

5e symposium sur la prise en charge médicale de la dépendance au Québec

***Obliger un traitement ou une évaluation psychiatrique :
jongler avec la responsabilité, la liberté, l'éthique et la loi***

31 mai 2024

Laurie Pelletier

MD, Psychiatre, professeure adjointe, département de psychiatrie, Université de
Sherbrooke

Michel T. Giroux

Avocat et éthicien, Directeur de l'Institut de consultation et de recherche en éthique et
en droit (ICRED)



Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

- **Dre Laurie Pelletier**
- Aucun conflit d'intérêts à déclarer

- **Maître Michel T. Giroux**
- Aucun conflit d'intérêts à déclarer

Objectifs

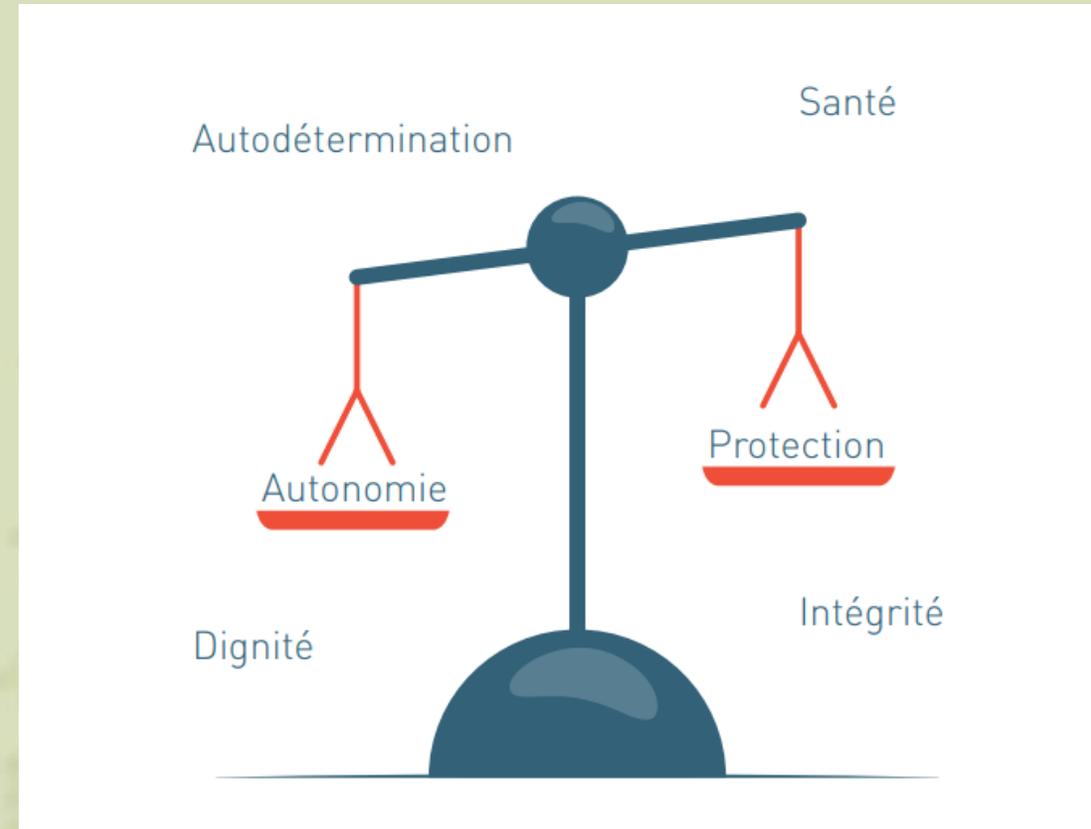
- Reconnaître l'existence de droits fondamentaux dont seuls les tribunaux peuvent restreindre l'exercice.
- Expliquer que le consentement libre et éclairé incarne des droits fondamentaux.
- Saisir que l'approche juridique et l'approche thérapeutique peuvent procéder de paradigmes différents.
- Prendre conscience des éléments qui façonnent la responsabilité professionnelle.
- Utiliser les principes de respect de l'autonomie et de bienfaisance comme guides dans une pratique nuancée.
- Décrire avec assurance une approche de gestion du risque.

Au programme

- Fiche CREMIS
- Présentation de cas clinique
- Droits fondamentaux
- Constitution du consentement
- Refus injustifié d'une personne inapte
- Obligation de moyens et obligation de résultat
- Respect de l'autonomie et bienfaisance
- Rapport de proportion entre respect de l'autonomie et bienfaisance
- Gestion du risque
- Conclusion

Fiche CREMIS

- Protéger les personnes lorsque leur état ou la situation le requiert
- Leviers légaux à utiliser en l'absence de collaboration lorsqu'un danger grave est présent (discuté plus loin)



Fiche Protéger « PROTÉGER LES PERSONNES LORSQUE LEUR ÉTAT OU LA SITUATION LE REQUIERT », CREMIS, 2021 : https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2022/01/Fiche-2_Proteger-2021.pdf

Principales sections de la fiche CREMIS, pour référence

PRATIQUES D'INTERVENTION À PRIVILÉGIER

- **1. EXPLORER UNE SITUATION DE VULNÉRABILITÉ**
 - 1.1 CONNAÎTRE ET OBSERVER LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ
 - 1.2 MOBILISER LA PERSONNE DANS L'ANALYSE DE SA SITUATION ET DANS L'IDENTIFICATION DE FACTEURS DE PROTECTION
- **2. METTRE PAR ÉCRIT SES OBSERVATIONS DEVANT LA PRÉSENCE D'UN DANGER LIÉ À L'ÉTAT MENTAL**
 - 2.1 Y A-T-IL PRÉSENCE D'UN DANGER ?
 - 2.2 EST-CE QUE CE DANGER EST GRAVE ?
 - 2.3 Y A-T-IL URGENCE D'AGIR ?
 - 2.4 EST-CE QUE CE DANGER EST LIÉ À L'ÉTAT MENTAL ?
 - 2.5 EST-CE QUE LA PERSONNE EST DISPOSÉE À COLLABORER ?
- **3. UTILISER LES LEVIERS LÉGAUX EN L'ABSENCE D'UNE COLLABORATION DE LA PERSONNE LORSQU'UN DANGER GRAVE EST PRÉSENT**
 - 3.1 AGIR DANS UNE SITUATION OÙ L'ÉTAT MENTAL D'UNE PERSONNE PRÉSENTE UN DANGER GRAVE ET IMMÉDIAT POUR ELLE-MÊME OU POUR AUTRUI (P-38.001)
 - 3.2 FAIRE UNE REQUÊTE POUR ORDONNANCE D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Présentation de cas clinique

– Monsieur T.

- H40 ans
- Dx :
 - Trouble schizoaffectif ss Invega sustenna/Paliperidone palmitate 150mg IM q 3 sem
 - Trouble d'utilisation de substance ss TAO
 - § Méthadone 40mg + Dilaudid 8mg 8x/jr
 - § Dilaudid dans la rue + "faux dilaudid" IV ad cou
 - TP antisocial
- Mesures légales
 - Ss ordonnance de traitement et d'hébergement
 - Ss curatelle (sa curatrice en a peur)

Monsieur T. - Contexte de soins

- Essai avec le SIM + équipe TAO de lui laisser le plus d'autonomie possible
 - Réduction des méfaits/ Approvisionnement sécuritaire
- Logement insalubre malgré support SIM (Suivi intensif dans le milieu)
 - Incapable de rentrer chez lui vu le désordre!
- Amené à l'hôpital à la suite d'un risque d'incendie + agressivité envers passant sous psychose/conso
 - Irritable, agressif et menaçant avec toute l'équipe. 1 seul intervenant est encore capable de travailler avec lui

Monsieur T. - Évolution

- Consommation:
 - o Monsieur ne veut pas cesser "C'est bon!!!"
 - o Monsieur est incapable de gérer les frustration/émotions outre que par la consommation. "Gelé sur l'étage"
 - o Très somnolent sur l'étage au point que les infirmières refusent des PRN vu le risque d'arrêt cardiorespiratoire
- Code blanc
 - o Multiples périodes d'agressivité
 - o Agité au point de briser une salle d'isolement dont la serrure et de s'embarrer
 - o Multiples menaces de mort et de mutinerie contre le personnel
- Médication
 - o Ajustement antipsychotique pour aider à l'impulsivité. Non psychotique à l'étage
 - o Option limitée : refuse po, pas de veine pour prise de sang...



Monsieur T. - Évolution

- Reloc?
 - Demande ordonnance d'hébergement per-hospitalisation – ne règle pas le questionnement du milieu
 - § Le seul milieu assez encadré est le Pavillon Lamontagne (pas de conso et liste d'attente de 2-3 ans minimum)
 - § Aucun milieu de vie publique n'accepte la consommation
 - § Allons-nous le garder jusqu'à sa mort en ressource vu le risque chronique ?
 - § Est-ce que l'itinérance serait une option?



Table 2 Prevalence estimates of mental disorders among people experiencing homelessness

From: [Addressing health needs in people with mental illness experiencing homelessness](#)

Mental disorder	Meta-analysis pooled prevalence among people experiencing homelessness (95% confidence interval)	Prevalence estimate among the general population of the United States
Any current mental disorder	76.2 (64.0–86.6) ^a (ref. ¹³)	32.4 ^b (ref. ¹¹¹)
Schizophrenia spectrum disorders	12.4 (9.5–15.7) ^a (ref. ¹³)	0.14 ^c (ref. ¹¹²)
Bipolar disorders	4.1 (2.0–6.7) ^a (ref. ¹³)	1.8–2.4 ^d (ref. ¹¹³)
Major depressive disorder	12.6 (7.9–18.2) ^a (ref. ¹³)	7.0 ^d (ref. ¹¹³)
PTSD	27.4 (22.0–33.6) ^e (ref. ²²)	
Personality disorders	25.4 (10.9–43.6) ^a (ref. ¹³)	
Alcohol use disorder	36.7 (27.7–46.2) ^a (ref. ¹³)	
Drug use disorder	21.7 (13.1–31.7) ^a (ref. ¹³)	
Gambling disorder	16.5 (9.0–25.7) ^h (ref. ³²)	

Essai gratuit

Table 3 Homelessness pathways, experiences and support needs of special populations

From: [Addressing health needs in people with mental illness experiencing homelessness](#)

Population	Accentuated pathways into homelessness	Key experiences and issues	Support needs and intervention considerations
People with substance use disorders	<ul style="list-style-type: none"> Relational, financial and other social problems related to substance use disorders^{131,132} 	<ul style="list-style-type: none"> Frequent barriers to care, lower service engagement and high rates of unmet health needs^{132,133} Heightened risk of fatal and non-fatal overdose^{134,135} 	<ul style="list-style-type: none"> Integrated services to concurrently address mental illness and substance use problems with flexible intensity levels and durations¹³⁶ Access to a comprehensive array of substance use treatment and harm-reduction supports¹³⁶ Access to housing without requirements for sobriety or participation in treatment¹³⁶

Kerman, N., Stergiopoulos, V. Addressing health needs in people with mental illness experiencing homelessness. *Nat. Mental Health* 2, 354–366 (2024). <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00218-0>

Droits fondamentaux

Les articles 1, 4 et 5 de la *Charte des droits et libertés de la personne* établissent certains droits fondamentaux :

« Art. 1 Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »

« Art. 4 Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation. »

« Art. 5 Toute personne a droit au respect de sa vie privée. »

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ, c. C-12, article 1, 4 et 5.

Constitution du consentement

Trois composantes du consentement :

1. aptitude de la personne à prendre cette décision;
2. caractère libre de la décision;
3. caractère éclairé de la décision.

Refus injustifié d'une personne inapte Autorisation du tribunal

« L'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également 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. »

Article 16 du *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991.

Illustration: refus de la jeune femme atteinte d'une forte scoliose.

Contrainte juridique en dernier recours.

Obligation de moyens et obligation de résultat (1)

L'équipe a une obligation de moyens, pas de résultat, car on ne peut contrôler tous les éléments de la situation ni la tournure défavorable que les événements sont susceptibles de prendre. Il existe des repères utiles pour s'acquitter de l'obligation de moyens :

- le critère fondamental est celui du professionnel normalement compétent, prudent et diligent, placé dans des circonstances similaires;
- l'intervenant doit agir dans le respect des règles de l'art et de la bonne pratique professionnelle ;
- la non-réalisation du résultat souhaité mais non garanti ne peut être reprochée à l'intervenant qui s'est conduit comme un professionnel normalement prudent et diligent ;

Obligation de moyens et obligation de résultat (2)

- les échanges avec des collègues afin de valider ses propres perceptions, son analyse, ses options d'intervention, s'avèrent également un outil précieux pour rendre une conduite plus objective ;
- l'exploration de la littérature scientifique permet de se tenir à jour dans sa pratique et peut inspirer des interventions plus efficaces et bienfaitantes ;
- la consultation d'un comité d'éthique clinique en cas de questionnements démontre un souci pour le bien-être de l'utilisateur et une ouverture à l'égard d'autres points de vue.

Respect de l'autonomie et bienfaisance

4 principes en éthique biomédicale

- Respect de l'autonomie
- Bienfaisance
- Non-malfaisance
- Justice

Pour les fins de cette présentation: respect de l'autonomie et bienfaisance.

Ouvrage de référence: *Principles of Biomedical Ethics*, Tom L. Beauchamp et James F. Childress.
Oxford University Press. Première édition en 1979, septième édition en 2013.

Respect de l'autonomie

Prémises

Déférence à l'égard de la capacité que possède chaque personne de prendre les décisions qui la concernent.

Trois prémisses :

- chaque personne est dotée d'une intelligence qui lui permet de donner un sens à sa vie et de choisir les orientations fondamentales de son existence;
- la personne concernée est celle qui peut le mieux déterminer quels soins lui conviennent;
- la personne concernée est celle qui vivra avec les conséquences de l'intervention.

Limites à l'exercice de l'autonomie

Limite: de façon générale, toute condition qui empêche la personne de réfléchir ou d'agir suivant sa volonté et ses projets.

Limites extérieures:

- dépendance induite face à d'autres personnes;
- condition de sujétion (par exemple, violence, intimidation, manipulation).

Limites intérieures:

- compréhension inadéquate de la situation qui prévient la possibilité d'effectuer des choix judicieux;
- dépendance face à une substance.

Autonomisation

« Processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement. »

(Le grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française)

Bienfaisance

- Composition du mot : faire le bien, accomplir un bien.
- Action de faire du bien, d'apporter un mieux, un soulagement.
- Concept différent de celui de « bienveillance »: vouloir le bien.
- La réalisation de la bienfaisance requiert plus que de la bienveillance.
- Elle nécessite à la fois la compétence professionnelle et une connaissance suffisante de la personne concernée.

Mise en oeuvre de la bienfaisance

Le professionnel agit lorsqu'il sait comment contribuer au bien de l'utilisateur et qu'il est effectivement en mesure de poser le geste approprié.

Le bien-être de l'utilisateur constitue à la fois l'objet et la finalité de la bienfaisance.

L'intervention mise en œuvre est scientifiquement valide et proportionnée aux besoins de l'utilisateur.

Rapport de proportion entre respect de l'autonomie et bienfaisance (1)

Lorsque l'autonomie de la personne est diminuée ou inexistante, la bienfaisance se substitue à la portion d'autonomie déficiente. Plus l'autonomie est diminuée, plus l'entourage de la personne et les membres de l'équipe traitante sont justifiés d'intervenir dans la finalité de la bienfaisance. Une illustration convaincante de ce rapport de proportion est le cas de l'accidenté de la route transporté inconscient dans un service d'urgence. Dans ce cas, la bienfaisance remplace totalement l'autonomie. Le cas de l'urgence est clair.

Rapport de proportion entre respect de l'autonomie et bienfaisance (2)

Relation plus délicate entre respect de l'autonomie et bienfaisance lorsqu'il s'agit d'une personne en situation de dépendance.

Nécessité d'une mise en œuvre raffinée de l'intervention.

Possibilité d'une approche sur le mode par essais et erreurs.

Michel T. Giroux, « Inspiration de l'éthique pour orienter le professionnel engagé dans une relation d'aide difficile », dans *À la rencontre de la relation d'aide difficile. Approches inspirantes pour les professionnels de la santé et des services sociaux*, Collection Laboratoire de sagesse, PUL, 2020, p. 73.

Bonne pratique dans la perspective déontologique

« Le médecin doit exercer sa profession selon des principes scientifiques. »

Article 6 du *Code de déontologie des médecins* du Québec.

« Le membre a un devoir de compétence. Il doit exercer sa profession selon les normes de pratique généralement reconnues. »

Article 7 du *Code de déontologie* des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.

Gestion du risque et jugement

« Ensemble des activités qui consistent à recenser les risques auxquels l'entité est exposée, puis à définir et à mettre en place les mesures préventives appropriées en vue de supprimer ou d'atténuer les conséquences d'un risque couru. »

Grand Dictionnaire Terminologique, Office de la langue française.

La gestion du risque suppose l'exercice du jugement.

Référence aux trois opérations de l'intelligence : appréhension, jugement, raisonnement.

Définitions de « risque »

Risque:

« Un danger, un inconvénient plus ou moins prévisible. »

Dictionnaire historique de la langue française, Dictionnaires Le Robert, 1998, Tome 3, p. 3260.

« Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage. Danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé. Événement éventuel, incertain, dont la réalisation ne dépend pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer un dommage. »

Grand Usuel Larousse, dictionnaire encyclopédique, Larousse, Paris, 1997, Tome 5, p. 6403.

Caractéristiques du risque

« Les éléments suivants ressortent de ces définitions:

« le risque représente non pas la certitude, mais la probabilité que survienne un événement;

« cet événement est considéré comme un danger ou un inconvénient, car il comporte un effet néfaste ou préjudiciable;

« la réalisation de cet événement ne dépend pas exclusivement de la volonté des personnes concernées. »

Comité d'hémovigilance du Québec, *Cadre de référence aux délibérations du Comité concernant la sécurité transfusionnelle et l'évaluation des risques*, 2009, p. 21.

Perceptions du risque

« Les perceptions d'un même risque peuvent varier considérablement selon le niveau des connaissances de chacun et suivant la position occupée par les personnes ou leur plus ou moins grande proximité du risque. Ainsi, les perceptions sont susceptibles de varier entre un expert et un non-initié. »

Comité d'hémovigilance du Québec, *Cadre de référence aux délibérations du Comité concernant la sécurité transfusionnelle et l'évaluation des risques*, 2009, p. 22.

Divers facteurs influencent les perceptions : expériences personnelles, croyances plus ou moins ancrées, méfiance à l'égard de l'autorité ou des scientifiques, préjugés, ignorance, etc.

Deux composantes du risque

Tout risque renferme deux composantes essentielles :

- la gravité du risque : nature, ampleur des effets néfastes, durée et moment;
- la probabilité de sa réalisation : risque rare, possible, probable.

Ces considérations de l'éthique trouvent un écho bien connu en droit québécois.

Le professionnel de la santé doit s'acquitter de son obligation de renseigner afin que son patient se trouve en mesure d'exprimer un consentement libre et éclairé. Les interventions comportent usuellement certains risques. En vertu de quels critères le professionnel doit-il se guider pour décider s'il doit divulguer tel ou tel risque ? Le professionnel doit considérer deux facteurs : la gravité du risque et le probabilité de sa réalisation.

Admissibilité morale d'une action comportant un risque

Quel risque est acceptable et quel risque ne l'est pas?

Qui devrait décider?

Comment arriver à répartir les risques et les bénéfices d'une action de manière équitable?

La décision est éclairée lorsque la situation a été examinée sous tous ses angles. En matière de santé, cette approche peut requérir la recherche de données supplémentaires dans la littérature scientifique et la consultation de divers professionnels.

Il est impératif d'informer pleinement la personne soumise au risque avant qu'elle y consente.

Il doit exister une possibilité raisonnable qu'elle tirera un bénéfice de l'action posée.

Évaluation du risque: démarche anticipatoire

- L'identification du risque consiste à localiser un certain danger.
- L'évaluation du risque implique l'analyse et l'évaluation des probabilités de conséquences négatives, en particulier des préjudices.
- L'estimation du risque détermine la probabilité et l'ampleur des dommages causés par ce danger.
- Quelle est l'acceptabilité du risque identifié et estimé?
- Anticipation comportant un certain niveau d'incertitude.

Critères pertinents dans l'évaluation du risque

Fréquence et gravité du dommage à éviter.

Qualité des connaissances scientifiques portant sur l'intervention envisagée.

Efficacité et sécurité de l'intervention envisagée.

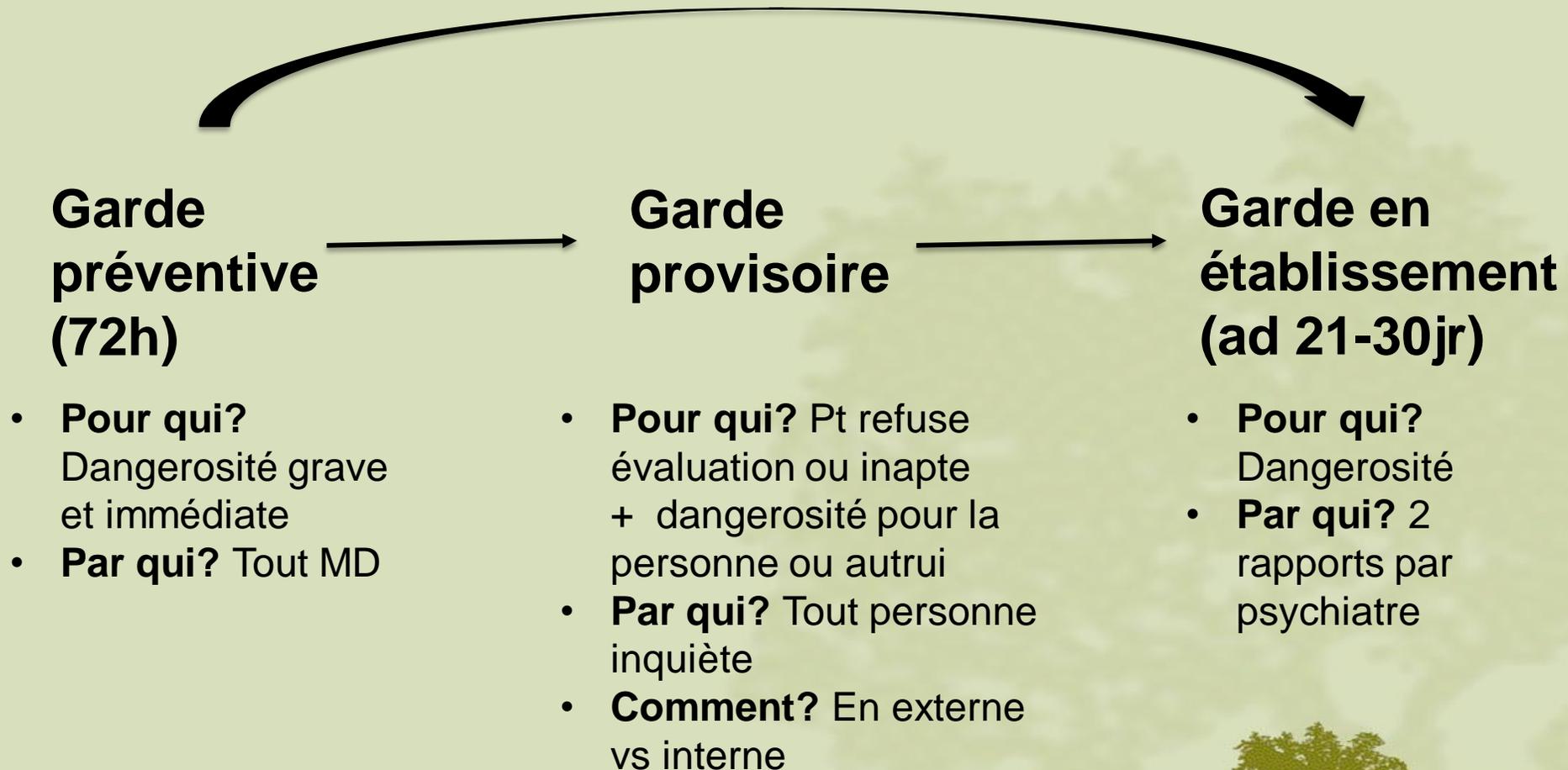
Rapport de proportion entre les avantages et les inconvénients.

Autres possibilités que l'intervention envisagée.

Perceptions des usagers concernés et des soignants.

Adapté de Comité d'hémovigilance du Québec, *Cadre de référence aux délibérations du Comité concernant la sécurité transfusionnelle et l'évaluation des risques*, 2009, p. 34.

Leviers légaux





Retour sur cas clinique - Enjeux

- Risque pour lui-même et autrui
- Milieu de vie le plus approprié?
- Consommation et risque OD
- Dx de santé mentale ss ordonnance (responsabilité)
- Jusqu'où va notre responsabilité légale, morale et éthique?

Conclusion

Principe de l'autodétermination personnelle.

Intérêt de la personne inapte ou dont l'aptitude est incertaine.

Responsabilité professionnelle.

Gestion du risque: rationalité sans certitude.

Exceptions fondées sur d'autres valeurs comme le droit à la vie et à l'intégrité, la sécurité publique et la santé publique.

Respecter nos limites comme clinicien et ne pas hésiter à demander de l'aide

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION EN LIGNE

Vos réponses sont précieuses!

