

RDSS

RDSS 2015 p.1007**La judiciarisation des mesures d'internement au Québec : de la force idéalisée du droit à sa mise en pratique** (1)

Emmanuelle Bernheim, Professeure au département des sciences juridiques, Université du Québec à Montréal
Chercheure au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales (CRÉMIS)

Depuis 150 ans, l'évolution du cadre législatif en matière d'internement psychiatrique est intimement liée à la perception populaire de la maladie mentale et de ceux qui en souffrent. De dangereux à enfermer à double tour à inaptes incapables d'exercer leurs droits civils et politiques, la lutte pour la reconnaissance d'un statut de patient et de citoyen « comme les autres » est longue et sinueuse. Au Québec, à partir de 1801, se succèdent plusieurs législations prévoyant diverses modalités d'internement - sur dénonciation du maire, du ministre du Culte, de deux contribuables ; sur avis médical ; sur ordonnance judiciaire -, une procédure de plus en plus stricte, des modalités de contestation, des droits pour les personnes internées (2).

L'histoire du droit psychiatrique québécois est profondément marquée par la surinstitutionnalisation et les abus qui ont caractérisé la période asilaire. En 1962, une commission gouvernementale fait la lumière sur la situation (3) : les asiles sont archaïques et les soins qui y sont offerts en décalage avec l'état de la connaissance scientifique. Le ratio de lits psychiatriques par 100 000 habitants est beaucoup plus important que dans les autres pays occidentaux (4) et le séjour asilaire, beaucoup plus long (5).

Les décennies suivantes sont marquées par une forte volonté de déstigmatisation (6) qui fait écho à un mouvement international. Différentes mesures voient le jour : la désinstitutionnalisation, l'intégration de départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, le développement de la psychiatrie communautaire (7). Corollaires à cette transformation, différents phénomènes apparaissent tels que le « syndrome de la porte tournante », l'itinérance, la ghettoïsation et la criminalisation des ex-psychiatisés, de même que la responsabilité accrue des familles. Outre les ressources communautaires déficientes et une offre de services décalée des besoins, la possibilité pour les patients psychiatriques de refuser l'hospitalisation et les soins est parfois présentée comme étant à l'origine de ces difficultés.

Depuis 1970, le *corpus* de règles juridiques protégeant les patients dans la relation thérapeutique s'est considérablement développé : consentement et refus de soins, participation à l'élaboration du plan de soins, confidentialité des informations personnelles, procédures de plainte, etc (8). En matière d'internement psychiatrique, la Loi de protection du malade mental de 1972 prévoit pour la première fois des droits spécifiques, une réévaluation périodique et un mécanisme de révision quasi-judiciaire.

La formalisation de processus plus stricts et la reconnaissance de droits n'ont cependant pas suffi à éliminer tous les abus. L'absence de paramètres légaux établissant la présence de dangerosité est dénoncée par plusieurs acteurs des milieux médical, juridique et communautaire (9). La question de savoir si les dispositions générales en matière de consentement aux soins s'appliquent dans le cadre de l'internement n'ont jamais fait consensus. Les patients internés sont le plus souvent considérés incapables de donner leur consentement et traités contre leur gré (10) et des expérimentations, notamment pour de nouveaux médicaments, sont pratiquées sur des patients internés et considérés inaptes (11).

C'est dans ce contexte controversé et à la faveur d'une vaste réforme du droit civil que le régime d'internement est amendé dans les années 1990. La judiciarisation de la procédure est alors présentée comme l'ultime moyen de protéger les patients psychiatriques contre le paternalisme du corps médical. Dans les décennies suivantes, cette conception idéalisée du droit en tant qu'outil infaillible de protection sera rudement mise à l'épreuve d'une justice civile peu habituée aux enjeux de droits des personnes et aux litiges de nature sociale.

Une réforme marquée par les changements de paradigme

La réforme du régime d'internement psychiatrique a lieu en deux temps : d'abord au moment de la réforme du code civil du Québec, au début de la décennie 1990, puis par le remplacement de la Loi de protection du malade mental par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, à la fin de la même décennie. Le *corpus* de droits spécifiques se voit substantiellement augmenté, mais c'est surtout un double changement de paradigme qui modifie fondamentalement le processus alors que l'internement devient un litige de droit privé encadré par une procédure judiciaire exceptionnelle.

L'internement : un nouvel enjeu de droit privé

La réforme du code civil du Québec est un moment historique : calqué sur le droit français de l'époque coloniale, on lui reprochait son statisme, son inadéquation avec les moeurs et les normes sociales (12). Le défi consistait à réconcilier droits individuels - élevés au rang de valeur collective par l'adoption de la Charte des droits et liberté de la personne (13) en 1976 - et droit civil - droit du groupe, « lieu du compromis » (14). Dans le nouveau code, la personne physique tient une place nouvelle, centrale, et la prééminence de sa volonté dans les actes juridiques est réaffirmée. Ainsi, dans le cadre de la relation thérapeutique, non seulement le consentement libre et éclairé doit être systématiquement obtenu, mais un refus de soins, même fatal doit être respecté. L'autodétermination devient alors le fondement même du droit à l'intégrité. Deux exceptions sont prévues à ce principe général (15) : une en matière d'imposition de traitements - l'« autorisation de soins » - et l'autre en matière d'internement psychiatrique - la « garde en établissement ». Les deux mécanismes sont entièrement indépendants l'un de l'autre.

L'intégration des modalités de l'internement psychiatrique dans le code civil du Québec représente un changement paradigmatique majeur. Jusque-là, l'internement était considéré comme une modalité de la compétence *parens patriae* de l'État et donc dans le giron du droit public. Servant essentiellement à assurer la sécurité, les professionnels responsables de son application exerçaient des pouvoirs étatiques exceptionnels (16), la privation de liberté constituant une entrave majeure aux droits fondamentaux. Avec son inclusion dans le *code civil*, l'internement devient un litige privé, au coeur de la relation thérapeutique, apparaissant alors comme une mesure exceptionnelle dans le contrat de soin. Bien que la garde en établissement se traduise toujours par une perte de liberté, elle est dorénavant plutôt conceptualisée comme une atteinte au droit à l'intégrité (17).

À mesure thérapeutique exceptionnelle, procédure judiciaire exceptionnelle

Les nouvelles dispositions prévoient que la garde en établissement ne peut être imposée que dans la mesure où la dangerosité pour soi ou pour autrui en raison de l'état mental a été constatée par deux psychiatres (18) ; la substance du critère de danger n'est toujours pas définie. Peu importe la teneur de la preuve experte cependant, la garde ne peut être ordonnée que si « le tribunal [...] a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire » (19). À cette fin, à moins de situations exceptionnelles, le tribunal « est tenu d'interroger la personne concernée par la demande » (20). Il est prévu que la partie défenderesse reçoive signification de la procédure en main propre (21) ; elle doit donc disposer de la documentation légale favorisant l'exercice de ses droits judiciaires.

Les obligations imposées au tribunal - obligation d'interroger et d'avoir des motifs sérieux de croire - en font une procédure judiciaire exceptionnelle dans un contexte de litige civil. En matière civile en effet,

les parties sont responsables de la qualité de leur preuve et, dans la mesure où la partie défenderesse n'a pas comparu dans les délais impartis (22), le tribunal peut rendre jugement contre elle par défaut (23). Le litige est tranché en fonction de la prépondérance de preuve soit, après appréciation par le tribunal de la force probante de la preuve, la considération que le fait allégué est « plus probable que son inexistence » (24). L'obligation d'interroger et de se former une conviction propre impose au tribunal un rôle actif d'enquêteur qui contraste grandement avec son rôle habituel et qui permet au tribunal de rejeter une requête malgré les prétentions des psychiatres experts ou de modifier la durée de la garde accordée.

De cette procédure exceptionnelle découle d'importants espoirs de changement. Jusque-là, l'internement n'était qu'une affaire médicale et les décisions se prenaient dans l'intérêt clinique des patients (25). La réforme en fait une affaire juridique et il ne s'agit plus de protéger des personnes mais plutôt des droits. Les personnes faisant l'objet d'une demande de garde en établissement de la part d'un hôpital peuvent maintenant être représentées par avocat, présenter des témoins, experts ou non, faire valoir des arguments ; elles doivent avoir accès à la justice comme toute partie à un litige.

L'effectivité de ce dispositif repose cependant entièrement sur le tribunal, tel que l'exprime clairement le ministre de la Santé impliqué dans la réforme : « le gros changement qui est fait ici (...), c'est que la décision de garder quelqu'un (...) est maintenant prise par un juge et non pas par le médecin (...). Le dernier garde-fou qu'on a, c'est que la décision finale, c'est le juge qui la prend » (26).

La mise à l'épreuve par la justice civile

Contrairement à la situation qui prévaut dans les établissements de santé (27), le travail des tribunaux en matière de garde en établissement est peu étudié. Le fait que les audiences se tiennent à huis clos et que les décisions judiciaires soient rarement transcrites et peu développées complique grandement la possibilité de mener une collecte de données ou de proposer une analyse juridique. Néanmoins, deux études menées dans le district judiciaire de Montréal en 2009 permettent d'éclairer la pratique : une étude quantitative des dossiers judiciaires (28) et une étude qualitative menée par le moyen de séances d'observation d'audiences, d'entretiens avec des juges et des psychiatres et de courts entretiens non dirigés avec des défendeurs (29).

Un processus judiciaire marqué par la violation des droits

En 2009, dans le district judiciaire de Montréal, seulement le tiers des défendeurs étaient présents à leur audience ; la grande majorité d'entre eux avaient pourtant été signifiée (30). Lors des audiences, les raisons expliquant l'absence des défendeurs ne sont généralement pas discutées et encore moins appuyées de preuve telle qu'un *affidavit* (déclaration sous serment). Alors que les acteurs judiciaires interprètent généralement cette défection par une absence de contestation, des psychiatres dénoncent au contraire des cultures institutionnelles parfois peu favorables à la revendication des droits (31). Les statistiques démontrent d'ailleurs des proportions de défendeurs présents très variables d'un hôpital à l'autre (32). Malgré l'obligation d'interroger qui incombe au tribunal, les dispenses d'interrogatoire ne sont qu'exceptionnellement demandées et aucune corrélation ne peut être faite entre une déclaration des psychiatres sur l'incapacité des défendeurs à témoigner et leur présence ou non au tribunal (33). L'internement psychiatrique est donc ordonné dans les deux tiers des cas au mépris de la règle *audi alteram partem* et des droits judiciaires quasi-constitutionnels à une audition publique et impartiale devant un tribunal indépendant, à une défense pleine et entière et à l'assistance d'un avocat (34).

Les défendeurs présents sont le plus souvent peu ou mal préparés. Plusieurs d'entre eux se présentent sans avocat au Palais de justice et se font solliciter dans les couloirs. Dans ces cas, les dossiers sont peu préparés, les avocats posent constamment les mêmes questions et plaident peu le droit. Les défendeurs n'ont généralement pas de témoins et semblent bien souvent ne pas être au courant de la possibilité d'en avoir (35). Les établissements de santé, eux, sont systématiquement représentés par avocat et disposent comme preuve des rapports préparés par les deux psychiatres ayant constaté la dangerosité. Soulignons que les rapports psychiatriques présentent régulièrement des irrégularités de forme et de fond qui ne sont généralement pas discutées lors des audiences, peu importe que le

défendeur soit présent ou non, représenté ou non (36).

La dynamique durant les audiences varie énormément en fonction des juges et des avocats. Les avocats des hôpitaux se montrent parfois très agressifs, décidés à gagner. Certains juges laissent peu les défendeurs s'exprimer alors que d'autres les questionnent très longuement. Cependant, dans la majorité des cas, la question du danger n'est pas discutée clairement : il est plutôt question du mode de vie parfois marginal ou précaire des défendeurs. Le niveau de scolarité, l'employabilité, les relations avec les proches, mais aussi l'acceptation du diagnostic psychiatrique et de la médication font régulièrement l'objet de discussion. Plus rarement, il est question de consommation de drogue ou d'alcool, d'endettement, de sexualité.

L'attitude rapportée à l'hôpital ou au Palais de justice est également régulièrement discutée. Des incidents mentionnés dans les rapports psychiatriques ou par les avocats des hôpitaux - refus de la médication, comportements revendicatifs, cris, mise en isolement ou sous contention, etc. - peuvent mener les juges à conclure à la présence de danger (37). De même, lorsque les défendeurs rapportent des violations de droits subies à l'hôpital - délais non-respectés, gardes illégales, imposition de soins à l'encontre de la volonté, etc. -, ils sont souvent perçus comme agressifs et peu crédibles (38).

Dans les faits, sous couvert de dangerosité, la garde en établissement peut être ordonnée pour cause de toxicomanie, de « mauvaise conduite », d'« hygiène négligée » ou de dérangement (39). Dans le district judiciaire de Montréal en 2009, la grande majorité des audiences a duré entre zéro et quatre minutes ; les ordonnances ont été rendues sur le banc, souvent sans explication des motifs qui ont motivé la décision ; leur durée moyenne est de 30 jours, mais certaines atteignent 60 ou 90 jours ; 90 % des requêtes ont été accueillies, 5 % partiellement accueillies et 0,5 % ont été rejetées (40). Les défendeurs n'obtiennent donc que rarement gain de cause.

Le processus judiciaire, s'il ne constitue pas au regard des droits le « garde-fou » que l'on imaginait, contribue au contraire directement à la stigmatisation que vivent les personnes souffrant de troubles mentaux. Le diagnostic psychiatrique se double alors de l'étiquette juridique « dangereux », difficile à porter en société.

Un processus judiciaire marqué par la stigmatisation

Pour les défendeurs présents à leur audience, l'expérience du tribunal, en plus d'être stressante, peut être pénible et humiliante. Le processus contradictoire les place forcément en position de justification alors qu'ils doivent répondre de manière satisfaisante aux arguments de la partie demanderesse. Or, dans le cas de la garde en établissement, les arguments des hôpitaux reposent essentiellement sur des événements interprétés par les psychiatres comme des preuves de dangerosité. Les défendeurs doivent donc constamment s'expliquer, justifier leurs choix, raconter des détails de leur vie personnelle. Plus ils donnent d'explications, plus des questions leur sont posées et plus on met en cause leurs interprétations et leur crédibilité (41). Certains avocats d'hôpitaux tentent de les déstabiliser en faisant des commentaires désobligeants ou en posant des questions tendancieuses (42). Il semble que l'objectif soit de prendre les défendeurs « en faute » pour démontrer la réalité du trouble psychiatrique.

Pour les défendeurs, cette mise en accusation est d'autant plus oppressante que plusieurs ne savent pas vraiment pourquoi ils sont au tribunal. Certains croient faire l'objet d'accusations criminelles et font valoir qu'ils n'ont rien fait pour mériter un tel traitement (43). Si certains juges prennent le temps de donner les informations sur la procédure, d'autres les laissent dans l'erreur.

Interrogés sur leur expérience à la cour, les défendeurs affirment que le déroulement des audiences ajoute à la pression que représente en soi le fait de venir au tribunal (44). Certains indiquent ne pas avoir pu s'exprimer tant le formalisme les avait intimidé. Ils avaient l'impression de ne pas maîtriser les mots qui leur auraient permis de se défendre. L'attitude des avocats des hôpitaux est quelquefois vécue comme une attaque personnelle (45) et cet acharnement leur laisse penser qu'ils sont

considérés comme de « mauvaises personnes ».

Si les défendeurs rencontrés au Palais de justice racontent s'être sentis *écoutés* mais pas *entendus*, la majorité des personnes faisant l'objet d'une demande de garde en établissement, de par leur absence, sont tout simplement exclues du processus judiciaire. Cette situation est à l'image d'un contexte social où l'avis des personnes souffrant de troubles mentaux est généralement peu sollicité, même lorsqu'elles sont directement concernées, comme lors de l'élaboration de politiques sociales et sanitaires ou dans la relation thérapeutique (46). Le processus judiciaire, parce qu'il repose sur le droit des parties à participer au débat et à faire valoir des arguments, aurait pourtant dû permettre l'expression et la prise en compte de leur parole.

Violation quasi-systématique des droits civils et judiciaires, développement d'une jurisprudence discriminatoire formalisant vices de fond et de procédure, intrusion dans la vie privée, jugement moral et paternaliste : c'est bien d'une justice de seconde classe dont il s'agit. En plus de remettre en question la pertinence et la légitimité du recours aux tribunaux en matière de garde en établissement, il apparaît évident que le simple changement législatif échoue à changer les préjugés et les pratiques sociales stigmatisantes.

Les constats posés par la recherche de terrain amène à questionner la pertinence et la légitimité du processus judiciaire en matière de garde en établissement sous deux angles : d'abord en tant que litige civil, ensuite en tant que « garde-fou ».

En tant que litige civil (47), la garde en établissement est soumise à la forme habituelle du procès contradictoire : formalisme, argumentation, droits de la partie demanderesse. Cette forme est peu adaptée à des matières où les enjeux ne sont pas financiers mais humains et sociaux. La logique voudrait qu'une garde en établissement soit demandée en faveur d'un patient et non contre lui ; or le litige civil présente de façon inhérente un hôpital, voire un médecin, contre un patient (48). Dans la mesure où la relation thérapeutique devrait se poursuivre après l'ordonnance, il semble que le procès puisse nuire grandement à l'objectif général recherché.

De même, l'hôpital demandeur n'a pas de droits à faire valoir. La démarche menant à la demande de garde en établissement en est une de protection et il n'y a aucune cause à gagner. Or le fait que l'hôpital présente sa preuve et fasse valoir ses arguments en premier, dans un contexte de déséquilibre des forces entre les parties, ne peut qu'avoir un effet préjudiciable sur l'appréciation du témoignage des défendeurs par le tribunal.

Se pose également la question de la compétence de la chambre civile dans de tels débats. En raison de leur pratique antérieure en tant qu'avocat, les juges qui y sont nommés sont peu familiers avec le droit des personnes, notamment l'intégrité de la personne, et la procédure stricte qui y est associée. Les liens entre procédure et droits civils et fondamentaux ne coulent pas de source, contrairement à la logique à l'oeuvre en droit criminel, ce qui explique la résurgence des réflexes procéduraux caractéristiques des affaires civiles (la souplesse, la non contestation, le jugement par défaut, etc.).

Certaines juridictions ont fait des choix tout à fait différents. En Ontario, par exemple, la Commission du consentement et de la capacité (49), un tribunal administratif spécialisé dont les membres sont psychiatres, avocats et représentants de la collectivité (50), ne peut être saisie par les établissements de santé mais plutôt par les patients eux-mêmes au moyen de requêtes spécifiques (51). Les patients faisant l'objet d'une décision médicale d'internement se voient assigner un conseiller en matière de droits pour les informer et les guider dans le processus auprès de la commission s'ils le souhaitent (52). Les règles de pratique et les lignes directrices qui s'imposent à la commission comportent différentes obligations en termes de recherche active de preuve et de soutien des personnes dès le dépôt des requêtes.

Outre les difficultés liées à la nature spécifique des mécanismes juridiques et judiciaires québécois, penser que les tribunaux puissent constituer des « garde-fou » repose sur une idéalisation du droit et

de la justice en tant qu'outils de changement social. La mise en oeuvre du droit, surtout dans une matière comme celle de la garde en établissement, dépend directement de l'interprétation substantielle des dispositions et des contextes dans lesquels les décisions sont prises (urgence, déséquilibre des forces, méconnaissance du décideur, etc.). Force est de constater que le législateur québécois, en choisissant de ne pas définir le critère de danger, a délibérément choisi de laisser aux tribunaux la tâche de décider qui devrait faire l'objet d'une hospitalisation psychiatrique contre son gré (53). Or, même dans le milieu médical, il n'existe aucune unanimité sur les outils optimaux pour l'évaluation du danger. Les psychiatres reconnaissent la subjectivité de leurs évaluations et la difficulté d'agir à titre d'expert devant le tribunal en cette matière (54).

Le fait de légiférer ne change rien aux prénotions et aux préjugés. La maladie mentale est associée au danger, de façon erronée (55), depuis fort longtemps. Les juges sont soumis aux mêmes messages médiatiques, politiques et sociaux que tout citoyen et, à moins de faire l'effort de se renseigner, ne sont ni mieux ni moins bien informés (56). Comment imaginer que, sans agir directement sur les messages stigmatisants véhiculés par différents acteurs de la société civile, la simple réforme législative puisse se traduire par de véritables changements de pratique ?

Mots clés :

ETABLISSEMENT DE SANTE * Responsabilité * Aliéné * Internement psychiatrique * Judiciarisation * Québec

DROIT INTERNATIONAL ET COMPARE * Québec * Santé publique * Internement psychiatrique * Cadre législatif * Evolution

(1) Cet article fait partie d'un dossier ayant pour titre « Santé mentale et liberté d'aller et venir » qui a été publié, outre la présente contribution, dans le n° 6/2015 de la RDSS de la façon suivante :

- La liberté d'aller et venir comme révélateur du tournant juridique des régulations du soin en santé mentale, par Benoît Eyraud et Livia Velpry, p. 951
- Conseil constitutionnel, liberté d'aller et venir et protection des personnes souffrant de troubles mentaux, par Olivier Renaudie, p. 963
- Le psychiatre et le juge face à la protection de la personne dans les soins contraints, par Natalie Giloux et Marion Primevert, p. 973
- Restreindre la liberté d'aller et venir des personnes âgées ?, par Clémence Lacour et Lucie Lechevalier Hurard, p. 983
- Capacité juridique, limitation de la liberté d'aller et venir et droits de l'homme, par Peter Bartlett, p. 995

(2) Acte pour le soulagement des personnes dérangées dans leur esprit, et pour le soutien des enfants abandonnés, Statuts du Bas-Canada, 1801 (41 Georges III), c 6 ; Acte pour autoriser la réclusion des personnes aliénées dans les cas où leur mise en liberté pourrait offrir des dangers pour le public, S prov C 1851 (14-15 Vict), c 83 ; Acte concernant les asiles d'aliénés subventionnés par le gouvernement de la province de Québec, S.Q. 1880 (43-44 Vict), c 14 ; Acte relatif aux asiles d'aliénés dans la province de Québec, SQ 1884 (48 Vict), c 47 ; Loi sur les asiles d'aliénés, SRQ 1909, c.4 ; SRQ 1941, c 188 ; Loi concernant les asiles d'aliénés, SRQ 1925, c. 190 ; Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales, SQ 1950, c 31 ; Loi des institutions pour malades mentaux, SRQ 1964, c. 166 ; Loi de protection du malade mental, LRQ c P-41 ; Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, RLRQ c P-38.001.

(3) Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, mars 1962.

(4) Il était de 383 au Québec comparativement à 339 aux États-Unis, 320 en France et 180 en Allemagne. H. Wallot, *La danse autour du fou*, MNH 1998. 123 ; J. D. Bloom, B. Krishnan, C. Lockey, *The Majority of Inpatient Psychiatric Beds Should Not Be Appropriated by the Forensic System*, *in Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 2008. 439 ; H. Wada, G. Massé S. Kannas, *Les évolutions récentes de la santé mentale au Japon : comparaison avec la situation française*, *L'information psychiatrique*, 2004. 579.

(5) Il était en moyenne de 10 ans mais de plus de 20 ans pour 28 % des patients ; comparativement, en France, il était de 300 jours. Wallot, *op. cit.*, p. 229 ; Wada, Massé et Kannas, *loc. cit.*, p. 581.

(6) Il est impératif de ne plus distinguer maladie physique et psychiatrique de telle sorte que « le malade mental [...] ne soit pas considéré comme un être à part et que, malgré son état, il soit considéré au même titre que tout autre citoyen » : Québec, Assemblée nationale, *Journal des débats de l'Assemblée nationale*, 29^e lég., 3^e sess., n° 51 (22 juin 1972), p. 1551 (C. Castonguay, ministre des Affaires sociales).

(7) L'organisation de soins et services psychiatriques dans la communauté, à l'extérieur du cadre hospitalier.

(8) Loi modifiant de nouveau le code civil et modifiant la Loi abolissant la mort civile, LQ 1971, c 84 ; Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c S-4.2.

(9) Par ex. : Commission des droits de la personne du Québec, *Commentaires sur la Loi de protection du malade mental*, 1978, p. 18 ; M.-J. Brouillette, J. Paris, *The Dangerousness Criterion fo Civil Commitment : The Problem and a Possible Solution*, *Revue canadienne de psychiatrie* 1991. 285 ; Y. Lefebvre, *Chercher asile dans la communauté*, *Santé mentale au Québec* 1987, p. 69.

(10) A. Mayrand, *L'inviolabilité de la personne humaine*, Wilson et Lafleur, 1975, p. 51 ; V. Bergeron, *L'attribution d'une protection légale aux malades mentaux*, Éd. Yvon Blais, 1981, p. 177.

(11) B. Hill, *Civil Rights for Psychiatric Patients in Quebec*, *Revue Juridique Thémis*, 1977. 517. À cette époque, aucune disposition n'encadre la recherche sur les sujets vulnérables, en contravention du Code de Nuremberg, Extrait du jugement du TMA, Nuremberg, 1947 et de la Déclaration d'Helsinki, 18th World Medical Association General Assembly, juin 1964.

(12) J.-L. Baudouin, *Le Code civil québécois : crise de croissance ou crise de vieillesse ?*, *Revue du Barreau canadien*, 1966. 391.

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

(14) M. Grimaldi, « Codes et codification » : pour souligner le dixième anniversaire de l'entrée en vigueur du Code civil du Québec et le bicentenaire du Code Napoléon, *Cahiers de Droit* 2005. 11.

(15) Il existe d'autres exceptions prévues par exemple en matière de santé publique, mais elles ne concernent pas le rapport thérapeutique et ne sont pas prévues au code civil du Québec.

(16) L. B. Custer, *The Origins of the Doctrine of Parens Patriae*, in *Emory Law Journal* 1978. 195.

(17) Les dispositions sur l'internement apparaissent dans le titre deuxième du code civil du Québec, RLRQ, c C-1991, De certains droits de la personnalité, dans le chapitre intitulé De l'intégrité de la personne.

(18) Art. 29 (1) du code civil du Québec.

(19) Art. 30 (2) du code civil du Québec.

(20) Art. 780 (1) du code de procédure civile, RLRQ c C-25.

(21) Art. 119 et 779 (1) du code de procédure civile.

(22) C. pr. civ., art. 149.

(23) C. pr. civ., art. 192.

(24) C. civ., art. 2804 du Québec.

(25) K. Brown et E. Murphy, *Falling through the Cracks : The Quebec Mental Health System*, in *Revue de droit de McGill*, 2000. 1037.

(26) Québec, Assemblée nationale, Commission permanente des affaires sociales, *Étude détaillée du projet de loi n° 39. Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives (2)*, *Journal des débats de la Commission permanente des affaires sociales*, Vol. 35, n° 100, 5 déc. 1997, p. 6 (J. Rochon).

(27) Par ex. : Québec, Direction de la Santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport d'enquête sur les difficultés d'application de la Loi sur les personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui*, 2011 ; Protecteur du citoyen, *Les difficultés d'application de la Loi sur les personnes dont l'état mental représente un danger pour elle-même ou pour autrui*, 2011.

(28) *Action autonomie - Le Collectif de défense des droits en santé mentale, Nos libertés fondamentales... Dix ans de droits bafoués !*, 2009.

(29) E. Bernheim, *Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des*

patients dans des contextes clinique et judiciaire : une étude du pluralisme normatif appliqué, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal et à l'École doctorale sciences pratiques de l'École Normale supérieure de Cachan, 2011.

(30) Action autonomie, *op. cit.*, p. 44, 79.

(31) E. Bernheim, *op. cit.*, p. 471-474.

(32) Action autonomie, *op. cit.*, p. 78.

(33) E. Bernheim, *op. cit.*, p. 452.

(34) Art. 23, 34 et 35 de la Charte des droits et libertés de la personne.

(35) E. Bernheim, *op. cit.*, p. 441-447.

(36) *Ibid.*, p. 452-456 ; J. Lauzon, Près de dix ans d'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui - notre constat : le respect des libertés et droits fondamentaux toujours en péril, *in* Barreau du Québec, Obligation et recours contre un curateur, tuteur ou mandataire défaillant, Éd. Yvon Blais, 2008, p. 3-36.

(37) Sur les quatre catégories interprétatives du danger chez les juges, v. E. Bernheim, Des « étiquettes juridiques ». La catégorisation par le droit en santé mentale, *Lien social et Politiques*, 2012, 112.

(38) E. Bernheim, *ibid.*, p. 397, 437, 492-553.

(39) *Ibid.*, p. 506. V. également M. Jarry, La dangerosité : un état de la jurisprudence, *in* Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Être protégé malgré soi, Éd. Yvon Blais, 2002, p. 31-47.

(40) Action autonomie, *op. cit.*, p. 68, 92, 95.

(41) Par ex., une défenderesse rapporte avoir étudié à Harvard, ce qui est présenté comme un « manque de jugement » et une preuve de son côté « grandiose » par l'avocat d'un hôpital. E. Bernheim, *op. cit.*, p. 399.

(42) Par ex., une avocate fait pleurer une défenderesse en remettant en question, à la lumière de son diagnostic psychiatrique, ses compétences parentales ; un avocat demande à plusieurs reprises à un défendeur s'il entend des voix malgré le fait qu'il ait déjà répondu par la négative, *ibid.*, p. 438.

(43) Une défenderesse dit par ex. à un juge : « Je n'ai pas tué, je n'ai pas volé », *ibid.*, p. 486.

(44) Par ex. : « c'est stressant de venir à la Cour. C'est ta liberté que tu défends », *ibid.*

(45) Deux défendeurs affirment que « l'avocat de l'hôpital ne veut pas que je sorte », *ibid.*, p. 441.

(46) S. Sussman, *The First Asylums in Canada : A Response to Neglectful Community Care and Current Trend*, *Revue canadienne de psychiatrie* 1998. 263 ; E. Corin, G. Lauzon, *Chronicité psychiatrique et désinstitutionalisation : une approche sociale en psychiatrie*, *in Santé mentale au Québec* 1984, p. 168 ; N.-J. Herman, C. M. Smith, *Mental Hospital Depopulation in Canada : Patients Perspective*, *Revue canadienne de psychiatrie* 1989. 387.

(47) Il serait pertinent de questionner le choix de faire de l'internement psychiatrique un enjeu de droit privé du point de vue de la cohérence juridique. L'importance du sujet requiert cependant une analyse théorique et conceptuelle qui ne peut être développée ici.

(48) Par ex., *Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent c. N.H.*, 2015 QCCQ 6519 ; *Castilloux c. S.B.*, 2015 QCCQ 7516.

(49) Qui est une instance différente du Tribunal de la santé mentale, de juridiction pénale.

(50) Art. 73 (1) de la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé, LO 1996, c 2, Ann. A ; art. 13 (6) et 39 (5.1) de la Loi sur la santé mentale, LRO 1990, c M.7.

(51) Règles de pratique de la CCC, adoptées par la Commission du consentement et de la capacité en vertu de l'art. 25.1 de la Loi sur l'exercice des compétences légales, LRO 1990, c S.22.

(52) Art. 38 de la Loi sur la santé mentale.

(53) Soulignons ici la différence avec la loi ontarienne qui prévoit des conditions précises : art. 20 (1.1) de la Loi sur la santé mentale.

(54) E. Bernheim, *op. cit.*, p. 429-430, 626-631.

(55) M. Foucault, *Les anormaux*, Cours au Collège de France 1974-1975, Gallimard-Seuil, 1999, p. 110 ; J. Monahan, J. Arnold, *Violence by people with mental illness : A consensus statement by advocates and researchers*, *in Psychiatric Rehabilitation Journal* 1996, p. 70 ; M. Weller, *Violence and mental illness*, *in British Medical Journal* 1984, p. 3.

(56) B. Paterson, C. Stark, *Social policy and mental illness in England in the 1990s : violence, moral panic and critical discourse*, *in Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001, p. 260.

