



Principes fondamentaux de la législation sur la santé mentale

Richard L. O'Reilly, MB, MRCP(I), MRCPsych, FRCPC¹; Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC²; Aileen Brunet, MD, FRCPC³; Karl Looper, MD, MSc, FRCPC⁴; Philip Beck, MD, FRCPC⁵

Le Conseil d'administration de l'Association des psychiatres du Canada (APC) a approuvé en juin 2010 le présent énoncé de principes rédigé par le Comité permanent des normes professionnelles et de la pratique de l'APC.

Introduction

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le but fondamental des lois sur la santé mentale consiste « à protéger, à promouvoir et à améliorer la vie et le bien-être mental des citoyens »^{1, p. 1}. Ces lois doivent établir un équilibre entre les intérêts de la personne atteinte d'une maladie mentale et les intérêts de la société, sans compter qu'elles doivent également départager les intérêts parfois contradictoires du malade. Tout citoyen canadien a droit à la liberté, à l'autonomie et à l'équité en matière de procédure; ce citoyen, même s'il souffre d'une maladie mentale, a également le droit d'être protégé de tout tort. De plus, les citoyens d'un pays dont le système de santé est public ont le droit à l'égalité d'accès aux soins et services de santé. Parfois, l'accès aux services de santé, physique ou mentale, est restreint pour cause de ressources limitées. Dans le domaine de la maladie

mentale, les répercussions de la maladie, notamment l'altération du jugement quant à la nécessité du traitement, viennent entraver davantage l'accès aux services de santé dans certains cas. Par conséquent, il est essentiel que la législation sur la santé mentale veille à ce que ces personnes obtiennent le traitement nécessaire dans des conditions précises.

Au Canada, la législation sur la santé mentale se compose en règle générale de lois portant sur l'admission involontaire dans un établissement de santé (appelée au Québec *garde en établissement*) et, dans bien des provinces et territoires, sur le traitement ambulatoire obligatoire (ordonnance de traitement en milieu communautaire ou OTMC)². Les questions ayant trait au consentement et à l'aptitude sont du ressort soit de la législation sur la santé mentale, soit d'autres lois non spécifiques à la maladie mentale, selon la région. Que ces aspects relèvent de la législation sur la santé mentale ou d'autres

¹ Professeur, Département de psychiatrie, *The University of Western Ontario*, London (Ontario).

² Chef de service, Psychiatrie légale, St Joseph's Healthcare, Hamilton (Ontario), et professeur agrégé, Département de psychiatrie et des neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton (Ontario).

³ Professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse).

⁴ Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, et psychiatre en poste à l'Hôpital général juif, Montréal (Québec).

⁵ Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal (Québec).

lois, ils n'en demeurent pas moins essentiels dans l'application des lois sur la santé mentale.

Dans certains pays, la législation sur la santé mentale établit les normes en matière de services de santé mentale. De telles lois peuvent grandement contribuer à améliorer l'accès aux soins et services de santé mentale. Par exemple, la législation peut être conçue de façon à assurer les ressources nécessaires pour offrir les services dans des régions insuffisamment desservies ou à des groupes particuliers de la population. Bien que l'Association des psychiatres du Canada (APC) estime qu'une législation de cette nature puisse être avantageuse à certains égards, cette façon de faire n'a pas cours dans la plupart des juridictions canadiennes; elle ne sera donc pas abordée ici. Il importe de souligner qu'une telle législation n'élimine pas la nécessité de se doter de lois portant sur l'admission involontaire ou le traitement obligatoire.

L'implantation du traitement ambulatoire obligatoire – soit l'ordonnance de traitement en milieu communautaire (OTMC) ou, aux États-Unis, de placement communautaire – a suscité un vif débat à la fois dans les milieux scientifiques et dans le public. Comme elle l'affirme ailleurs, l'APC juge que le traitement ambulatoire obligatoire est une mesure utile en vertu de laquelle des personnes atteintes d'une maladie mentale grave altérant leur jugement peuvent bénéficier d'un traitement global dans la collectivité³.

La législation, phénomène essentiellement dynamique, doit évoluer en tenant compte des percées médicales, de la disponibilité de traitements efficaces et de la transformation des systèmes de santé.

L'APC sait pertinemment qu'un pays ou une région adopte le modèle législatif de son choix, qu'aucune solution n'est parfaite et que le nécessaire équilibre entre des intérêts divergents ne sera établi qu'au prix de certains compromis. Elle estime néanmoins que la législation sur la santé mentale devrait reposer sur certains principes fondamentaux. Elle présente donc ici 10 principes importants qui devraient encadrer l'élaboration des lois sur la santé mentale.

L'APC n'ignore pas que des questions controversées demeurent sans réponses encore aujourd'hui; elle s'exprime d'ailleurs au sujet de deux d'entre elles à la fin du présent énoncé de principes.

Principes

1. Réciprocité

L'admission involontaire dans un établissement de santé entraîne la perte de liberté d'un citoyen qui, dans la plupart des cas, n'a pas commis de crime. Cette restriction de sa liberté devrait être compensée par des bénéfices pour l'individu. La protection contre diverses formes de préjudice et le traitement de la maladie mentale

représentent les avantages dans la plupart des cas d'hospitalisation contre la volonté du malade.

Le traitement offert à la personne hospitalisée contre son gré devrait être à la charge de l'État et conforme aux pratiques cliniques exemplaires établies.

2. Restriction et ingérence minimales

La législation sur la santé mentale devrait veiller à ce que les interventions choisies à ses fins, qui entravent la liberté et l'autonomie de la personne, respectent le principe de restriction et de l'ingérence minimale. On emploie parfois l'expression « option la moins contraignante » pour désigner ce principe⁴. Or dans le cas qui nous occupe, il importe que l'intervention envisagée soit « l'option appropriée la moins restrictive ». Il peut y avoir des méthodes moins restrictives, mais qui ne conviennent pas à la personne nécessitant un traitement et une supervision constante.

3. Garanties de procédure

L'admission involontaire dans un établissement de santé prive un groupe de citoyens vulnérable de leur liberté. De même, le citoyen jugé inapte à prendre des décisions d'ordre thérapeutique perd son autonomie. Il est essentiel d'offrir à ces citoyens des mécanismes de protection procédurale. Ces mécanismes doivent être aisément accessibles en temps opportun pour la personne, sa famille ou son mandataire s'il y a lieu.

De telles mécanismes se composent en général, sans toutefois s'y limiter, d'information sur les droits de la personne, du droit de retenir les services d'un conseiller juridique, du droit à la révision indépendante de la décision d'admission involontaire ou du constat d'incapacité et du droit d'appel devant les tribunaux. Elles peuvent englober également le droit à une seconde opinion à propos du plan de traitement à la demande du patient.

4. Droit au traitement

Tout citoyen a le droit d'accès au traitement offert par le système de santé public. Ce droit est le même que la personne soit atteinte d'une maladie mentale ou d'une maladie physique. Il est hors de question de refuser l'accès au traitement à un groupe particulier de la société. Par conséquent, une personne ne saurait être privée de l'accès au traitement psychiatrique sous seul prétexte qu'elle est incapable de se rendre compte qu'elle est malade. Son jugement peut être obscurci par la détérioration de sa fonction cognitive qui accompagne la démence, par exemple, ou par l'incapacité d'estimer les effets probables du traitement ou de son absence, telle que l'on trouve parfois en présence d'un trouble psychotique.

L'APC sait fort bien que les ressources du système de santé ne sont pas infinies, mais elle juge nécessaire de prêter une attention particulière aux personnes hospitalisées

contre leur gré ou qui sont tenues de se plier à un traitement dans la collectivité. La société restreint la liberté de ces personnes et, dans certains cas, les oblige à subir des traitements spécifiques. Dans de telles circonstances, la question des ressources limitées ne saurait influencer sur la nature du traitement offert, et les meilleurs traitements qui soient, médicaux ou autres, devraient être offerts à ces personnes.

5. Traitement en temps opportun

Le droit au traitement est une notion vide de sens si le traitement n'est pas offert en temps opportun. Le report d'un traitement médical accroît le risque de morbidité et de mortalité. Il en va de même pour les traitements psychiatriques. Comme nous l'avons mentionné déjà, la révision juridique de l'admission involontaire et du constat d'inaptitude constitue une mesure de protection importante. Toutefois, cette révision doit se tenir en temps opportun de façon à ne pas prolonger indûment l'hospitalisation involontaire, ni retarder inutilement l'instauration du traitement psychiatrique s'il y a lieu.

Dans les années 1970 et 1980, de nombreuses régions nord-américaines ont adopté des lois précisant que l'admission involontaire ne pouvait être imposée que si la personne était physiquement dangereuse pour elle-même ou pour d'autres⁵. Cette législation restrictive a empêché bien des personnes inoffensives aux prises avec une maladie grave d'obtenir un traitement bénéfique à l'hôpital. Le fait de ne pas offrir de traitement a entraîné dans son sillage de l'itinérance, des actes criminels et des décès lorsque l'état de ces personnes s'est détérioré à un point tel qu'elles sont devenues suicidaires ou incapables de subvenir à leurs besoins les plus élémentaires ou, parfois, qu'elles ont commis des actes violents à l'égard d'autres personnes. Dans nombre de cas, cette législation a été modifiée afin d'autoriser le placement involontaire dans le but de prévenir de graves préjudices ou la détérioration de l'état physique ou mental. Une telle démarche s'inscrit dans le sens de la recherche qui démontre que le report du traitement du premier épisode psychotique assombrit le pronostic de la maladie^{6,7}.

6. Traitement conforme aux données scientifiques probantes

L'apparition sur le marché d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et de psychorégulateurs efficaces a considérablement amélioré le traitement des maladies mentales majeures. L'avancée rapide des neurosciences promet d'autres percées importantes dans le traitement de la maladie mentale. Il n'en reste pas moins que l'arsenal thérapeutique actuel échoue dans certains cas et entraîne des effets indésirables qui en limitent l'usage dans d'autres. Au moment d'élaborer la législation sur la santé mentale, il importe d'avoir une vue réaliste de

l'efficacité clinique des traitements psychiatriques offerts.

Il convient également d'étudier des aspects de la législation sur la santé mentale comme telle afin d'en cerner les effets sur les résultats cliniques et sur la liberté des malades, et d'orienter l'élaboration des lois à la lumière de cette information.

7. Conformité aux normes professionnelles

Il ne saurait y avoir de divergence entre la législation sur la santé mentale et les normes de conduite professionnelles dans la prestation des soins et des services de santé. Le psychiatre devrait être en mesure d'exercer sa profession dans le respect de l'éthique médicale. Le gouvernement devrait consulter des regroupements professionnels au moment d'élaborer la législation sur la santé mentale afin de veiller à ce que les professionnels de la santé mentale puissent respecter le code de déontologie de leur ordre professionnel et de leur association professionnelle provinciale ou canadienne. La législation sur la santé mentale confère d'importantes responsabilités aux psychiatres, et ceux-ci devraient être consultés avant de modifier cette législation.

8. Respect de la charte des droits et libertés

La législation sur la santé mentale doit tenir compte des droits inscrits dans la Charte canadienne des droits et libertés⁸. Ainsi, l'article 7 de la Charte stipule que « chacun a droit à la vie, à la liberté 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 ». Fait important, les tribunaux ont décrété que le placement involontaire n'enfreint pas ce droit, parce que la privation de la liberté se conforme aux principes de justice fondamentale.

9. Confidentialité des renseignements personnels sur la santé

Le droit à la vie privée est une valeur fondamentale de toute société démocratique. Sauf en de rares et exceptionnelles circonstances, la personne bénéficiant de soins de santé a le droit à la confidentialité de l'information sur sa santé, qui ne saurait être divulguée à un tiers sans son consentement. La personne traitée pour un trouble mental, y compris la personne hospitalisée contre son gré, a ce même droit. Toutefois, étant donné que la maladie mentale peut parfois compromettre la capacité de prendre des décisions quant à la divulgation des renseignements personnels sur la santé, il importe de prévoir un mécanisme pour évaluer cette aptitude décisionnelle et, le cas échéant, transférer à un tiers la responsabilité de consentir au dévoilement de cette information.

Le droit à la vie privée n'est pas un droit absolu et, dans certaines situations, il peut être justifié de violer cette

confidentialité. Citons à titre d'exemple la situation d'urgence où la vie de la personne est en péril ou lorsque le fait de ne pas dévoiler cette information pose un danger pour le malade ou d'autres personnes. Dans certaines régions, la loi précise les circonstances où l'information sur la santé d'une personne peut être divulguée.

10. Participation du patient à la prise de décision

La personne aux prises avec un trouble de santé mentale devrait participer activement à la conception et à la mise en œuvre de son plan de traitement. Même si la maladie mentale peut entraver la capacité de prendre des décisions d'ordre thérapeutique, la personne inapte n'a pas forcément à se voir écartée du processus d'élaboration de son traitement. Le clinicien devrait obtenir le point de vue de cette personne sur le traitement et celle-ci devrait être informée de toutes les décisions à ce sujet afin qu'elle participe à la conception du plan de traitement dans la mesure du possible. Lorsqu'il y a lieu, les proches du malade, des membres de la famille qui jouent un rôle dans l'exécution du plan de traitement ou qui connaissent des renseignements précieux, par exemple, devraient eux aussi participer à l'élaboration du plan.

Autres aspects importants de la législation

But de l'admission involontaire civil

Le but de la garde en établissement est-il de limiter les préjudices par la détention ou de veiller à ce que la personne soit traitée? Il s'agit probablement d'une des questions les plus litigieuses en matière de législation sur la santé mentale. Les principes en opposition peuvent s'énoncer comme suit :

D'une part, nulle personne capable ne devrait subir de traitement sans y consentir même si elle est hospitalisée contre son gré.

D'autre part, quand l'État prive une personne de sa liberté en raison des répercussions de sa maladie mentale, il assume la responsabilité d'offrir le traitement nécessaire pour atténuer les répercussions de cette maladie et offrir ainsi à la personne la possibilité réaliste de recouvrer sa liberté.

L'APC aborde les aspects de cette question dans un document de travail⁹. Elle note que les sociétés démocratiques ont adopté l'un ou l'autre de ces principes et qu'il ne semble pas possible d'en privilégier un.

Néanmoins, si un pays choisit un modèle autorisant le refus de traitement par un malade apte à prendre des décisions, mais hospitalisé contre son gré, sa législation doit être rédigée de manière à s'assurer que cette personne est véritablement en mesure de renoncer au traitement

habituellement nécessaire pour recouvrer sa liberté.

La littérature indique qu'en l'absence de traitement psychiatrique usuel, le malade mis sous garde contre son gré séjournera dans l'établissement durant une longue période, voire indéfiniment^{10,11}.

Directives préalables et admission involontaire

Certaines régions tiennent compte du refus de traitement manifesté par le patient apte à prendre des décisions qui est mis sous garde contre son gré, mais refusent d'adhérer aux directives préalables de refus de traitement du patient jugé inapte à prendre des décisions.

Les directives préalables diffèrent des décisions contemporaines quant au traitement sous bien des aspects importants. D'abord, la personne formulant des directives préalables prend des décisions à propos d'un traitement éventuel sans connaître les faits pertinents à cet égard, de sorte que ses décisions ne sont pas totalement éclairées.

Puis, tout doute quant à la capacité actuelle de la personne peut être dissipé par un réexamen minutieux, notamment l'évaluation d'une commission de révision et d'un tribunal. En revanche, il peut être véritablement ardu de déterminer en rétrospective la capacité de la personne au moment où elle a formulé des directives préalables.

Enfin, la personne qui perd ses moyens et devient inapte à prendre des décisions ne peut rien changer à ses directives préalables, tandis que la personne qui prend des décisions contemporaines peut les modifier n'importe quand.

Certaines juridictions autorisent la mise en application des directives préalables indiquant le refus du traitement psychiatrique, même si la personne est hospitalisée contre son gré, mais ne reconnaissent pas la directive préalable du refus d'hospitalisation. Donc, si la personne devient inapte à prendre des décisions d'ordre thérapeutique et qu'elle est hospitalisée contre son gré, elle ne pourra pas modifier ses directives préalables afin de consentir au traitement. Sans traitement, cette personne pourrait être détenue indéfiniment à l'hôpital.

Il est possible de diminuer ce risque de détention indéterminée de plusieurs façons. L'une d'elles consiste à veiller à ce que la personne soit réellement apte à prendre des décisions quant au traitement et connaisse la portée des directives préalables au moment de leur formulation. À cette fin, certaines régions exigent qu'un avocat ou un professionnel de la santé confirme que la personne est en pleine possession de ses moyens et saisit la portée de ses directives préalables au moment où elle les établit.

Alternativement, d'autres provinces ou territoires canadiens s'opposent à la mise en application des directives préalables des personnes mises sous garde dans un établissement contre leur gré ou encore refusent d'honorer celles-ci lorsqu'elles mettent en danger la santé ou la sécurité du patient ou d'autrui.

Résumé

La législation sur la santé mentale doit faciliter l'accès aux soins et aux services de santé des personnes aux prises avec une maladie mentale grave qui entraîne un important risque de préjudices et qui altère le jugement quant à la nécessité du traitement. Ces personnes étant vulnérables, il est impératif de veiller à la protection de leurs droits civils. L'APC préconise la prise en compte des 10 principes énoncés ici, lesquels devraient guider l'élaboration de la législation sur la santé mentale.

Remerciements

Ce document découle de discussions du Comité permanent des normes et pratiques professionnelles de l'APC. Le Comité apprécie l'aide qu'il a reçue à cet égard de nombreux psychiatres. Nous remercions en particuliers les docteurs Simon Brooks, Robert Buckingham, Deborah Elliot, Philippa Moss, Grainne Neilson, Werner Pankratz, Douglas Urness et Patrick J White.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation. Genève (Suisse) : OMS, 2005.
2. Gray JE, Shone MA, Liddle PF. Canadian mental health law and policy. 2^e éd. Markham (Ontario) : Lexis Nexis Canada Inc; 2008.
3. O'Reilly RL, Brooks SA, Chaimowitz GA et coll. Énoncé de principes de l'APC. Le traitement obligatoire ambulatoire. *Can J Psychiatry*. 2003;48(Encart1):1-7.
4. Munetz MR, Geller JL. The least restrictive alternative in the postinstitutional era. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44:967-973.
5. Appelbaum PS. Almost a revolution: mental health law and the limits of change. New York (NY): Oxford University Press; 1994.
6. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:975-983.
7. Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1785-1804.
8. *Loi constitutionnelle de 1982* (R.-U.) [constituant l'annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.) c. 11], partie 1 (Charte canadienne des droits et libertés).
9. Brooks SA, O'Reilly RL. Législation sur la santé mentale : la garde en établissement. *Can J Psychiatry*. 2010;55 (4 Encart 1):1-5.
10. Hoge SK, Appelbaum PS, Lawlor T, et al. A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:949-956.
11. Solomon R, O'Reilly R, Nikolic M, et al. Treatment delayed—liberty denied. *Can Bar Rev*. 2009;87(3):679-719.