, no 2, juin 1989, p. 510.

⁴³BRUN, Henri. *Chartes des droits de la personne, législation, jurisprudence et doctrine* (Collection Alter Ego), Montréal, Wilson, Lafleur, 1992, p. 126, 7/70 ; p. 375, 1/5 et p. 376, 1/17.

⁴⁴*Code criminel*. L.R.C. (1985), c. C-46.

autorisé ou encore qu'il s'agisse d'un état de nécessité et que le consentement n'ait pu être obtenu en temps utile⁴⁵.

D'autre part, au Québec, le *Code civil* énonce les principes généraux en matière de consentement, principalement dans le chapitre visant l'intégrité de la personne. Les articles 3, 10 et 11 précisent le droit à l'intégrité et à l'inviolabilité ainsi que l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé à des soins⁴⁶. Notons immédiatement que le *Code civil du Québec* ne définit pas le consentement libre et éclairé ni la notion d'incapacité. Par ailleurs, l'étendue de ces articles incorpore implicitement le devoir d'information qui permettra justement au patient de prendre une décision libre et éclairée.

Dans la même foulée, s'inscrivent les dispositions de la nouvelle *Loi sur les services de santé et services sociaux*⁴⁷ qui exigent l'expression d'un consentement valide en matière de soins de la part

⁴⁵Id. art. 265 : «Commet des voies de fait, ou se livre à une attaque ou une agression quiconque selon le cas a) d'une manière intentionnelle, emploie la force directement ou indirectement, contre une autre personne sans son consentement. Voir art. 266 pour acte criminel. Voir Commission de réforme du droit du Canada. *Le traitement médical et le droit criminel*. Ottawa. Document de travail, no 26. MÉNARD, Jean-Pierre. Les nouvelles règles relatives au consentement des soins médicaux, dans *Congrès annuel du barreau du Québec*, Montréal, 1991, p. 667. Certes, les poursuites pénales contre des médecins et fondées sur le seul défaut d'obtenir le consentement sont rares. Les textes du code criminel ont davantage une valeur préventive. BEAUDOIN, J.L. *Le droit de refuser d'être traité dans Justice Beyond Orwell*. Edited by Rosalie, S. Abella et Melvin L. Rothman. Institut canadien d'administration de la justice. Éditions Yvon Blais, 1985, p. 210.

⁴⁶Id. art. 3 : Toute personne est titulaire de droits de la personnalité, tels le droit à la vie, à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne, au respect de son nom, de sa réputation et de sa vie privée. Art. 10 : Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité, sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. Art. 11 : Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer. Ces articles codifient la doctrine du consentement libre et éclairé en étendant le devoir d'information à toute espèce d'intervention.

⁴⁷*Loi sur les services de santé et services sociaux* (ci-après cité *LSSSS*). L.Q. 1991, c. 42 (vigueur 1992).

de l'usager, suite à l'obtention d'informations appropriées⁴⁸. La *LSSS* fait sienne les règles du consentement prévues dans le code civil par le biais de son article 9. Plus encore, la *LSSSS* reconnaît à l'usager le droit de participer à toute décision affectant son état de santé, notamment en participant à l'élaboration de son plan de traitement ou de services et d'être assisté d'un tiers⁴⁹ ainsi que le droit à l'information.

Cette loi à laquelle sont assujettis les établissements de santé du Québec vient renforcer le *Code civil du Québec* et préciser la notion du consentement libre et éclairé et la participation du patient. Les obligations sont conséquemment de même nature.

Parfois, cependant, la personne elle-même ne peut consentir en raison de son inaptitude. Le *Code civil du Québec* a donc prévu des dispositions particulières afin que le médecin obtienne un consentement substitué. Le représentant légal ou à défaut le conjoint ou un proche peut consentir pour le majeur inapte pour les soins requis par son état de santé⁵⁰. Il est à noter que le professionnel

⁴⁸Id. art. 4 : Droit d'être informé des services et des ressources ; art. 5 : Droit de recevoir des services adéquats; art. 6 : Droit au choix du professionnel de la santé ; art. 7 : Droit aux soins lorsque la vie et l'intégrité de la personne est en danger ; et, plus particulièrement, l'art. 8 : «Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associées à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant».

⁴⁹Id. aux articles 8-9-10 et 11.

⁵⁰*Code civil du Québec*, art. 11 : «Si l'intéressé est inapte à donner ou à recevoir son consentement ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat, donné en prévision de son inaptitude, peut le remplacer». Article 15 : Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constaté, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre, pour le majeur, un intérêt particulier.

doit suivre l'ordre de priorité établi⁵¹. Il est important de préciser que c'est l'inaptitude qui justifie le recours au consentement substitué et non un refus jugé déraisonnable par le professionnel. Nous verrons ultérieurement, les obligations du médecin en matière de détermination de l'aptitude ou de l'inaptitude à consentir.

De plus, le *Code civil du Québec* a précisé que la personne qui consent pour autrui doit considérer uniquement l'intérêt de la personne inapte avant de prendre sa décision. Ainsi, elle doit tenir compte, dans la mesure du possible, des volontés que le patient a pu exprimer. La personne doit aussi s'assurer que les soins sont bénéfiques malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets ; qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait espéré⁵². Ainsi, la volonté du législateur est de respecter dans toute la mesure du possible, la volonté qu'aurait pu exprimer même tacitement la personne concernée avant

⁵¹ 1. Mandataire. 2. Tuteur ou curateur. 3. Le conjoint. 4. Proche parent, celui qui a un intérêt particulier.

⁵² Article 12. Selon MÉNARD, J.P. *Le refus de traitement du majeur inapte*. Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. E-8, la personne qui consent pour autrui, ne peut prendre une décision déraisonnable contrairement à une personne qui prend une décision pour elle-même, celle-ci peut ne pas considérer son meilleur intérêt et prendre une décision déraisonnable. Dans l'affaire *Douglass Hospital Center c. Tandy* [1993] R.J.Q. 1128, l'hôpital présentait une requête pour obtenir l'autorisation de procéder à des examens diagnostiques invasifs pour préciser un diagnostic de cancer du poumon. Le patient souffrant de troubles psychiatriques de type paranoïde est reconnu inapte à consentir, mais exprimait un refus catégorique. La cour a tenu compte des volontés du patient et a considéré que les traitements seraient plus dommageables au niveau émotif du patient comparativement aux bénéfices escomptés.

Dans une autre affaire, *Couture Jacquet c. Montréal Children Hospital* [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.), la cour a jugé que le refus de traitement chimiothérapique de la mère d'un enfant de 3 ans et demi-souffrant d'un cancer n'était pas déraisonnable considérant les bénéfices escomptés (10 à 20 % de chance de guérison) et les effets secondaires probables.

C'est donc dire que les bénéfices du traitement sont évalués.

la survenance de son inaptitude. C'est pourquoi, on fait appel aux personnes qui en principe sont les plus proches du patient et, par conséquent, sont les plus susceptibles de connaître ses volontés⁵³.

Cependant, bien que certains patients psychiatriques peuvent être considérés inaptes, ils émettent souvent un refus catégorique à recevoir des soins.

Or, la législation a introduit des dispositions particulières en présence d'un refus catégorique. L'article 16 du *Code civil du Québec* prévoit que «l'autorisation du tribunal est nécessaire si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence». Cet article réduit la portée et l'efficacité du consentement substitué et renforce le droit à l'inviolabilité de la personne, si celle-ci peut exprimer un refus, même si elle a été jugée inapte⁵⁴. C'est donc dire que le consentement substitué est suffisant quand la personne pour qui les soins sont requis n'exprime pas de refus catégorique. Par contre, il ne suffit plus lorsque la personne refuse même si celui-ci n'est pas éclairé. On peut s'étonner qu'une personne jugée inapte à consentir puisse quand même exprimer un refus qui produira des effets juridiques. Ce choix du législateur nous semble avoir pour objet de s'assurer que les droits fondamentaux de la personne sont protégés et qu'on ne peut passer outre au refus qu'avec l'autorisation du tribunal.

⁵³DELEURY, E. et D. GOUBAU. *Le droit des personnes physiques*. Les Éditions Yvon Blais, 1994, p. 106 (99).

⁵⁴Voir le jugement autorisant les soins : *Hôpital du Saint-Sacrement c. Charest et le curateur public du Québec* [1995] 200-05-001479-950 (C.S.). Le père avait consenti au traitement de sa fille majeure inapte. Dame Charest a remis un refus catégorique au traitement.

1.3 Problématique d'application en psychiatrie

À ce stade, il est important de situer la problématique de la reconnaissance du droit à consentir à un traitement psychiatrique. D'une façon générale, il ne devrait pas y avoir de distinction pour l'obtention du consentement libre et éclairé que ce soit pour des traitements visant la santé mentale ou la santé physique.

Habituellement, la relation médecin-patient ou établissement-patient s'établit volontairement. Or, le contexte des soins psychiatriques diffère en raison des caractéristiques de certaines clientèles (dénier de la maladie, refus de traitement, dangerosité, etc.) et des modèles d'intervention. Dans la pratique, plusieurs auteurs notent la difficulté d'application de cette doctrine dans ce domaine de soins⁵⁵ voire même la négation par le milieu des droits des patients⁵⁶. En psychiatrie, l'exigence du consentement libre et éclairé avant toute intervention se complique parce que la maladie mentale affecte souvent les facultés cognitives du patient le privant partiellement ou totalement de sa capacité à faire des choix concernant sa santé⁵⁷. De plus, on s'interroge sur la compréhension du malade en regard des renseignements fournis par son médecin⁵⁸. Plusieurs études démontrent qu'une majorité de patients psychiatriques ne comprennent ce à quoi ils consentent.

⁵⁵MORRISON, Denis. Consentement éclairé ou capacité en pratique clinique psychiatrique ou opinion : le consentement éclairé s'applique-t-il en psychiatrie? dans *Consentement éclairé et capacité en psychiatrie : aspects cliniques et juridiques*. Ed. Douglas 1988, p. 5 à 55. Dans le même ouvrage également, voir GARNEAU, Yvon et Jean-Martin DIENER. La règle du consentement éclairé et ses impasses en psychiatrie, p. 49 à 55.

⁵⁶GENDREAU. Op. cit. note 2, p. 1.

⁵⁷GRUNBERG, F. md. La doctrine du consentement libre et éclairé : ses fondements éthiques, juridiques et ses applications dans la recherche et la pratique de la psychiatrie. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 35, juin 1990, p. 443.

⁵⁸Id. p. 339 à 343. Selon cet auteur, dans un contexte d'hospitalisations psychiatriques, certaines études ont démontré que seulement un petit nombre de malades comprennent les explications données.

Une étude récente dirigée par Hoffman et Srinivasan⁵⁹ démontre que seulement 37% des patients de l'échantillon devant être soumis à un traitement psychiatrique étaient à ce moment compétent à consentir. Cependant, 15% étaient partiellement incompétent, conséquemment 48% étaient totalement incompétents pour accepter ou refuser un traitement. On note dans cette recherche que les patients admis involontairement sont majoritairement incompétents (86%) comparativement aux patients qui ont été admis volontairement (44%). Il est à noter que l'échantillon était composé majoritairement de schizophrènes⁶⁰.

Une autre recherche portant sur le consentement éclairé en regard de la médication psychiatrique a été conduite par Beck et Staffin⁶¹. Elle révèle que 81% de l'échantillon n'avait pas

⁵⁹HOFFMAN, B.F. et J. SRINIVASAN. A study of competence to consent to treatment in a psychiatric Hospital *Canadian Journal of Psychiatry*, vol 37, avril 1992, p. 179 à 182. L'échantillon était composé de 60 patients admis consécutivement dans un hôpital psychiatrique. Les résultats ont été recueillis par une entrevue semi-structurée comprenant les quatre critères de détermination de la compétence à consentir selon le «Mental Health Act of Ontario», soit : 1) Est-ce que le patient comprend la nature de sa maladie mentale? 2) Est-ce que le patient comprend la nature du traitement recommandé? 3) Est-il capable d'apprécier les conséquences de son consentement et 4) Est-il capable d'apprécier les conséquences d'un refus de traitement?

⁶⁰La composition de l'échantillonnage peut représenter un biais de l'étude.

⁶¹BECK, J.C. et R.D. STAFFIN. Patient's competency to give informed consent to medication. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, no 4, avril 1986, p. 400 à 402. L'échantillon était composé de tous les patients hospitalisés à une journée donnée (sauf exclusion justifiée), donc 57 sujets ont été étudiés. Ils prenaient volontairement la médication antipsychotique. La majorité (44 sur 57) sont schizophrènes et une grande proportion ont vécu plusieurs hospitalisations. Les données ont été récoltées par entrevues individuelles informelles. Neuf questions étaient posées en regard de la médication, notamment la sorte, le pourquoi, les effets, etc. Des sessions d'information sur la médication ont été dispensées par la suite à la moitié des patients qui n'avaient pas les connaissances requises inhérentes à la médication et un post-test a été fait par la suite. Voir aussi IRWIN, M., LOVITZ, A., MARDER et al. Psychotic patient's understanding of informed consent. *Am. J. Psychiatry*, 142 : 11, nov. 1985, p. 1351 à 1354. Quarante-sept patients constituaient l'échantillon. Les sujets étaient hospitalisés dans un hôpital de Los Angeles. La majorité (67%) souffrait de schizophrénie chronique. Tous les patients de deux unités formaient l'échantillon. Quarante-sept pour cent de l'échantillon étaient admis volontairement et 54% involontairement. Tous les patients étaient médicamenteux. Les sujets ont été informés du traitement, de son but, des bénéfices escomptés, des risques, des effets secondaires (la dyskinésie tardive a été décrite). Les résultats ont été recueillis par une entrevue semi-structurée et un instrument validé. Les résultats démontrent que même si la plupart des répondants (87%) affirment comprendre les renseignements relatifs au consentement, une évaluation objective de leur compréhension ne le confirme pas. Seulement 26% des répondants pouvaient établir un lien entre leur maladie, les traitements et les effets des médicaments.

de connaissances suffisantes en regard de leur médication et que conséquemment, le consentement n'était pas éclairé. De plus, même après des sessions d'information de groupe données à 22 patients évalués comme insuffisamment informés, 86% de ceux-ci, suite à un post-test, ne comprenaient pas significativement davantage la thérapie et les effets secondaires. Il est à noter que même si aucun patient n'avait émis de refus de traitement, 17% d'entre eux se disaient contraints de prendre la médication (les raisons ne sont pas explorées dans la recherche). Ces résultats démontrent clairement que la capacité à consentir au traitement n'est pas évaluée lorsque le patient accepte de prendre la médication.

Cependant, la portée de ces recherches est limitée. En effet, elles concernent principalement des échantillons de patients schizophrènes qui sont hospitalisés. Nous ne croyons pas que les résultats peuvent être extrapolés à l'ensemble de la clientèle psychiatrique de surcroît, si elle est traitée en externe comme le virage ambulatoire le préconise de plus en plus. Les résultats de ces recherches doivent être circonscrits aux seules populations étudiées.

D'autre part, selon Peretti et al.⁶², la connaissance des médicaments diminue significativement quand l'intensité de la symptomatologie augmente. De plus, l'apprentissage des connaissances sur les médicaments diminue chez les schizophrènes par rapport aux non schizophrènes. Les chercheurs

⁶²PERETTI, S.C., WOLF, M.A. et Y. GARNEAU. Intérêt de l'information médicale au patient institutionnalisé. *Revue can. de psychiatrie*, vol. 34, no 5, juin 1989, p. 405 à 412. L'échantillon était composé de 50 patients hospitalisés dans deux unités de soins psychiatriques prolongés. Tous les patients des deux unités ont été sélectionnés. Il y a eu pré-test évaluant les connaissances du patient sur son hospitalisation, sa maladie et les médicaments. Puis, des informations sur la médication étaient données par écrit et verbalement. Quatorze jours plus tard, il y a eu un post-test. La méthodologie semble rigoureuse mais les chercheurs ne font pas mention que leur instrument de mesure a été validé. Tous les patients sont chroniques, les schizophrènes représentent 74% de l'échantillon. Tous les patients recevaient des neuroleptiques.

font remarquer que le niveau global de connaissances de la population étudiée est faible. Cependant, suite à une revue de littérature comprenant plusieurs recherches dans ce domaine, Grunberg⁶³ conclut que toutes les études démontrent qu'il est utile d'informer les patients schizophréniques qui reçoivent un traitement d'entretien aux neuroleptiques, des risques de dyskinésie tardive. Il serait intéressant de développer des recherches et des outils pour favoriser l'apprentissage des patients psychiatriques aux notions pharmacologiques des neuroleptiques, notamment les schizophrènes et ne pas se contenter de donner une information pour simplement satisfaire les impératifs légaux.

Toutefois, selon des études rapportées par Lesage, Jarjoura et al.⁶⁴, celles-ci démontrent que le degré de rétention des informations divulguées aux patients est fort variable malgré des explications détaillées. Les sujets de ces études n'étaient pas des patients psychiatriques mais des patients de chirurgie ou souffrant de cancer. Il est bien entendu qu'un grand stress accompagne ces diagnostics. Or, les patients psychiatriques font-ils vraiment exceptions comparativement à l'ensemble de la population? On ne peut nier que la maladie mentale peut influencer sur le cognitif mais si le patient refuse, suite à un processus décisionnel raisonné selon ses valeurs, celui-ci devrait avoir les mêmes droits que tout autre patient. Pourquoi imposerait-on un fardeau plus lourd en terme de rationalité au patient psychiatrique pour faire valoir sa capacité à consentir ou à refuser un traitement?

⁶³GRUNBERG, F. Op. cit. note 57, p. 448. Selon une recherche rapportée par cet auteur, seulement 8% des patients étaient capables d'indiquer correctement au moins un des médicaments qu'ils recevaient. Cependant, selon une autre recherche rapportée, les schizophrènes étaient mieux informés sur les effets secondaires et les risques de la médication que les patients médicaux sans diagnostic psychiatrique. Une autre recherche démontre que des schizophrènes retiennent l'information orale reçue après deux mois.

⁶⁴Op. cit. note 13, p. 110.

Il ne faut pas oublier qu'une des qualités du consentement est qu'il doit être éclairé, c'est-à-dire que le patient est capable de recevoir et comprendre l'information. Le patient en psychose aiguë peut-il apprécier la nature et les effets du traitement? Selon Grunberg⁶⁵, le patient psychotique peut présenter un comportement mettant en danger sa sécurité ou sa santé ou celles d'autrui sans présenter d'autocritique, c'est-à-dire ne percevoir rien d'anormal dans son comportement. Le patient en phase maniaque peut aussi ne pas percevoir les conséquences de ses comportements désinhibés et prodigues. Dans ces cas, c'est la maladie elle-même qui est niée. Le patient se perçoit comme correct et c'est l'entourage qui tente de le contrôler qui n'est pas correct. Conséquemment, l'obtention du consentement libre et éclairé devient quasi impossible.

Une étude de Garneau et Diener⁶⁶ démontre que l'observation la plus évidente est la nette prédominance des motivations irrationnelles de refus de traitement neuroleptique (dénî, discours délirant, influence d'un tiers, besoin de régression, etc.) sur les motivations rationnelles (effets secondaires et inefficacité thérapeutique). Bien qu'il semble y avoir plusieurs biais à l'étude⁶⁷, ces

⁶⁵GRUNBERG, Frédéric. Réflexion sur le déni psychotique et le refus catégorique aux soins. Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. B-1.

⁶⁶GARNEAU, Y. et J.M. DIENER. La règle du consentement éclairé et ses impasses en psychiatrie dans *Consentement éclairé et capacité en psychiatrie : aspects cliniques et juridiques*. Ed. Douglas, 1988, p. 49 à 67. L'acceptation de la médication obligerait le patient à admettre sa maladie d'où le refus avec attitude de déni (14 cas sur 20). 11 cas sur 20 qui refusaient la médication présentaient des idéations délirantes, seulement 6 cas sur 20 refusaient en raison des effets secondaires des médicaments (Akathisie, paresthésie, tremblements, sédation, dysfonctionnement sexuel, sécheresse buccale et prise de poids).

⁶⁷L'échantillonnage n'a pas été sélectionné au hasard. Il s'agit de cas référés au chef de département sur une période de 9 mois (c'est peu 20 cas en 9 mois). Le questionnaire ne semble pas avoir été validé. C'est par le biais d'une entrevue dirigée que les données ont été recueillies. 14 cas sur 20 souffrent de troubles schizophréniques, 4 de troubles schizo-affectifs et 2 de troubles bipolaires de l'humeur. 11 patients ont refusé en phase aiguë de la maladie et 9 en phase d'entretien.

résultats vont dans le même sens que l'étude de Marder et al.⁶⁸ concluant que le déni et les symptômes psychotiques sont les grands responsables du refus de traitement.

Dans le contexte du traitement psychiatrique, il n'est pas rare de constater l'absence d'un consentement libre et éclairé. Le postulat avancé par les professionnels de la santé est que le patient ne peut, en phase aiguë de la maladie, percevoir les bienfaits du traitement. Il faut alors lui administrer un traitement pharmacologique de quelques jours afin que le patient reprenne contact avec la réalité et, à ce moment, obtenir un consentement libre et éclairé. C'est ainsi que le personnel soignant se retrouve dans une impasse : mettre de côté le bien-être du client pour la sauvegarde de ses droits fondamentaux ou attendre que se présente une situation dangereuse les justifiant d'intervenir. Le recours aux interventions judiciaires de soins est onéreux et requiert du temps de préparation et d'audience. En contrepartie, le recours au consentement substitué pose problème dans le cas de refus catégorique ou quand la famille risque de briser ses relations avec le patient parce qu'elle a consenti à des soins.

Finalement, ce n'est pas le consentement éclairé qui pose problème, mais plutôt la détermination de l'aptitude à consentir. Il faut se rappeler que la validité d'un consentement repose en grande partie sur la capacité à consentir, c'est-à-dire comprendre et signifier une acceptation ou

⁶⁸MARDER, S.R., A. MEBANE, CHIEN CHING-PIAO et al. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *AM. J. Psychiatry* 1983 : 140, 470-472. Cette étude a comparé les motivations de 15 sujets qui refusaient leur médication avec 15 sujets qui acceptaient de la prendre. Tous les patients étaient schizophrènes. La méthode d'échantillonnage répond aux normes et l'instrument d'évaluation a été validé et est fiable. Les résultats démontrent que les désordres de la pensée liées à la maladie jouent un rôle direct dans le refus de traitement. Il est à noter que tous les sujets étaient bien informés en regard de la médication. Il est intéressant de constater que l'expérimentation antérieure des effets secondaires n'est pas ressortie comme une variable significative dans le refus de traitement.

un refus «raisonné», même s'il peut paraître «déraisonnable» aux yeux du soignant. Il serait inapproprié de considérer un individu incapable du seul fait qu'il soit atteint de maladie mentale. Chaque cas représente un cas d'espèce qu'il faut évaluer à la lumière des circonstances. Par ailleurs, certains malades psychotiques hospitalisés, paranoïdes ou surexcités, refusant le traitement, peuvent perturber, menacer, frapper ceux qui les entourent sur l'unité de soins, patients comme soignants. Il ne faut pas se surprendre alors que des soignants stressés et démunis en arrivent à conclure que si un malade a le droit et la capacité de refuser un traitement, il est aussi responsable de ses gestes. D'où la tendance à retourner dans la communauté des personnes très perturbées sans dangerosité immédiate avec recommandation qu'elles prennent le chemin de la prison et non celui de l'hôpital lors d'un prochain passage à l'acte.

En psychiatrie les professionnels de la santé doutent de la capacité à consentir ou à refuser particulièrement dans les cas de refus de traitement. Le recours au consentement substitué documenté est peu utilisé. Le patient passif est facilement reconnu comme consentant sans évaluation de son inaptitude ou aptitude à consentir d'une façon libre et éclairée.

En conclusion, les problématiques principales relatives à l'application de la doctrine du consentement libre et éclairé en psychiatrie portent sur les capacités du patient à exprimer sa volonté, celles-ci peuvent être altérées par la maladie ou par la médication psychotrope utilisée en urgence. D'autre part, nous devons aussi considérer que les limites à la liberté, telle la garde en établissement, peuvent être des contraintes suffisantes pour influencer le patient dans son choix de traitement.

Ainsi, l'obtention du consentement libre et éclairé est problématique en raison, dans certains cas, d'une coercition plus ou moins avouée.

Les professionnels de la santé en psychiatrie ont de la difficulté à accepter une décision déraisonnable à leurs yeux, même si celle-ci n'est pas le fruit direct de la maladie et qu'elle provient d'un processus raisonné.

CHAPITRE 2

LES OBLIGATIONS PROFESSIONNELLES EN MATIÈRE DE CONSENTEMENT

Tous les professionnels de la santé oeuvrant auprès de la clientèle psychiatrique sont assujettis aux lois de leur province. Ils doivent aussi se conformer au code de déontologie régissant la pratique de leur profession. Nous verrons dans cette partie, les obligations professionnelles des médecins et des infirmières au Québec. Le *Code des professions*⁶⁹ impose aux corporations de se doter d'un code de déontologie guidant les professionnels, qui y sont membres, sur leurs devoirs d'ordre général et particulier envers le public, ses clients et sa profession. Le *Code de déontologie* vise particulièrement à ordonner les relations entre le professionnel et son client.

2.1 Les médecins

Au Québec, la médecine est une profession à titre exclusif⁷⁰. Le collège des médecins du Québec possède son propre *Code de déontologie*⁷¹. On y retrouve trois articles relatifs au consentement : la notion d'inviolabilité⁷², l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé, sauf

⁶⁹*Code des professions*. L.R.Q. c. 26 (1994), art. 87.

⁷⁰*Loi médicale*. L.R.Q., c.M-9 pour le Québec.

⁷¹*Code de déontologie des médecins*. R.R.Q. C. M-9, r.4 (fév. 1994).

⁷²Id. art. 2.03.01 : Le médecin doit exercer sa profession dans le respect de la vie, de la dignité et de la liberté de la personne humaine.

urgence⁷³ et l'obligation de renseignements⁷⁴. Ces articles vont dans le même sens que les lois, si ce n'est qu'une plus grande précision pour l'obligation de renseignement.

2.1.1 La responsabilité médicale

Le consentement ou le refus présuppose le dialogue et l'échange d'information entre le médecin et le patient. En effet, le médecin doit satisfaire à son devoir d'information afin d'obtenir le consentement libre et éclairé⁷⁵. Il est établi dans la doctrine que l'obligation de renseigner est une responsabilité médicale⁷⁶. Cependant, la loi ne le précise pas et ainsi le médecin peut être tenu responsable s'il assume incorrectement son devoir ou le délègue à une infirmière⁷⁷.

Le médecin doit utiliser un vocabulaire accessible et adapter ses propos à la capacité du patient à comprendre et assimiler l'aspect scientifique du traitement. Son obligation de renseigner ne sera pas satisfaite si le médecin n'a pas vulgarisé les informations et que le patient n'a pas compris.

⁷³Id. art. 2.03.28 : Sauf urgence, le médecin doit, avant d'entreprendre une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant ou des personnes dont le consentement peut être requis par la loi, une autorisation libre et éclairée.

⁷⁴Id. art. 2.03.29 : Le médecin doit s'assurer que le patient ou son représentant ou les personnes dont le consentement peut être requis par la loi ont reçu les explications nécessaires portant sur la nature, le but et les conséquences possibles de l'investigation, du traitement ou de la recherche que le médecin s'apprête à effectuer.

⁷⁵Voir pages 13 à 16.

⁷⁶SHARPE, G. *The law and medicine in Canada* 2nd ed. Toronto, Butter norths 1987, p. 36.

ROBERTSON, G. Informed consent ten years later : the impact of REIBL c. HUGUES. *Revue du barreau car.* 1991, 70-423, p. 432.

MÉNARD, J.P. et D. MARTIN. Op. cit. note 18, p. 25 et 36.

ARBOLEDA-FLOREZ, J. Op. cit. note 33, p. 321. Cependant, selon l'avis de CHALIFOUX et LEMAY, op. cit. note 15, p. 11, l'établissement a un certain devoir de s'assurer que les médecins qui y pratiquent respectent les règles relatives au consentement. Ces auteurs appuient leurs avis par une décision rendue en Saskatchewan. *Lachambre c. Nair* (1989), 2 W.W.R. 749 (Sask.Q.B.). L'établissement a été condamné pour le défaut d'un médecin d'avoir informé son patient.

⁷⁷ARBOLEDA-FLOREZ, J. Op. cit. note 33, p. 321.

Le médecin doit aussi s'assurer de la permanence de la volonté du patient durant tout le traitement. En effet, le consentement s'inscrit dans un continuum et n'est pas une fin en soi.

Dans la pratique, les psychiatres sont souvent confrontés à un problème d'éthique. Ils sont responsables du suivi médical d'un patient, ils reconnaissent la maladie et sont conscients des risques d'aggravation et de détérioration. Par ailleurs, ils sont impuissants à intervenir face à un individu qui refuse les traitements et qui ne se considère pas malade. Devant une telle situation, le psychiatre se demande s'il est vraiment thérapeute ou simplement un gardien préventif de l'ordre établi⁷⁸. Ainsi, certains auteurs avancent que le cadre législatif actuel force trop souvent le psychiatre à jouer un rôle de procureur de la couronne pour faire valoir la nécessité d'une hospitalisation et d'un traitement dans le but d'aider le patient⁷⁹.

Le psychiatre pourrait aussi être tenté d'utiliser son «privilège thérapeutique»⁸⁰. En effet, les médecins sont parfois justifiés de cacher aux patients la gravité des risques encourus quand leurs révélations peuvent sérieusement aggraver la santé physique ou mentale du patient. Selon l'état du droit actuel, ce privilège est de moins en moins accepté. Il doit être appliqué de façon restrictive. Il appartiendra au médecin de prouver les conditions justifiant le recours au privilège thérapeutique.

⁷⁸MORRISON, Denis. Le droit de refus de traitement chez le patient involontaire. Considérations médico-légales. *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 30, fév. 1985, p. 62.

⁷⁹GARNEAU, Y. et J.M. DIENER. Op. cit. note 66, p. 763.

⁸⁰La notion de privilège thérapeutique se retrouve uniquement dans le *Code de déontologie des médecins*. Op. cit. note 71, Art. 2.03.30 «À moins dans tous les cas qu'il n'y ait juste cause, le médecin ne doit pas dissimuler un pronostic grave ou fatal à un patient qui en requiert la révélation». Voir aussi GARNEAU et DIENER. Op. cit. note 66, p. 760 : le privilège thérapeutique permet au médecin d'omettre certaines informations au patient, si d'après lui, ces informations peuvent impressionner trop fortement le patient et contribuer ainsi à lui faire prendre une décision inadéquate.

Ce dernier a vu sa portée se restreindre comme corollaire au renforcement de l'autonomie de la personne. Ainsi, il ne peut constituer une défense acceptable si le médecin a usé de son privilège pour éviter un refus de traitement⁸¹.

2.2 Détermination de l'aptitude à consentir

La notion de l'aptitude constitue l'enjeu principal dans le domaine psychiatrique en matière de consentement libre et éclairé. La validité juridique du consentement repose sur la compréhension par le patient des renseignements qui lui sont transmis. L'individu ne doit pas être considéré inapte du seul fait qu'il soit atteint de maladie mentale.

Le *Code civil du Québec* émet comme principe que toute personne est présumée apte à consentir⁸². D'ailleurs, la juge Lebel dans l'affaire *Institut Philippe Pinel c. Blais*⁸³ écrit «La capacité se présume et le fardeau de preuve incombe à celui qui allègue ou invoque l'incapacité d'une personne».

Le psychiatre doit obtenir le consentement d'une personne apte à le donner. Il doit déterminer au préalable l'aptitude ou l'inaptitude de la personne à comprendre la nature du traitement proposé. Ce n'est que lorsque le patient est inapte qu'il peut recourir au consentement substitué ou à l'autorisation judiciaire de soins (cette dernière est développée dans la prochaine partie du travail).

⁸¹POTVIN, L. Op. cit. note 23, p. 67.

⁸²Article 4.

⁸³[1991] R.J.Q. 1969 (C.S.) p. 1973.

Le psychiatre doit prendre garde à ne pas confondre le statut du patient, telle l'incapacité à subir son procès, la non responsabilité criminelle pour cause de maladie mentale, l'incapacité à gérer ses biens ou la dangerosité qui a mené à une garde en établissement avec une conclusion automatique d'incapacité à consentir à des soins⁸⁴.

La juge Lebel est du même avis : «La capacité de consentir à un traitement ou de le refuser ne s'apprécie pas en fonction de la situation de l'individu, mais en fonction de son autonomie décisionnelle et de sa capacité de comprendre ce qui est en jeu. [Un individu] est présumé compétent même s'il est détenu dans un hôpital psychiatrique et même s'il a été acquitté pour cause d'aliénation mentale».⁸⁵

Le *Code civil du Québec* ne définit pas la façon de déterminer l'aptitude ou l'incapacité. Il n'émet aucun critère. Cependant, la doctrine et la jurisprudence ont développé des indicateurs au cours des années.

Dans l'affaire *Institut Philippe Pinel c. Blais*⁸⁶ en 1991, la juge Lebel a retenu le test de la législation de la Nouvelle-Écosse⁸⁷. En cour d'appel, ces mêmes critères ont été repris par les juges pour évaluer la capacité à consentir du patient dans l'affaire «*Institut Philippe Pinel c. A.G.*»⁸⁸ :

⁸⁴MÉNARD, J.P. Op. cit. note 52, p. E-2.

⁸⁵*Institut Philippe Pinel c. Blais* [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.) p. 1973.

⁸⁶[1991] R.J.Q. 1969 (C.S.) p. 1973.

⁸⁷*Nova Scotia Hospitals, Act. P.S.N.S.*, 1967 c. 249.

⁸⁸[1994] R.J.Q. 2523 à 2543 (C.A.).

1. Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement?
2. Le patient comprend-il la nature et le but du traitement?
3. Le patient comprend-il les risques associés à ce traitement?
4. Le patient saisit-il les risques qu'il y a à ne pas subir le traitement?
- 5) La capacité du patient à consentir est-elle affectée par sa maladie?

Selon Morrison⁸⁹, ces critères sont simples et pratiques à utiliser. Cependant, il propose trois autres questions cliniques⁹⁰ qui préciseraient le cinquième critère, soit : anatomiquement parlant, la substance cérébrale est-elle intacte? Si oui, les fonctions perceptuelles et cognitives sont-elles intactes? Si oui, l'état affectif ou émotionnel de la personne est-il touché? Finalement, ce psychiatre ajoute à son modèle proposé une dernière interrogation que le psychiatre traitant doit se poser : «le jugement, la compréhension et l'appréciation du choix à faire, de la décision à prendre sont-ils touchés?»⁹¹

Pour sa part, Ménard⁹² propose deux questions, soit : «Le patient est-il capable de prendre une décision et de l'exprimer ; le patient est-il capable de recevoir et comprendre l'information sur

⁸⁹MORRISON, Denis. Existe-t-il des questions ou critères médicaux pour déterminer l'aptitude à consentir ou refuser un traitement? Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec 1993, p. A-2.

⁹⁰Id. p. A-2 et MORRISON, Denis. Opinion : Consentement éclairé et capacité en pratique clinique psychiatrique (une perspective québécoise). *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 34, mars 1989, p. 110 à 114.

⁹¹MORRISON, Denis. Op. cit. note 89, p. A-4.

⁹²Op. cit. note 52, p. E-4.

sa condition⁹³». Ces deux critères ont été utilisés par le juge Marx dans l'affaire *Cité de la santé c. Lacombe*.⁹⁴

La législation ontarienne⁹⁵ a quant à elle précisé la notion d'aptitude et non d'inaptitude. Elle définit qu'être mentalement capable est un état de la personne qui est capable de comprendre l'objet du consentement qu'on lui demande et les conséquences qui peuvent résulter du fait qu'elle donne ou refuse son consentement. La personne doit être capable de comprendre la nature de la maladie pour laquelle le traitement est proposé.

Étant donné que la législation actuelle est muette en regard des critères d'aptitude ou d'inaptitude, il serait souhaitable que le Collège des médecins du Québec élabore un guide permettant aux médecins et psychiatres d'uniformiser leur pratique en matière d'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude à consentir à des traitements médicaux. Ce guide devrait définir les critères d'évaluation.

Finalement, lorsque le patient est jugé inapte à consentir, le psychiatre doit, dans un premier temps, évaluer s'il y a urgence et dans l'affirmative, procéder au traitement⁹⁶. Si non, il lui faut rechercher si le patient est représenté légalement et, si tel est le cas, il lui faut obtenir le

⁹³L'information visée est celle reliée au devoir de renseigner le patient sur : son diagnostic ; la nature et but du traitement proposé ; les risques et effets du traitement ; la procédure ; les avantages du traitement ; les conséquences d'un non traitement ; et les traitements alternatifs.

⁹⁴[1992] R.J.Q. 58 p. 60.

⁹⁵*Loi sur la santé mentale*. S.R.O., c. M-7, articles 1 h) et 49 l).

⁹⁶Art. 13 et 16 al. 1. *Code civil du Québec*.

consentement de cette personne⁹⁷. Si tel n'est pas le cas, il lui faut obtenir un consentement libre et éclairé d'un représentant habilité selon l'article 15 du *Code civil du Québec*⁹⁸ et, en dernier recours, demander une autorisation judiciaire de soins⁹⁹ dans le cas où le patient refuse catégoriquement les soins même en présence d'un consentement substitué ou lorsque le tiers autorisé refuse de consentir ou ne peut le faire¹⁰⁰.

2.3 Recommandations

Bien qu'il n'existe pas de solutions simples à la problématique de l'obtention du consentement libre et éclairé en psychiatrie, une avenue est possible en regard de la relation médecin-patient. En effet, le consentement peut résulter d'une négociation entre les deux partenaires. Le but est de trouver la solution médicale la plus appropriée. Le médecin en choisissant une thérapeutique spécifique s'est appuyé sur ses connaissances, son expérience, son évaluation objective et rationnelle de la situation du patient. Le médecin donne conséquemment un avis médical sur le meilleur traitement possible. Pour sa part, le patient juge de sa situation personnelle en regard du traitement proposé. Il évaluera l'impact de celui-ci sur son mode de vie et ses valeurs. Dans le cas où le patient

⁹⁷Art. 15, *Code civil du Québec*.

⁹⁸Quand le seul besoin de la personne inapte concerne les soins médicaux, il n'est pas nécessaire d'ouvrir un régime de protection. Les règles du consentement substitué sont élargies. Le médecin doit prendre garde à utiliser le consentement substitué alors que l'inaptitude du patient n'est pas établie. Dans une affaire de droit professionnel, le comité de discipline des médecins note «Le comité reconnaît qu'en certaines occasions spécifiques, il peut être difficile de faire accepter un traitement psychiatrique à des patients atteints de maladie mentale grave et qu'il faille se référer à des proches du patient, toutefois et même dans ces cas, l'article 52 a) paragraphe 4 n'autorise pas le psychiatre à substituer le consentement d'un tiers à celui du malade. Aucune loi n'autorise une telle substitution qui serait contraire aux droits de la personne et qui pourrait porter à des abus considérables». [1980] D.D.C.P., Comité des médecins I, p. 198.

⁹⁹Art. 16 al. 1. *Code civil du Québec*.

¹⁰⁰MÉNARD, J.P. Op. cit. note 52, p. E-29.

refuse le traitement, le médecin peut réévaluer voire modifier le traitement qui prendrait en considération les motivations du refus du patient¹⁰¹. Une telle attitude de conseiller favorise le climat de confiance et le médecin sera à même d'influencer positivement le patient par une attitude plus ouverte et respectueuse du droit de choisir du patient. Il va sans dire que cette négociation se fait avec un patient jugé apte à consentir ou refuser. Finalement, le tout repose sur l'établissement des principes de «l'alliance thérapeutique» quelquefois oubliée par certains lors du traitement psychiatrique.

Cependant, en raison probablement des abus antérieurs, la psychiatrie fait l'objet d'un contrôle juridique et judiciaire de plus en plus serré.

L'Association psychiatrique canadienne (APC) a révisé en 1988 son énoncé de principe servant de guide aux psychiatres dans leur pratique pour l'obtention du consentement en psychiatrie. Nous reproduirons textuellement ces recommandations¹⁰² :

1. «Le psychiatre doit adopter un juste milieu en donnant à son patient une information «raisonnable» et appropriée, que celui-ci est en mesure de comprendre ; le psychiatre doit procéder à l'examen et au traitement après avoir obtenu une autorisation «raisonnable»¹⁰³ de la part de son patient ou du représentant de celui-ci, tout en respectant les critères établis par la Cour suprême du Canada et les exigences des lois provinciales en vigueur.

¹⁰¹BEAUDOIN, J.L. et M.H. PARIZEAU. Op. cit. note 5, p. 11.

¹⁰²ARBOLEDA-FLOREZ, J. Op. cit. note 33, p. 322.

¹⁰³Nous croyons que le mot raisonnable employé ici s'apparente au processus raisonné et non raisonnable relié au meilleur intérêt du patient (notion subjective).

2. Comme tous les médecins, les psychiatres sont tenus légalement, dans la mesure du possible, d'obtenir de tous leurs patients qui n'ont pas été déclarés incapables un consentement libre, plein et éclairé à toute intervention diagnostique ou thérapeutique.
3. Aux fins d'obtenir le consentement du patient, celui-ci est présumé jouir de la capacité de donner son consentement à moins qu'il n'ait été déclaré incapable, suite à une évaluation, de donner son consentement.
4. Avant de pouvoir déclarer qu'un patient est incapable de donner son consentement, le psychiatre doit être convaincu que le patient ne saisit pas la raison pour laquelle on lui propose l'intervention en question, ou qu'il ne comprend pas la nature et le but de l'intervention, ou qu'il ne comprend pas les avantages et les risques inhérents au fait de ne pas subir l'intervention en question.
5. Une décision «déraisonnable» n'est pas en soi invalide pourvu que le patient manifeste clairement sa capacité de décider, capacité non entachée de pensées délirantes.
6. Le psychiatre doit lui-même expliquer au patient la nature de l'intervention proposée. Si une autre personne se charge de donner au patient certaines explications avant le traitement, il faut que le patient comprenne bien qui va lui administrer le traitement. Il faut laisser au patient le temps de se décider. Il ne faut pas utiliser un langage pouvant être interprété comme source de pressions exercées sur le patient. Le patient peut plus tard avoir besoin d'autres explications. Le consentement est considéré comme un processus continu.
7. Un patient admis involontairement dans un établissement psychiatrique n'est pas présumé incapable de donner son consentement au traitement, à moins que ne le précise la loi en vigueur.

8. Le psychiatre se doit de bien connaître les lois en vigueur dans sa province concernant les personnes habilitées à donner leur autorisation aux interventions proposées, dans les cas où le patient a été déclaré incapable de donner lui-même son consentement.
9. Dans les cas d'urgence, on conseille au psychiatre de s'en remettre aux médecins de la salle d'urgence, mais le psychiatre devrait dans la mesure du possible obtenir la confirmation que les interventions d'urgence ont été comprises et acceptées par le patient.
10. Le psychiatre se doit de bien connaître l'ensemble de la documentation existante portant sur tous les aspects du processus de consentement.»

Nous croyons que les recommandations cadrent dans le contexte législatif actuel et que le droit du patient psychiatrique est respecté comme pour tout autre individu. La doctrine du consentement libre et éclairé est respectée compte tenu des ajustements qui s'imposent pour cette clientèle.

2.4 Les infirmières

Les infirmières constituent la classe de professionnels de la santé la plus importante dans les hôpitaux. Elles sont présentes auprès du patient 24 heures sur 24 et 365 jours par année. Elles sont les seules professionnelles en présence continue auprès du patient. Elles assument les soins courants et interviennent selon l'ordonnance médicale. Elles ont pour responsabilité, entre autres, la surveillance des patients et ainsi assurer leur sécurité, fournir les soins infirmiers requis et exécuter les ordonnances médicales.

C'est souvent le personnel infirmier qui fait face aux attitudes violentes ou agressives du patient psychiatrique. Il doit donc gérer quotidiennement la crise selon les balises de la législation et l'ordonnance médicale pour la protection d'autrui ou d'elles-mêmes.

Tout comme les médecins, les infirmières sont assujetties à un code de déontologie¹⁰⁴. À l'heure actuelle, ce règlement ne fait pas état d'une obligation claire pour l'infirmière d'obtenir un consentement libre et éclairé¹⁰⁵. Il est surprenant de faire cette constatation car c'est une profession à exercice exclusif¹⁰⁶ et selon sa définition, elle doit, entre autres, planifier les soins à dispenser.

Les infirmières se réfèrent à des principes relatifs à l'exercice de la profession d'infirmière. Ceux-ci ne sont pas réglementés mais supportent l'ordre ou les directions des soins infirmiers pour apprécier le travail des infirmières. Selon le *Code des professions*, les ordres professionnels doivent élaborer des normes d'exercice pour assurer la sécurité du public.

¹⁰⁴ *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. C. I-8, r.4.

¹⁰⁵ Seul, l'article 3.01.04 stipule que le professionnel en soins infirmiers doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. À cette fin, il doit notamment b) respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son patient. Il n'y a pas d'autres articles stipulant que l'infirmière doit obtenir le consentement avant toute intervention.

¹⁰⁶ *Loi sur les infirmières et infirmiers*. L.R.Q., C. , I-8.

En mars 1996, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec¹⁰⁷ a révisé ses normes de pratique¹⁰⁸. En matière de responsabilité dévolue à l'infirmière concernant l'obligation d'obtenir le consentement et de renseigner adéquatement le client, nous retrouvons dans ce guide les éléments de l'exercice :

- «L'infirmière établit un lien de partenariat avec le client et sa famille. Elle répond aux besoins et aux attentes exprimés par le client¹⁰⁹».
- «L'infirmière informe le client de son état de santé et des soins qui lui seront donnés¹¹⁰».
- «L'infirmière s'assure que le client connaît les examens diagnostiques et les traitements qu'il subit¹¹¹».
- «L'infirmière s'assure que le client connaît les effets recherchés et les effets secondaires des médicaments qui lui sont administrés¹¹²».

¹⁰⁷Ci-après cité OIIQ.

¹⁰⁸En 1985, l'OIIQ émettait le fascicule titré : *Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers*. Celui-ci a été révisé en mars 1996. Dorénavant, on parle de «Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière». OIIQ. Direction de la qualité de l'exercice. Nous y trouvons les assises, le but de la pratique, les énoncés descriptifs comprenant sept catégories d'énoncés, soit : le partenariat infirmière-client ; la promotion de la santé ; la prévention de la maladie ; le processus thérapeutique ; la réadaptation fonctionnelle ; la qualité de vie ; l'engagement professionnel. Dans chaque catégorie d'énoncés, on retrouve un grand principe, les résultats escomptés chez le client, les éléments de l'exercice et les éléments organisationnels.

¹⁰⁹OIIQ. *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Direction de la qualité de l'exercice, mars 1996, p. 13. En parallèle, on retrouve les résultats escomptés chez le client : «Le client exprime le sentiment d'être un partenaire dans les activités de soins infirmiers. Le client affirme avoir reçu suffisamment d'information sur sa situation de santé pour faire des choix éclairés. Le client participe à la planification des soins dans la mesure de ses capacités et fait des choix.»

¹¹⁰Id. p. 16.

¹¹¹Id. p. 17.

¹¹²Id. p. 17.

- «L'infirmière intervient dans les situations d'urgence, de crise ou de violence, en fonction des besoins du client ainsi que des politiques de l'établissement de soins¹¹³».
- «L'infirmière adopte une conduite compatible avec les obligations légales, morales et éthiques de la profession d'infirmière¹¹⁴».
- «L'infirmière soutient le client dans la défense de ses droits et intercède pour lui si nécessaire¹¹⁵».

Ces obligations de l'infirmière sont suffisamment explicites en regard du rôle que cette professionnelle joue dans l'obtention du consentement libre et éclairé. Les choix, les valeurs et les attentes du client doivent être au centre de ses interventions.

Ces énoncés ne doivent pas être perçus comme des idéaux à atteindre. Nous croyons que ces éléments de la pratique infirmière doivent être considérés comme des actes généralement acceptés de la profession, donc accessibles, c'est-à-dire faisant partie des «règles de l'art»

¹¹³Id. p. 18. Dans les éléments organisationnels, on retrouve «Les directives générales concernant les situations d'urgence et les situations de crise ou de violence, les modalités d'intervention et le matériel requis pour y faire face sont mis à la disposition des infirmières. Conséquemment, c'est chaque hôpital qui doit émettre ses directives et baliser la pratique.

¹¹⁴Id. 21. Les résultats escomptés chez le client : Il exprime sa satisfaction quant au respect de ses valeurs et de ses droits comme utilisateur des services de santé. Dans les éléments organisationnels, on retrouve un code d'éthique définissant la conduite à tenir pour assurer le respect des droits des clients, de même que le *code de déontologie des infirmières et des infirmiers* et d'autres documents légaux relatifs à l'exercice de leur profession doivent être mis à la disposition des infirmières.

¹¹⁵Id. p. 21.

2.5 Recommandations

En milieu hospitalier, l'établissement assume une part importante des soins donnés au patient, particulièrement la surveillance des patients et l'exécution des ordonnances médicales. C'est, entre autres, par l'intermédiaire des infirmières que l'hôpital assure ces fonctions¹¹⁶. Celui-ci doit donc s'assurer que les infirmières respectent leurs obligations en matière de consentement au traitement psychiatrique. Pour sa part, l'infirmière, professionnelle de la santé, doit connaître ses obligations et les rencontrer.

Bien que le document «Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière¹¹⁷» soit explicite, celui-ci ne fait pas l'objet d'un règlement. L'OIIQ devrait ajouter au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* des énoncés tels que :

- «L'infirmière doit respecter les décisions éclairées et volontaires ;
- favoriser le consentement éclairé en communiquant l'information nécessaire ;
- défendre le droit des patients à être informés avant d'accepter ou de refuser les soins ou un traitement et aider les patients incapables de prendre des décisions à l'égard de leur santé à désigner une personne qui agira en leur nom¹¹⁸».

¹¹⁶La LSSSS prévoit à son article 208 que la directrice des soins infirmiers ou la responsable des soins infirmiers assure la planification, l'organisation, la coordination, le contrôle et l'évaluation des soins infirmiers.

¹¹⁷Op. cit. note 108.

¹¹⁸Tiré textuellement de : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Communiqué de l'ordre. Guide de 1995, règles 4, 5, 6, 7. Nous croyons que le dernier libellé s'interprète comme aider la personne à choisir une personne qui agira en son nom.

CHAPITRE 3

LES EXCEPTIONS À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE

Le *Code civil* impose comme règle l'obtention du consentement pour toute forme d'intervention quelle qu'en soit la nature. La seule exception est celle où la Loi permet expressément de passer outre à cette exigence¹¹⁹. Dans de tels cas, puisqu'il s'agit d'exceptions à la règle générale, les tribunaux interpréteront restrictivement la portée de telles dispositions. Ils auront davantage tendance à donner à celles-ci une interprétation littérale au lieu d'une interprétation large.

Dans le contexte du traitement psychiatrique, la législation prévoit effectivement un certain nombre d'exceptions. Elles sont propres à ce domaine particulier de la médecine. Ces exceptions concernent plus spécifiquement l'examen psychiatrique, la garde en établissement et l'imposition d'un traitement dans un contexte civil ou pénal. Ainsi, le patient psychiatrique peut se voir contraint, sous certaines conditions ou circonstances, à subir des atteintes à son intégrité physique ou à sa liberté. Ces aspects sont explorés dans ce chapitre.

¹¹⁹ Article 10 du *Code civil du Québec* (voir note 46).

3.1 L'examen psychiatrique et la garde en établissement¹²⁰

Un aspect du traitement psychiatrique soulevant des controverses est la garde en établissement¹²¹ sans consentement. En effet, on peut considérer qu'elle est une forme de soins car elle vise à fournir à la personne des soins de garde afin de protéger la vie et protéger autrui. En matière d'examen psychiatrique et de garde en établissement, le principe général est énoncé à l'article 26 du *Code civil du Québec* : «Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux en vue d'un examen psychiatrique ou à la suite d'un rapport d'examen psychiatrique, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'y autorise».

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Le consentement substitué donné par le représentant légal est suffisant sauf en cas d'opposition de la personne. Conséquemment, si la personne est inapte à consentir, seules les personnes mentionnées au deuxième alinéa peuvent consentir en son nom. Il est à noter que dans le cas du majeur, le conjoint ou un ami ne pourrait consentir à moins qu'il ne soit le mandataire, le curateur ou le tuteur

¹²⁰ L'examen psychiatrique et la garde en établissement sont régis par les articles 26 à 31 du *Code civil du Québec* et aussi par les dispositions de la *Loi sur la protection du malade mental*, ci-après citée *LPMM*, certaines ont été abrogées (art. 14 à 20) et d'autres ont été modifiées (13-21 et 30) afin de permettre une lecture conjointe du code civil et de cette loi.

Il est à noter que lors de la rédaction de cet essai, le Ministre Jean Rochon a déposé à l'Assemblée nationale, un projet de loi (no 39) modifiant en substance la *LPMM*. Étant donné que ce projet n'a pas été sanctionné et qu'il reçoit encore des corrections, nous n'y référons pas.

¹²¹ Il est à noter que le *Code civil du Québec* parle de garde en établissement et non plus de cure fermée. Nous sommes d'avis que ce terme est beaucoup plus juste et n'infère aucune notion de traitement. L'aménagement d'une section consacrée à la garde en établissement dans le *code civil du Québec* est révélatrice de l'importance accordée par le législateur en regard des principes d'inviolabilité de la personne humaine.

de cette personne¹²². En l'absence de consentement, l'autorisation du tribunal est nécessaire pour garder une personne en vue d'un examen psychiatrique¹²³.

À ce sujet, les familles aux prises avec le malade à la maison se disent désemparées devant la complexité, les coûts et la durée des démarches¹²⁴.

Il existe une exception à l'obligation d'obtenir l'autorisation préalable du tribunal avant d'admettre une personne sous garde. En effet, si le danger est imminent, l'article 27 du *Code civil du Québec* et l'article 21 de la *LPMM* permettent d'admettre une personne sous garde, sans l'autorisation du tribunal pour une période maximale de 48 heures¹²⁵. Par la suite, l'établissement devra faire une requête au tribunal, si le médecin juge que la garde en établissement est nécessaire.

¹²²Cette restriction spécifique change les règles du consentement substitué prévu à l'article 15 du *Code civil du Québec*. On oblige ainsi un conjoint à en saisir le tribunal. Cela implique des délais ne servant pas toujours l'intérêt de la personne.

¹²³Article 27 du *Code civil du Québec*. Cette autorisation s'obtient par requête présentée à la Cour du Québec. Dans la plupart des cas, c'est la famille qui présente ce genre de requête.

¹²⁴CHAREST, A. Psychiatrie : nouveau code civil, nouvelles règles. *L'actualité médicale*, mai 1994, p. 2.

¹²⁵Article 27 du *Code civil du Québec* : «S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir un examen psychiatrique. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués. Si le danger est imminent, la personne peut être admise sous garde, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par les lois relatives à la protection des personnes atteintes de maladie mentale.»

Cet article est en quelque sorte une reformulation des articles 4, 13 et 21 de la *LPMM*. On n'y retrouve pas d'éléments nouveaux.

Article 21, *LPMM*. «Le directeur des services professionnels d'un établissement qui exploite un centre hospitalier ou, en son absence, tout médecin exerçant dans ce centre peut admettre provisoirement dans une installation maintenue par cet établissement une personne sans qu'elle ait subi un examen clinique psychiatrique, s'il juge que l'état mental de cette personne est tel qu'il présente pour elle ou pour autrui un péril grave et immédiat. Une telle personne ne peut être gardée plus de 48 heures sans son consentement ou sans que le tribunal ne l'autorise».

C'est «l'imminence du danger» ou le «péril grave et immédiat» qui justifie cette exception, c'est-à-dire que nous devons être en présence d'une situation de crise impliquant un passage à l'acte imminent ou qui s'est déjà produit.

D'autre part, si l'examen psychiatrique démontre que le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui¹²⁶ et que le patient refuse de rester à l'hôpital, les autorités de l'institution devront demander l'autorisation du tribunal, à moins que le danger soit imminent. Étant donné qu'une garde en établissement sans consentement est une atteinte à la liberté et même à l'intégrité de la personne, le législateur a voulu que le recours aux tribunaux offre une garantie contre les abus.

L'objet de ce travail n'étant pas de revoir les règles de procédure pour obtenir un examen psychiatrique ou une garde en établissement, nous n'élaborerons pas davantage sur ce sujet. Rappelons-nous simplement que l'hôpital ou le psychiatre doit respecter les délais prescrits¹²⁷. Par ailleurs, nous nous attarderons davantage à la substance et aux indications de ces mesures d'exception¹²⁸.

¹²⁶ *LPMM*, article 12 et article 30 du *Code civil du Québec*. En vertu du nouveau *Code civil du Québec*, dorénavant la garde ne peut avoir lieu en l'absence de consentement, qu'avec l'autorisation du tribunal, aussi c'est le juge qui en détermine la durée. Voir aussi article 23 de la *LPMM*.

¹²⁷ Les délais à soumettre les rapports justifiant un examen psychiatrique ou une garde en établissement sont très importants à respecter. À défaut de quoi, le patient n'est plus considéré sous garde. Voir *Protection du malade mental* - 4 [1980] C.A.S. 239 et 240.

¹²⁸ Le lecteur peut se référer au code de procédure civile, articles 762 à 785, aux articles 26 à 32 du *Code civil du Québec* et à la *LPMM*.

En substance, c'est l'élément de dangerosité qui justifie de garder une personne contre son gré dans un hôpital. Toutefois, le législateur n'apporte pas de précision quant à ce critère. Le médecin ou les autorités du centre hospitalier devront démontrer qu'il y a des motifs sérieux de croire à la dangerosité de la personne en raison de son état mental¹²⁹.

La commission des affaires sociales¹³⁰ s'est prononcée à plusieurs reprises sur la notion de dangerosité. On comprend donc qu'elle doit être interprétée restrictivement. D'une part, la commission est d'avis que le danger potentiel doit être évalué dans une perspective de court terme plutôt que de long terme¹³¹. D'autre part, la C.A.S. tiendra compte du comportement de l'individu et des composantes de sa maladie, particulièrement de l'autocritique et des idées paranoïdes¹³². Naturellement, les comportements agressifs ou violents avec perte de contrôle et manque d'autocritique sont facilement retenus¹³³. Ainsi, la C.A.S. évalue les éléments présents de dangerosité prévisible à court terme par le comportement global du patient afin de statuer sur le maintien ou la levée de la garde en établissement. On remarque que la C.A.S. est sensible au fait que le patient

¹²⁹Voir Hôtel-Dieu c. B. [1996] 11 juin 40-001633960, cour du Québec. Dans cette requête pour renouvellement d'une ordonnance de garde en établissement, il a été démontré que le patient représentait un danger pour lui-même, même si celui-ci n'était pas immédiat ou imminent. La requête a été accueillie.

¹³⁰La commission des affaires sociales (ci-après citée C.A.S.) reste généralement investie de la compétence de lever une cure fermée imposée à une personne. Protection du malade mental - 2 [1994] C.A.S. 260 à 264. Le mandat de la C.A.S. est de réviser une situation évolutive et non réviser la décision d'un juge, p. 264.

¹³¹Voir Protection du malade mental - 19 [1982] C.A.S. 990-991. Même si le patient a été violent dans le passé, son état s'était amélioré récemment, particulièrement son jugement et l'autocritique. Conséquemment, il y a eu levée de cure fermée car l'état du patient ne l'amenait pas de façon probante à commettre des actes dangereux. Voir aussi Protection du malade mental - 1 [1988] C.A.S. 245, Protection du malade mental - 3 [1989] C.A.S. 857.

¹³²Protection du malade mental - 2 [1989] C.A.S. 855.

¹³³Protection du malade mental - 1 [1989] C.A.S. 593.

prenne sa médication et coopère avec l'équipe soignante¹³⁴. Toutefois, une admission involontaire n'autorise pas de traiter sans consentement¹³⁵. La garde en établissement se réfère à des soins de garde en milieu sécuritaire et protégé. Il n'y a pas de présomption d'incompétence à consentir à des soins médicaux¹³⁶. La personne ne peut quitter l'établissement de santé mais elle peut très bien refuser les traitements.

Cet état de fait préoccupe grandement tout le personnel clinique. En effet, l'hospitalisation devient alors plus voisine de l'emprisonnement que du traitement¹³⁷.

Finalement, l'ordonnance d'examen psychiatrique et la garde en établissement peuvent limiter certains droits du patient, entre autres, la détention civile, mais la doctrine du consentement libre et éclairé en matière de traitement pharmacologique demeure effective malgré le statut du patient. Dans le contexte actuel de rationalisation des ressources, nous ne serions pas surpris de constater une augmentation des autorisations judiciaires de soins, si le médecin réussit à prouver l'inaptitude à refuser les traitements. Il est très difficile pour un hôpital de se permettre de simplement assurer la garde d'un patient sans pouvoir le soigner et organiser sa réinsertion sociale.

¹³⁴ Protection du malade mental - 2 [1994] C.A.S. 260 à 264. Elle invite même le patient à se questionner sur l'opportunité de maintenir son refus systématique de prendre une médication appropriée. Protection du malade mental - 1 [1994] C.A.S. 257 à 260. Voir aussi Protection du malade mental - 3 [1994] C.A.S. 657 à 659.

¹³⁵ Le consentement doit être spécifique à l'administration de la médication.

¹³⁶ Cité de la Santé c. Lacombe [1992] R.J.Q. 58 (C.S.)

¹³⁷ ARBOLEDA-FLOREZ. Op. cit. note 33, p. 320.

3.2 L'autorisation judiciaire de soins

Lorsque le patient lui-même exprime un refus catégorique ou que le tiers appelé à consentir pour autrui refuse le traitement ou ne se prononce pas, l'établissement de santé et le médecin peuvent solliciter une autorisation judiciaire de soins. S'appuyant sur les articles 11 et 12 du *Code civil du Québec*, les tribunaux, une fois déterminée l'incapacité du patient à consentir, invoquent le meilleur intérêt de ce dernier à l'appui de leur décision. Ils précisent de plus l'importance de démontrer que les soins sont bénéfiques, opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait espéré. À l'examen de la jurisprudence actuelle, les juges accordent généralement l'autorisation sollicitée de certains traitements psychiatriques lorsque l'incapacité est bien documentée.

En psychiatrie, les demandes sont requises plus fréquemment pour l'administration d'antipsychotiques¹³⁸.

Il est à noter que l'autorisation judiciaire de soins à l'égard des personnes majeures ne peut être envisagée que pour ceux qui sont incapables de consentir¹³⁹. C'est donc dire que le majeur apte peut

¹³⁸ Voir *Institut Philippe Pinel c. Blais* [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.) ; *Cité de la santé c. Lacombe* [1992] R.J.Q. 58 (C.S.) ; *Hôpital Charles-Lemoyne c. Forcier* [1992] R.D.F. 257 (C.S.), *Institut Philippe Pinel c. Dion* [1983] (C.S.), *Gervais c. Hôpital St-Charles-Borromée et le curateur public du Québec* [1994] 500-09-000019-943 (C.A.), *Hôpital du Saint-Sacrement c. Charest et le curateur public du Québec* [1995] 200-05-001479-950 (C.S.) ; *Whear c. Hôtel-Dieu de St-Jérôme* [1996] 500-09-002284-966 (C.A.) ; *Institut Philippe-Pinel c. Ghavary* [1994] R.J.Q. 2523 à 2543 (C.A.)

¹³⁹ «Le tribunal n'a pas à se substituer à la personne compétente à décider, c'est-à-dire (M. Corbeil), apte et capable de choisir les limites de sa qualité de vie», *Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil* [1990] R.J.Q. 712 (C.S.) p. 725.

très bien prendre une décision jugée déraisonnable par le professionnel de la santé¹⁴⁰. Le tribunal n'a pas aussi à se prononcer si la personne apte ne tient pas compte des bienfaits que lui procureraient les traitements proposés¹⁴¹.

L'établissement, notamment le médecin, a le fardeau de la preuve de l'inaptitude. À titre d'indication, nous suggérons la collecte des éléments suivants tirés textuellement des écrits de Sylvain Lussier, avocat¹⁴² :

1. Préparer un résumé de dossier de l'hospitalisation du patient concerné comprenant, notamment, les informations suivantes :
 - . les motifs de l'admission, l'histoire de cas, le diagnostic posé lors de l'admission, le traitement entrepris ou proposé à ce moment ;
 - . la description des traitements qui furent entrepris ou tentés et leur effet sur l'évolution du patient ;
 - . la description, s'il y a lieu, de manifestation d'agressivité ou de non coopération du patient en précisant la date et les circonstances de chacune de ces manifestations ;
 - . l'historique du refus du patient à recevoir un traitement et la description des raisons de ce refus.

¹⁴⁰Par exemple, dans *Nancy B. c. L'Hôtel-Dieu de Québec et al.* [1992] R.J.Q. 361 et *Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil* [1990] R.J.Q. 712. Dans ces affaires, la cour n'a pas renversé la décision de la personne. Le tribunal s'est assuré de l'aptitude de la personne et a ordonné qu'on respecte ses volontés.

¹⁴¹Voir à ce sujet *Institut Philippe Pinel c. Ghavary*, C.S. 500-40-000333-935, jugement du 27 mai 1993 (Juge Mercure). Cependant, cette décision a été renversée en appel. *Institut Philippe-Pinel c. Ghavary* [1994] R.J.Q. 2523 à 2543 (C.A.). Le patient a été déclaré inapte.

¹⁴²LUSSIER, Sylvain. Le refus catégorique de recevoir des soins. Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. D-8, 9.

2. Compiler des extraits pertinents du dossier hospitalier du patient concerné illustrant les éléments contenus dans le résumé de dossier.
3. Obtenir les jugements ordonnant une cure fermée ou la tenue d'un examen clinique psychiatrique, de même que tout examen clinique psychiatrique effectué aux termes de la *Loi sur la protection du malade mental*, s'il y a lieu.
4. Préciser si le patient est sous un régime de protection public ou privé (tutelle ou curatelle), donner les coordonnées du tuteur ou du curateur, s'il y a lieu, ou de tout parent ou ami qui s'intéresse à ce patient et peut consentir à des traitements ; obtenir une copie du jugement le cas échéant.
5. Préparer un rapport d'évaluation du patient comprenant les trois sections suivantes :
 - répondre aux cinq questions du test de la Nouvelle-Écosse ;
 - l'indication du traitement, les effets bénéfiques escomptés, les risques et effets secondaires qui y sont associés, ainsi que les risques ou les conséquences de l'absence de traitement ; bref, il s'agit ici d'exposer pourquoi vous jugez que ce patient doit être traité malgré les effets secondaires ou les risques associés au traitement proposé ;
 - la description du traitement proposé en précisant le type de médication suggéré et les alternatives qui pourraient être utilisées en cas d'insuccès.
6. Demander, si possible, une consultation auprès d'un de vos confrères afin d'obtenir son opinion, principalement sur l'aptitude du patient à refuser ou consentir à un traitement.

Ainsi, un dossier bien documenté en regard de l'inaptitude à refuser un traitement est essentiel pour requérir à une autorisation judiciaire de soins. D'ailleurs, les propos du juge Lebel dans l'affaire

Institut Philippe Pinel c. Blais¹⁴³ illustrent clairement que le tribunal exige une preuve claire de l'inaptitude :

«Le respect de l'inviolabilité et de l'intégrité de la personne humaine exige que le critère utilisé pour déterminer si une personne est ou non apte à refuser son consentement à un traitement soit assez strict pour que le recours à un tiers décideur, qu'il s'agisse d'un mandataire ou du tribunal, ne devienne pas une technique pour priver une personne de son droit de refuser un traitement recommandé par ses médecins traitants».

À la lumière de ces données, il est évident qu'une telle procédure a des conséquences tant pour le psychiatre que pour le patient. Cournoyer et Monette¹⁴⁴ ont analysé les effets néfastes du processus de judiciarisation. D'une part, l'alliance thérapeutique essentielle dans la relation psychiatre-patient est menacée, car le patient perçoit le psychiatre comme son adversaire. Le patient vit un stress additionnel risquant d'augmenter son délire et il se sent de plus en plus menacé. Sa condition physique risque de se détériorer. De plus, étant donné les délais des procédures¹⁴⁵, les mesures de protection telles que l'isolement, les contentions et l'administration de médication d'urgence sont davantage utilisées. Finalement, le temps et les coûts requis pour la judiciarisation sont importants (113 heures et 8 300 \$ pour chaque cas, cela ne comprend pas les dépenses du patient pour sa propre représentation par un avocat). Toutefois, en réaction à cet article, lorsque le patient refuse la médication, voire même l'hospitalisation, il est bien évident qu'il n'y a pas de relation de confiance déjà établie, le lien thérapeutique n'existe pas. L'autorisation judiciaire de soins peut permettre au psychiatre de recréer un lien thérapeutique. En effet, dans ce cas, le patient est

¹⁴³[1991] R.J.Q. 1969, p. 1974.

¹⁴⁴Op. cit. note 17, p. 339.

¹⁴⁵L'article de Cournoyer et Monette a été écrit en 1991. Depuis ce temps, les délais d'audition pour les demandes d'autorisation judiciaire de soins ont été considérablement réduits. Ils sont actuellement d'environ 5 jours. Ce qui est tout à fait acceptable.

confronté à la décision d'une personne réputée objective. Ainsi, le personnel soignant n'est pas seul à considérer que la personne a besoin de soins.

On constate que l'autorisation judiciaire de soins est utilisé dans les cas limites. Pour les autres patients, il y aura tendance à les retourner dans la communauté sans traitement et de laisser la maladie suivre son cours. Les droits fondamentaux de la personne ont été préservés, mais à quel prix? Bien que le processus judiciaire soit un moyen efficace pour protéger les droits de la personne, n'est-il pas trop lourd? Un tribunal administratif telle la Commission des affaires sociales du Québec où siègent, entre autres, deux psychiatres et un avocat, n'aurait-il pas été plus indiqué au niveau des délais et de la représentativité? On peut avancer que l'utilisation de l'autorisation judiciaire de soins est utilisée aussi comme mesure de protection en matière de responsabilité professionnelle. Ainsi, le tribunal exonère en quelque sorte le médecin si le patient subit des dommages suite à l'administration de médicaments psychotropes.

Il est évident que des mécanismes de contrôle doivent exister afin de protéger le patient incapable. Cependant, il faut tenir compte des conséquences. Actuellement, le droit à l'inviolabilité est davantage protégé que le droit à la liberté¹⁴⁶. En effet, en présence de dangerosité, le patient est placé sous garde en établissement sans traitement lorsque le patient le refuse. Son atteinte à la liberté se trouve prolongée, considérant les délais de l'autorisation judiciaire de soins. De plus, cette garde peut-être contestée auprès de la Commission des affaires sociales.

¹⁴⁶GRUNBERG. Op. cit. note 65, p. B-3.

3.3 Les dispositions du Code criminel

En 1992, plusieurs dispositions ont été modifiées en matière de troubles mentaux dans le code criminel¹⁴⁷. Ainsi, la maladie mentale possède un régime d'exception au niveau pénal. Ces nouvelles dispositions tendent à interférer le moins possible avec les droits fondamentaux de la personne. Il est à noter que depuis la réforme du *Code criminel* mise en vigueur en février 1992, la terminologie utilisée en matière de maladie mentale a été modifiée. Ainsi, le concept d'aliénation mentale est remplacé par celui de trouble mental et le verdict d'acquiescement pour une cause d'aliénation mentale par un verdict de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux¹⁴⁸.

Nous explorons dans cette partie, les dispositions du *Code criminel* relatives aux ordonnances de garde et d'évaluation dans un centre hospitalier et l'imposition d'un traitement. Dans un premier temps, le *Code criminel* permet d'imposer à la personne un examen psychiatrique. Ainsi, une

¹⁴⁷Loi modifiant le code criminel (troubles mentaux) et modifiant en conséquence la Loi sur la défense nationale et la Loi des jeunes contrevenants, L.C. (1991) c. 43.

¹⁴⁸Selon l'article 672.1 du *Code criminel*, L.R.C., 185, c. C-46 (dans les prochaines notes en bas de page, nous utiliserons C.cr.), le législateur reconnaît dorénavant que l'acte est admis explicitement (alors qu'auparavant on parlait d'acquiescement). Ainsi, il y a reconnaissance que «l'accusé a commis l'acte ou l'omission qui a donné lieu à l'accusation, mais était atteint de troubles mentaux dégageant sa responsabilité criminelle». Cette nuance est importante.

ordonnance d'évaluation de l'état mental de l'accusé peut être nécessaire dans cinq situations¹⁴⁹ pour déterminer :

- l'aptitude à subir son procès¹⁵⁰ ;
- la non responsabilité criminelle lors de la perpétration d'une infraction ;
- le déséquilibre lors d'un infanticide ;
- la décision à prendre en cas d'incapacité ou de non responsabilité criminelle ;
- si une ordonnance de détention dans un centre hospitalier est requise lorsque l'accusé a été déclaré coupable.

¹⁴⁹Article 672.11 C.cr. Le tribunal qui a compétence à l'égard d'un accusé peut rendre une ordonnance portant évaluation de l'état mental de l'accusé, s'il a des motifs raisonnables de croire qu'une preuve concernant son état mental est nécessaire pour :

- a) déterminer l'aptitude de l'accusé à subir son procès ;
- b) déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle en application du paragraphe 16(1) au moment de la perpétration de l'infraction reprochée ;
- c) déterminer si l'accusée inculpée d'une infraction liée à la mort de son enfant nouveau-né était mentalement déséquilibrée au moment de la perpétration de l'infraction ;
- d) dans le cas où un verdict d'incapacité à subir son procès ou de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, déterminer la décision qui devrait être prise ;
- e) lorsque l'accusé a été déclaré coupable, déterminer si une ordonnance en vertu du paragraphe 736.11(1) devrait être rendue à son égard.

¹⁵⁰L'accusé doit répondre à trois critères simultanément afin d'être jugé apte à subir son procès :

- 1) comprendre la nature et l'objet des poursuites ;
- 2) comprendre les conséquences éventuelles des poursuites ;
- 3) communiquer avec son avocat.

Article 2, C.cr.

Étant donné qu'il y a une forte présomption générale d'aptitude¹⁵¹, la cour doit avoir des motifs raisonnables de croire que l'accusé souffre de problèmes mentaux¹⁵². C'est la cour qui précise si l'accusé doit demeurer sous garde pendant la durée de l'ordonnance d'évaluation, elle en fixe aussi

¹⁵¹Article 16 (2) et 672.22, C.cr.

16. (1) La responsabilité criminelle d'une personne n'est pas engagée à l'égard d'un acte ou d'une omission de sa part survenu alors qu'elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l'acte ou de l'omission, ou de savoir que l'acte ou l'omission était mauvais.
- (2) Chacun est présumé ne pas avoir été atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle sous le régime du paragraphe (1) ; cette présomption peut toutefois être renversée, la preuve de troubles mentaux se faisant par prépondérance des probabilités.
- (3) La partie qui entend démontrer que l'accusé était affecté de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle a la charge de la prouver.
- 672.22 L'accusé est présumé apte à subir son procès sauf si le tribunal, compte tenu de la prépondérance des probabilités, est convaincu de son inaptitude.

¹⁵²Article 672.12, C.cr.

- (1) Le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation à toute étape des procédures intentées contre l'accusé, d'office, à la demande de l'accusé ou, sous réserve des paragraphes (2) et (3), à la demande du poursuivant.
- (2) Si l'accusé est poursuivi par procédure sommaire, le tribunal ne peut rendre une ordonnance de détermination de l'aptitude de l'accusé à subir son procès à la demande du poursuivant que si l'accusé a soulevé la question ou si le poursuivant lui démontre qu'il existe des motifs raisonnables de mettre en doute l'aptitude de l'accusé à subir son procès.
- (3) Le tribunal ne peut rendre une ordonnance d'évaluation en vue de déterminer si l'accusé était atteint de troubles mentaux de nature à ne pas engager sa responsabilité criminelle au moment de la perpétration de l'infraction reprochée que si l'accusé a mis en doute sa capacité mentale à former l'intention criminelle nécessaire ou si le poursuivant lui démontre, qu'en raison de troubles mentaux, il existe des motifs raisonnables de mettre en doute la responsabilité criminelle de l'accusé à l'égard de l'infraction reprochée.

Le tribunal peut d'office à toute étape des procédures, ordonner une évaluation. Article 672.23, C.cr.

- (1) Le tribunal qui a, à toute étape des procédures avant que le verdict ne soit rendu, des motifs raisonnables de croire que l'accusé est inapte à subir son procès peut, d'office ou à la demande de l'accusé ou du poursuivant, ordonner que cette aptitude soit déterminée.
- (2) Lorsqu'une demande est présentée en vertu du paragraphe (1) par le poursuivant ou l'accusé, la charge de prouver l'inaptitude de l'accusé à subir son procès incombe à l'auteur de la demande.

la période durant laquelle l'évaluation doit avoir lieu¹⁵³. Cependant, la durée maximale est de 30 jours, sauf pour évaluer l'aptitude de l'accusé à subir son procès qui est de cinq jours et sauf en présence de circonstances exceptionnelles où la durée peut être prolongée à 60 jours¹⁵⁴.

Or, selon l'étude de Laberge et al., il y aurait au Québec une entente implicite entre la couronne et la défense à l'effet que le délai de cinq jours était insuffisant, les partis semblent s'entendre pour un délai de 15 jours¹⁵⁵. De plus, même si l'accusé a été déclaré apte à subir son

¹⁵³Article 672.13, C.cr.

- (1) L'ordonnance d'évaluation :
 - a) désigne la personne ou le service chargé de l'évaluation ou l'hôpital où celle-ci doit être faite ;
 - b) précise si l'accusé doit demeurer sous garde pendant que l'ordonnance est en cours de validité ;
 - c) fixer la période durant laquelle l'évaluation doit avoir lieu, notamment celle de l'évaluation elle-même et celle des déplacements nécessaires.
- (2) L'ordonnance peut être rendue selon la formule 48.

¹⁵⁴Articles 672.14 et 672.15, C.cr.

- 672.14 (1) Une ordonnance d'évaluation ne peut être en vigueur pendant plus de 30 jours.
- (2) L'ordonnance de détermination de l'aptitude de l'accusé à subir son procès ne peut être rendue pour une période supérieure à cinq jours, compte tenu des jours fériés ou du temps nécessaire pour se rendre au lieu désigné pour l'évaluation et en revenir, que si l'accusé et le poursuivant consentent à une période plus longue, celle-ci ne pouvant toutefois jamais être supérieure à 30 jours.
- (3) Par dérogation aux paragraphes (1) et (2), le tribunal peut rendre une ordonnance d'évaluation pour une période de 60 jours, s'il est convaincu que des circonstances exceptionnelles l'exigent.
- 672.15 (1) Sous réserve du paragraphe (2), le tribunal peut, d'office ou à la demande de l'accusé ou du poursuivant, présentée pendant que l'ordonnance est en cours de validité ou à la fin de la période de validité de celle-ci, prolonger l'ordonnance pour la période qu'il juge nécessaire à l'évaluation de l'état mental de l'accusé.
- (2) Une prolongation de l'ordonnance ne peut dépasser 30 jours et l'ensemble de l'ordonnance et de ses prolongations 60 jours.

Selon l'expérience clinique à l'Institut Philippe Pinel, 60 à 65% des personnes soumises à une telle évaluation sont toujours inaptes après cinq jours, 80% deviennent aptes après 30 jours et 98% dans un délai de 60 jours. Voir LABERGE, Danielle, MORIN, Daphné et Marie ROBERT. *Criminalisation et maladie mentale présumée : les réponses du système judiciaire*. Les cahiers du Grapp. 1996 p. 51.

¹⁵⁵Id. p. 55. Sur les 27 ordonnances d'évaluation de l'aptitude émises après février 1992 pour un groupe d'accusés ayant des contacts répétés avec le tribunal, la durée médiane s'établit à 17 jours comparativement à 15 jours avant mars 1992.

procès et qu'à ce moment, il est détenu dans un hôpital, le tribunal peut ordonner que l'accusé demeure à l'hôpital jusqu'à la fin du procès par crainte qu'il ne devienne inapte sans cet encadrement¹⁵⁶. Toutefois, «l'ordonnance d'évaluation ne peut autoriser le traitement, notamment le traitement psychiatrique de l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette sans son consentement»¹⁵⁷. Dans ces circonstances, ce sont les règles du droit civil qui doivent s'appliquer. Donc, même l'inaptitude à subir son procès ne peut être associée à l'inaptitude à consentir à des soins¹⁵⁸. Cependant, il existe une seule disposition au niveau du *Code criminel* permettant un traitement sans consentement et elle n'est possible qu'après un verdict d'inaptitude à subir son procès¹⁵⁹. La durée maximum non renouvelable de cette ordonnance de traitement est de 60 jours afin de rendre apte l'accusé à subir son procès.

¹⁵⁶ Article 672.29, C.cr.

Lorsque l'accusé est détenu au moment où est rendu le verdict d'aptitude à subir son procès, le tribunal peut ordonner que l'accusé soit détenu dans un hôpital jusqu'à la fin du procès s'il a des motifs raisonnables de croire qu'il deviendra inapte à subir son procès s'il est mis en liberté.

¹⁵⁷ Article 672.19, C.cr.

L'ordonnance d'évaluation ne peut autoriser le traitement, notamment le traitement psychiatrique de l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette, sans son consentement.

¹⁵⁸ S'il y a absence d'ordonnance de traitement en vertu du *Code criminel*, il faudra recourir à l'autorisation judiciaire de soins en vertu de l'article 16 du *Code civil du Québec*, si la personne est évaluée inapte à refuser les soins. Cependant, la finalité n'est pas de rendre la personne apte à subir son procès.

¹⁵⁹ Article 672.58, C.cr.

Dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès a été rendu à l'égard de l'accusé et à la condition que le tribunal n'ait rendu aucune décision à son égard en vertu de l'article 672.54, le tribunal peut sur demande du poursuivant, rendre une décision prévoyant le traitement de l'accusé pour une période maximale de 60 jours, sous réserve des modalités que le tribunal fixe et, si celui-ci n'est pas détenu, lui enjoignant de s'y soumettre et de se présenter à la personne ou à l'hôpital indiqué.

Note : Cette disposition ne s'applique pas pour une personne déclarée non responsable pour cause de troubles mentaux. Article 672.55, C.cr.

Note : L'accusé a la possibilité de contester cette ordonnance. Article 672.6, C.cr.

Cette décision ne peut être rendue que suite à un témoignage d'un médecin convainquant le tribunal à l'effet que lors de l'évaluation, l'accusé est inapte à subir son procès, que le traitement proposé le rendra apte dans un délai n'excédant pas 60 jours, que sans ce traitement l'accusé demeurera inapte. Le tribunal doit aussi s'assurer que le traitement n'entraîne aucun risque démesuré, compte tenu des bienfaits espérés et que les traitements sont les moins sévères et les moins privatifs de liberté dans les circonstances¹⁶⁰.

Lorsque le verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est rendu à l'égard de l'accusé, le tribunal ou la commission d'examen¹⁶¹

¹⁶⁰ Article 672.59, C.cr.

- (1) Aucune décision ne peut être rendue en vertu de l'article 672.58 à moins que le tribunal ne soit convaincu, à la lumière du témoignage d'un médecin, qu'un traitement particulier devrait être donné à l'accusé afin de le rendre apte à subir son procès.
- (2) Pour l'application du paragraphe (1), le témoignage comporte une déclaration portant que le médecin a évalué l'état mental de l'accusé et que, selon son avis motivé :
 - a) au moment de l'évaluation, l'accusé était inapte à subir son procès ;
 - b) le traitement psychiatrique et tout autre traitement médical connexe qu'il précise le rendront vraisemblablement apte à subir son procès dans un délai maximal de 60 jours et que, en l'absence de ce traitement, l'accusé demeurera vraisemblablement inapte à subir son procès ;
 - c) le traitement psychiatrique et tout autre traitement médical connexe qu'il précise n'entraînent pas pour l'accusé un risque démesuré compte tenu des bénéfices espérés ;
 - d) le traitement psychiatrique et tout autre traitement médical connexe qu'il précise sont les moins sévères et les moins privatifs de liberté qui, dans les circonstances, pourraient être prescrits pour l'application du paragraphe (1), compte tenu des alinéas b) et c).

Selon l'article 672.62, le consentement du responsable de l'hôpital où l'accusé doit subir le traitement est requis. Par ailleurs, le tribunal ne peut autoriser un traitement par psychochirurgie ou par sismothérapie selon l'article 672.61, C.cr.

¹⁶¹ La commission d'examen est composée de cinq personnes nommées par le lieutenant gouverneur en conseil (672.38). Elle doit être constituée d'au moins un psychiatre (672.39). Le président doit être un juge (672.4). Le quorum est de trois personnes dont le président, un juriste et un psychiatre (672.41). Les décisions se prennent à la majorité (672.42). Les règles s'appliquent à l'audition en vue de déterminer la décision qui devrait être prise à l'égard d'un accusé sont prévues à l'article 672.5. La juridiction de la commission d'examen se retrouve à l'article 672.38. La personne peut en appeler d'une décision du tribunal ou de la commission (672.72), les effets sont prévus aux articles 672.75, 672.76 et 672.77. Les pouvoirs de la cour d'appel se retrouvent à l'article 672.78.

rend la décision la moins sévère et la moins privative de liberté¹⁶² en tenant compte de la protection du public requise¹⁶³, de l'état mental de l'accusé tout en visant sa réinsertion sociale. La décision peut être la libération inconditionnelle (assez rare), la libération sous réserve de modalités ou la détention dans un hôpital sous réserve de modalités¹⁶⁴. Finalement, la personne est prise en charge par le

¹⁶²Voir Lajoie c. Commission d'examen et le procureur général du Québec [1994] R.J.Q. 607 à 618.

¹⁶³C'est la notion de dangerosité qui est évaluée. Elle ne doit pas nécessairement être immédiate et importante. En l'absence de danger, la personne peut sortir complètement du système.

¹⁶⁴Articles 672.45 et 672.47, C.cr.

- 672.45 (1) Lorsqu'un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est rendu à l'égard d'un accusé, le tribunal peut d'office, et doit, à la demande de l'accusé ou du poursuivant, tenir une audition pour déterminer la décision à rendre.
- (2) Lors de l'audition, le tribunal rend une décision à l'égard de l'accusé s'il est convaincu qu'il est en mesure de rendre une décision à son égard sans difficulté et qu'une telle décision devrait être rendue sans délai.
- 672.47 (1) Dans le cas où un verdict d'inaptitude à subir son procès ou de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est rendu à l'égard d'un accusé, la commission d'examen, sauf si un tribunal a rendu une décision à l'égard de l'accusé, doit, dans les meilleurs délais après le verdict, mais au plus tard 45 jours après le prononcé de celui-ci, tenir une audition et rendre une décision à l'égard de l'accusé.
- (2) Le tribunal, s'il est convaincu qu'il existe des circonstances exceptionnelles le justifiant, peut prolonger le délai préalable à la tenue d'une audition visée au paragraphe (1) jusqu'à un maximum de 90 jours après le prononcé de celui-ci.
- (3) La commission doit tenir l'audition et rendre sa décision au plus tard à la fin de la période de validité de la décision qui a été rendue par le tribunal en vertu de l'article 672.54 mais dans tous les cas avant l'expiration de la période de 90 jours qui suit cette décision, sauf dans le cas où le tribunal a ordonné la libération inconditionnelle de l'accusé.
- 672.54 Pour l'application du paragraphe 672.45(2) ou de l'article 672.47, le tribunal ou la commission d'examen rend la décision la moins sévère et la moins privative de liberté parmi celles qui suivent, compte tenu de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses, de l'état mental de l'accusé et de ses besoins, notamment de la nécessité de sa réinsertion sociale :
- a) lorsqu'un verdict de non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, une décision portant libération inconditionnelle de celui-ci si le tribunal ou la commission est d'avis qu'il ne représente pas un risque important pour la sécurité du public ;
 - b) une décision portant libération de l'accusé sous réserve des modalités que le tribunal ou la commission juge indiquées ;
 - c) une décision portant détention de l'accusé dans un hôpital sous réserve des modalités que le tribunal ou la commission juge indiquées.
- La détention de l'accusé selon l'article 672.54 c) ne peut demeurer en vigueur pendant plus de 90 jours (article 672.55).
- 672.55 (1) La décision visée à l'article 672.54 ne peut autoriser le traitement, notamment le traitement psychiatrique, de l'accusé ou ordonner que celui-ci s'y soumette.
- (2) La décision que rend un tribunal en vertu de l'alinéa 672.54c) ne peut demeurer en vigueur pendant plus de 90 jours.

système de santé avec un encadrement judiciaire. En effet, la commission d'examen peut déléguer au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté selon certaines modalités ¹⁶⁵. Cependant, elle ne peut ordonner des soins, seul le tribunal a cette autorité. Conséquemment, il y aura toujours une collaboration implicite entre le système de soins psychiatriques avec le système pénal que ce soit en terme d'expertise ou de garde.

Finalement, la commission d'examen doit réviser ses décisions aux 12 mois et à toutes les fois que la personne responsable du lieu où l'accusé est détenu a procédé à un resserrement important de privation de liberté pendant plus de sept jours ou que celui-ci a demandé la révision de

¹⁶⁵Article 672.56, C.cr.

- (1) La commission d'examen qui rend une décision à l'égard d'un accusé en vertu des alinéas 672.54b) ou c) peut déléguer au responsable de l'hôpital le pouvoir d'assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l'accusé à l'intérieur des limites prévues par l'ordonnance et sous réserve des modalités de celle-ci ; toute modification qu'ordonne ainsi cette personne est, pour l'application de la présente loi, réputée être une décision de la commission d'examen.
- (2) La personne qui, en conformité avec le pouvoir qui lui est délégué en vertu du paragraphe (1), décide de resserrer d'une façon importante les privations de liberté de l'accusé est tenue de porter cette décision au dossier de l'accusé ; elle est tenue dès que cela est réalisable, d'en aviser l'accusé et, si le resserrement des privations demeure en vigueur pendant plus de sept jours, la commission d'examen.

l'ordonnance¹⁶⁶. Elle peut aussi, en tout temps, tenir une audition à la demande de l'accusé ou de toute autre partie¹⁶⁷.

On peut supposer que les dispositions pénales en matière de santé mentale visent à protéger l'accusé contre lui-même tout en protégeant la société contre l'accusé. Il est à noter que les dispositions visant 1) la règle de la durée maximale de prise en charge par la commission d'examen; 2) l'ordonnance d'hospitalisation pour les accusés condamnés à des peines d'emprisonnement ; et 3) concernant les accusés dangereux atteints de troubles mentaux, ne sont toujours pas en vigueur.

¹⁶⁶Article 672.81, C.cr.

- (1) La commission d'examen qui a rendu une décision à l'égard d'un accusé tient une nouvelle audition au plus tard douze mois après la décision et à l'intérieur de chaque période de douze mois suivante si la décision rendue en vertu de ces alinéas est toujours en vigueur, à l'exception d'une libération inconditionnelle prononcée en vertu de l'alinéa 672.54a).
- (2) La commission d'examen tient une audition pour réviser toute décision rendue en vertu des alinéas 672.54b) ou c) le plus tôt possible après qu'elle est avisée que la personne responsable du lieu où l'accusé est détenu ou doit se présenter :
 - a) soit a procédé à un resserrement important des privations de liberté de celui-ci pendant une période supérieure à sept jours ;
 - b) soit demande la révision de l'ordonnance.
- (3) La commission d'examen doit tenir une audition de révision de la décision rendue en vertu de l'alinéa 672.54c) et portant détention de l'accusé dès que possible après qu'elle est informée qu'une peine d'emprisonnement lui a été infligée à l'égard d'une autre infraction.

¹⁶⁷Article 672.82, C.cr.

- (1) La commission d'examen peut, en tout temps, tenir une audition à la demande de l'accusé ou de toute autre partie.
- (2) Lorsqu'une révision d'une décision visée par un appel interjeté par une partie en vertu de l'article 672.72 commence à la demande de cette partie, l'appel est réputé avoir été abandonné.

Selon l'étude récente de Laberge, Morin et Robert¹⁶⁸, 6,1% d'une population soupçonnée de troubles mentaux et faisant face à des accusations pénales¹⁶⁹ sera détenue dans un hôpital psychiatrique en vertu d'une ordonnance de garde pour cause d'incapacité à subir son procès ou pour non responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux à l'issue des procédures pénales¹⁷⁰. 62% des individus de l'échantillon ont été identifiés comme ayant des antécédents psychiatriques¹⁷¹ et 66,2% possédaient des antécédents judiciaires. Seulement 22,3% se verront imposer une peine d'emprisonnement¹⁷².

Cette faible proportion (6,1%) laisse-t-elle présager d'une prise en charge plus importante par le système pénal de personnes souffrant de problèmes de santé mentale en lieu et place de soins de nature psychiatrique?

En regard de ces trois grandes exceptions à l'obtention du consentement, soit l'examen psychiatrique, la garde en établissement et l'autorisation judiciaire de soins, la clientèle psychiatrique est en quelque sorte protégée contre elle-même. On vise aussi par ces exceptions à protéger la

¹⁶⁸Op. cit. note 154, p. 26 à 35. L'étude s'est déroulée entre janvier 1989 à octobre 1993 à la cour criminelle du Québec.

¹⁶⁹1809 individus (pour 2105 affaires) ayant fait l'objet d'un examen sommaire de leur état mental par le service médical du programme «médecin à la cour» entre janvier 1989 à octobre 1993. Id. p. 29. De ces 2105 affaires, 15% ont eu des ordonnances d'évaluation de l'aptitude. Id. p. 49.

¹⁷⁰Id. p. 34.

¹⁷¹Id. p. 33.

¹⁷²Les justiciables dont le médecin recommande une expertise psychiatrique sont moins souvent condamnés (60%) que les autres justiciables (73%), par contre les deux groupes ont autant de chances d'être libérés. Id. p. 73-74.

société contre les effets parfois dangereux de la maladie mentale. On peut remarquer que la détermination de l'aptitude demeure le point central pour l'application de ces trois exceptions.

Nous verrons dans le prochain chapitre, une dernière exception, à laquelle font face régulièrement les professionnels de la santé, tant en vertu du *Code civil* que du *Code criminel*, soit la situation d'urgence.

CHAPITRE 4

LA SITUATION D'URGENCE

Il arrive régulièrement en psychiatrie que les patients soient amenés à l'urgence en pleine crise. Même avec l'encadrement hospitalier les patients peuvent se désorganiser et perdre, pendant une durée plus ou moins longue, tout contrôle sur eux-mêmes et tout contact avec la réalité. De telles situations peuvent se produire tant pour les patients en cure libre ou pour ceux sous ordonnance d'examen psychiatrique ou de garde en établissement. L'encadrement juridique qui régit de telles situations différera alors des circonstances que nous avons exposées au chapitre précédent.

L'urgence constituera alors une autre atténuation à la règle de l'obtention du consentement. Pour éviter une interprétation trop large de cette situation et conséquemment des abus, il est nécessaire de circonscrire cette notion.

En premier lieu la Commission de réforme du droit du Canada définit ainsi cette exception: «Quoique difficile à définir, (elle) signifie un concours de circonstances qui menacent de façon immédiate la vie d'un être humain ou qui risquent de lui causer des lésions corporelles graves et permanentes en l'absence de soins professionnels immédiats».¹⁷³

¹⁷³ Commission de réforme du droit du Canada. *Le traitement médical et le droit médical*. Document de travail no 26. Approvisionnements et services Canada. 1980, p. 99.

Dans le même sens Ménard¹⁷⁴ décrit que «les soins d'urgence concernent généralement les situations où la vie du patient est en danger ou celles où le défaut d'intervenir dans l'immédiat peut causer au patient un préjudice grave ou permanent». On remarque que le caractère «immédiat» prend beaucoup d'importance dans ces définitions. De plus, la situation d'urgence se circonscrit dans un but de préservation de la vie ou de préjudice physique.

Dans ce contexte, comment définir la situation d'urgence psychiatrique? Nous retenons l'énoncé suivant de la curatrice publique¹⁷⁵ :

«Les situations d'urgence psychiatrique ne font pas exception à la règle qui prévaut en matière d'urgence en générale. C'est plus précisément lorsqu'un patient est dans un état tel qu'il constitue pour lui-même ou pour les autres un danger immédiat ou imminent, très grande agitation ou désorganisation, agressivité ou violence incontrôlable, attitude d'autodestruction ou tentative de suicide, etc.».

Ainsi, lorsque l'urgence existe, la loi prévoit spécifiquement que des soins et traitements soient prodigués à une personne si celle-ci n'est pas, par ailleurs, en état de consentir. L'article 13 du *Code civil du Québec* se lit comme suit :

«En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles ou que les conséquences pourraient être intolérables pour la personne».¹⁷⁶

¹⁷⁴MÉNARD, J.P. Les nouvelles règles relatives au consentement aux soins médicaux. *Congrès du barreau du Québec*. 1991, p. 676.

¹⁷⁵Les thérapies de comportement utilisant des mesures aversives. *Le mot de la curatrice publique*. Vol. 1, no 8, juin 1989, p. 1.

¹⁷⁶L'article 13 du *Code civil du Québec* reprend en partie l'article 43 de la *Loi sur la protection de la santé publique*. L.R.Q., c. P-35 «Un établissement ou un médecin doit voir à ce que soient fournis des soins ou traitements à toute personne dont la vie est en danger».

De plus, la loi impose au médecin l'obligation de fournir des soins d'urgence lorsqu'une telle situation existe¹⁷⁷. Les dits soins peuvent même être fournis sans consentement lorsque la situation l'exige¹⁷⁸. L'établissement est également tenu à cette même obligation¹⁷⁹. De plus, il est à noter que les règles de consentement substitué ne s'appliquent pas lorsqu'il s'agit de soins d'urgence¹⁸⁰.

Or, il est important de souligner qu'aucune mention n'est faite en regard des moyens de contrôle de la dangerosité et de ses manifestations physiques autre que l'obligation pour les établissements de santé d'adopter un règlement régissant l'isolement et les contentions¹⁸¹.

¹⁷⁷ Article 2.03.47 du *Code de déontologie des médecins*. R.R.Q. c. M-9, r.4. «Lorsqu'un médecin a raison de croire qu'un patient présente une condition susceptible d'entraîner des conséquences graves à moins d'attention médicale immédiate, il doit lui porter secours et lui fournir les soins les meilleurs possibles».

Il est à noter qu'il n'y a rien de semblable dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ces professionnelles sont pourtant en première ligne et sont les premières à intervenir en situation d'urgence.

¹⁷⁸ Id. Art. 2.03.38 : Sauf urgence, doit avant d'entreprendre une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant ou des personnes dont le consentement peut être requis par la loi, une autorisation libre et éclairée.

¹⁷⁹ On retrouve une application de ce principe dans la LSSSS à son article 7 : «Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis les soins» voir aussi l'article 101.

¹⁸⁰ MÉNARD, J.P. Op. cit. Note 45, p. 674.

¹⁸¹ En vertu de l'article 6, par. 18, du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*. Décret 1320-84, r.5 de la LSSSS.

Contrairement à la *Loi concernant le consentement au traitement*, Ontario, C.31, 1992 (entrée en vigueur en 1994) à son article 3 «La présente loi n'a pas d'incidence sur le devoir de Common Law qu'ont les fournisseurs de soins de maîtriser ou de confiner des personnes lorsqu'il est nécessaire de prendre des mesures immédiates pour éviter qu'elles subissent ou qu'elles causent à autrui un préjudice physique grave». Cet article donne le pouvoir d'intervenir chimiquement et physiquement sans le consentement du patient. On retrouve la définition du terme «maîtriser» dans la *Loi sur la santé mentale*, Ontario, c.M-7, à l'article 1 : «Contrôler un malade si besoin est, grâce à l'utilisation minimale de la force, des moyens mécaniques ou des substances chimiques qui sont nécessaires, compte tenu de l'état physique et mental du malade, pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à une autre personne des lésions corporelles graves». Cet article légitimise les actions du personnel soignant souvent décriées par les regroupements de patients et le milieu juridique.

Le projet de Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives (projet no : 39) est encore en consultation au moment d'écrire ces lignes. Nous savons qu'un article est proposé pour définir le cadre d'application de ces mesures. Cependant, il est très contesté. Étant donné les modifications à prévoir, nous n'y référons pas.

Cependant, nous croyons que la dangerosité peut constituer en soi une situation d'urgence, si ces situations sont telles qu'elle mette en danger la vie ou l'intégrité de la personne ou celles de tiers.

En situation d'urgence psychiatrique, le médecin et le personnel soignant ont la discrétion pour déterminer le type d'intervention qui doit être employé, tout en se rappelant qu'ils doivent employer les moyens minimums pour faire face à la situation d'urgence. Étant donné la situation de crise, les moyens sont limités et se réfèrent à une privation de la liberté physique (isolement ou contentions)¹⁸² ou en une administration de médicament. Cependant, c'est sur une base de la dangerosité intégrée à l'urgence que peuvent être uniquement appliquées ces mesures sans consentement de la personne¹⁸³.

Pour mieux comprendre la nature et l'ampleur de la situation d'urgence qui peut se produire en psychiatrie, nous croyons opportun d'énoncer quelques données concernant la violence dans ce milieu particulier.

¹⁸²Ce critère est fondé sur l'obligation générale de l'État d'assurer la santé et la sécurité publique. Il est à noter que dans l'affaire *Pinel c. Blais* (1991) R.J.Q. 1969 à 1979 (C.S.), l'utilisation de l'isolement et probablement des contentions n'a jamais été remise en cause. En effet, la dangerosité du patient a été clairement démontrée. Par ailleurs, on peut avancer qu'il y avait consentement car le patient préférait ces mesures à la médication.

¹⁸³GENDREAU, C. Op. cit. note 2, p. 20.

4.1 Particularités de la clientèle psychiatrique

La violence en psychiatrie n'est pas un phénomène rare. Rice et Moore¹⁸⁴ rapportent une étude faite aux États-Unis auprès de 127 hôpitaux. Il ressort de cette étude que 50 % du personnel travaillant dans ces hôpitaux a été victime de violence et que 32 % de ces hôpitaux doivent restreindre (par l'isolement ou les contentions) au moins un patient par jour. Ces auteurs rapportent une autre étude (d'une durée de 6 mois) répertoriant 102 épisodes d'agressivité verbale, d'attaques physiques ou destruction de matériel (sur un total de 68 000 jours d'hospitalisation). Une autre étude démontre que sur 3 800 patients psychiatriques, 2,4 % des patients ont un fort potentiel de violence et ont passé à l'acte. Les victimes les plus fréquentes sont les autres patients ou les infirmières.

Plus près de nous, au Québec, l'Association paritaire pour la santé et sécurité du travail, secteur affaires sociales, fait état de 87 accidents de travail avec perte de temps reliés directement à des actes de violence sur du personnel pour l'année 1993 dans des hôpitaux à vocation psychiatrique seulement¹⁸⁵.

D'autre part, Bornstein¹⁸⁶, suite à une étude prospective, a dégagé le profil du patient le plus à risque d'être mis sous contentions : jeune homme, célibataire avec une pathologie psychotique ou toxique sévère ayant des antécédents de comportements violents, souvent recevant un traitement

¹⁸⁴RICE, Matthew M. et Gregory P. MOORE. Management of the violent patient, therapeutic and legal considerations. *Emergency Medicine Clinics of North America*. Vol. 9, no 1, fév. 1991, p. 13.

¹⁸⁵LEFEBVRE, L. ASSTSAS. Les agressions : perdre ou prendre le contrôle. *Objectif prévention*, vol. 18, no 4, p. 20.

¹⁸⁶BORNSTEIN, P.E. The use of restraints on a general psychiatric unit. *Journal Clin. Psychiatry*, 1985; 46, p. 178.

neuroleptique insuffisant ou percevant un manque d'encadrement de la part du personnel. Pour sa part, Bégin¹⁸⁷ a recensé un éventail de clientèles à risque de se retrouver en isolement ou avec des contentions, soit les patients avec troubles organiques (démence, toxicomanie, etc.) ou présentant des troubles sévères de la personnalité, ceux ayant des déficiences intellectuelles, ceux présentant un seuil de frustration bas, des défenses limitées et des problèmes de comportement.

La psychiatrie à la différence d'autres spécialités médicales doit assumer en quelque sorte un rôle de «contrôle social»¹⁸⁸. En effet, dans notre société, la psychiatrie se voit donner un rôle majeur dans la maîtrise des troubles de comportement. Cependant, l'utilisation de mesures coercitives (contrôle chimique et physique) suscite des polémiques et débats en regard du principe fondamental de l'inviolabilité de la personne.

Le personnel soignant oeuvrant auprès de la clientèle psychiatrique est régulièrement confronté à la violence, aux menaces, à l'agitation et aux comportements perturbateurs inhérents à plusieurs pathologies psychiatriques. Il doit aussi composer avec les limites des moyens d'intervention (surtout quand le patient refuse la médication) et son obligation de surveillance et d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. Dans ce contexte, ces composantes du traitement psychiatrique méritent d'être explorées et discutées afin de circonscrire cette pratique.

¹⁸⁷BÉGIN, Simon. Isolement et contentions : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 36, déc. 1991, p. 754.

¹⁸⁸WEISSTUB, David N. Le droit et la psychiatrie dans leur problématique commune. *Mc Gill Law Journal*, vol 30, 1985, p. 235.

4.2 L'utilisation de la médication

Nous faisons face à des questions d'ordre d'éthique en regard de l'injection de neuroleptiques sans consentement. Cette pratique est jugée comme régressive par certains mouvements de défense des patients psychiatriques. Par ailleurs, il s'agit de moyens de contrôle d'une situation de dangerosité qui doivent pouvoir s'appliquer sans trop d'hésitations, mais demeurant exceptionnels. La principale forme de traitement psychiatrique d'urgence consiste dans l'administration de médicaments antipsychotiques¹⁸⁹ et anxiolitiques (Ativan). Ces médicaments agissent sur les symptômes de la maladie. Ils ne peuvent à proprement dit guérir la maladie (comme par exemple les antibiotiques pour traiter une pneumonie), mais plutôt en contrôler les effets ou les conséquences. Toutefois, particulièrement les psychotropes ont des effets secondaires importants¹⁹⁰, parfois irréversibles comme la dyskinésie tardive.

Il est reconnu que les effets des antipsychotiques réduisent significativement la violence et les comportements perturbateurs¹⁹¹. Conséquemment, le personnel a moins à utiliser les contentions et l'isolement. Souvent, une seule injection intramusculaire d'Haldol est suffisante pour calmer un patient pour quelques heures. Cependant, certains médecins prescrivent un antipsychotique intramusculaire à longue action¹⁹² en cas d'urgence. Nous croyons que cette pratique est injustifiée

¹⁸⁹ Les antipsychotiques sont aussi appelés neuroleptiques ou tranquillisants majeurs. Il existe une variété de classe de ces médicaments, par exemple, la Pluphenazine, la Trifluoperazine, la Chlorpromazine, l'Haloperidol, la Promazine, etc. Ces médicaments sont couramment utilisés pour le traitement des symptômes de la schizophrénie, les psychoses et la mania-co-dépression. L'effet initial est sédatif.

¹⁹⁰ Voir note 6.

¹⁹¹ WEATHERHEAD. Op. cit. note 9, p. 104.

¹⁹² La longue action a des effets de 2 à 4 semaines. Cette médication remplace l'administration par voie buccale.

en regard de la situation d'urgence. Étant donné que l'effet de cette médication dure 2 à 4 semaines, on ne peut anticiper une situation d'urgence pour un aussi long délai. C'est donc dire que le patient a été traité sans son consentement pendant 2 à 4 semaines. De plus, cette forme de traitement est aberrante quand on sait que les effets de la longue action ne se produisent qu'après 24 heures.

L'administration d'une médication antipsychotique et sédatrice à un patient qui présente un comportement mettant en danger la sécurité immédiate du personnel ou de son entourage peut être considérée comme un traitement en situation d'urgence¹⁹³.

4.3 L'utilisation des contentions et de l'isolement

Cette section décrit ce traitement spécifique qu'est la mise en isolement ou l'utilisation des contentions physiques en terme de définitions, indications et effets de ces mesures, et problématiques cliniques et légales s'y reliant. Nous explorerons aussi les particularités de l'obligation de surveillance et sécurité. Finalement, des recommandations seront émises en regard des obligations et responsabilités médicales et hospitalières dans le cadre de l'utilisation de l'isolement et des contentions.

En premier lieu, il importe de déterminer si l'utilisation de l'isolement et des contentions constitue un traitement médical. Bien que ces méthodes ne soient pas à priori «propres à guérir», mais plutôt à contrôler, elles sont appliquées dans un cadre institutionnel et par du personnel soignant lors de l'ensemble du traitement psychiatrique. À la limite, le contrôle physique est une

¹⁹³LUSSIER. Op. cit. note 142, p. D-3.

forme de traitement qui assure la sécurité des patients, du personnel et de l'environnement¹⁹⁴. Ces mesures font aussi l'objet d'ordonnance médicale individuelle, soit que le médecin ait prévu cette éventualité ou a posteriori afin de légitimer l'intervention du personnel suite à l'application d'une ordonnance permanente.

Au niveau civil, la notion d'intervention énoncée au premier alinéa de l'article 11 du *Code civil du Québec*, est extrêmement large et comprend, à notre avis, l'application de l'isolement et des contentions. Conséquemment, les règles qui régissent le consentement aux soins requis¹⁹⁵ (en référence aux soins thérapeutiques qui sont tous les soins qui visent à traiter une déficience de la santé physique ou mentale¹⁹⁶) s'appliquent également lorsque l'on doit recourir à un isolement ou à des contentions, et ce, malgré une finalité de sécurité : le but visé demeure de donner des soins à une personne malade.

Les chartes, le *Code civil* et le *Code criminel* n'interdisent pas que certaines contraintes soient imposées à la personne dans une situation d'urgence.

¹⁹⁴SOLOFF, Paul H. Historical notes on seclusion and restraint dans TARDIF, K. *The psychiatric uses of seclusion and restraint*. Washington, D.C. American Psychiatric Press Inc. 1984, p. 8.

GENDREAU, Op. Cit. note 2, ajoute que l'intervention psychiatrique peut être justifiée à des fins thérapeutiques et à des fins de contrôle social, p. 8.

¹⁹⁵Le législateur a introduit les notions de soins requis et non requis par l'état de santé. Nous adhérons au commentaire suivant de Me Monique Ouellette qui définit les soins requis par «les soins requis sont exigés par l'état de santé physique et psychologique de la personne. Ils sont nécessaires et essentiels. Les soins non requis présentent un caractère facultatif et électif». Dans Livre Premier : Des personnes. La réforme du code civil, *Personnes, successions, biens*. Textes réunis par le Barreau du Québec et la chambre des notaires du Québec, 1993, p. 27.

¹⁹⁶MÉNARD, Jean-Pierre. Op. cit. Note 45, p. 676.

À moins que le patient ne consente, les mesures de contentions et d'isolement ne peuvent s'appliquer que dans un contexte d'urgence et ainsi le personnel n'a pas l'obligation d'obtenir au préalable un consentement. Nous postulons que le patient violent ou agité n'est pas en mesure de poser un jugement adéquat pour consentir à un traitement coercitif tel que l'isolement ou les contentions. En effet, ces mesures étant généralement appliquées aux patients ayant un jugement des plus perturbés ou ayant perdu leur contrôle, on peut difficilement leur demander de poser un regard critique sur l'application de ces mesures. Cependant, en regard des indications entérinées par l'American Psychiatric Association, il faut se rappeler que lors d'une thérapie aversive le consentement libre et éclairé selon l'article 15 du *Code civil du Québec* est requis, car ce n'est pas la dangerosité qui justifie cette pratique.

4.3.1 Le contexte de l'utilisation de l'isolement et des contentions

Le traitement réservé aux individus violents a varié selon les époques. Cependant, on constate que l'utilisation de l'isolement et des contentions a toujours été présente.

Depuis l'antiquité¹⁹⁷, on retrouve des écrits traitant de la nécessité de contrôler physiquement les personnes agitées dans le cadre du traitement des maladies mentales. Ce n'est qu'au 18^e siècle que les patients sont en quelque sorte libérés de leurs «chaînes» (sans pour autant bannir la mise en isolement et les contentions)¹⁹⁸. À cette époque, Pinel en France, Chiarugi en Italie et Tuke en Angleterre ont introduit les fondements d'un traitement basé sur l'humanité, la compréhension et

¹⁹⁷Le grec Soranus et ses disciples préconisaient déjà au premier siècle une approche physique et psychologique avec un minimum de contentions. SOLOFF. Op. cit. note 194, p. 2.

¹⁹⁸BÉGIN, Simon. Op. cit. note 187, p. 752.

l'éducation, et, notamment axés sur la libération des contentions¹⁹⁹. Ce premier mouvement de libéralisation a été initié par Pinel à Bicêtre en 1794. On doit à Pinel la création d'un certain milieu thérapeutique²⁰⁰. À cette même époque, Sir Samuel Tuke, fondateur du York Retreat, spécifie dans un code de déontologie que les contentions ne doivent être appliquées qu'à moins d'agitation extrême²⁰¹. En 1839, Connolly confirme davantage le mouvement en démontrant l'efficacité d'un traitement sans contention par la substitution d'une philosophie de «traitement moral»²⁰². Malgré cette démonstration, en 1844, l'American Psychiatric Association (APA) entérinera la position de Isaac Ray qui appuie le maintien minimum des contentions²⁰³. Jusqu'à ce jour, globalement cette position est toujours maintenue. Cliniquement, au Québec, le Collège des médecins du Québec endosse cette position²⁰⁴.

¹⁹⁹SOLOFF, Op. cit. note 194, p. 3.

²⁰⁰Cependant, Pinel, à la défense de son principe de milieu thérapeutique, prônait «l'incalculable effet de la coercition», «les avantages des contentions» et les «bienfaits de l'intimidation sans sévérité, de l'oppression faite sans violence et du triomphe sans outrage». Tiré du traité écrit par Pinel en 1806 par SOLOFF. Id. p. 4.

²⁰¹BÉGIN, Op. cit. note 187, p. 752.

²⁰²SOLOFF, Op. cit. note 194, p. 3.

²⁰³Id. p. 7. Isaac Ray déclarait «il est de l'avis unanime de cette convention que l'abandon complet de l'utilisation de toute forme de contentions personnelles n'est pas dans l'intérêt véritable des patients». Ray présidait l'assemblée de fondation de l'influente «American Psychiatric Association».

²⁰⁴Corporation professionnelle des médecins du Québec (ci-après cité CPMQ). *Recommandations concernant les modalités applicables dans les cas de contentions et d'isolement*, Montréal, Québec, 1989 (non paginé).

L'utilisation des procédures d'isolement et de contentions demeure une pratique quasi quotidienne dans le traitement des patients psychiatriques agités ou violents²⁰⁵, et ce, malgré les développements majeurs réalisés dans le domaine de la pharmacologie psychiatrique au cours des dernières décennies.

Il s'agit, en effet, de modalités de traitement qui sont encore considérées comme les plus appropriées en certaines circonstances et même privilégiées, considérant les effets secondaires de la médication psychiatrique.

4.3.2 Définitions, indications, effets

Afin de circonscrire le sujet, il importe de définir ce qu'est l'isolement et les contentions. Dans un premier temps, notons que ces termes ne sont pas définis dans la législation québécoise, il faut donc s'en remettre aux écrits professionnels.

²⁰⁵ À ce sujet, il est étonnant de constater que l'utilisation de l'isolement et des contentions est peu traité dans la littérature tant au niveau clinique que légal. Deux médecins québécois s'intéressant au sujet font la même constatation. BÉGIN. Op. cit. note 187, p. 752 et CHAMBERLAND, Gilles. *L'utilisation de l'isolement et des contentions dans une urgence psychiatrique*. Texte d'une réunion départementale du Pavillon Albert-Prévost, 1995 (non publié), p. 4. D'ailleurs, le livre écrit par KAPLAN H.I. et B.J. SANDOCK. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Fifth edition. Baltimore, MD : Williams and Wilkins, 1989, considéré comme «la» référence en psychiatrie nord-américaine, traite de ce sujet que sur une demi-page sur 2000 au total.

Au Québec, le Collège des médecins du Québec (CPMQ) définit l'isolement par «l'état d'un malade placé dans une chambre sécuritaire où il est seul»²⁰⁶.

Par ailleurs, pour les fins d'un présent travail, nous retenons une définition précise de ce terme «intervention visant à retirer un patient du groupe en le plaçant temporairement dans une chambre individuelle et sécuritaire, sous clé»²⁰⁷.

Pour leur part, les contentions sont définies par la CPMQ²⁰⁸ et l'Association des hôpitaux du Québec²⁰⁹ par «l'immobilisation d'une personne par des moyens physiques». Dans les faits, il s'agit de moyens mécaniques pour limiter les mouvements²¹⁰. Nous retenons que les contentions physiques comprennent les attaches, courroies ou bandes pouvant être fixées aux jambes, aux bras, au thorax et à la taille du patient. Plus classiquement, ce sont des ceintures larges de cuir ou poignets en

²⁰⁶CPMQ, Op. cit. note 204, dans la section définitions. Idéalement, il s'agit d'une pièce sécuritaire, vide de tout objet tant sur les murs qu'au sol avec possibilité d'observation à travers une vitre incassable. Elle est faite de matériaux ignifuges avec des murs lisses ou capitonnés. Elle doit avoir une bonne ventilation et un système d'éclairage qui n'est pas accessible au patient. La porte y donnant accès ne se verrouille que de l'extérieur. BÉGIN. Op. cit. note 187, p. 753. Voir aussi le répertoire des normes et procédures : Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la construction, service d'expertise et de normalisation. Chambres d'observation en psychiatrie pour hôpitaux à vocation exclusive de psychiatrie et hôpitaux généraux. Vol. 07, ch. 01, pcc 10, 1990 p. 2 à 10. Ce document décrit toutes les normes d'aménagement.

²⁰⁷Tiré du protocole et programme de soins chez les patients avec contention ou en isolement du Centre hospitalier Fleury, 1996 (non publié), section technique de soins A-9.

²⁰⁸C.P.M.Q. Op. cit. note 204, dans la section définitions.

²⁰⁹Association des hôpitaux du Québec (ci-après cité AHQ). *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. Document de référence no 2, 1996, p. 4.

²¹⁰BÉGIN, Op. cit. note 187, p. 753.

plastique que l'on fixe sur un lit et auxquels on attache le patient à chaque membre (poignets et chevilles) et parfois à la taille²¹¹.

Gutheil et Tardiff²¹² définissent trois indications médicales pour l'utilisation de l'isolement et des contentions en milieu hospitalier, soit :

- 1) la prévention de blessures au patient ou à autrui lorsque d'autres moyens de contrôle se sont avérés inefficaces ou non appropriés²¹³ ;
- 2) la prévention d'une perturbation sévère du plan de traitement ou un dommage important au milieu physique²¹⁴ ;
- 3) comme complément à un traitement de thérapie comportementale²¹⁵.

²¹¹Id. p. 753. Note : Nous excluons pour les fins du présent travail, les immobilisations pour prévenir qu'un patient chute de son lit ou d'une chaise roulante (pour des raisons physiques), immobilisation temporaire avant une électro-convulsivo-thérapie, les barreaux de lit, les tablettes d'appoint pour chaise, les chaises gériatriques, etc.

²¹²GUTHEIL, Thomas G. et Kenneth TARDIFF. Indications and contraindications for seclusion and restraint. Dans Tardiff, K. *The psychiatric uses of seclusion and restraint*, Washington, DC : American Psychiatric Press Inc., 1984, p. 12. L'American Psychiatric Association soutient ces indications dans son APA's task force, 22 : seclusion and restraint : the psychiatric uses. Washington, DC, 1985.

²¹³Il s'agit ici de maîtriser l'agitation sévère ou la violence. Souvent dans une situation où le patient ne répond pas encore à la médication ou lorsque l'on veut s'abstenir de médiculer le patient, soit pour préciser le diagnostic ou pour éviter le risque d'aggraver l'état du patient (étiologie organique ou toxique). BÉGIN, Op. cit. note 187, p. 753.

²¹⁴C'est une mesure prophylactique d'intervention lorsqu'on observe les signes avant coureurs d'une crise. Id. p. 753.

²¹⁵L'isolement et les contentions deviennent alors une mesure aversive dans un conditionnement. Bégin, Id. p. 753. **Il est à noter que nous n'explorerons pas davantage ce type de thérapie, car elle ne s'applique pas à la situation d'urgence et il est reconnu que l'obtention du consentement est requis (souvent par un curateur).** Voir à ce sujet le mot de la curatrice publique. Les thérapies de comportement utilisant des mesures «aversives», vol. 1, no 8, juin 1989, p. 2.

Il est à noter que dans le protocole de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, il est fait mention que ce type de thérapie requière un consentement. Louis-H. Lafontaine (ci-après cité LHL). Protocole d'isolement et contention. Éditions Émile-Nelligan, Montréal, p. 21.

Ces auteurs recensent aussi deux indications qui ne s'appliquent qu'à l'isolement, soit :

- 1) diminuer les stimulations de l'environnement²¹⁶ ;
- 2) répondre à une demande du patient²¹⁷.

À l'instar de ces auteurs, la CPMQ recommande un cadre plus restrictif d'application de ces moyens : «L'utilisation de la contention ou de l'isolement devrait se limiter au malade présentant une ou des affections dont les manifestations sont susceptibles de mettre en danger sa sécurité ou encore celle d'autrui»²¹⁸. Nous analyserons ultérieurement ces indications en regard de la législation.

Bien que ces mesures peuvent être justifiées, nous ne pouvons nier qu'elles puissent produire des effets nuisibles chez le patient. Dans une étude californienne rapportée par Sheline et Nelson²¹⁹, il s'avère que les patients considèrent la mise en isolement comme une mesure punitive et les contentions comme dégradantes et inconfortables. Les patients sont d'avis que les contentions sont plus déplaisantes que l'isolement. Ces mêmes patients préfèrent majoritairement (64 %) l'isolement.

²¹⁶C'est le cas, par exemple, de patients psychotiques chez qui on veut réduire les stimuli extérieurs. Id. p. 753.

CHAMBERLAND, Op. cit. note 205, p. 11 ajoute que le patient qui par son comportement perturbe les autres patients au point de nuire à leur traitement (ex. : patient qui s'exhibe, qui crie sans cesse) son isolement peut être indiqué, même s'il n'est pas considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui. Dans le protocole de LHL, on fait référence à des mesures de retrait. Le but est de permettre au patient de récupérer son autocontrôle. Il s'agit d'une urgence appréhendée, p. 25.

²¹⁷Il s'agit d'autocontrôle, le patient demande lui-même à être retiré, soit pour l'aider à se contrôler ou par peur du milieu (ex. : schizophrénie paranoïde). Cette demande n'est pas fréquente, car elle présuppose une bonne autocritique chez le patient. Il va sans dire que le patient consent à cette intervention.

²¹⁸CPMQ. Op. cit. note 204, dans la section indication.

²¹⁹SHELINE, Yvette et Teresa NELSON. Patient choice deciding between Psychotropic medication and Physical Restraints in a emergency. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law*. Vol. 21, no 3, 1993, p. 326. Note : échantillon de 100 patients.

l'administration de médication (premier choix Benzodiazepine, deuxième choix Neuroleptique) à la mise en isolement avec ou sans contentions (36 % préféreraient ces dernières mesures plutôt qu'être obligés de prendre la médication) pour contrôler leurs épisodes violents ou d'agitation.

Une autre étude démontre que les patients ayant été mis en isolement gardent pour la majorité un souvenir négatif de leur expérience²²⁰.

Au sujet des contentions, Bégin²²¹ avance que le patient ayant dû être attaché risque davantage d'être traumatisé. Il soutient aussi que l'utilisation de cette méthode perturbe les autres patients (réaction d'anxiété et crainte de subir le même sort). Par ailleurs, lors d'un agir violent, la mise en isolement ou avec contentions du patient peut soulager et rassurer les autres patients. Ils reconnaissent alors que l'équipe soignante est capable de maîtriser les situations dangereuses²²².

Un autre aspect de la problématique concernant ces mesures coercitives se rapporte à la détermination de la dangerosité d'une personne. Celle-ci se fait souvent d'une façon implicite et intuitive et repose sur l'expérience, les perceptions, les connaissances plus ou moins étendues et les préjugés des décideurs. Il y a donc une part de subjectivité dans l'évaluation du risque et conséquemment une possibilité d'abus²²³.

²²⁰BINDER, R.L. et S.M. MC COY. A study of patients' attitudes toward placement in seclusion. *Hosp. Community Psychiatry*, 1983 : 34, p. 1052.

²²¹BÉGIN, Op. cit. note 187, p. 755.

²²²BÉGIN. Id, p. 756.

²²³Il peut arriver que ces mesures soient utilisées parce que le personnel a peur ou que le patient est désagréable et insultant sans qu'il soit dangereux.

Nous devons aussi considérer à quel moment ces mesures doivent être utilisées. Le personnel expérimenté est souvent en mesure de prévoir la crise. Éviter que le patient ne passe à l'acte sera toujours bénéfique tant pour la personne, les autres patients que pour le personnel. Par ailleurs, la prévention à moyen et à court terme ne répond pas toujours au critère de danger immédiat²²⁴.

Une dernière composante de la problématique se situe dans la latitude laissée à chaque centre hospitalier pour contrôler l'utilisation de l'isolement et des contentions²²⁵. Bien que chacun doit guider son personnel par des protocoles respectant la législation, aucune mesure de surveillance de ces protocoles n'a été instaurée. Dans les faits, le médecin ou le psychiatre est ignorant de l'application de ces mesures. En effet, il est rarement présent sur l'unité de soins. Le décideur est plutôt un membre du personnel soignant confronté directement avec la situation violente ou perturbatrice. Le rôle du médecin est plutôt de légitimer à postériori un état de fait, à moins qu'il n'ait déjà prévu que de telles mesures pourraient être nécessaires (ordonnance au dossier).

En conclusion, médicalement, il existe des indications à l'utilisation de l'isolement et des contentions. C'est une pratique courante lors du traitement psychiatrique pour certains patients. L'utilisation de ces mesures doit, par ailleurs, se conformer au contenu de la législation, principalement en regard du respect des droits et de la liberté du patient, mais aussi en tenant compte des obligations médicales et hospitalières.

²²⁴CHAMBERLAND. Op. cit. note 205, p. 11.

²²⁵En vertu de l'article 6, paragraphe 18, du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* (décret 1320-84), le conseil d'administration doit établir les mesures de contrôle, aucune balise légale n'est donnée.

4.3.3 Recommandations

Au Québec, chaque centre hospitalier doit se doter d'un protocole encadrant l'utilisation de l'isolement et des contentions. Dans les faits, le protocole devient la norme institutionnelle.

Nous recommandons comme indication de l'utilisation «thérapeutique» de l'isolement et des contentions : La prévention d'un passage à l'acte imminent avec danger immédiat de blessure pour le patient lui-même et autrui, tout en s'assurant que toutes les autres approches ont échoué et que le personnel a pris le temps requis pour stabiliser la personne.

Conséquemment, l'utilisation de l'isolement et de la contention demeurent des moyens liés à des soins d'urgence. Nous recommandons les énoncés de principes suivants guidant les actions du personnel :

- l'application de l'isolement et des contentions doit viser le meilleur intérêt du patient en tenant compte de son incapacité à se protéger lui-même ou autrui ;
- ne pas porter atteinte à l'intégrité et à la liberté de la personne sauf en cas de justification suffisante (dangerosité) ;
- le personnel doit démontrer l'utilité de ces mesures pour chaque cas particulier, c'est-à-dire fonder l'indication sur des faits réels et non pas sur des suppositions ;
- identifier les situations dans lesquelles aucun autre choix n'est possible où l'isolement et les contentions sont les seules mesures disponibles en vue d'assurer la sécurité et l'intégrité de la personne, en tenant compte de l'ensemble de la pathologie clinique ;

- rechercher la solution la moins contraignante possible et en limiter l'utilisation au temps minimum requis.

Finalement, il est important que le contenu du protocole assure un contrôle de la prise de décision quant à l'utilisation de l'isolement ou des contentions. Nous terminons par les points suivants qui devraient guider la rédaction du protocole. Ces points résument les recommandations découlant du rapport ad hoc de l'American Psychiatric Association²²⁶ :

- Il doit y avoir confirmation médicale dans les trois heures, si possible dans l'heure, suivant le premier épisode de mise en isolement ou sous contentions.
- Il doit y avoir au moins deux visites par jour par le psychiatre et plus s'il y a tableau de sevrage. De plus, le dossier doit bien documenter, refléter et justifier la procédure et sa poursuite. On suggère que le retrait des contentions soit aussi prescrit par le médecin.
- On souligne que l'utilisation des I/C est pour un maximum de 12 heures (deux à quatre heures dans l'état de New-York). Après on doit justifier à nouveau la conduite. Si le temps en isolement et/ou sous contentions dépasse les 72 heures, le directeur de l'établissement doit approuver la procédure.
- Les infirmières doivent voir le patient aux 15 minutes et doivent tenter de discuter de la situation et de la réévaluer avec le patient au moins à toutes les deux heures. Celui-ci doit pouvoir utiliser une toilette aux quatre heures. On doit lui fournir les liquides et la nourriture de façon adéquate.
- On doit avoir une discussion avant ou après la procédure avec le patient pour lui expliquer les raisons pour la procédure.

²²⁶Tiré textuellement de BÉGIN, Op. cit. note 187, p. 757.

4.4 L'obligation de surveillance et de sécurité

Cette partie ne se veut pas une revue exhaustive de l'obligation de surveillance et de sécurité. Elle décrit, par ailleurs, les grands principes de ces obligations relevant principalement du centre hospitalier²²⁷.

À ce sujet, l'AHQ²²⁸ résume brièvement la ligne de conduite qui se dégage des décisions des tribunaux :

- «cette obligation de moyens doit s'apprécier selon les faits et circonstances de chaque cas, en tenant compte de l'état du patient ainsi que de la nature des traitements prescrits ;
- elle exige que l'équipe soignante adopte des mesures raisonnables pour éviter les accidents;
- il revient généralement au médecin traitant de prescrire les soins et traitements appropriés à l'état du patient ;
- en principe, l'équipe soignante n'est pas tenue d'appliquer des mesures plus contraignantes que celles que le médecin traitant prescrit ou recommande ;

²²⁷Le centre hospitalier assume une obligation qui lui est propre car le personnel infirmier est le plus souvent en mesure de juger immédiatement de l'état du patient, étant souvent en contact avec lui.

Dans *Lortie c. Hôpital Christ-Roy* [1985] C.S. 800, 803, la cour supérieure exprime ainsi l'obligation de l'hôpital : «Les hôpitaux ont, à l'endroit des patients qui y sont hospitalisés, une obligation de sécurité qui doit être considérée en regard du critère de prévisibilité des accidents éventuels et plus particulièrement, au cas de recours, de celui dont un patient a été victime». Voir aussi : *Villemure c. Hôpital Notre-Dame et Turcot* [1973] R.C.S., 716, ci-après cité l'arrêt *Villemure*; *Cloutier c. Hôpital Le centre hospitalier de l'Université Laval (C.H.U.L.)*, [1990] R.J.Q. 717 (C.A.), 721. On déduit par la jurisprudence que l'obligation de surveillance fait partie des obligations de base des hôpitaux.

²²⁸AHQ. Op. cit. note 209, p. 18.

- exceptionnellement, l'équipe soignante devrait avoir recours à des mesures de surveillance accrues en présence d'un changement significatif de l'état ou de la situation du patient ou de son comportement ;
- en présence d'une prescription ou d'une recommandation médicale en vue d'assurer une surveillance particulière ou spéciale, le personnel paramédical est tenu de s'y conformer ;
- l'élément déterminant à considérer dans le degré de sécurité ou de surveillance à assurer à l'usager réside dans le caractère prévisible du risque qu'il encourt à sa sécurité».

Il est reconnu que l'hôpital devra prendre des mesures pour assurer la supervision et la sécurité des patients, des visiteurs et des membres du personnel. Le devoir de prendre des dispositions particulières est étroitement lié à la prévisibilité des gestes que le patient pourra poser²²⁹.

L'hôpital pourrait voir sa responsabilité engagée si un patient violent agresse un autre patient, alors que la surveillance faisait défaut²³⁰. Dans l'affaire *Institut Philippe Pinel c. Blais*²³¹, la juge Lebel écrit : «Par ailleurs, si Pinel a des obligations à l'égard de Michel Blais, il en a également à l'égard du personnel et des autres patients de l'institution. Il faut maintenir un équilibre entre le droit de Blais à la liberté et à la dignité et le droit des membres de son entourage à la sécurité physique. D'où son maintien en «plan de chambre» et le fait qu'il ne quitte sa chambre que menotté et surveillé».

²²⁹Langlois c. Clinique Roy-Rousseau [1980] C.S. 586 (patiente qui s'est infligée des blessures après avoir mis le feu à ses vêtements). RIZZO c. Hôpital Notre-Dame [1975] C.S. 425, 433.

²³⁰MENARD, J.P. et D. MARTIN. Op. cit. note 18, p. 252 et 253.

²³¹[1991] R.J.Q. 1969 (C.S.).

Cependant le *Code civil du Québec* a introduit de nouvelles règles qui ont pour effet de réduire la responsabilité de l'hôpital en cas de dommages causés par un usager²³².

«La personne qui, agissant comme tuteur, curateur ou autrement, assume la garde d'un majeur non doué de raison, n'est pas tenue de réparer le préjudice causé par le fait de ce majeur, à moins qu'elle n'ait elle-même commis une faute intentionnelle ou lourde dans l'exercice de la garde»²³³.

Nous avons démontré que l'utilisation de l'isolement et des contentions ou l'administration d'une médication au besoin est une atteinte immédiate à la liberté et à l'intégrité de la personne lorsqu'il n'y a pas de consentement. Notre droit, notamment les chartes, le *code criminel* et le *code civil* et la législation statutaire énonce clairement les droits des patients, mais ceux-ci ont des limites, notamment lorsqu'il y a situation d'urgence. Cependant, cette dernière doit être interprétée de façon restrictive. Or, en psychiatrie, la portée de la situation d'urgence n'est pas toujours interprétée de façon rigoureuse. On peut avancer qu'elle est parfois alléguée pour traiter un patient contre son gré, voire même éviter de recourir à une autorisation judiciaire de soins. Il ne faut pas oublier que le personnel soignant a le contrôle sur le patient hospitalisé en psychiatrie, ce qui peut conduire à des confrontations. Il peut arriver que le personnel appréhende seulement une perte de contrôle du patient ou encore que l'on utilise des mesures plus longues que nécessaires (ex. : médication longue action ou contention et isolement).

²³²MÉNARD, J.P. et D. MARTIN. Op. cit. note 18 p. 253.

²³³Article 1461, *Code civil du Québec*.

Lorsque le personnel soignant doit en arriver à utiliser ces mesures restrictives de la liberté, il doit nécessairement y mettre la manière²³⁴, prévoir les modalités d'application et encadrer strictement un tel régime de privation de droit, notamment par une documentation appropriée dans le dossier du patient des circonstances ayant entraîné ces mesures. Nous devons considérer qu'il s'agira toujours d'une règle d'exception selon la nature de la dangerosité du patient.

À défaut de ces critères, une telle atteinte pourrait donner ouverture, sur le plan civil, à un recours pour la faire cesser, soit par voie d'injonction ou même par bref d'habeas corpus. La personne pourra aussi recourir en indemnisation pour le préjudice moral ou physique subi.

À la rigueur, sur le plan criminel, on pourrait aussi conclure à des voies de fait pour avoir intentionnellement employé la force contre une autre personne sans son consentement²³⁵.

D'autre part, le centre hospitalier doit apporter la protection requise au patient ou à autrui. L'inaction ou l'action inappropriée de l'établissement face à un patient violent risque une réprobation judiciaire, soit pour avoir failli à son obligation civile d'assurer la sécurité physique de son patient

²³⁴L'article 216 du *Code criminel* : énonce que quiconque entreprend un traitement médical ou accomplit un autre acte légitime, qui peut mettre en danger la vie d'une autre personne est légalement tenu d'apporter une connaissance, une habileté et des soins raisonnables. On ne saurait ignorer que l'utilisation de l'isolement ou des contentions peut susciter des blessures chez le patient en raison même de sa violence et de sa non coopération. Conséquemment, le personnel soignant doit y apporter les précautions qui s'imposent. Il pourrait y avoir négligence criminelle dans l'utilisation de l'isolement ou des contentions si le personnel a montré une insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui. (Voir article 219, *Code criminel*). Le recours à des mesures coercitives dans le cadre d'un traitement médical ne saurait constituer des voies de fait en la présence de consentement ou en cas d'urgence, s'il assure la sécurité physique du patient et de son entourage.

²³⁵AHQ. Op. cit. note 209, p. 11.

ou de son entourage, ou encore sur le plan criminel, d'avoir omis de faire quelque chose qu'il était de son devoir d'accomplir.

Nous sommes donc en présence d'une dualité entre deux droits, d'une part, le droit à l'inviolabilité et la liberté et, d'autre part, le droit à la sécurité tant pour le patient que pour autrui. Nous croyons que l'obligation de sécurité doit être prépondérante sur les droits fondamentaux, lorsque le patient présente un comportement tel que son intégrité est menacée ou qu'il risque d'avoir des conséquences graves pour l'entourage.

CONCLUSION

La légitimité des droits des patients trouve sa source dans les chartes canadienne et québécoise, lesquelles reflètent le consensus social des droits fondamentaux. Ces droits de la personne proviennent des mouvements sociaux qui prônent les principes de l'inviolabilité et l'autodétermination de la personne. Conséquemment, le législateur et les professionnels de la santé se sont ajustés (plus ou moins bien selon le cas) à ce concept de la primauté de la personne.

Il ressort de cette étude que les dispositions législatives au Québec sont générales en regard de consentement et sont non spécifiquement reliées aux problèmes soulevés en matière de traitements psychiatriques. Cependant, comme le soulignent Beaudoin et Parizeau²³⁸, le consentement libre et éclairé du patient est une condition indispensable à l'administration d'un traitement médical et ce, pour tous les types de clientèle.

À notre avis, les professionnels de la santé respectent de plus en plus le refus de traitement du patient. Par ailleurs, c'est l'utilisation de la situation d'urgence qui pose le plus grand problème en psychiatrie. On ne peut nier que les médecins et infirmières se sont donnés implicitement une définition de l'urgence élargie. Dans les faits, on respecte le refus de la prise de médication tant et aussi longtemps que le patient s'autocontrôle. Dans les cas d'agressivité réelle ou présumée imminente, le patient recevra une injection de neuroleptique sédatif. Devrait-on seulement appliquer

²³⁸BEAUDOIN J.L. et M.H. PARIZEAU. Op. cit. note 4, p. 8.

des contentions mécaniques qui sont humiliantes mais n'ont pas de conséquences organiques (effets secondaires)?

Le dilemme demeure. Il n'est pas facile de savoir quelle position adopter en tant que professionnel de la santé. Celui-ci se sent démuni en présence d'un individu dont le déni morbide est respecté et qui sera ainsi privé d'un traitement qui lui éviterait une évolution tragique. Le patient risque de tout perdre (famille, travail, argent, etc.) pour sauver temporairement un droit à l'autodétermination.

Sur un plan plus général, le droit systématique au refus de traitement peut conduire à une judiciarisation plus importante de la prise en charge du malade psychiatrique et à la criminalisation de la maladie mentale. Du point de vue médical, la grande majorité des auteurs sont d'avis que la règle du consentement libre et éclairé demeure une impasse litigieuse pour le traitement psychiatrique. Cette règle repose surtout sur la relation médecin-patient mais l'infirmière n'y est pas étrangère. En psychiatrie, les relations soignant/soigné ne sont pas toujours faciles en raison de la maladie du patient.

Par contre, cette clientèle vulnérable ne prend pas tous les moyens nécessaires pour faire respecter ses droits. Bien que le nombre des actions en responsabilité civile contre les médecins et les hôpitaux a beaucoup augmenté au cours des dernières années, dans tous les domaines de la médecine, il n'y a pas à notre connaissance des affaires amenées devant les tribunaux concernant spécifiquement un patient psychiatrique traité contre son gré, qui réclame des dommages en intérêts

pour les effets secondaires, voire permanents de la médication. Traditionnellement, les praticiens ont peur des poursuites mais cette clientèle poursuit peu. Il suffira d'une seule fois pour que, peut-être, un changement d'attitude marqué ne s'opère.

Le psychiatre et le personnel infirmier seraient sûrement moins tentés d'utiliser la situation d'urgence élargie comme exception à l'obtention du consentement, si le recours au critère d'incapacité et d'autorisation au traitement entraînait moins de bureaucratie et de délais.

Finalement, l'évaluation de la capacité de donner ou de refuser son consentement au traitement ne devrait pas être motivée par le refus de la médication, comme c'est souvent le cas à l'heure actuelle. Toute personne dont la capacité à consentir fait problème devrait être soumise à une évaluation, qu'elle accepte ou non le traitement. Le milieu médical et hospitalier doit reconnaître qu'une personne peut avoir des raisons personnelles sérieuses de refuser la médication. Il faut comprendre à quel point les effets secondaires des neuroleptiques peuvent être débilissants, incommodes et risqués dans certains cas.

Concluons sur ces mots de M^e Martin Hébert :

«La santé, le bien-être de l'individu et la relation adéquate entre le patient et le médecin sont plus qu'une affaire de droit. C'est aussi et peut-être d'abord une question d'attitude à l'égard de la personne. On peut se réjouir que les droits aient apporté une information plus adéquate, une concientisation plus grande à l'égard du patient, mais il faut éviter une forme de polarisation automatique dans les relations médecin-patient. Les droits sont tout aussi essentiels qu'insuffisants

dans le domaine médical. Les responsabilités de l'individu, patient ou médecin et celles de la société sont inaliénables. Les droits même fondamentaux n'ont pas réponse à tout. Ce n'est pas en créant des droits qu'on élimine nécessairement les maux de la société. Ainsi, même en reconnaissant un droit fondamental au mariage, on ne saurait faire disparaître la solitude. Les attentes à l'égard du droit et des tribunaux doivent être limitées et raisonnables»²³⁹.

²³⁹HÉBERT-MARTIN. Op. cit. note 41, p. 522.

RÉFÉRENCES

Lois citées

Charte canadienne des droits et libertés. Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, constituant l'annexe B de la loi de 1982 sur le Canada. U.K. 1982, c.11.

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

Code civil du Québec. L.Q. 1992, C-64.

Code criminel. L.R.C., 1985, c. C-46.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers. C. I-8, r.4.

Code de déontologie des médecins. R.R.Q., c. M-9, r.4 (fév. 1994).

Code des professions. L.R.Q., C. 26 (1994).

Loi concernant le consentement au traitement. Ontario, C-31, 1992.

Loi médicale. L.R.Q., c. M-9.

Loi modifiant le code criminel (troubles mentaux) et modifiant en conséquence la loi sur la défense nationale et la loi des jeunes contrevenants, L.C. (1991) c. 43.

Loi sur la protection de la santé publique. L.R.Q. c.P-35.

Loi sur la santé mentale. Ontario, c.M-7.

Loi sur les services de santé et services sociaux. L.Q. 1991, c.42.

Loi sur les infirmières et infirmiers. L.R.Q., C. I-8.

Loi sur la protection du malade mental. L.R.Q., C. P-41, 1977.

Nova Scotia Hospitals, act. P.S.N.S., 1967, c. 249.

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements. Décret 1320-84, R-5 de la LSSSS.

***Projet de loi no 39 : Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives (1996). Présenté par Jean Rochon, ministre de la santé et des services sociaux, à la deuxième session de la 35^e législature.**

Jurisprudences citées

BEAUSOLEIL c. Communauté des soeurs de la charité [1965] B.R. 37

CIARLARIELLO c. SCHACTHER [1993] 2 R.C.S. 119

CITÉ DE LA SANTÉ DE LAVAL c. Lacombe [1992] R.J.Q. 58 (C.S.)

CLOUTIER c. Le centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) [1990] R.J.Q. 717 (C.A.) 721

COMITÉ DES MÉDECINS I. D.D.C.P. [1980] 193

CÔTÉ c. HANSEBOUT [1981] C.S. 172

COUTURE JACQUET c. Montreal Children Hospital [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.)

DOUGLASS HOSPITAL CENTER c. Tandy [1993] R.J.Q. 1128

GERVAIS c. Hôpital Saint-Charles-Borromée et le Curateur public du Québec [1994] 500-09-000019-943 (C.A.)

HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE c. Forcier [1992] R.D.F. 257 (C.S.)

HÔPITAL SAINT-SACREMENT c. Charest [1995] 200-05-001479-950 (C.S.)

HOPP c. LEPP [1980] 2 R.C.S. 192

HÔTEL-DIEU c.B. [1996] 40-001633960 (Cour du Québec)

INSTITUT PHILIPPE PINEL c. Blais [1991] R.J.Q. 1969 à 1979 (C.S.)

INSTITUT PHILIPPE PINEL c. Dion [1983] (C.S.)

INSTITUT PHILIPPE PINEL c. Gharavy. 500-40-000333-935, 27 mai 1993 (C.S.)

INSTITUT PHILIPPE PINEL c. A. Gharavy [1994] R.J.Q. 2523 à 2543 (C.A.)

LAJOIE c. Commission d'examen et le Procureur général du Québec [1994] R.J.Q. 607 à 618 (C.A.)

LANGLOIS c. Clinique Roy-Rousseau [1980] 586 (C.S.)

LORTIE c. Hôpital Christ-Roy [1985] C.S. 800-803 (C.S.)

MALETTE c. Shulman et al. [1990] 72.O.R. (2d.) 417 (C.A.)

MANOIR DE LA POINTE-BLEUE c. Corbeil [1990] R.J.Q. 712 (C.S.)

NANCY B. c. Hôtel-Dieu de Québec [1992] R.J.Q. 361, 364 (C.S.).

PELLETIER c. Roberge [1991] R.R.A. 726 (C.A.)

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 4 [1980] C.A.S. 239 et 240

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 19 [1982] C.A.S. 990 et 991

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 1 [1988] C.A.S. 245

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 3 [1989] C.A.S. 857

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 2 [1989] C.A.S. 855

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 1 [1989] C.A.S. 593

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 1 [1994] C.A.S. 257 à 260

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 2 [1994] C.A.S. 260 à 264

PROTECTION DU MALADE MENTAL - 3 [1994] C.A.S. 657 à 659

REIBL c. HUGUES [1980] 2 R. 880 (C.S.)

RIZZO c. Hôpital Notre-Dame [1975] 425, 433 (C.S.)

SUNNE c. Shaw [1981] 609 (C.S.)

VILLEMURE c. Hôpital Notre-Dame et Turcot [1973] R.C.S. 716

WHEAR c. Hôtel-Dieu de St-Jérôme [1996] 500-09-002284-966 (C.A.)

Doctrine

American Psychiatric Association task force 22 : *seclusion and restraint : the psychiatric uses*.
Washington, D.C. 1985.

- ARBOLEDA-FLOREZ, J. Le consentement en psychiatrie. Énoncé de principe. Approuvé par le conseil d'administration de l'A.P.C. *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 33 (4), mai 1988, p. 319-323.
- Association des hôpitaux du Québec (AHQ). *L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées : une pratique à réviser*. Document de référence no 2, 1996, 58 p.
- BEAUDOIN, Jean-Louis. Le droit de refuser d'être traité dans *Justice Beyond Orwell*. Edited by Rosalie Si Abella et Melvin L. Rothman. Institut canadien d'administration de la justice. Éditions Yvon Blais, 1985, p. 207 à 226.
- BEAUDOIN, Jean-Louis. *La responsabilité civile*, 4e édition. Éditions Yvon Blais, 1994, 1241 p.
- BEAUDOIN, J.L. et M. H. Parizeau. Réflexions juridiques et éthiques sur le consentement au traitement médical. *Médecines/Sciences*, 1987, no 1, vol. 3, p. 8 à 12.
- BECK, James C. et Robert D. STAFFIN. Patient's competency to give informed consent to medication. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 37, no 4, avril 1986, p. 400 à 402.
- BÉGIN, Simon. Isolement et contentions : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 36, déc. 1991, p. 752 à 759.
- BLONDEAU, Danielle et Eric Gagnon. De l'aptitude à consentir à un traitement ou à le refuser : une analyse critique. *Les cahiers de droit*, vol. 35, no 4, déc. 1994, p. 651-673.
- BINDER, R.L. et S.M. MC COY. A study of patients' attitudes toward placement in seclusion. *Hospital Community Psychiatry*, 1983 : 34, p. 1052-1054.
- BORNSTEIN, P.E. The use of restraints on a general psychiatric unit. *Journal Clin. Psychiatry*. 1985 ; 46, p. 175-178.
- BRUN, Henri. *Charte des droits de la personne, législation, jurisprudence et doctrine* (collection Alter Égo), Montréal, Wilson-Lafleur, 1988.
- CASTEL, J.G. Nature and effects of consent with respect to the right to life and right to physical and mental integrity in the medical field : criminal and private law aspects. *Alta*, 16, 1978, p. 293 à 298.
- Centre hospitalier Fleury. *Protocole et programme de soins chez les patients sous contention et isolement*, 1996 (non publié).
- CHALIFOUX, Danielle et Jacques LEMAY. *Le consentement aux soins requis par l'état de santé*. Association des hôpitaux du Québec. Collection code civil du Québec, 1993, 31 p.

CHAMBERLAND, Gilles. *L'utilisation de l'isolement et des contentions dans une urgence psychiatrique*. Texte d'une réunion départementale du Pavillon Albert-Prévost, 1995 (non publié), 51 p.

Commission de réforme du droit du Canada. *Le traitement médical et le droit criminel*. Document de travail 26. Approvisionnements et services Canada, 1980.

Corporation professionnelle des médecins du Québec. *Le consentement*. Publication, Montréal 1985.

Corporation professionnelle des médecins du Québec. *Recommandations concernant les modalités applicables dans les cas de contentions et d'isolement*, Montréal, Québec, 1989, brochure.

COURNOYER, Jocelyne et Yvan MONETTE. La judiciarisation du traitement du malade psychiatrique inapte qui refuse catégoriquement de consentir. *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 36, no 5, juin 1991, p. 339 à 343.

CRÉPEAU, P.A. *L'intensité de l'obligation juridique ou des obligations de diligence, de résultat et de garantie*. Cowansville. Les Éditions Yvon Blais, 1989.

Curatrice publique. Les thérapies de comportement utilisant des mesures aversives. *Le mot de la curatrice publique*, vol. 1, no 8, juin 1989 (Québec), 2 p.

DELEURY, Édith et Dominique GOUBAU. *Le droit des personnes physiques*. Les Éditions Yvon Blais, 1994.

GARANT, Monique et Josée MARTEL. Mise à jour sur la dyskinésie tardive. *Pharmactuel*, vol. 28, supplément I, 1995, p. 5 à 13.

GARNEAU, Yvon et Jean DIENER. La règle du consentement éclairé et ses impasses en psychiatrie dans *Consentement éclairé et capacité en psychiatrie : aspects cliniques et juridiques*. Ed. Douglas, 1988, p. 49 à 67.

GENDREAU, Caroline. *Élaboration d'une norme internationale concernant le droit du patient de consentir à un traitement ou de le refuser*. Université de Montréal, 1994 (Rapport de maîtrise).

GERVAIS, Daniel. Le droit de refuser un traitement psychiatrique au Québec. *Les cahiers de droit*, 1985, 26, p. 807-839.

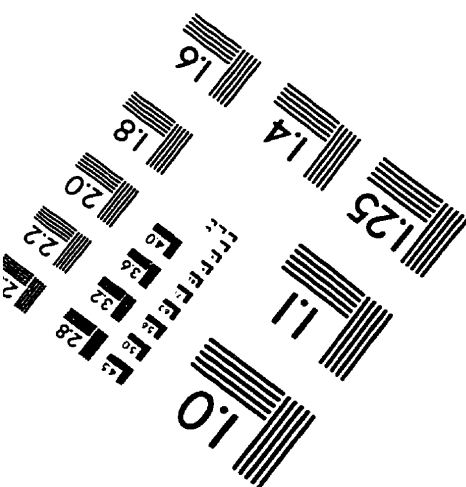
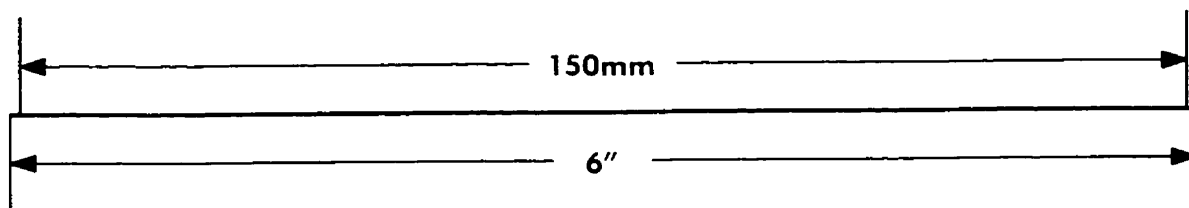
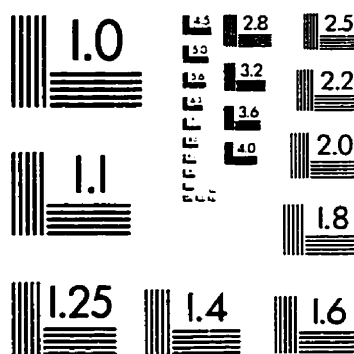
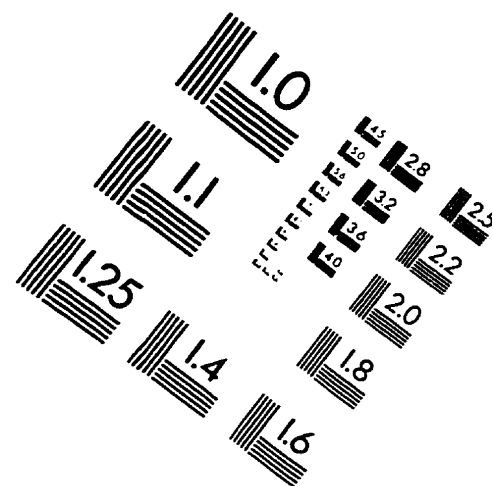
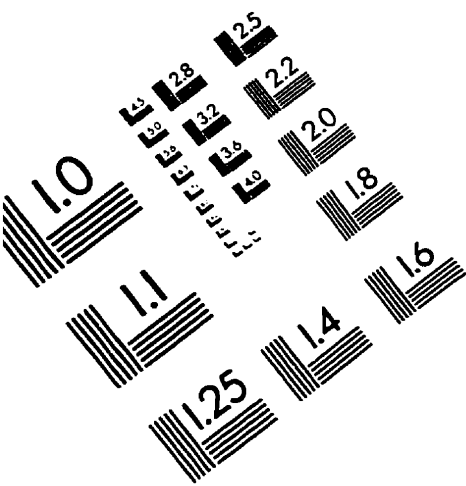
- Gouvernement du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux. Direction de la construction. Service d'expertise et de normalisation. *Chambre d'observation en psychiatrie pour hôpitaux à vocation exclusive de psychiatrie et hôpitaux généraux*. Répertoire des normes et procédures. Vol. 07, ch. 01, PCC 10, 1990, 10 p.
- GRAVEL, B., BOYER, R. et Y. LAMONTAGNE. Attitude des malades chroniques envers l'hôpital psychiatrique. *L'encéphale*, 1984, X, p. 39 à 44.
- GRUNBERG, F. La doctrine du consentement libre et éclairé : ses fondements éthiques, juridiques et ses applications dans la recherche et la pratique de la psychiatrie. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 35, juin 1990, p. 443-451.
- GRUNBERG, F. Réflexion sur le deni psychotique ou le refus catégorique de soins. Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. B-1 à B-4.
- GUTHEIL, Thomas G. et Kenneth TARDIFF. Indications and contraindications for seclusion and restraint. Dans TARDIFF, K. *The psychiatric uses of seclusions and restraint* Washington, DC : American Psychiatric Press Inc. 1984, p. 11 à 16.
- HÉBERT, Martin. L'application des chartes canadienne et québécoise en droit médical. *Les cahiers de droit*, vol. 30, no 2, juin 1989, p. 495 à 525.
- HOFFMAN, B.F. et J. SRINIVASAN. A study of competence to consent to treatment in a Psychiatric Hospital. *Can. J. Psychiatry*, vol. 37, avril 1992, p. 179 à 182.
- Hôpital Louis-H. Lafontaine. *Protocole : isolement et contention*. Les éditions Émile-Nelligan, Montréal, 1995.
- IRWIN, M., A. LOVITZ, R. MARDER et al. Psychotic patients understanding of informed consent. *American Journal psychiatry*, 1985 - 142, p. 1351 à 1354.
- KAPLAN, H.L. et B.J. SADOCK. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Fifth edition, Baltimore, MD : Williams and Wilkins 1989.
- KEMMA, Donald J. Current status of institutionalized mental Health Patient's Right to refuse psychiatric Drugs. *The Journal of Legal Medecine*, vol. 6, no 1, 1985, p. 107 à 138.
- KOURI, R.P. L'influence de la Cour suprême sur l'obligation de renseigner en droit médical québécois. *La revue du barreau*, tome 44, no 5, nov.-déc. 1984, p. 851-868.
- LABERGE, Danielle, MORIN, Daphné et Marie ROBERT. *Criminalisation et maladie mentale : les réponses du système judiciaire*. Les cahiers du Grapp. 1996.

- LEFEBVRE, Louise. ASSTSAS. Les agressions perdre ou prendre le contrôle. *Objectif prévention*, vol 18, no 4, p. 20-21.
- LESAGE-JARJOURA, Pauline, Jean LESSARD et Suzanne NOOTENS-PHILIPS. *Éléments de responsabilité civile médicale*. Éditions Yvon Blais inc., 1995.
- LUSSIER, Sylvain. Le refus catégorique de recevoir les soins. Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. D-1 à D-11.
- MARDER, S.R., A. MEBANE, CHIEN CHING-PIAO et al. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *AM. J. Psychiatry*, 1983; 140, p. 470-472.
- MEISEL A. et TH. ROTH. Toward and informed discussion of informed consent : a review and critique of the empirical studies. *Arizona law rev.* 1983 - 25 (2), p. 265 à 346.
- MÉNARD, Jean-Pierre. Capacité et consentement éclairé : les droits du patient psychiatrique. Dans «*Consentement éclairé et capacité en psychiatrie : aspects cliniques et juridiques*». Ed. Douglas, 1988, p. 123 à 141.
- MÉNARD, Jean-Pierre. Le refus de traitement du majeur inapte. Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. E-1 à E.29.
- MÉNARD, Jean-Pierre. Les nouvelles règles relatives au consentement aux soins médicaux. *Congrès du Barreau du Québec*, 1991, p. 667 à 693.
- MÉNARD, Jean-Pierre et Denise MARTIN. *Le cadre juridique du traitement psychiatrique*. Étude préparée pour le département d'administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, juin 1994.
- MORRISON, Denis. Consentement éclairé ou capacité en pratique clinique psychiatrique ou opinion : le consentement éclairé s'applique-t-il en psychiatrie dans *Consentement éclairé et capacité en psychiatrie : aspects cliniques et juridiques*. Ed. Douglas, 1988, p. 5 à 55.
- MORRISON, Denis. Existe-t-il des questions ou critères médicaux pour déterminer l'aptitude à consentir ou refuser un traitement? Dans AHQ. *Le refus catégorique*. Collection Code civil du Québec, 1993, p. A-1 à A-8.
- MORRISON, Denis. Le droit de refus de traitement chez le patient involontaire : considérations médico-légales. *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 30, fév. 1985, p. 60-63.
- MORRISON, Denis. Opinion : consentement éclairé et capacité en pratique clinique psychiatrique (une perspective québécoise). *Revue canadienne de psychiatrie*. Vol. 34, mars 1989, p. 110 à 114.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers*. Fascicule mars 1985.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Direction de la qualité de l'exercice. Mars 1996.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Communiqué de l'ordre. Guide de 1995.
- OUELLETTE, Monique. Livre premier : des personnes. La réforme du code civil. *Personnes, succession, biens*. Textes réunis par le Barreau du Québec et la Chambre des notaires du Québec, 1993.
- PERETTI, S.C., M.A. WOLF et Y. GARNEAU. Intérêt de l'information médicale au patient institutionnalisé. *Canadian Journal of psychiatry*, vol. 34, no 5, 1989, p. 405 à 453.
- POTVIN, Louise. L'obligation de renseignement du médecin. *Étude comparée du droit québécois, français et du Common Law canadien*. Éditions Yvon Blais, 1984.
- RICE, Matthew M. et Gregory P. MOORE. Management of the Violent Patient Therapeutic and Legal considerations. *Emergency Medicine Clinics of North America*, vol. 9, no 2, feb. 1991, p. 13 à 31.
- ROBERTSON, G. Informed consent ten years later : the impact of Reibl c. Hugues. *Revue du barreau, can.* 1991, 70-423.
- SHARPE, P. *The law and medicine in Canada*. 2nd edition. Toronto, Butterworths, 1987.
- SHELINE, Yvette et Teresa NELSON. Patient choice : Deciding between Psychotropic Medication and Physical restraints in a Emergency. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, vol. 21, no 3, 1993, p. 321-329.
- SOLOFF, Paul H. Historical notes on seclusion and restraint dans Tardiff, K. *The psychiatric uses of seclusion and restraint*. Washington, DC, American Psychiatric Press Inc., 1984, p. 1 à 9.
- SOMMERVILLE, Margaret A. Commission de réforme du droit. *Le consentement à l'acte médical*. Document d'étude. Ottawa. Ministre des approvisionnements et services Canada, 1980.
- TOTH, François. L'obligation de renseignement du médecin en droit civil québécois. *Dans Responsabilité médicale et hospitalière*. Aspect éthique et juridique. Oct. 1990, p. 1043.
- WEATHERHEAD, Rebecca. Psychotropic Drug - Treatment refusal by competent Psychiatric Patient's. Toronto, Faculty of Law Review. Vol. 47, no 1, 1988, p. 101 à 131.

WEISSTUB, David N. Le droit et la psychiatrie dans leur problématique commune. *Mc Gill Law Journal*. Vol. 30, 1985, p. 221-265.

IMAGE EVALUATION TEST TARGET (QA-3)



APPLIED IMAGE, Inc.
1653 East Main Street
Rochester, NY 14609 USA
Phone: 716/482-0300
Fax: 716/288-5989

© 1993, Applied Image, Inc.. All Rights Reserved

