

"Source : *Les techniques de modification du comportement et le droit pénal*, 56 pages, Commission de réforme du droit du Canada, 1985. Reproduit avec la permission du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2010."



Commission de réforme du droit
du Canada

Law Reform Commission
of Canada

PROTECTION DE LA VIE

les techniques de modification du comportement et le droit pénal

Document de travail 43

Canada

Rapports et documents de travail de la Commission de réforme du droit du Canada

Rapports au Parlement

1. *La preuve* (19 déc. 1975)
2. *Principes directeurs — Sentences et mesures non sentencielles dans le processus pénal** (6 fév. 1976)
3. *Notre droit pénal* (25 mars 1976)
4. *L'expropriation** (8 avril 1976)
5. *Le désordre mental dans le processus pénal** (13 avril 1976)
6. *Le droit de la famille** (4 mai 1976)
7. *L'observance du dimanche** (19 mai 1976)
8. *La saisie des rémunérations versées par la Couronne du chef du Canada** (19 déc. 1977)
9. *Procédure pénale — Première partie : amendements divers** (23 fév. 1978)
10. *Les infractions sexuelles** (29 nov. 1978)
11. *Le chèque** (8 mars 1979)
12. *Le vol et la fraude** (16 mars 1979)
13. *Les commissions consultatives et les commissions d'enquête* (18 avril 1980)
14. *Le contrôle judiciaire et la Cour fédérale** (25 avril 1980)
15. *Les critères de détermination de la mort* (8 avril 1981)
16. *Le jury* (28 juill. 1982)
17. *L'outrage au tribunal** (18 août 1982)
18. *L'obtention de motifs avant la formation d'un recours judiciaire — Commission d'appel de l'immigration* (16 déc. 1982)
19. *Le mandat de main-forte et le télémandat* (22 juill. 1983)
20. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement* (11 oct. 1983)
21. *Les méthodes d'investigation scientifiques : l'alcool, la drogue et la conduite des véhicules* (10 nov. 1983)
22. *La communication de la preuve par la poursuite* (15 juin 1984)
23. *L'interrogatoire des suspects* (19 nov. 1984)
24. *Les fouilles, les perquisitions et les saisies* (22 mars 1985)
25. *Les techniques d'investigation policière et les droits de la personne* (12 juin 1985)
26. *Les organismes administratifs autonomes — Un cadre pour la prise de décisions* (oct. 1985)
27. *Les principes de la détermination de la peine et du prononcé de la sentence** (1974)
28. *La communication de la preuve** (1974)
29. *Le dédommagement et l'indemnisation** (1974)
30. *L'amende** (1974)
31. *La déjudiciarisation** (1975)
32. *Les biens des époux** (1975)
33. *Expropriation** (1975)
34. *Les confins du droit pénal : leur détermination à partir de l'obscénité** (1975)
35. *Emprisonnement — Libération** (1975)
36. *Les divorcés et leur soutien** (1975)
37. *Le divorce** (1975)
38. *Processus pénal et désordre mental** (1975)
39. *Les poursuites pénales : responsabilité politique ou judiciaire** (1975)
40. *Responsabilité pénale et conduite collective** (1976)
41. *Les commissions d'enquête — Une nouvelle loi** (1977)
42. *La Cour fédérale — Contrôle judiciaire** (1977)
43. *Le vol et la fraude — Les infractions* (1977)
44. *L'outrage au tribunal — Infractions contre l'administration de la justice** (1977)
45. *Les paiements par virement de crédit* (1978)
46. *Infractions sexuelles** (1978)
47. *Les critères de détermination de la mort** (1979)
48. *La stérilisation et les personnes souffrant de handicaps mentaux* (1979)
49. *Les organismes administratifs autonomes* (1980)
50. *Le traitement médical et le droit criminel* (1980)
51. *Le jury en droit pénal** (1980)
52. *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement* (1982)
53. *Partie générale : responsabilité et moyens de défense* (1982)
54. *Les pouvoirs de la police : les fouilles, les perquisitions et les saisies en droit pénal** (1983)
55. *Les dommages aux biens — Le vandalisme* (1984)
56. *L'interrogatoire des suspects* (1984)
57. *L'homicide* (1984)
58. *Les méthodes d'investigation scientifiques* (1984)
59. *Le libelle diffamatoire* (1984)
60. *Les dommages aux biens — Le crime d'incendie* (1984)
61. *La juridiction extra-territoriale* (1984)
62. *Les voies de fait* (1985)
63. *Les procédures postérieures à la saisie* (1985)
64. *Le statut juridique de l'Administration fédérale* (1985)
65. *L'arrestation* (1985)
66. *La bigamie* (1985)

Documents de travail

1. *Le tribunal de la famille** (1974)
2. *La notion de blâme — La responsabilité stricte** (1974)

La Commission a également publié au-delà de soixante-dix documents d'étude portant sur divers aspects du droit. Pour obtenir le catalogue des publications, écrire à : Commission de réforme du droit du Canada, 130 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1A 0L6, ou Bureau 310, Place du Canada, Montréal (Québec) H3B 2N2.

* Ces documents sont épuisés mais ils peuvent être consultés dans de nombreuses bibliothèques.

**LES TECHNIQUES
DE MODIFICATION
DU COMPORTEMENT
ET LE DROIT PÉNAL**

On peut obtenir ce document gratuitement en écrivant à :

Commission de réforme du droit du Canada
130, rue Albert, 7^e étage
Ottawa, Canada
K1A 0L6

ou

Bureau 310
Place du Canada
Montréal (Québec)
H3B 2N2

© Commission de réforme du droit du Canada 1985
No de catalogue J32-1/43-1985
ISBN 0-662-53857-9

Commission de réforme
du droit du Canada

Document de travail 43

**LES TECHNIQUES
DE MODIFICATION
DU COMPORTEMENT
ET LE DROIT PÉNAL**

1985

Avis

Ce document de travail présente l'opinion de la Commission à l'heure actuelle. Son opinion définitive sera exprimée dans le rapport qu'elle présentera au ministre de la Justice et au Parlement, après avoir pris connaissance des commentaires faits dans l'intervalle par le public.

Par conséquent, la Commission serait heureuse de recevoir tout commentaire à l'adresse suivante :

Secrétaire
Commission de réforme du droit du Canada
130, rue Albert
Ottawa, Canada
K1A 0L6

La Commission

M. le juge Allen M. Linden, président
M^e Gilles Létourneau, vice-président*
M^e Louise Lemelin, c.r., commissaire
M^e Alan D. Reid, c.r., commissaire**
M^e Joseph Maingot, c.r., commissaire
M^e John Frecker, commissaire*

Secrétaire

Jean Côté, B.A., B.Ph., LL.B.

Coordonnateur de la section de recherche
sur la protection de la vie

Edward W. Keyserlingk, B.A., B.Th., L.Th., L.S.S., LL.M., Ph.D.

Conseiller spécial

Jean-Louis Baudouin, c.r., B.A., B.C.L., D.J., D.E.S.

* N'était pas membre de la Commission lorsque le présent document a été approuvé.

** Était membre de la Commission lorsque le présent document a été approuvé.

Conseillers principaux

Gerry A. Ferguson, B.A., LL.B., LL.M.

Lucinda Vandervort, B.A. (Hons.), M.A., Ph.D., LL.B., LL.M.

Conseillers

F. C. R. Chalke, M.D., F.R.C.P.

D. Craigen, M.B.Ch.B., D.P.M., M.R.C.Psych.

J. Dillon, B.A., LL.B.

T. V. Hogan, Ph.D., F.C.P.A.

R. Martin, Ph.D.

P.-A. Meilleur, B.A., B.Ph., M.D., L.M.C.C., C.S.P.Q.

M. Rioux, B.A., M.A.

R. B. Sklar, B.S., LL.B., LL.M.

M. A. Somerville, A.U.A. (Pharm.), LL.B., D.C.L.

R. P. Swinson, M.D., F.R.C.P.(C), F.R.C.Psych., D.P.M.

R. E. Turner, M.D., F.A.P.A., F.R.C.P.(C), F.R.C.P.Psych.

H. Yarosky, B.A., B.C.L.

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE UN: Les techniques	7
I. Les techniques de type psychologique.....	8
A. Les psychothérapies	9
1) Les thérapies individuelles et collectives	9
2) La thérapie du milieu	9
B. Les thérapies behavioristes	10
1) Le renforcement positif.....	10
2) Le renforcement négatif	11
3) La désensibilisation.....	11
II. Les techniques de type physiologique	12
A. La pharmacothérapie	12
B. L'électrochoc.....	14
C. La stimulation électrique du cerveau.....	15
D. La psychochirurgie	15
E. La castration	16
CHAPITRE DEUX: Les problèmes et les réponses du droit actuel.....	19
I. Le principe de l'autonomie de la personne et le problème de l'administration non consensuelle des traitements de modification du comportement	19

A.	La notion d'autonomie de la personne dans le contexte psychologique	19
B.	L'administration non consensuelle des traitements psychiatriques	22
II.	Le principe de l'inviolabilité de la personne et la protection de l'intégrité psychologique.....	30
A.	La notion d'inviolabilité de la personne dans le contexte psychologique	30
B.	La protection du droit actuel.....	32
III.	L'utilisation des techniques de modification du comportement comme sanction ou comme moyen de contrôle social dans le cadre du droit pénal.....	34
A.	La sanction pénale	35
B.	Le contrôle social	38
CHAPITRE TROIS: Les réformes possibles		41
I.	La protection des incapables	41
II.	La reconnaissance de la protection de l'intégrité psychologique	45
III.	L'utilisation des techniques de modification du comportement comme sanction ou comme moyen de contrôle social	49
BIBLIOGRAPHIE.....		51

Introduction

Le comportement humain est extrêmement complexe. En constante évolution, il est perpétuellement façonné par l'expérience de la vie et par des facteurs externes à l'homme, conscients ou inconscients. De tout temps, l'homme a pensé pouvoir influencer la conduite de ses semblables. Les méthodes de conditionnement ou de changement du comportement sont nombreuses et variées. L'éducation familiale et scolaire, par exemple, ont une influence directe sur le façonnement de la personnalité de l'enfant et sur le comportement qu'il adoptera dans sa vie d'adulte. La transmission et l'absorption de la culture du milieu dans lequel un individu vit et évolue a, elle aussi, un impact certain sur sa conduite.

À l'époque moderne, les progrès de la technologie font que la modification du comportement humain peut prétendre, dans une certaine mesure, à une certaine vocation scientifique. La publicité subliminale, pour citer un exemple connu, parvient à changer les habitudes d'une personne sans que celle-ci n'en ait même conscience. Sur un autre plan, certains traitements psychiatriques et médicaux sont quotidiennement utilisés pour combattre la maladie mentale et tenter de rétablir un comportement «normal». Ils visent donc, eux aussi, à modifier le comportement de l'individu dans le but de l'aider à retrouver un équilibre psychique et une sérénité intérieure.

Les progrès de la technologie scientifique médicale et psychiatrique et leur application au comportement humain soulèvent cependant des problèmes complexes. Certaines techniques thérapeutiques, par exemple, comportent un élément de violence apparente. L'aversothérapie et l'électrochoc, comme nous le verrons dans le cours de ce document, ont été contestés en raison de la contrainte physique qu'ils imposent au patient. D'autres, comme la psychochirurgie l'ont été au nom du caractère irréversible de l'intervention. D'autres enfin, comme certaines pharmacothérapies, au nom de la permanence de certains effets secondaires. Pourtant, sur le plan théorique, ces techniques une fois scientifiquement et médicalement reconnues et acceptées, ne sont, en elles-mêmes, ni bonnes ni mauvaises. Elles ne deviennent bonnes ou mauvaises, acceptables ou inacceptables, que par rapport au déséquilibre qui peut exister entre le bénéfice espéré et le risque encouru, par rapport à leur degré d'intrusion sur l'individu ou par rapport aux fins pour lesquelles elles sont utilisées. Le sont-elles, par exemple, dans le but de soulager d'une affection qui empêche le patient de vivre pleinement, qu'elles constituent un véritable traitement médical soumis comme tout autre aux conditions de légalité prévues par la loi? Sont-elles au contraire, utilisées dans un but de contrôle politique, pour supprimer une dissidence ou une marginalité d'opinion, qu'elles deviennent inacceptables dans une société démocratique?

Il serait possible, bien qu'ambitieux, d'analyser l'ensemble des moyens permettant d'influencer ou de changer le comportement humain. Plusieurs études ont déjà été faites sur cette question sur différents plans. Le présent document est beaucoup plus modeste et de portée beaucoup plus restreinte. Il se limite tout d'abord à l'examen des techniques psychiatriques, comportementales et médicales les plus courantes et laisse résolument de côté celles qui ont un caractère expérimental ou celles qui visent un résultat identique par l'éducation, la modification de l'environnement, la publicité, etc. Ce travail s'insère en effet dans le projet de la Commission sur la protection de la vie et doit donc être vu à la lumière des autres travaux déjà publiés par la Commission. Il est le prolongement naturel de certaines études déjà effectuées sur le traitement médical en droit criminel et sur la cessation et le refus de traitement. Il se relie aussi directement au document de travail 24 intitulé *La stérilisation et les personnes souffrant de handicaps mentaux* et au document d'étude portant sur *Le consentement à l'acte médical*, puisqu'il traite aussi des mesures à prendre pour assurer la légitimité de la prise de décision pour les personnes incapables de le faire elles-mêmes. Il tient compte aussi d'un important travail fait par le ministère de la Justice portant sur le désordre mental. Il touche enfin à des questions générales d'éthique des sciences et de morale sociale, dont certaines ont été exposées d'une façon plus détaillée dans le document d'étude de la Commission portant sur *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie du point de vue de l'éthique, de la médecine et du droit*.

Ensuite, ce document n'entend pas traiter de l'ensemble des problèmes moraux, sociaux et juridiques que soulèvent ces techniques, mais uniquement de certaines questions précises. La tâche principale de la Commission est en effet la réforme, au sens large, du droit fédéral actuel. La perspective du droit criminel a donc une importance particulière et doit être privilégiée.

Pourquoi cependant consacrer une étude spécifique à ces techniques? Pourquoi ne pas se contenter de leur appliquer les règles générales que la Commission a déjà dégagées à propos du traitement médical? Plusieurs raisons motivent, à notre avis, de leur consacrer une réflexion particulière.

La première est que la loi actuelle, même si elle n'est pas nécessairement parfaite, offre une protection claire contre les atteintes à l'intégrité physique. Par contre, comme nous serons à même de le constater, il en est différemment de l'intégrité psychologique à laquelle la loi n'accorde pas de protection générale, mais seulement certaines protections spécifiques et restreintes. Il y a donc lieu de vérifier si le genre et l'étendue de ces protections sont suffisants.

La seconde raison est que la plupart de ceux qui font appel à ces techniques appartiennent à une catégorie de personnes qui ont une capacité de consentement qui peut être diminuée. On connaît la complexité des règles qui, en matières médicales, touchent à l'exigence du consentement libre et éclairé. En matière psychiatrique les difficultés sont encore plus grandes. D'abord, entre le thérapeute et le patient s'établit souvent une relation de grande dépendance. Ensuite, ayant affaire à des personnes dont on peut supposer que la qualité du consentement est parfois diminuée, il y a lieu de

prendre des précautions additionnelles et de s'assurer au moins que les mécanismes actuels de protection contre l'administration non consensuelle d'un traitement sont adéquats.

La troisième raison est la suivante: l'un des objectifs du droit criminel est de pénaliser celui qui commet un acte jugé répréhensible, en espérant que la peine suffira soit à dissuader de commettre l'acte (*exemplarité*), soit à convaincre d'éviter de le refaire (*récidive*). Dans ce sens, la peine cherche, elle aussi, à changer les comportements. À partir du moment où la science permet de modifier un comportement d'une façon plus efficace que par une peine de type classique (emprisonnement par exemple) l'une ou l'autre de deux choses peut survenir. La société peut, dans un premier temps, donner au délinquant condamné le choix entre «peine» et «traitement», entre, par exemple, la prison à vie ou la castration. Est-ce là un choix légalement et moralement légitime? La société peut, dans un second temps, être tentée de ne plus donner ce choix et d'imposer directement le «traitement» comme substitut de la peine. La frontière qui sépare alors thérapie et punition disparaît. Supposons, par hypothèse, que l'on découvre une technique de psychochirurgie efficace, éprouvée et sans risque, réalisable sans souffrance et qui fasse disparaître les tendances à la violence physique, sans diminuer pour autant le potentiel intellectuel et affectif et sans changer les autres traits de la personnalité. Ne pourrait-il pas alors être attrayant pour la société d'inciter d'abord, puis éventuellement d'obliger certaines catégories de personnes qui, par leurs actes de violence répétés sont un risque social, à se soumettre à une telle opération? La question à l'heure actuelle, paraît théorique. Le problème de fond qui la sous-tend ne l'est pas.

Enfin, à un niveau plus général, ces techniques peuvent aussi être utilisées comme mode de contrôle social, rattaché soit au bien de l'individu, soit au bien de la société, soit aux deux ensemble. Ainsi la mise sur le marché de certaines drogues a permis de modifier de façon efficace certains comportements et certaines affections psychologiques. Sans nécessairement guérir l'affection, elles évitent aux patients de passer leurs jours dans les hôpitaux psychiatriques en cure fermée comme au siècle dernier. Une médication adéquate de sels de lithium ou d'antidépresseurs tricycliques permet au malade d'être fonctionnel, de vivre en société, dans son milieu, et de mener une vie aussi proche que possible de la normale.

Par contre, l'utilisation de ces techniques, lorsque seul un intérêt collectif est pris en considération, peut aboutir à des situations dramatiques et révoltantes. Un État non démocratique peut en effet se servir de cet outil comme méthode générale de contrôle social. Ce ne sont plus aux malades mentaux que ces techniques sont alors appliquées, mais aux personnes jugées marginales par le pouvoir, ou aux dissidents politiques, comme la chose se passe à l'heure actuelle dans certains pays. Ces techniques sont alors déviées de leur fonction première et utilisées à des fins politiques ou idéologiques, au mépris des droits et libertés individuelles. Comme pour la torture appliquée par des moyens médicaux, ils constituent alors une grossière caricature de la science médicale.

Certes il est peu probable de voir cette vision *Orvellienne* devenir réalité dans un pays comme le Canada. Il demeure cependant nécessaire d'être vigilant puisque, sur une plus petite échelle, certains groupes marginaux qui sont peu connus et qui n'ont

pas les moyens politiques suffisants pour être entendus, risquent sans qu'il y ait intention délibérée de le faire, de subir des effets similaires.

La Commission croit donc que les problèmes de modification du comportement par les techniques médicales méritent un examen spécifique dans le cadre des travaux entrepris par elle sur la protection de la vie et sur la réforme du droit pénal.

Le sujet, malgré les limites que nous nous sommes fixées, reste extrêmement difficile. Il touche à certains aspects du droit provincial, en plus du droit criminel, du droit des pénitenciers, du droit de la santé et des droits de la personne qui sont tous, à un degré ou à un autre, soit entièrement, soit partiellement de compétence fédérale. Il a donc été parfois indispensable, de façon à donner une image fidèle de la réalité, de faire état de certaines dispositions du droit provincial. Le principal accent de ce document est toutefois mis sur le droit criminel et les droits de la personne. De plus, les recommandations qu'il contient portent exclusivement sur des domaines identifiés au pouvoir législatif du gouvernement du Canada.

Deux remarques préliminaires doivent enfin être faites afin d'assurer une meilleure compréhension du texte qui suit. La première est que notre étude évite d'entrer dans le débat philosophique du déterminisme. Certains prétendent, en effet, que l'être humain est entièrement contrôlé par les facteurs sociaux et donc que la liberté individuelle est factice, sinon inexistante. Ils concluent que le véritable choix n'est pas entre le contrôle social et le libre arbitre, mais plutôt entre un contrôle social diffus et erratique d'une part et un contrôle social organisé et productif d'autre part. La théorie du déterminisme, telle qu'exposée et défendue, par exemple par Skinner, nie à l'être humain la possibilité de prendre pour lui-même des décisions véritablement libres. Le présent document se base au contraire sur l'idée que le droit en général et le droit criminel en particulier fondent leurs règles sur le postulat inverse. Nous admettrons donc le principe que la personne est libre, qu'elle peut évoluer et que sa conduite n'est pas uniquement le résultat prédéterminé de facteurs sociaux, tout en reconnaissant que plusieurs d'entre eux ont effectivement un impact sur l'augmentation ou la diminution de la liberté de la personne.

La seconde est que ce document fait référence, de temps à autre, à la notion complexe et controversée de ce qui est «normal» et «anormal» en matière de comportement humain. La «normalité» d'un comportement est un concept qui n'est ni universel ni statique. Il varie d'abord dans l'espace. Tel acte posé dans un pays donné peut y paraître parfaitement «normal», alors qu'il apparaît «anormal» dans un autre. Il varie aussi avec le temps. Telle conduite taxée «d'anormale» au siècle dernier peut, de nos jours, paraître conforme aux attentes de la société. Enfin, la qualification d'un comportement comme «normal» ou «anormal» implique soit collectivement, soit individuellement, un jugement de valeur complexe mettant en jeu les notions d'acceptabilité, de tolérance, et donc susceptible de variations considérables. Nous emploierons ces termes sans les définir, conscients des difficultés qu'ils soulèvent et en tenant pour «normal» ce qui est reconnu comme tel à un moment et dans un endroit précis, par ceux qui ont la tâche de porter ce jugement de valeur.

C'est donc en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs et des limites de son mandat que la Commission a tenté, parmi l'ensemble des problèmes posés par les techniques de modification du comportement, de répondre à trois questions à savoir:

- 1) La loi actuelle donne-t-elle une protection suffisante contre l'administration non volontaire ou non consensuelle de traitements visant à modifier le comportement?
- 2) La loi devrait-elle, comme elle le fait actuellement pour l'intégrité physique, protéger aussi, au sein du *Code criminel*, l'intégrité psychologique?
- 3) La loi devrait-elle admettre que ces techniques puissent être utilisées comme sanction, comme punition ou comme méthode de contrôle social?

CHAPITRE UN

Les techniques

Pour faciliter la compréhension de ce document et pour permettre à tous de bien saisir les enjeux, nous avons jugé utile, dans une première partie, de procéder à une description brève et succincte d'un certain nombre de techniques couramment utilisées pour modifier le comportement humain.

La classification de ces différentes techniques est complexe et porte elle-même à controverse sur le plan scientifique. Toute classification est, en effet, arbitraire. Celle qui est adoptée dans les pages qui suivent ne doit pas être interprétée comme une prise de position de la Commission en faveur d'une tendance ou d'une école de pensée plutôt que d'une autre. Celle que nous avons retenue a été choisie essentiellement dans le but de faciliter la compréhension et l'accessibilité de tous à la description de ces techniques. De plus, parmi les très nombreuses techniques, nous avons retenu seulement celles qui nous paraissaient les plus connues du public et les plus communément répandues.

Les techniques de changement du comportement peuvent être artificiellement séparées en deux groupes principaux. Un premier groupe est constitué par celles qui visent à influencer la psychologie de la personne, son âme. À l'intérieur de ce premier groupe, on distingue tout d'abord les diverses formes de psychothérapies qui, en utilisant comme mécanisme de base une communication verbale entre un ou plusieurs individus et un thérapeute, entendent permettre à ceux-ci de mieux comprendre leurs sentiments, leurs réactions, leurs modes de pensées et donc leur comportement. On retrouve aussi dans ce premier groupe, ce que l'on peut appeler les thérapies behavioristes. Elles sont toutes fondées sur le principe que le comportement humain est le résultat d'un apprentissage. Il devient donc possible, par une compréhension des mécanismes de cet apprentissage d'aider l'individu à éliminer ou à changer un comportement qu'il juge indésirable et même, par un nouvel apprentissage, à y substituer un nouveau comportement désiré.

L'apprentissage d'un comportement de substitution peut se faire en utilisant un système de récompense (renforcement positif). C'est en fait, sur le plan théorique, le même principe que celui utilisé pour l'éducation des jeunes enfants. Le même résultat peut aussi être obtenu par le biais d'une sanction. Un stimulus désagréable ou douloureux, est alors administré pour empêcher le comportement indésirable de se reproduire. L'aversion, également connue sous le nom de thérapie par levée de l'aversion, se sert de ce processus.

Un second groupe comprend les techniques qui visent à obtenir un changement du comportement individuel à l'aide d'une intervention directe de type médical ou chirurgical sur le corps humain. Elles ont toutes en commun, comme caractéristique dominante, une intervention de nature physiologique et non simplement psychologique. Ainsi en est-il du traitement de certaines maladies mentales par drogues ou médicaments, de la psychochirurgie grâce à laquelle certains centres du cerveau, associés à des types de comportement précis, sont chirurgicalement détruits.

Cette classification dualiste n'a rien de véritablement scientifique. Elle n'est tout d'abord pas étanche. Ainsi, l'aversionsothérapie peut utiliser comme sanction une intervention de type physiologique (administration d'une drogue par exemple). Ensuite, elle ne tient pas compte du fait qu'à l'intérieur de chacun des groupes et même de chacune des techniques, il existe de nombreuses variations dont il est évidemment difficile, sinon impossible, de tenir compte dans le cadre limité de ce travail.

De plus, elle a le désavantage de présenter chacune de ces techniques comme isolée l'une de l'autre. Or, la réalité est souvent différente puisque plusieurs d'entre elles se combinent parfois au sein d'un même programme de traitement. Il est courant, par exemple, de compléter un traitement de psychothérapie par l'administration de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs.

Enfin, il faut être conscient que la personne humaine est un ensemble complexe et que la dichotomie entre le psychique et le physique est largement artificielle. Il est parfois impossible de savoir véritablement si telle ou telle conduite est due exclusivement à un facteur physique, à un facteur psychique, à une interaction des deux, ou encore à une combinaison de ceux-ci et de facteurs extérieurs à l'homme comme ceux provenant, par exemple, de son environnement.

Le lecteur, en parcourant les pages qui vont suivre, doit donc constamment garder à l'esprit le fait que la description des principales techniques de modification du comportement est ici simplifiée et vulgarisée. Chacune d'entre elles est en réalité beaucoup plus complexe que sa simple description ne le laisse croire. Il devra aussi se souvenir que ces descriptions sont loin d'être complètes. Nous nous sommes vus dans l'obligation de faire un certain choix en fonction des objectifs particuliers du document. Aucune inférence ne doit donc être tirée du fait que certaines techniques ne sont abordées que sommairement ou même complètement passées sous silence.

I. Les techniques de type psychologique

Ce premier groupe comprend, rappelons-le, les techniques qui visent à modifier le comportement sans porter directement atteinte au corps humain. Il comprend deux grandes catégories: celle des psychothérapies et celle de thérapies behavioristes.

A. Les psychothérapies

1) Les thérapies individuelles et collectives

La psychothérapie est probablement la plus connue du public. Toutefois, il serait inexact de penser que la psychothérapie en général se résume à la technique de la psychanalyse de type freudien. Il existe, en effet, plus d'une centaine de formes de psychothérapies individuelles ou collectives.

Les psychothérapies ont toutes en commun la création d'une relation de type professionnel entre l'individu et le thérapeute. Le premier va communiquer sans contrainte au second ses réflexions, ses idées, ses sentiments. Par et à travers cette relation, le patient va peu à peu comprendre le pourquoi de ses sentiments et de ses réactions en les revivant et en les verbalisant. Il va progressivement être en mesure de mieux comprendre son comportement. La thérapie vise donc à faire disparaître chez lui certains états anxieux ou d'angoisse, et à lui permettre, en se connaissant mieux, de développer sa personnalité d'une façon positive.

La psychothérapie peut être individuelle ou collective et prendre des formes variées. Sous sa forme individuelle, la psychothérapie exige que la personne assiste à un certain nombre de séances dont la durée peut varier d'une demi-heure à une heure et ce, à un rythme qui, lui aussi, peut varier d'une à cinq séances par semaine. Elle peut comporter un déboursé important lorsqu'il n'est pas couvert par l'assurance maladie et s'étendre sur une période de temps allant de quelques semaines à plusieurs années.

Sous sa forme collective, la psychothérapie est parfois utilisée dans des circonstances où le manque de thérapeutes rend impossible l'individualisation de la relation. La psychothérapie collective ou de groupe n'est pas cependant un pis-aller, mais une technique particulière qui a des avantages certains. Elle permet aux participants de se valoriser par rapport au groupe, d'apprendre à trouver leur place propre au sein de celui-ci et d'obtenir aussi un soutien et une acceptation psychologique de l'ensemble.

La psychothérapie sous ses diverses formes est d'utilisation courante au Canada. La thérapie de groupe, eu égard aux disponibilités et au fait qu'elle n'exige pas d'équipements spécialisés, est courante dans les hôpitaux psychiatriques, les centres de détention et les prisons canadiennes. La participation reste essentiellement volontaire. Elle n'est pas, dans sa forme classique en principe un traitement dangereux ou à degré d'intrusion élevé, même si elle peut créer une relation de haute dépendance.

2) La thérapie du milieu

La thérapie du milieu consiste d'une façon générale à manipuler l'environnement dans lequel vit un individu pour amener chez lui un changement de comportement. Elle

part du principe que ce changement ne peut pas être atteint seulement par de courtes séances individuelles ou collectives, mais que l'effort doit se poursuivre dans le milieu même où évolue l'individu.

Cette thérapie implique donc la participation active et constante de plusieurs personnes. Ainsi, dans le cadre d'un centre psychiatrique, c'est une véritable communauté thérapeutique qui s'établit. Les médecins, les thérapeutes, les infirmières, les administrateurs, le personnel, sont tous considérés comme des agents actifs de changement. Cette technique est principalement utilisée dans les endroits fermés, où il est possible précisément de créer un environnement de soutien total et durable.

B. Les thérapies behavioristes

Nous n'examinerons ici brièvement que trois formes de thérapies behavioristes parmi bien d'autres. Elles sont toutes, à des degrés divers, basées sur la notion d'apprentissage de comportements nouveaux et de «désapprentissage» de comportements individuels jugés négatifs.

1) Le renforcement positif

Cette technique fonctionne à partir de l'idée de récompense associée à un comportement particulier. Un comportement défini, jugé bon pour l'individu est encouragé. Chaque fois qu'il se produit, une récompense est attribuée ou au contraire est retirée lorsqu'un comportement jugé négatif se manifeste. C'est un peu la transposition du système d'éducation primaire du tout jeune enfant auquel on promet une friandise s'il agit bien, ou qu'on menace de priver de dessert s'il se comporte mal. Ce système est donc basé sur la valorisation d'un comportement donné et la désincitation à conserver le comportement que l'on veut réformer.

Les récompenses peuvent être variées. Dans un milieu carcéral, par exemple, elles peuvent consister en l'octroi de certains privilèges (droit de visite, droit de sortie), de certains luxes (par exemple la possibilité de se procurer du tabac, des portions additionnelles de nourriture, etc.). Le système dit de l'économie de jetons est un autre exemple de renforcement positif qui a souvent été utilisé en milieu carcéral. Le prisonnier dont la conduite correspond aux normes fixées à l'avance est promu selon des échelons précis. À chacune de ces promotions correspond une série d'avantages particuliers pour lui. Les techniques de renforcement positif sont fréquemment utilisées en milieu hospitalier et en milieu carcéral. On juge en général faible leur degré d'intrusion.

2) Le renforcement négatif

Le renforcement négatif, contrairement au renforcement positif, est basé sur le concept de la punition. Un stimulus négatif est substitué au stimulus positif ou à l'incitation. Cette technique associe la survenance du comportement indésirable à l'apparition d'une stimulation désagréable. La théorie veut qu'à force de répétition, l'individu finisse par tellement associer le comportement à la sanction, qu'il abandonne finalement le comportement en question, lors même que la possibilité que la stimulation désagréable se produise a elle-même disparu.

Ces stimuli désagréables peuvent varier. Il peut s'agir, par exemple, de légers chocs électriques. Certaines drogues telles l'apomorphine et l'anectine ont parfois été utilisées aux États-Unis dans des programmes en milieu carcéral. Ces drogues, administrées lorsque la personne contrevenait à certaines règles de comportement, provoquaient des vomissements, une impression de suffocation, comme celle éprouvée par une personne qui se noie, et une sensation de terreur associée à une mort imminente.

Le renforcement négatif, lorsque la punition ou la sanction est d'ordre physique, pose le problème de l'atteinte à l'intégrité corporelle de l'individu. Il est, de ce fait, sujet à controverse. Il paraît de nos jours rarement utilisé seul, mais plutôt conjointement avec d'autres techniques.

Le renforcement négatif a été utilisé au Canada à plusieurs reprises dans le traitement de l'alcoolisme et de certains comportements sexuels jugés anormaux. Il a aussi été employé dans d'autres pays pour le traitement du tabagisme, de l'abus de drogues, du vol à l'étalage, de la pédophilie, etc. Il soulève certaines difficultés quant à la réversibilité de ses effets à court terme.

3) La désensibilisation

Les techniques de désensibilisation sont utilisées pour le traitement de certaines formes d'angoisses et de phobies. Ces techniques, d'une façon générale, cherchent à affaiblir le lien que fait l'individu entre son angoisse et la situation ou le stimulus qui la produit, en développant chez lui une réponse non anxiogène. Le patient substitue progressivement une réaction non anxieuse à la réaction anxieuse qui se produisait chaque fois qu'il était mis en présence du stimulus catalyseur du processus. On apprend ainsi à une personne qui a peur des foules à maîtriser petit à petit sa phobie, et à substituer une réaction ordinaire à la réaction pathologique qui se produit chez elle dès qu'elle est mise en contact avec une foule.

La technique de désensibilisation connaît plusieurs variantes. Une première forme appelée la désensibilisation systématique est basée sur un apprentissage progressif de la relaxation. On demande au sujet d'imaginer la toute première étape de la création de la situation anxiogène ou phobique (dans notre exemple le patient essayera d'imaginer qu'il entre dans une foule). On lui apprend alors pour cette première étape à se détendre

et à relaxer. On répète ensuite l'expérience, jusqu'à ce que le sujet soit en mesure d'imaginer la situation dans son ensemble, sans éprouver d'angoisse ou de phobie, ou en étant capable d'y faire face.

Une autre variante, dite d'immersion absolue, consiste, au contraire, à plonger le sujet dans la situation anxiogène pendant de longues périodes de temps soit en le confrontant directement avec la situation dans la réalité, soit en utilisant des images provoquant son anxiété et à lui enlever la possibilité d'y échapper. Le patient est amené à constater que les traumatismes qu'il associe à la situation ne sont pas réels ou se produisent avec une acuité beaucoup moindre que celle qu'il imaginait. Cette réalisation entraîne alors une élimination ou une édulcoration de son anxiété ou de sa phobie.

Ces techniques ont été utilisées au Canada pour le traitement de certaines formes de psychonévroses, de certaines phobies telles celles des hauteurs ou des foules. Elles sont aussi utilisées parfois pour guérir le bégaiement, l'hyperactivité et l'impuissance. Elles ne comportent pas un degré de risques élevé.

En terminant cette description des techniques se rattachant au premier groupe dit «psychologique», il convient, encore une fois, de rappeler que celle-ci n'a pas la prétention d'être complète. Il existe une abondante documentation spécialisée que le lecteur pourra consulter avec profit pour de plus amples informations sur le sujet.

II. Les techniques de type physiologique

Les techniques appartenant à cette deuxième catégorie cherchent à modifier le comportement humain par une intervention physiologique directe sur la personne. Elles se rapprochent donc beaucoup plus, par leur aspect formel, du traitement médical au sens strict du terme. Nous n'envisagerons successivement que certaines formes classiques de pharmacothérapie, d'électrochoc, de stimulation électrique du cerveau, de psychochirurgie et de castration.

A. La pharmacothérapie

La découverte au début des années 50 de certaines substances chimiques complexes permettant de pallier les symptômes et certains effets de troubles mentaux connus, a révolutionné la psychiatrie. Depuis ce temps, la recherche de nouvelles drogues a fait de substantiels progrès si bien que la pharmacothérapie est, à l'heure actuelle, l'une des techniques les plus couramment utilisées pour modifier le comportement de l'individu. Le développement de cette forme de traitement a eu en particulier pour effet

de réduire considérablement la nécessité d'institutionnaliser certains patients, de soulager ou d'atténuer les symptômes les plus aigus de leur affection et donc de les aider à retrouver un niveau acceptable de fonctionnement social.

Les interactions entre les maladies physiques proprement dites et les maladies mentales sont nombreuses et complexes. Une affection de type purement physique (par exemple, un déséquilibre hormonal, certaines tumeurs, etc.) peut avoir un impact considérable sur le plan psychologique et sérieusement affecter le comportement de l'individu. À l'inverse, certaines maladies mentales peuvent avoir des conséquences physiologiques précises. Il n'est donc pas surprenant que la pharmacothérapie, dans le but de traiter soit une affection purement physique, soit une affection d'ordre psychologique, puisse avoir un effet secondaire psychologique dans le premier cas ou physique dans le second et se répercuter ainsi d'une façon ou d'une autre sur l'état général du patient. Cette interaction entre le physique et le psychologique mérite d'être soulignée plus particulièrement dans le cas de la pharmacothérapie.

Les drogues les plus fréquemment utilisées dans le but de modifier le comportement humain sont de trois sortes. Les drogues psychotropes en premier lieu, comme la chlorpromazine, aident, pour certaines formes de psychoses schizophréniques ou paranoïdes, à supprimer ou à soulager les symptômes les plus aigus et marqués de la maladie. Elles permettent de réduire ou d'éliminer l'hospitalisation et de faciliter une réinsertion sociale du malade. Par contre, elles peuvent avoir des effets secondaires sérieux, lorsqu'elles sont prises pour de longues périodes de temps. La recherche actuelle permet difficilement encore d'évaluer leur impact cumulatif et permanent sur la santé de ceux qui en font un usage régulier.

Les drogues antidépressives, en second lieu, sont utilisées pour soigner les personnes atteintes d'un état dépressif temporaire ou même prolongé. Elles permettent aussi de réduire la durée d'hospitalisation d'une part, et d'autre part, en adoucissant ou supprimant certains symptômes, de faciliter l'utilisation d'autres méthodes de traitement (psychothérapie par exemple) propres à assurer la guérison ou le soulagement prolongé du patient.

En troisième lieu, les médicaments anxiolytiques, plus communément connus sous le nom générique de tranquillisants mineurs, servent à combattre l'anxiété accompagnant le stress ou certaines affections psychologiques. Ils peuvent, eux aussi, servir d'adjuvant à d'autres formes de thérapie ou être combinés directement avec elles. Ils ont eux aussi des effets secondaires plus ou moins prononcés selon l'individu, le type et le dosage de médicaments utilisés. De plus, certains d'entre eux peuvent entraîner une dépendance psychologique ou physiologique chez celui qui les utilise pendant une certaine période de temps. Leur usage est très répandu.

Il existe enfin une autre série de drogues ou de médicaments qui n'entre pas directement dans aucune de ces trois catégories, mais qui a aussi une importance par l'influence qu'ils peuvent avoir sur le comportement humain. La scopolamine, l'amytal de sodium (connu erronément par le public sous le nom de sérum de vérité) permettent d'abolir les mécanismes de défense de l'individu et de restreindre ses facultés de parler

contre son gré. Plus récemment, l'utilisation des sels de lithium et de drogues pour lutter contre certains types de dépression permet d'envisager des progrès substantiels dans le traitement de certaines affections mentales. Enfin, les drogues ou médicaments parfois utilisés dans le conditionnement négatif entrent également dans cette catégorie.

La pharmacothérapie a fait depuis quelques années des progrès extrêmement importants. Son utilisation, devenue parfois routinière, pose des problèmes au niveau éthique et juridique notamment quant à la faculté d'une personne souffrant d'une maladie mentale d'en refuser l'administration d'une part et, d'autre part, quant aux mécanismes propres à assurer la protection de certains individus contre une administration intempestive de ces drogues. De plus, comme tendent à le démontrer des études récentes, leur utilisation prolongée peut avoir sur le corps et sur le système nerveux des effets négatifs durables, voire même dommageables.

Il est certain toutefois que cette technique continuera à se développer. À l'heure actuelle des efforts particuliers sont faits d'une part pour tenter de réduire les effets secondaires durables et d'autre part pour atteindre une spécificité plus grande et pour permettre de diriger de façon précise les agents actifs à des zones précises du cerveau.

B. L'électrochoc

L'électrochoc bilatéral ou unilatéral consiste à faire passer à travers le cerveau un courant électrique d'intensité déterminée. Ce courant provoque une convulsion ressemblant au grand mal épileptique. La découverte de cette technique est d'ailleurs venue de l'observation de personnes souffrant d'épilepsie. On a remarqué, en effet, que celles-ci étaient rarement atteintes de psychoses. On en a donc déduit que les convulsions dont elles étaient les victimes pouvaient les protéger contre ce type de maladie.

L'électrochoc est, de nos jours, appliqué en milieu hospitalier avec un certain nombre de précautions médicales destinées à réduire ses effets secondaires désagréables pour le patient (anesthésie, administration d'un relaxant musculaire, oxygénation). Son mécanisme de fonctionnement sur le cerveau humain n'est pas encore scientifiquement bien compris. La documentation médicale constate cependant qu'il est utile dans certains cas de désordres affectifs, notamment de dépressions profondes.

Cette forme de traitement a été fréquemment utilisée aux États-Unis et au Canada surtout avant la découverte des drogues qui constituent, à l'heure actuelle, le fondement clinique de la pharmacothérapie. Elle a cependant connu un certain regain de popularité depuis quelques années dans le traitement de patients pour lesquels la pharmacothérapie est contre-indiquée ou sans effets valables.

Probablement surtout en raison de la façon dont il était administré à l'origine, ce traitement continue à faire l'objet de vives controverses aux États-Unis, au Canada et

dans d'autres pays. Certains des médecins, des patients, des membres du public n'hésitent pas à le qualifier d'expérimental, à mettre en garde les usagers contre les effets secondaires de son administration et à souligner qu'il existe de nos jours des traitements de substitution moins dangereux ou traumatisants. D'autres, au contraire, font remarquer que l'emploi sélectif de cette technique est bénéfique pour certaines catégories de patients réfractaires à d'autres formes de traitement. Il reste que cette technique a déjà été utilisée et continue de l'être au Canada dans les centres psychiatriques.

C. La stimulation électrique du cerveau

Ce type de traitement, souvent classé comme une forme particulière de psychochirurgie, consiste à implanter chirurgicalement des électrodes dans certaines parties du cerveau et à les stimuler dans le but de produire chez le sujet un comportement donné. Cette technique pose comme postulat la possibilité, d'une part, de relier certaines zones cervicales définies à un comportement précis et, d'autre part, par stimulation électrique, de provoquer une réponse adéquate du sujet.

Cette technique a été expérimentée depuis longtemps sur les animaux et sur les personnes aux États-Unis. Nous ne connaissons pas cependant d'exemple caractéristique de thérapies utilisant cette technique au Canada. Elle apparaît encore largement expérimentale.

D. La psychochirurgie

La psychochirurgie consiste à détruire ou à isoler certaines parties saines du cerveau humain dans le but de modifier le comportement du patient, sans que ces parties ne soient affectées par une pathologie quelconque. Il convient donc de bien distinguer psychochirurgie et neurochirurgie. La neurochirurgie, elle, vise à détruire ou à enlever des parties du cerveau qui sont affectées d'une maladie ou d'une pathologie quelconque. Tel est le cas du traitement chirurgical des lésions épileptiques ou des tumeurs cervicales. On classe aussi généralement dans cette catégorie les opérations sur le cerveau ayant pour but de supprimer certaines douleurs réfractaires aux autres moyens connus.

La psychochirurgie pose comme postulat l'identification dans le cerveau humain de centres spécialisés comme siège de tel ou tel comportement. Elle pose, sur le plan de la morale et du droit, des problèmes particuliers. D'une part, elle entraîne une destruction irréversible de cellules nerveuses qui ne sont pas susceptibles de régénération. D'autre part, elle détruit un tissu humain organiquement sain et à propos duquel aucune indication pathologique n'existe. Enfin, la preuve véritablement scientifique de son efficacité sur l'homme et de la prévisibilité des résultats obtenus reste largement à faire.

Le caractère expérimental de cette technique et la relative faiblesse de ses résultats ont incité le gouvernement américain à se pencher sur elle. La *U.S. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* a longuement étudié cette procédure et a présenté des recommandations incitant à une grande prudence dans son utilisation. Elle est parfois cependant encore en usage limité aux États-Unis et en Angleterre. Une revue de la documentation révèle qu'elle ne semble pas avoir été généralement pratiquée au Canada depuis 1973.

Une forme particulière de psychochirurgie, la lobotomie frontale, a connu aux États-Unis et au Canada une grande vogue jusqu'au début des années 60. L'opération consiste au moyen d'un instrument chirurgical à sectionner certaines parties du cortex frontal pour les isoler neurologiquement des autres. On avait observé que cette opération permettait d'obtenir une régression du comportement violent ou agressif. Cette technique paraît maintenant complètement abandonnée pour deux raisons. En premier lieu, elle causait parfois des effets secondaires sérieux et irréversibles, notamment une détérioration nette des facultés intellectuelles. En second lieu, le développement de la pharmacothérapie, donnant des résultats meilleurs et en principe réversibles, a sonné le glas de cette technique, du moins à l'heure actuelle.

E. La castration

La castration peut être chirurgicale ou chimique. L'ablation chirurgicale des testicules a pour conséquence de faire complètement disparaître l'hormone testostérone dans le sang. Elle réduit considérablement ou même supprime totalement les pulsions sexuelles.

La castration chimique, pour sa part, est obtenue par l'administration de certaines drogues de découverte récente (cyprotérone, provera). Ces substances réduisent le taux de testostérone et provoquent des effets similaires à la castration chirurgicale. Au contraire de cette dernière cependant, elle est réversible et ses effets cessent dès que l'administration de ces drogues est interrompue pendant une certaine période de temps.

Il existe chez les spécialistes une controverse sur les effets que la castration peut véritablement avoir sur le comportement de l'homme. Certains estiment que ses effets sont loin d'être prouvés parce que, même si elle peut réduire la force de l'instinct sexuel, elle ne change pas pour autant les préférences sexuelles. D'autres opinent au contraire que la castration, notamment la castration chimique, reste le meilleur traitement possible pour certains comportements sexuels marginaux et a pour effet de grandement réduire les tendances à la violence.

Ces deux formes de castration ont déjà été utilisées dans des pays comme la Suède, le Danemark et l'Allemagne sur certains délinquants sexuels, notamment des pédophiles.

Il n'en existe pas d'exemple au Canada, à notre connaissance. Il faut signaler cependant une récente instance où un détenu s'est adressé à une cour ontarienne pour obtenir de celle-ci l'autorisation judiciaire de se faire castrer, ce que la cour lui a d'ailleurs refusé¹.

Telles sont, brièvement résumées, quelques-unes des principales techniques utilisées pour tenter de changer ou de modifier le comportement d'une personne. Cette simple description est révélatrice et permet déjà un certain nombre d'observations préliminaires.

Tout d'abord, sur le plan théorique, il faut admettre qu'aucune de ces techniques ne constitue à elle seule une technique humainement inacceptable ou intolérable. Par contre les conséquences et effets potentiels de leur administration doivent être pris en considération. En droit médical, un principe fondamental veut qu'il doive toujours exister une proportion acceptable entre d'un côté la gravité et les risques de l'atteinte et de l'autre côté le bénéfice espéré. Ce principe a comme conséquence qu'à résultat égal, la technique la moins intrusive et la moins risquée doit toujours être préférée. Par exemple, on doit préférer un traitement «pharmacothérapeutique» réversible et sans effet secondaire sérieux, à une psychochirurgie qui ne l'est pas et qui risque de produire des effets secondaires négatifs et permanents, si le résultat prévu et espéré de ces deux interventions est identique.

En deuxième lieu, on peut aussi constater qu'à première vue, certaines de ces techniques apparaissent plus intrusives que d'autres. Ainsi en est-il si l'on compare la psychochirurgie ou la castration au renforcement positif. En troisième lieu, comme nous l'avons vu, certaines d'entre elles ont un caractère irréversible, alors que pour d'autres, le patient peut en tout temps interrompre le traitement utilisé sans nécessairement en ressentir des effets permanents. En quatrième lieu, si toutes ces techniques comportent des effets secondaires ou sont susceptibles d'en entraîner, il existe une grande variété dans la gravité de ceux-ci.

En cinquième et dernier lieu, plusieurs de ces techniques sont encore au stade de la simple expérimentation ou au moins de la thérapie expérimentale, alors que d'autres, au contraire, ont maintenant fait leurs preuves sur les plans scientifique et médical.

1. *R. v. Williams*, 15 janvier 1976, Cour suprême de l'Ontario. Voir aussi «Where We Have No Law», *The Globe and Mail*, 15 janvier 1976, p. 4; «Court Has No Power to Order Castration», *The Globe and Mail*, 16 janvier 1976, p. 7.

CHAPITRE DEUX

Les problèmes et les réponses du droit actuel

L'examen des problèmes touchant l'utilisation des techniques de contrôle et de changement du comportement doit être mené dans la perspective du mandat de la Commission qui est, rappelons-le, de recommander des modifications aux lois du Canada. Le lecteur ne doit donc pas rechercher ici une discussion complète de toutes les questions que soulèvent ces techniques dans une société comme la nôtre, mais seulement de celles qui peuvent nécessiter une intervention soit au niveau législatif, soit à celui de la politique juridique d'ensemble du pays.

La multiplicité de ces problèmes exige une identification claire de ceux qui feront l'objet de notre analyse. Cette analyse peut se faire à deux niveaux. À un niveau général tout d'abord, soit celui des principes fondamentaux qui sous-tendent la plupart des règles du droit actuel. Nous nous interrogeons donc sur l'impact de l'application de ses techniques à la fois sur le principe de l'autonomie de la personne et sur celui de l'inviolabilité de la personne humaine.

À un niveau particulier ensuite, soit celui de l'application concrète des règles de droit, il convient de s'interroger sur l'opportunité pour le droit d'accorder à l'intégrité psychologique de l'individu la même protection qu'il offre à l'heure actuelle à l'intégrité physique. Enfin, comme ces mêmes techniques peuvent servir de mécanismes de contrôle social, au sens large du terme, quelles sont les limites que le droit doit poser et comment peut-il les traduire dans la législation?

I. Le principe de l'autonomie de la personne et le problème de l'administration non consensuelle des traitements de modification du comportement

A. La notion d'autonomie de la personne dans le contexte psychologique

La notion d'autonomie de la personne est fondamentale. La Commission en a déjà souligné l'importance dans plusieurs de ses documents. Il n'est donc pas opportun de

reprendre une analyse déjà faite, mais seulement de la replacer dans le contexte des problèmes que peut soulever l'application des techniques de contrôle et de changement du comportement.

D'une façon générale, l'autonomie de l'être humain signifie l'affirmation de son droit à l'autodétermination et la manifestation de sa liberté de décision. Cette autonomie est donc particulièrement importante, et sa préservation par le droit d'autant plus critique, lorsqu'elle se rapporte aux décisions portant sur sa propre personne. Ainsi, lorsque la Commission recommande que tout individu capable ait le droit de refuser un traitement médical, même si ce refus est susceptible d'entraîner la continuation de sa maladie ou même la mort, elle reconnaît de façon formelle le principe de l'autonomie de la personne sur son propre corps et sur sa vie.

Ce principe toutefois n'emporte pas seulement le droit de prendre des décisions positives ou négatives. Si en effet l'être humain est autonome, on doit lui reconnaître aussi le droit de ne pas se faire imposer par d'autres une telle décision contre son gré. C'est donc également au nom de l'autonomie qu'on protège l'individu contre les traitements médicaux imposés. Ce droit n'est pas absolu et le législateur, pour des raisons d'intérêt supérieur, y apporte parfois des restrictions plus ou moins importantes au nom du bien collectif ou des droits équivalents d'autres individus.

L'autonomie de la personne se compose donc de la liberté de «choisir» d'une part, et de la liberté de «refuser» d'autre part. Lorsque ces libertés s'exercent dans le contexte de la protection de l'intégrité physique, elles légitiment le droit de choisir un traitement plutôt qu'un autre ou de ne pas être traité d'une part, et, d'autre part, le droit de s'opposer à un traitement non librement consenti imposé par un tiers.

Dans le contexte des techniques de modification du comportement humain, ces deux libertés posent cependant des problèmes particuliers. Deux observations importantes méritent d'être faites au préalable. La première est que les techniques de modification du comportement ne constituent pas nécessairement en elles-mêmes une menace à la liberté de choix de la personne et donc à son autonomie. Certains assimilent en effet, trop facilement, ces techniques à une entrave à l'autonomie. La chose est inexacte. En effet, dans la pratique courante, ces techniques sont, au contraire, utilisées dans le but de restaurer ou de rehausser chez celui qui s'y soumet, son autonomie et sa faculté de faire des choix significatifs. Ainsi le malade mental, affecté d'une psychose grave, ne jouit que d'une autonomie restreinte, et n'est donc plus, en raison de son incapacité mentale, apte à faire certains choix. Un traitement «pharmacothérapeutique», par exemple, peut, sinon le guérir de sa maladie, du moins en atténuer les effets et lui redonner l'aptitude de prendre des décisions sur sa propre personne. Il faut se garder toutefois de tomber dans le paternalisme et de vouloir à tout prix nécessairement améliorer le sort des autres. C'est pourquoi en principe une large part doit être réservée à la volonté et à l'initiative individuelles.

La seconde observation est que la liberté de choix et la liberté de refus en matière psychiatrique sont des notions fluides et contingentes. Fluides parce qu'elles échappent

souvent à une mesure véritablement objective. Il existe en effet des degrés dans l'autonomie et ces degrés sont fonction de considérations et d'impératifs individuels. Ainsi, l'homme libre jouit en général d'un degré d'autonomie plus élevé que le prisonnier. Toutefois, entre un homme libre ayant un équilibre mental parfait et un homme libre atteint de schizophrénie grave, la différence est considérable. Elle l'est probablement aussi entre le prisonnier condamné à perpétuité et celui qui n'est incarcéré que pour quelques mois.

Contingentes, parce que l'autonomie décisionnelle d'un individu dépend de l'interaction de multiples facteurs touchant son éducation, son milieu, son environnement et qui ont tous une influence directe sur l'expression de la liberté individuelle et échappent à une stricte mesure scientifique. Les tenants du déterminisme contesteront ici sans doute les notions d'autonomie et de liberté sur cette base. On doit en effet reconnaître que ces notions ne sont pas toujours bien claires, bien tranchées et qu'elles demeurent surtout dépendantes des facteurs et contingences individuels. Ce n'est cependant pas une raison suffisante pour leur nier une protection juridique.

La liberté de choisir, nous l'avons dit, implique pour l'individu le droit d'accepter ou de refuser l'application à lui-même de l'une ou l'autre de ces techniques et de sélectionner, en cas d'acceptation, celle qu'il préfère. Elle suppose, comme pour tout autre traitement, la présence d'un consentement libre et éclairé. Elle pose aussi, comme pour tout autre traitement médical, le problème des limites du refus de traitement. Certaines différences séparent cependant ces techniques de celles qui ont un caractère strictement physiologique.

En premier lieu, ceux qui prennent la décision d'y recourir appartiennent souvent à un groupe de personnes qui, à un degré ou à un autre, souffrent d'une affection mentale susceptible de supprimer ou de diminuer leur capacité de consentir. Le délicat problème du consentement substitué se pose donc plus fréquemment et de façon plus aiguë dans le cadre de l'utilisation de ces techniques que dans celui des interventions médicales ordinaires. La question a d'ailleurs été évoquée dans une instance judiciaire récente. Un père requit une injonction contre un hôpital psychiatrique, aux fins d'obtenir, pour sa fille, un certain type de traitement et pour avoir le droit de choisir pour elle la thérapie et la médication. La Cour supérieure du Québec, tout en reconnaissant au père le droit d'être constamment informé des traitements reçus par sa fille, rejeta la demande estimant que l'institution, dans les circonstances particulières de l'espèce, avait seule l'expertise nécessaire pour décider de la meilleure forme de traitement à administrer².

En second lieu, ces techniques peuvent parfois être utilisées pour éliminer ou restreindre la capacité de discernement de l'individu et sa liberté de faire un choix éclairé. C'est poser le problème de l'utilisation non thérapeutique de ces techniques.

2. *Arnold Carsley c. Centre hospitalier Douglas*, 27 juillet 1983. Cour supérieure Québec, n° 500-05-008783-837.

L'administration de certaines drogues peut, par exemple, provoquer chez l'individu un état pathologique précis, réduire sa volonté ou le priver complètement ou partiellement de son libre arbitre. Ce ne sont pas toutefois les techniques elles-mêmes, mais bien l'utilisation déviante qui en est faite qui est à la source du problème.

En troisième lieu, ces techniques ont quelque chose de particulier, en ce que certaines d'entre elles peuvent permettre d'effectuer un changement de comportement chez la personne qui les utilise, malgré sa volonté de résister au changement. C'est l'exemple classique du viol de conscience par un lavage de cerveau scientifique organisé. Là aussi, nous dépassons le cadre ordinaire d'utilisation strictement thérapeutique pour entrer dans celui de l'usage pour fins de «rééducation», de «punition» ou de «conditionnement social».

Le droit de s'opposer à l'emploi de ces techniques pose d'autres problèmes reliés cette fois-ci à l'administration du traitement. Est-il légitime de les utiliser sur un individu sans son consentement, lorsque le comportement que l'on désire corriger constitue un danger immédiat pour l'individu lui-même ou pour les autres? Est-il légitime de le faire en s'assurant simplement du consentement d'un proche (conjoint, membre de la famille) ou de celui que la loi désigne pour le représenter (tuteur, curateur)? La société doit-elle respecter le refus de l'individu de se soumettre à ces techniques, lorsque la conséquence de ce refus est un danger potentiel pour la vie ou la santé de l'individu lui-même ou pour celles des autres?

Cette analyse succincte de certaines difficultés soulevées par l'application du principe de l'autonomie de la personne humaine dans le cadre de l'utilisation de ces techniques montre bien la complexité du problème. Il convient maintenant de s'interroger sur la façon dont le droit peut effectuer certains éléments de réforme.

B. L'administration non consensuelle des traitements psychiatriques

Nous excluons ici volontairement le problème de l'expérimentation, qui doit faire l'objet d'une étude particulière de la Commission. C'est donc uniquement dans la perspective du traitement médical au sens strict du mot que nous nous placerons.

Le traitement de la maladie mentale et des troubles de comportement a fait de grands progrès depuis le siècle dernier. La personne qui souffre d'une maladie mentale n'est plus expédiée dans un asile, qui ressemblait alors plus à une prison, isolée complètement du reste de la société et abandonnée à elle-même. De nos jours, elle est ordinairement considérée comme un véritable patient, les séjours en milieu hospitalier tendent à être relativement courts et un effort particulier est fait pour soulager ou atténuer les symptômes, de façon à permettre une réinsertion sociale rapide.

Toutefois, depuis quelques années, l'application de la règle du consentement au traitement psychiatrique a soulevé de nombreuses discussions d'ordre juridique. Plusieurs décisions canadiennes et américaines ont tenté tour à tour de mieux définir les droits du malade mental interné face aux interventions thérapeutiques non consensuelles et au refus pur et simple de traitement.

Surtout aux États-Unis, la pratique des sciences de la santé mentale a fait l'objet d'attaques virulentes de la part d'anciens patients, de juristes, de défenseurs des droits de la personne et aussi d'un groupe de gens de formations diverses, représentant ce que certains appellent maintenant «l'antipsychiatrie». Il est intéressant de s'attarder aux bases mêmes de ces attaques pour tenter d'en comprendre la réalité et le bien-fondé et d'évaluer le droit actuel d'un œil plus critique.

D'une façon générale, le premier reproche s'articule autour du caractère véritablement libre et volontaire de l'administration des traitements d'ordre psychiatrique, et du rôle effectif de la participation de l'individu interné aux décisions thérapeutiques le concernant. On reproche (d'ailleurs souvent à l'aide d'exemples extrêmes où les abus sont manifestes), aux médecins, de ne pas laisser de véritable choix au patient dans l'administration du traitement, à partir du moment où ce dernier a été déclaré incapable par la loi. Une fois l'incapacité juridiquement constatée, tout se passe, dit-on, comme si le patient n'avait plus rien à dire dans l'administration du processus thérapeutique, au contraire du patient ordinaire qui peut, à tout moment, obtenir des informations, discuter de l'opportunité des procédures médicales et même en requérir l'arrêt complet. Le malade psychiatrique préalablement catalogué comme incapable se verrait donc ôter sa véritable liberté de choix et de décision.

Cette privation de liberté entraîne deux effets importants. D'une part, on ne respectera guère les décisions du malade; on passera outre, estimant qu'elles sont le fruit du processus mental d'une personne inapte à les prendre vraiment. Le patient risque donc d'être traité contre son gré. D'autre part, la décision de passer outre la volonté du patient a pour effet pratique de libérer le thérapeute de l'obligation que le droit lui impose normalement d'informer son patient, puisque l'information a essentiellement pour but d'éclairer un consentement que celui-ci ne peut, toujours dans cette optique, donner valablement.

On souligne également que le danger du traitement non librement consenti est d'autant plus grand que l'utilisation de certaines techniques provoque effectivement chez l'individu un sentiment de confusion intellectuelle et diminue sa capacité de décision. Cette observation est accompagnée en général d'une demande d'établir des mécanismes supplémentaires, impartiaux et indépendants qui assureraient un consentement volontaire et éclairé.

L'antipsychiatrie déplore enfin que le refus d'un traitement soit souvent considéré a priori comme nécessairement déraisonnable et comme le reflet même de la présumée incapacité de donner un consentement valable. Or, le caractère raisonnable ou non d'un

refus de traitement ne constitue pas le véritable problème, puisque une décision même déraisonnable doit être respectée si celui qui la prend a la capacité de comprendre la nature et les conséquences de l'acte qu'il pose. Ainsi, certains peuvent considérer comme déraisonnable la décision d'un témoin de Jéhovah adulte de refuser une transfusion sanguine. Pourtant, dans ce cas, ce souhait doit être respecté par les médecins, même si les conséquences peuvent être lourdes pour l'individu. On aura, par contre, probablement tendance à moins respecter la décision d'interruption de traitement prise par un patient psychiatrique, parce que l'on établira plus volontiers un lien causal entre le refus et son incapacité. Le refus sera jugé déraisonnable en lui-même et comme constituant une preuve supplémentaire de son incapacité à consentir.

Ces critiques contiennent des éléments valables. Les catégorisations quelque peu manichéennes entre personnes capables et personnes incapables, sont sûrement sujettes à caution. Si, en plus, ces mesures parfois arbitraires sont accompagnées d'une privation du droit de l'individu de prendre lui-même des décisions sur son propre corps et sur sa santé, on perçoit alors combien les possibilités d'abus deviennent grandes. La capacité de prendre des décisions portant sur sa propre personne doit être évaluée avec beaucoup de prudence et de précaution. Une seule déclaration judiciaire ou administrative d'incapacité ou une décision d'internement ne doit pas constituer automatiquement une justification d'ignorer complètement les volontés de l'individu.

Deux notions connexes, parfois encore confondues par le système de droit actuel, doivent donc être distinguées: la capacité juridique et l'aptitude à consentir. Pendant longtemps, dans la plupart des systèmes juridiques, il suffisait qu'une personne soit légalement déclarée incapable par décision judiciaire ou administrative, pour être non seulement privée du droit de gérer ses biens et ses propres affaires, mais pour perdre également tout droit de pouvoir décisionnel concernant sa santé physique ou mentale. Il est probable que par le passé, ce système a permis de brimer ou d'ignorer bien des droits fondamentaux. Si l'on ajoute à ce fait que les levées d'interdiction étaient difficiles à obtenir en pratique, on comprend mieux pourquoi, dans cet ancien système, un jugement d'interdiction équivalait en fait à une décision lourde de conséquences. Le curateur, le tuteur, le gardien pouvaient décider seuls et sans consultation de «ce qui était dans l'intérêt» du malade, sans vraiment chercher à déterminer si la perception de cet intérêt par l'intéressé était identique ou similaire. En pratique dans ce modèle très paternaliste, le refus par le malade d'un traitement objectivement bénéfique pouvait donc être facilement ignoré, au nom même de son bien-être.

La Commission de réforme du droit a déjà exprimé son point de vue sur une partie de la question, lorsqu'elle s'est penchée sur le problème de la stérilisation des personnes souffrant d'un handicap mental. À la page 85 de son document de travail 24, elle faisait, dans le contexte de la stérilisation, la remarque suivante:

Répetons encore, qu'il n'y a rien *d'inhérent* au handicap mental qui empêche au départ une personne de pouvoir fournir un consentement éclairé à sa stérilisation. Si cette personne demande qu'on procède à l'intervention et s'il est par ailleurs établi qu'elle en comprend la nature et les conséquences et qu'elle n'est influencée par aucune contrainte, le droit de

consentir devrait lui être laissé. Le handicap ou son degré ne sont donc pas des caractéristiques pertinentes. L'utilisation dans un tel cas du consentement d'une tierce personne, ou le refus d'accorder une stérilisation, a pour effet d'enlever à ces personnes un droit accordé aux autres.

Ces remarques nous semblent parfaitement applicables, au niveau des principes, aux techniques qui font l'objet du présent document.

Le système juridique de protection des incapables a cependant évolué, en raison de la prise de conscience graduelle par la société et par le législateur de cette réalité. Il est impossible de faire ici un examen détaillé de l'ensemble des textes législatifs et jurisprudentiels pertinents. Toutefois, comme le problème reste important au niveau du droit et de la politique criminelle, il nous a paru nécessaire d'y consacrer quelques réflexions.

La toute première protection de principe dont la personne doit pouvoir bénéficier est celle de ne pas être soumise à un traitement psychiatrique de façon arbitraire et non consensuelle. Tout traitement, en effet, hormis cas d'urgence ou de nécessité, doit rester un acte librement consenti. À l'heure actuelle, le droit fédéral et les droits provinciaux contiennent certaines règles de protection contre les abus.

Il est inutile de reprendre ici l'analyse de l'application des textes du *Code criminel* actuel à cette première hypothèse, analyse qui a été faite de façon approfondie dans le document de travail 26 de la Commission portant sur le traitement médical et le droit criminel. Dans ce document, la Commission recommandait notamment que le *Code criminel* reconnaisse le droit de tout individu capable, de refuser un traitement ou d'exiger son interruption, consacrant aussi l'autonomie de la personne humaine sur les décisions portant sur son propre corps. Par contre, à l'époque où ce texte a été rédigé, la Charte canadienne n'était pas encore en existence. Or, la lecture de celle-ci permet de penser que le respect de l'autonomie et du droit à l'autodétermination pour le patient psychiatrique s'est trouvé singulièrement renforcé. L'article 7 de la Charte protège en effet le droit à la liberté et à la sécurité de la personne et exige, si une atteinte y est portée, une conformité avec les principes de justice fondamentale. L'application de la Charte n'étant pas limitée aux matières de droit criminel, nous pensons que la personne internée ou soumise à un traitement psychiatrique sans que ces normes n'aient été respectées, peut invoquer cette disposition et bénéficier d'une protection accrue contre une détention arbitraire. La Charte devrait aussi permettre d'éviter qu'un individu ne soit interné sans avoir l'occasion de se défendre contre cette mesure, de présenter sa version des faits et de l'étayer par une contre-preuve appropriée. Le concept de *justice fondamentale* nous semble en effet suffisamment large pour permettre au juge de s'enquérir, par exemple, de la procédure et des méthodes utilisées pour déclarer un patient juridiquement incapable et de la légalité de l'application d'un traitement psychiatrique auquel il n'a pas consenti. De plus, comme nous le verrons plus loin, l'article 12 qui protège contre les traitements cruels et inusités trouve ici aussi son application.

L'article 9, pour sa part, accorde une protection contre la détention arbitraire, et l'article 10 le droit de faire contrôler par *habeas corpus* la légalité de la détention. Ces textes, de l'avis de la Commission, permettent à un patient psychiatrique interné ou tenu en cure fermée d'invoquer l'illégalité de sa détention et de demander sa libération. La Charte a donc un impact significatif sur les droits des patients psychiatriques parce qu'elle réaffirme clairement que ceux-ci ne sont pas privés des droits fondamentaux reconnus par le texte.

Au niveau des diverses législations provinciales, il existe aussi des mécanismes juridiques ou administratifs, tels les bureaux ou comités de révision ayant pour but de prévenir la détention arbitraire, d'entourer le processus d'interdiction du respect des droits fondamentaux et de permettre une révision périodique de l'état d'incapacité légale. Sans vouloir entrer dans les détails, on peut mentionner que la plupart d'entre elles permettent au patient de demander une nouvelle expertise sur son cas devant un forum indépendant de façon à obtenir son élargissement. Le recours en *habeas corpus*, traditionnel gardien des libertés individuelles, reste aussi ouvert.

Un second type de protection est celui qui permet au patient psychiatrique de refuser un traitement alors même qu'il a été légalement déclaré incapable. Pour tenter de bien identifier les différentes possibilités pratiques, nous nous permettrons de recourir à des exemples, même si ceux-ci, par la généralisation qu'ils entraînent, peuvent être trompeurs. Il n'existe pas, en effet, deux cas parfaitement identiques et il est toujours important, dans la réalité, d'accorder la plus grande importance aux caractéristiques propres à chaque cas individuel. Ces exemples ne sont donc donnés qu'à titre d'illustration.

Le premier est celui de la personne dont l'affection mentale est telle qu'elle est complètement privée, de façon provisoire ou définitive, de la capacité de comprendre ce qui lui arrive et donc d'exercer, par rapport à elle-même, un jugement rationnel et éclairé. Une analogie peut alors être tracée avec l'accidenté de la route amené inconscient au service d'urgences d'un hôpital. Comme l'a déjà souligné la Commission, la présomption doit alors être en faveur du maintien de la vie et de la santé. Les autorités médicales doivent avoir le droit de traiter dans ce but et ne doivent pas présumer que si la personne était consciente, elle refuserait le traitement. Un médecin poursuivi devant une cour criminelle pour voies de fait dans un tel cas aurait, dans l'état actuel du droit, une défense valable. La solution serait la même au niveau du droit de la responsabilité civile.

Cette règle a été récemment réaffirmée dans une instance judiciaire. Les autorités d'une institution spécialisée dans le traitement de délinquants atteints de troubles psychiatriques demandèrent un jugement déclaratoire aux fins de déterminer si elles s'exposaient à des sanctions légales en traitant contre sa volonté un patient psychotique. Le patient avait proféré des menaces contre le premier ministre du Québec et refusait tout traitement au motif qu'il s'agissait d'un complot politique visant à museler sa liberté

d'expression. La Cour, satisfaite de la preuve présentée à l'effet que le patient était bel et bien atteint de schizophrénie paranoïde, et que l'absence de traitement entraînerait une détérioration sans rémission de son état, décida d'agir en *parens patriae*, en substituant sa décision à celle du patient et en autorisant le requérant à procéder au traitement, même de façon contraignante³.

Les mécanismes visant à amener la protection de ces droits sont toutefois peut-être aussi importants que les droits eux-mêmes. Une certaine uniformisation de ces procédures, après un examen critique de celles actuellement en vigueur, nous paraît essentiel.

Le second exemple est celui de la personne qui conserve une certaine conscience et un certain contact avec l'extérieur, mais présente des signes d'un comportement dangereux pour elle ou pour les autres. C'est le cas du psychotique en crise aiguë qui menace la vie de ses proches. Dans l'état actuel du droit, il est douteux qu'un traitement puisse lui être administré sans son consentement. Cependant, des procédures visant à son interdiction et à son internement dans un hôpital psychiatrique peuvent être entreprises. De plus, les mesures classiques destinées à protéger sa vie ou celle des autres peuvent aussi être prises.

Le troisième cas est probablement le plus fréquent. Il s'agit de la personne, atteinte d'une maladie mentale, qui n'est pas immédiatement menaçante pour elle-même ou pour les autres, mais risque de le devenir si on respecte sa décision de ne pas se faire traiter, ou d'interrompre un traitement déjà entrepris. Le problème sur le plan juridique est alors de déterminer si son refus est véritablement libre et éclairé, autrement dit, s'il est le fruit d'un acte de volonté valable. D'un côté, on pourrait dans certains cas justifier l'administration non volontaire du traitement au nom du risque potentiel posé à la sécurité d'autrui et du caractère répétitif de la conduite. D'un autre côté, il est également possible, et le droit actuel semble à cet effet, de respecter la décision du patient mais d'exiger en retour qu'il soit interné, de façon à pallier les conséquences négatives possibles de sa décision pour les tiers. Le droit actuel n'apporte cependant pas de réponses véritablement satisfaisante, eu égard aux changements d'attitude de la société par rapport à la maladie mentale.

Enfin, la dernière hypothèse est celle du patient qui, comme dans l'hypothèse précédente, refuse les soins, mais ne représente un danger ni pour lui-même ni pour les autres. Dans ce cas, sa décision devrait, selon nous, toujours être respectée, après que l'information pertinente lui a été fournie. Un traitement imposé et non volontaire nous paraît constituer, sans autres circonstances justificatives, une infraction pénale et une faute civile.

Le domaine des incapacités juridiques relève largement du droit provincial, qui organise le régime de protection des incapables, les procédures d'interdiction, le régime

3. *Institut Philippe Pinel de Montréal c. Dion*, [1983] C.S. 438.

d'hospitalisation. Il nous a paru intéressant, à titre d'information, de rechercher brièvement comment les différentes législations provinciales envisageaient le droit du patient psychiatrique de refuser un traitement. Cette brève recherche nous a permis de constater qu'il était loin d'exister une uniformité de pensée sur le sujet.

Sans entrer dans trop de détails, on peut diviser les différents droits provinciaux en quatre catégories distinctes. Dans un premier groupe, on retrouve des législations qui, de façon explicite, adoptent la règle que le patient psychiatrique hospitalisé dans l'intérêt de sa sécurité propre ou de celle des autres, peut être détenu et traité sans son consentement. Le droit de Terre-Neuve appartient à ce premier groupe. Le paragraphe 6(1) du *Mental Health Act, 1971*, S.N. 1971, chap. 80, de cette province dispose en effet que

[TRADUCTION]

... Toute personne qui, selon l'avis d'un médecin, souffre d'un désordre mental tel qu'il nécessite l'hospitalisation de cette personne pour sa propre sécurité ou celle d'autrui ou la sécurité de certains biens, peut être admise, détenue *et traitée* dans une institution *sans son consentement*. [C'est nous qui soulignons]

Un second groupe se compose des législations de la Colombie-Britannique, du Manitoba, de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick et de l'Alberta. Chacune d'entre elles, il faut le souligner, contient des nuances dont il est évidemment impossible de rendre compte en toute justice ici. Toutes ont cependant un trait commun. À des degrés divers, la loi paraît «implicitement» reconnaître que le patient interné n'a pas le droit de refuser un traitement. Certaines, en effet, ne reconnaissent ce droit de façon explicite qu'au seul patient non interné. On peut donc croire logiquement a contrario qu'une reconnaissance expresse dans ce seul cas ne permet pas de supposer une reconnaissance implicite dans l'autre. Ainsi en est-il du paragraphe 8(4) de la *Loi sur la santé mentale* (S.R.M. 1970, chap. M110, par. 8(4), telle que modifiée par S.M. 1980, chap. 62, par. 17) qui se lit de la façon suivante : «Un malade *en cure volontaire* ne peut subir aucun traitement auquel il s'oppose» [C'est nous qui soulignons]. Il faut admettre cependant qu'il y a place ici pour des interprétations sinon divergentes, du moins contradictoires.

Appartiennent au troisième groupe les législations de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse qui, toutes deux au contraire, reconnaissent de façon expresse au patient hospitalisé le droit de refuser un traitement. La loi de la Nouvelle-Écosse prévoit que la capacité de consentir au traitement est déterminée par un psychiatre et que, si cette détermination n'est pas faite, le patient est présumé capable de consentir au traitement, même s'il est interné. La législation ontarienne (*Loi sur la santé mentale*, L.R.O. 1980, chap. 262, alinéa 1(g)), sur le même modèle, comprend en plus une définition précise et intéressante de l'expression «qui jouit de toutes ses facultés mentales»:

État de celui qui est capable de comprendre l'objet du consentement qu'on lui demande et les conséquences qui peuvent résulter du fait qu'il donne ou refuse son consentement.

Enfin, dans une quatrième catégorie, on peut ranger les législations qui n'abordent pas directement la question. Il en est ainsi des Ordonnances des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon et de la législation de l'Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, la législature a prévu un système de «cure fermée» spécifique à cette province et la loi ne contient aucune référence au refus du traitement, même si elle prévoit un système de révision de la cure fermée.

Trois lignes directrices se dégagent donc de cette brève analyse du droit actuel. La première est qu'un authentique respect de la personne humaine passe nécessairement par le respect que la loi accorde à son consentement et à sa participation au traitement. Lorsqu'il s'agit de décisions aussi importantes que celles touchant la vie et la santé, la loi devrait sanctionner le respect de la décision individuelle et éviter d'imposer des traitements sans le consentement du patient, sauf en cas d'urgence ou de danger immédiat. La présomption classique que tout individu est présumé capable, à moins d'être déclaré incapable, doit donc subsister dans toute sa force.

La seconde est que le consentement au traitement ne doit pas être considéré comme une chose qui est donnée une fois pour toutes. Le consentement est un continuum. Il n'est donc pas suffisant d'obtenir celui-ci au début du traitement pour justifier ensuite sa poursuite sans tenir compte des réticences, des objections ou de l'opposition du patient. C'est poser le problème difficile de la preuve du retrait de consentement en cours de traitement. Dans les hôpitaux cependant, un mécanisme est prévu en cas de refus de traitement. Il semble bien remplir son rôle, même si aucune étude sérieuse n'a été faite sur son efficacité en matière psychiatrique.

La troisième est qu'il faut s'efforcer de préserver la distinction, que commence à mieux faire le droit moderne, entre la capacité juridique et l'aptitude à consentir, ou entre l'incapacité légale et l'incapacité de fait. Ces notions doivent être nettement distinguées l'une de l'autre. Une personne déclarée judiciairement ou administrativement incapable devrait malgré tout conserver un certain pouvoir de participation aux décisions concernant les actes médicaux, même lorsqu'elle est internée. À défaut, elle devrait au moins bénéficier d'un accès simple et rapide à une instance lui permettant de remettre en question le verdict d'incapacité. Le prononcé d'une interdiction ne doit pas permettre de nier au malade toute participation au processus décisionnel et d'ignorer systématiquement ses choix.

II. Le principe de l'inviolabilité de la personne et la protection de l'intégrité psychologique

A. La notion d'inviolabilité de la personne dans le contexte psychologique

L'inviolabilité de la personne touche à d'autres notions importantes déjà étudiées par la Commission, notamment dans son document de travail intitulé *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie*. Dans ses documents de travail 26 intitulé *Le traitement médical et le droit criminel* et 28 intitulé *Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement*, la Commission a analysé cette notion d'inviolabilité par rapport aux atteintes d'ordre physique qui peuvent y être portées.

Nos règles juridiques actuelles, qu'elles soient fédérales ou provinciales, traduisent toutes le souci de protéger la personne humaine contre les atteintes non librement consenties dont elle peut faire l'objet. L'article 19 du *Code civil* du Québec résume bien ce principe dans une formule lapidaire lorsqu'il affirme «[l]a personne humaine est inviolable. Nul ne peut porter atteinte à la personne d'autrui sans son consentement ou sans y être autorisé par la loi». Le droit reconnaît donc la faculté pour l'individu de renoncer à l'inviolabilité de sa personne. Il en est ainsi en droit actuel lorsqu'une personne donne son consentement à une opération chirurgicale qui, autrement, constituerait des voies de fait. La loi admet aussi un certain nombre d'atteintes non consenties et légalisées. Ainsi, un médecin ou une autorité médicale peut parfois administrer un traitement médical à un individu, malgré son refus, lorsqu'il est atteint d'une maladie contagieuse, qu'il risque de contaminer d'autres personnes et qu'il refuse ou néglige de se faire soigner. On en retrouve plusieurs exemples dans les législations provinciales de protection de la santé publique.

Le droit reconnaît donc l'intégrité physique de la personne humaine comme une valeur fondamentale. Certes, le degré et la qualité de la protection offerte peuvent varier. Dans une société de démocratie libérale comme la nôtre, un accent tout particulier est placé sur la liberté individuelle. Les hypothèses où la loi autorise à porter atteinte à l'intégrité de la personne demeurent donc rares, mêmes exceptionnelles et toujours bien définies par la loi. De plus, les tribunaux interprètent en général ces atteintes normalisées de façon restrictive, de manière à favoriser le plus large épanouissement de la liberté individuelle.

Le concept d'inviolabilité de la personne est le plus souvent analysé dans le contexte des atteintes d'ordre physique ou matériel qui peuvent y être portées. Le *Code criminel* protège l'être humain contre les voies de fait, l'homicide, les actes de négligence susceptibles de mettre son intégrité en péril. Le droit privé lui aussi traduit ce respect. Ainsi, les règles de la responsabilité civile permettent à la victime d'une atteinte non consentie et non légalisée d'obtenir de l'auteur une compensation pécuniaire pour le préjudice subi. Les tribunaux évaluent alors sous forme monétaire l'incapacité temporaire ou permanente, totale ou partielle, et attachent un prix aux conséquences de cette atteinte.

La personne humaine n'est cependant pas qu'une entité physique. L'homme n'est pas seulement un corps, mais aussi une intelligence, un esprit, une émotivité. Or, jusqu'ici, ce second aspect de la personne humaine a peut-être été moins privilégié par le droit. Les modèles jurisprudentiels et législatifs de protection contre les atteintes à l'intégrité psychologique de l'individu sont plus rares, mais existent quand même. Leur existence est la preuve que le droit considère celle-ci comme une valeur méritant protection au nom du principe de l'inviolabilité de la personne.

Parfois, l'atteinte à l'intégrité psychologique passe par une atteinte d'ordre physique. Le problème de sanction, s'il se pose, est alors résolu à l'aide des règles conçues pour la protection de cette dernière. Ainsi, constitue sans nul doute des voies de fait et une faute civile, le fait de pratiquer contre sa volonté une opération de psychochirurgie sur un patient capable. Parfois, au contraire, l'atteinte à l'intégrité psychologique ne passe pas nécessairement par la violation de l'intégrité physique. Le droit apparaît alors en général plus démuné. Ainsi, il est douteux que le droit criminel contienne, à l'heure actuelle, une disposition permettant de sanctionner un conditionnement psychologique inconscient et non volontaire sur une personne, par le biais d'une publicité subliminale. Il n'est pas sûr non plus que ce même droit puisse réagir adéquatement contre le véritable emprisonnement psychologique dont peuvent être victimes certains membres de cultes ou de sectes.

La protection juridique contre les atteintes psychologiques à la personne demeure donc ponctuelle et spécifique. Le *Code criminel* ne contient que quelques exemples de ces mesures de protection. Ainsi en est-il des crimes d'extorsion, de chantage et d'intimidation. Dans ces cas toutefois, la protection est indirecte, puisque ces diverses infractions entendent prévenir principalement une atteinte à la personne physique, à la propriété ou aux biens. Par contre, l'article 688 du *Code criminel* constitue une exception notable. Cette disposition, qui porte sur les délinquants dangereux, contient une référence explicite au «bien-être physique ou mental» de la personne et aux «dommages psychologiques graves» qui pourraient être subis.

Le droit privé, lui, paraît plus réactif au préjudice résultant d'une atteinte à l'intégrité psychologique. Il compense ainsi le dommage moral, l'atteinte aux affections, la douleur et les souffrances, même si le préjudice n'a pas nécessairement d'assiette matérielle ou physique identifiable. Il en est de même, lorsque la *Loi sur le divorce* admet la cruauté mentale comme cause valable de dissolution du lien matrimonial. Enfin, les lois fédérales ou provinciales qui protègent certains groupes sociaux, comme les enfants, contre des abus, en sont un autre exemple. Elles permettent de retirer la garde d'un enfant à une personne qui représente pour lui un danger psychologique.

Le droit actuel ne restreint donc pas l'application du principe de l'inviolabilité de la personne à la seule intégrité physique, mais l'étend aussi, d'une façon beaucoup plus restreinte cependant, à l'intégrité psychologique. Cette protection partielle peut paraître insuffisante à première vue. Avant toutefois de critiquer la position du droit, encore convient-il d'identifier le degré de protection que notre société devrait y accorder d'une part et de se demander si, d'autre part, il est juridiquement possible d'organiser une protection réellement efficace.

B. La protection du droit actuel

L'examen des droits canadien, provinciaux, international et étrangers, révèle l'absence d'un système de protection systématique et organisée de l'intégrité psychologique, qui contraste naturellement avec celle communément accordée à l'intégrité physique. C'est probablement parce que, comme nous le verrons plus loin, la consécration juridique d'une reconnaissance générale de la protection de l'intégrité psychologique pose de difficiles problèmes de preuve. Autant, en effet, il est facile de constater les signes matériels et tangibles sur la victime d'une agression physique et donc d'en rapporter la preuve devant un tribunal, autant l'impact psychologique ou même la relation entre une atteinte psychologique et certains symptômes physiques est difficile, parfois même impossible, à démontrer d'une façon judiciairement satisfaisante.

Au niveau international en premier lieu, certains textes touchent indirectement à la question. La *Charte des Nations Unies*, la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* reconnaissent, de diverses façons, plusieurs droits fondamentaux comme le droit à la vie, à la dignité, à la liberté, à ne pas être sujet d'expérimentation, sans toutefois définir le contenu exact de ces droits. La détention arbitraire, par exemple, est reconnue comme une atteinte aux libertés fondamentales ainsi protégées de même que les sévices physiques et les punitions dégradantes et humiliantes. Il n'est pas sûr cependant que les sévices psychologiques qui n'emportent aucun impact physique, le soient clairement.

Les «Codes» d'éthique médicale internationale fournissent un autre exemple de protection partielle. Ces textes, élaborés par la communauté internationale, fixent les grandes lignes de ce qui est jugé humainement acceptable. Comme tous les textes internationaux leur valeur morale est grande surtout au sein du monde médical et scientifique. Le *Code de Nuremberg*, la *Déclaration de Genève*, celles d'*Helsinki* et de *Tokyo*, et la *Déclaration d'Hawaï de l'Association mondiale de psychiatrie* condamnent de diverses façons l'expérimentation sur l'être humain sans son consentement, essaient de fixer les limites de ce qui peut être considéré comme tolérable sur le plan du traitement, et réaffirment des règles connues touchant la capacité, la liberté du consentement et la divulgation des risques.

Plus près de nos préoccupations sont cependant certains textes internationaux visant la protection des enfants. En effet ces textes mettent en valeur l'idée que l'enfant a droit à un épanouissement harmonieux de sa personnalité et doit donc être protégé non seulement contre des dangers physiques, mais aussi contre des dangers psychologiques. La *Déclaration des droits de l'enfant*, proclamée par les Nations Unies le 20 novembre 1959, comprend ainsi dix grands principes à travers lesquels cette idée est maintes fois exprimée, sous des vocables divers (droit à un développement «d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral », droit de grandir «dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle », etc.).

Au Canada, en second lieu, la première protection législative est celle de la *Charte canadienne des droits et libertés*. L'article 7 prévoit que chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne. Le libellé de cet article, de l'avis de la Commission, est suffisamment large pour englober la protection de l'intégrité psychologique. En effet, une atteinte caractérisée à l'intégrité psychologique détruit ou limite la liberté et la sécurité de l'individu et constitue une atteinte directe aux droits fondamentaux que ce texte entend protéger. De plus, il est certain qu'une atteinte de ce type qui aurait pour conséquence d'affecter le droit à la vie, tombe également sous le coup de la Charte.

L'article 12, pour sa part, garantit au citoyen canadien une protection contre «tous traitements ou peines cruels et inusités». Ce texte est nouveau et il est probablement encore trop tôt pour savoir avec certitude l'interprétation qu'en donnera la jurisprudence. Cependant les termes utilisés par le législateur et la portée générale du mot «traitement» donnent tout lieu de croire que ce texte protège le patient psychiatrique contre une thérapie qui présente pour sa vie ou sa santé un risque grave ou qui est inusitée ou expérimentale. Aux États-Unis des termes similaires ont d'ailleurs reçu, de la part des tribunaux, une interprétation large, favorable à une protection étendue des intérêts individuels. La Commission croit que, normalement, une ligne de pensée semblable devrait présider à l'interprétation de ces textes.

Le *Code criminel*, pour sa part, contient un ensemble de dispositions touchant la protection de la personne humaine. Par contre, comme nous l'avons déjà signalé, à quelques exceptions près, celle-ci est envisagée presque exclusivement sous l'angle de la prévention des atteintes de nature matérielle ou physique (privation de liberté physique, voies de fait, etc.). Pour être criminalisée, l'atteinte doit soit porter directement sur le corps humain, soit avoir pour effet d'entraîner un préjudice d'ordre physique. Indirectement cependant, le *Code* attache parfois aux effets autres que physiques une importance sur le plan de la création d'une infraction. Ainsi en est-il des prohibitions contenues aux alinéas 49a) (acte destiné à alarmer Sa Majesté), 205(5)d) (homicide causé en effrayant volontairement un enfant ou un malade). Cette reconnaissance est cependant limitée, puisque l'article 211 actuel précise qu'en dehors de ce cas spécifique, on ne peut commettre d'homicide par seule influence sur l'esprit. Les espèces déjà signalées de l'extorsion, de l'intimidation et celle du texte portant sur le criminel d'habitude, sont d'autres instances où le droit criminel tient compte du préjudice d'ordre psychologique. Les dispositions protégeant l'individu contre la diffamation peuvent aussi être rangées dans la même catégorie, puisqu'à travers elles la loi sanctionne aussi l'atteinte à la personnalité de la victime. Il en est de même des textes protégeant les enfants contre les abus sexuels.

Les droits particuliers à chacune des provinces du Canada contiennent aussi des dispositions législatives visant à protéger l'intégrité psychologique de l'individu. Les textes concernant la protection du malade mental déjà étudiés en sont l'exemple le plus frappant et ceux qui prévoient la protection des enfants contre les mauvais traitements en sont une autre illustration.

Enfin, la recherche sommaire que nous avons effectuée dans la législation de certains pays étrangers montre qu'à l'heure actuelle, il n'existe nulle part au monde un système juridique accordant à l'intégrité psychologique une protection juridique identique à celle de l'intégrité physique.

C'est cependant aussi vers le droit jurisprudentiel qu'il faut se tourner. Le droit civil du Québec et des provinces de common law connaît depuis longtemps la sanction du préjudice moral, même en dehors d'une atteinte physique à la personne. L'auteur d'un délit ou d'un quasi-délit doit indemniser sa victime pour le préjudice psychologique que sa faute ou négligence a pu lui causer. Les tribunaux, et ce depuis longtemps, accordent des dommages pour atteinte à la réputation en cas de diffamation, lors même que la victime n'a subi aucun dommage matériel ou économique. Les sommes octroyées pour perte de jouissance de la vie, perte de soutien moral, internement abusif, perte de consortium sont d'autres illustrations bien connues d'indemnisation. Ces règles ne sont d'ailleurs pas particulières au droit canadien et se retrouvent dans la grande majorité des systèmes de droit comparé.

Aux États-Unis, une plus large diffusion de ces techniques a amené les tribunaux à se prononcer plus souvent sur leur légitimité et leur légalité et donc indirectement sur la protection qui doit être reconnue contre l'intrusion psychologique. La reconnaissance du *right of privacy* en constitue l'une des bases jurisprudentielles. À propos de la psychochirurgie notamment, les tribunaux américains ont décidé que le Premier Amendement à la Constitution pouvait servir de fondement à la protection individuelle au motif que la liberté de parole et d'expression que ce texte garanti seraient battues en brèche si la liberté de générer des idées disparaissait.

Le droit classique, qu'il soit législatif ou jurisprudentiel, n'offre donc pas une protection générale contre les atteintes à l'intégrité psychologique de l'individu comme il le fait pour l'intégrité physique. Sans la nier, il ne la protège qu'à propos d'espèces particulières, et sans en tirer une règle d'application universelle. Il est probable cependant que les dispositions de la Charte changeront cette attitude. En théorie donc, le droit criminel devrait, de son côté, établir une sanction directe de la violation de cette valeur reconnue et protégée. Le *Code criminel* devrait prévoir une infraction, parallèle aux voies de fait, qui punirait l'atteinte à l'intégrité psychologique de la personne. Est-il possible cependant de surmonter les difficultés tout à fait particulières que pose ce genre d'atteinte aux règles de la preuve?

III. L'utilisation des techniques de modification du comportement comme sanction ou comme moyen de contrôle social dans le cadre du droit pénal

On peut, sans grande exagération, imaginer, à l'aide d'exemples existant déjà dans d'autres pays, ce que serait une société où ces techniques seraient utilisées pour assurer une stricte obéissance à la règle de droit. Dans notre système, lorsque la loi défend un

comportement et impose une sanction à celui qui transgresse l'ordre, elle ne cherche pas à supprimer pour autant la liberté de choix de l'individu. Cette constatation, apparemment banale, est d'une grande importance. L'automobiliste est libre de consommer de l'alcool. La loi, pour sa propre sécurité et pour celle des autres, lui fait cependant défense de conduire lorsque ses facultés sont affaiblies. La loi va plus loin et permet au policier d'utiliser l'alcootest pour mesurer l'état d'ébriété. L'automobiliste reste cependant libre de continuer à boire et de refuser de s'y soumettre, même s'il encoure une pénalité. La sanction d'une transgression au mandat de la loi ne va jamais en principe jusqu'à la suppression de la liberté de choix.

Bien plus, lorsque la société a puni le mauvais citoyen, elle lui laisse, après l'administration de la punition, la liberté de transgresser la loi à nouveau. Celui qui, par exemple, a été condamné à une peine de prison, reste, une fois sa sentence purgée, libre de recommettre la même infraction, à condition d'être prêt à en payer les conséquences. Il est par contre des pays qui limitent cette autre forme de liberté et dans lesquels le délinquant, jugé asocial ou présentant un haut risque de récidive, n'est pas condamné à la prison, mais amené à subir, par exemple, une opération ou un conditionnement non volontaire, dans le but de supprimer ses habitudes de comportement jugées indésirables et d'y substituer d'autres plus conformes à un modèle socialement idéalisé. C'est donc dire combien les techniques que nous avons précédemment décrites posent un problème au niveau de leur utilisation comme méthode de contrôle social. La différence qui, encore une fois, sépare la peine classique de l'utilisation de ces techniques, est que, dans le premier cas, la peine étant purgée, l'individu retrouve sa liberté de choix, alors que dans le second, cette liberté lui est ôtée contre son gré. Lors donc que ces techniques sont utilisées comme sanction ou punition d'une infraction pénale, elles soulèvent des questions de légitimité pour une société démocratique. Cette même société doit également s'interroger sur l'opportunité de s'en servir d'une façon plus large comme mécanismes de contrôle social.

A. La sanction pénale

L'utilisation de techniques de modification du comportement comme sanction ou punition suppose de la part de l'État, le droit de les imposer sans le consentement de celui auquel elles sont destinées. Ce droit n'existe pas à l'heure actuelle dans notre société. Leur utilisation systématique ou même occasionnelle sans le consentement de l'individu, comme sanction d'un acte criminel est inadmissible et doit être résolument rejetée. Elle irait à l'encontre des fondements mêmes d'un pays démocratique, supprimerait l'autonomie décisionnelle de la personne, ramènerait celle-ci à un simple objet et entraînerait sans doute une sérieuse potentialité d'abus. De plus, sur le plan juridique, une telle entreprise serait contraire aux textes internationaux auxquels le Canada a adhéré et, sur le plan interne, à la *Charte canadienne des droits et libertés*. Il convient toutefois d'aller plus loin dans notre analyse et de nous demander si, à travers certains programmes ou certaines structures, il ne reste pas possible pour l'État, dans les faits, de les imposer de façon indirecte.

Au niveau conceptuel, les notions de traitement et de punition ne sont pas sans comporter certaines zones grises, à l'intérieur desquelles elles peuvent parfois se confondre. C'est là une équivoque qu'il importe d'essayer de dissiper. La première circonstance est celle où l'infliction d'une punition fait partie intégrante d'un traitement. Les stimuli négatifs administrés dans le cadre de certaines thérapies béhavioristes en sont un exemple. La privation imposée à un patient d'un droit de visite, d'une récréation ou d'un privilège, parce qu'il s'est mal conduit, est à la fois la sanction d'une transgression à la norme et partie intégrante du traitement. Il ne s'agit pas évidemment pour le droit criminel d'interdire de tels gestes, puisqu'ils sont accessoires à l'administration du traitement, posés pour le bien et avec le consentement réel ou substitué de l'individu, et qu'ils restent conformes aux règles générales du droit. On ne tolérerait pas, par contre, que la punition infligée porte une atteinte sérieuse à l'intégrité corporelle, ou soit déraisonnable, eu égard au but poursuivi par la thérapie. L'acte posé, même s'il peut être perçu par celui qui en subit les effets comme une punition, doit être évalué par rapport aux normes déjà fixées par le droit (c'est-à-dire que l'intervention doit être faite pour le bien du patient, elle doit être raisonnable et pratiquée qu'après avoir obtenu le consentement éclairé du patient).

La seconde circonstance se présente dans l'hypothèse où le traitement est donné dans le cadre général de l'administration d'une peine. C'est le cas des soins psychologiques fournis à un individu qui purge une peine pour une infraction dont il a été reconnu coupable. Le problème dans ce cas est évidemment de s'assurer que sa participation au traitement est véritablement libre et volontaire. L'aide psychologique doit être présentée comme un véritable traitement libre et volontaire et non comme faisant partie de la peine ou d'une libération anticipée. On peut d'ailleurs, sur le plan scientifique, douter de l'efficacité d'un engagement thérapeutique qui serait fondé sur ces seuls motifs.

Certains maintiennent qu'un détenu peut satisfaire aux exigences du consentement «éclairé», mais non à celles de caractère volontaire. Le prisonnier est dans une situation de coercition, puisqu'il n'est libre ni de ses mouvements ni de ses initiatives. Il est donc impossible, dit-on, qu'il puisse donner un consentement valable. Pour le protéger contre le danger de cette coercition et contre les potentialités d'abus, il conviendrait donc en tout état de cause de lui interdire l'accès à ces méthodes.

Le célèbre arrêt *Kaimowitz* aux États-Unis illustre cette position. Il s'agissait en l'occurrence d'un individu détenu dans un hôpital psychiatrique à la suite d'un viol et d'un meurtre. Celui-ci signa une formule de consentement à une opération de psychochirurgie destinée à réduire, voire même éliminer chez lui les tendances agressives. Cette chirurgie, largement expérimentale, aurait permis de comparer les résultats avec ceux obtenus par un autre traitement «pharmacothérapeutique». La Cour américaine en question, malgré le fait que le patient ait consenti et que la procédure médicale ait été

approuvée par un comité scientifique, conclut qu'il était contraire au Premier Amendement à la Constitution des États-Unis de pratiquer ce genre d'opération sur un patient détenu contre son gré. Elle fut d'avis que ce genre d'intervention devait être prohibée comme contraire au *right to privacy of the mind*⁴.

Cette position, indépendamment de toute discussion sur les mérites intrinsèques de la psychochirurgie, nous paraît extrême. D'une part, en effet, il est difficile de généraliser et de conclure que parce qu'une personne est détenue, elle est, du même coup, incapable de donner un consentement valable. Le patient ordinaire auquel le médecin annonce qu'il est atteint d'une maladie grave qui n'est curable que s'il accepte de subir telle ou telle opération, est dans une situation analogue. Son choix est limité et la pression qui peut s'exercer sur lui est extrêmement forte. Pourtant, nul ne songerait, bien évidemment, à lui interdire l'accès à la chirurgie. Refuser donc systématiquement l'accès à ces techniques aux prisonniers alors qu'il peut être dans leur intérêt immédiat de s'y soumettre, serait sûrement ôter, au moins à certains d'entre eux, la possibilité de progresser dans une éventuelle réinsertion sociale.

La Commission croit que la solution se trouve plus dans la mise en place de mécanismes assurant un consentement volontaire et éclairé. Il faut reconnaître, comme l'a noté la Commission dans l'un de ses documents d'étude, *Le consentement à l'acte médical*, que le droit doit, a priori, considérer le consentement du prisonnier comme suspect. Ce faisant, il doit s'entourer de précautions supplémentaires pour s'assurer de son caractère libre et volontaire. Le traitement doit rester simplement accessible et ne doit pas être indirectement imposé. Il ne doit pas non plus être formellement relié à des faveurs, à des remises de peine ou à des privilèges. Le principe de la proportionnalité entre le bénéfice espéré et les risques encourus doit enfin être scrupuleusement respecté et l'unique considération demeurer la recherche exclusive du mieux-être du détenu. L'existence réelle de difficultés particulières au niveau du consentement des détenus n'est pas une raison suffisante, de l'avis de la Commission, pour systématiquement éliminer les programmes de traitement psychologique en milieu carcéral. C'est, par contre, une raison valable pour recommander en la matière l'élaboration d'une série de règles d'éthique touchant non seulement les problèmes reliés à l'obtention du consentement, mais aussi ceux tenant à la confidentialité de la relation professionnelle, au rôle du thérapeute dans ses interactions avec les autorités de la prison ou les organismes de libération conditionnelle.

Il est donc important, de l'avis de la Commission, d'établir une distinction claire et nette entre traitement et punition. Un traitement d'ordre psychologique ne doit jamais être conçu ou imposé comme une punition attachée à la transgression de la loi criminelle. D'autre part, dans le cas des prisonniers, il faut nettement dissocier l'application du traitement de celle de la peine et s'assurer que cette administration se fasse, autant que faire se peut, dans les mêmes conditions qu'en milieu libre. Les exigences éthiques à cet égard doivent être renforcées.

4. *Kaimowitz v. Department of Mental Health*, 42 U.S.L.W. 2063 (Circ. Ct. Wayne County Michigan 1973). Voir aussi J.R. Mason, «*Kaimowitz v. Department of Mental Health: A Right to Be Free of Experimental Surgery*» (1974), 54 *Boston L. Rev.* 301.

B. Le contrôle social

En dehors du contexte de la peine, il est possible pour l'État d'utiliser le recours aux techniques psychiatriques et béhavioristes dans un but plus large de prévention générale de la délinquance. En droit actuel, une certaine forme de contrôle s'exerce dans le cadre du désordre mental, c'est-à-dire lorsque la délinquance qui s'est déjà manifestée ou qui risque de se manifester est reliée à un déséquilibre mental. Toutefois, il faut aller plus loin et se demander dans quelle mesure le recours à ces techniques peut éventuellement servir de méthode de prévention.

Le premier temps de l'utilisation potentielle de ces techniques précède le procès pénal. Face à un comportement délinquant bizarre ou qui dénote un manque de rationalité, la police jouit d'un pouvoir discrétionnaire. Elle peut ainsi estimer que l'auteur de l'infraction souffre de troubles mentaux ou de troubles de comportement, refuser de porter plainte ou utiliser les pouvoirs donnés par les lois fédérales et provinciales pour diriger cette personne vers une institution de soins mieux adaptée à ses besoins. Il y a alors déjudiciarisation et le délinquant est orienté vers une institution de traitement plutôt que vers le système pénal.

Si la police a déjà porté plainte contre le délinquant, la Couronne conserve, en second lieu, le pouvoir discrétionnaire de soumettre l'individu à un examen psychiatrique, pour ensuite soit continuer la poursuite, soit l'interrompre. Elle peut suspendre ou retirer la plainte en exigeant du prévenu qu'il se soumette à des soins psychiatriques en milieu ouvert ou en milieu fermé. Certaines des techniques que nous avons décrites peuvent alors être utilisées comme moyen de traitement.

Le deuxième temps est celui du procès. L'accusé peut, d'après l'article 542 et le paragraphe 543(6), être déclaré inapte à subir son procès pour cause d'aliénation mentale ou être trouvé non coupable pour la même raison. Il est alors placé sous mandat du lieutenant-gouverneur et gardé «à bon plaisir». En général, il se voit confié à une institution psychiatrique et peut obtenir une libération si les traitements de son affection réussissent. Une révision périodique de son dossier est en général prescrite par les différents droits provinciaux. Là encore donc, les techniques psychiatriques et béhavioristes peuvent être utilisées dans le but de contrôler l'individu jugé inapte, de le guérir et de permettre sa réinsertion.

Le troisième temps se situe après le procès, au niveau de la sentence et de l'emprisonnement. Pour ce qui est de la sentence, l'alinéa 663(2)h) du *Code criminel* est couramment utilisé par les juges pour obtenir du délinquant qu'il se soumette à un traitement psychiatrique sur une base volontaire. Le tribunal rend alors une ordonnance de probation, assortie de conditions particulières de traitement de façon, comme le dit le texte, à s'assurer de «la bonne conduite de l'accusé». En théorie, une interprétation littérale du texte ne semble aucunement requérir le consentement de l'accusé. En pratique cependant, ou bien un choix lui est donné entre l'ordonnance de probation ou une sentence d'emprisonnement, ou bien l'accusé lui-même consent au régime qui lui

est suggéré. Le tribunal peut aussi condamner l'individu à la prison, tout en assortissant la sentence de recommandations précises de traitements appropriés à son état. La Commission de réforme du droit, dans son document de travail 14, avait d'ailleurs suggéré l'adoption de l'institution britannique de l'ordonnance d'hospitalisation qui permet au tribunal, sous certaines conditions, d'ordonner que le prévenu purge la totalité ou une partie de sa peine en institution psychiatrique.

Enfin, le quatrième temps possible de l'utilisation de ces techniques comme méthode générale de contrôle social se situe dans le cadre du milieu carcéral. Des services de traitement sont en effet offerts aux prisonniers soit dans la prison elle-même, soit à l'extérieur. Là encore, la perspective du système juridique est que ces techniques ne sont utilisées que sur une base de traitement volontaire. Les règlements et directives de l'administration des pénitenciers ne permettent pas leur emploi en dehors du cadre thérapeutique, par exemple, comme moyen de contrôler l'activité des détenus à l'intérieur de la prison.

On constate donc qu'en droit actuel, l'utilisation de ces techniques comme mode de contrôle social est limitée parce que reliée exclusivement au traitement du désordre mental. Sous réserve de ce que nous avons dit concernant les différences séparant traitement et punition ou traitement et contrôle, le but reste toujours de rétablir le bien-être de l'individu et non d'assurer à tout prix l'ordre social.

Sur un plan de politique criminelle d'ensemble toutefois, un système juridique peut être tenté d'assortir la mise en liberté d'un détenu d'un recours au traitement ou, allant encore plus loin, de forcer celui-ci à s'y soumettre au seul nom de la prévention de la délinquance. De l'avis de la Commission, une telle pratique, même entourée des meilleurs sauvegardes sur le plan de la structure et de la procédure, demeure inacceptable. Elle brime tout d'abord les principes fondamentaux de la liberté individuelle. Elle implique que l'on puisse délimiter de façon précise le concept de «délinquance», ce qui est impossible. Elle mène nécessairement à l'arbitraire et donc à une inacceptable immixtion de l'État dans la vie privée des citoyens. De plus, le monde juridique et le monde scientifique s'accordent à reconnaître que la prévision de la dangerosité d'un individu est à l'heure actuelle au mieux, fort imprécise et au pire, complètement impossible à faire. Brimer l'individu dans sa liberté au nom d'une simple hypothèse est difficilement admissible. Encore une fois donc, et pour les raisons que nous avons déjà mentionnées, ce droit nous paraît devoir être résolument écarté dans une société comme la nôtre, en raison des abus qu'un système, même malgré ses bonnes intentions, est susceptible de générer et parce qu'il serait en opposition fondamentale avec les principes généraux du respect de la personne humaine que soutient notre droit. Toute participation à un programme visant le changement de personnalité dans le cadre défini par notre étude doit rester libre et volontaire, ou faire l'objet d'un consentement substitué lorsque l'intéressé est véritablement incapable d'exprimer un consentement libre et éclairé. La prise de décision doit être entourée de toutes les précautions, de façon à s'assurer de sa compatibilité avec le bien-être de la personne et avec celui de la société. Elle doit donc s'insérer nettement dans une perspective thérapeutique stricte.

Enfin, le recours à ces techniques dans un but de traitement, de réhabilitation en milieu carcéral ou de réinsertion sociale ne doit pas, de l'avis de la Commission, être exclu sous prétexte de l'impossibilité de garantir à la décision un caractère volontaire parfait. Il convient toutefois d'être prudent, de prendre des précautions supplémentaires pour s'assurer que le consentement donné soit parfaitement éclairé, d'éliminer le plus possible les facteurs de coercition et de renforcer les mécanismes assurant un consentement volontaire et éclairé.

CHAPITRE TROIS

Les réformes possibles

À la fin de l'introduction du présent document, nous avons identifié trois questions principales pouvant servir de point de départ à une proposition de réforme, à savoir:

- 1) La loi actuelle donne-t-elle une protection suffisante contre l'administration non volontaire ou non consensuelle de traitements visant à modifier le comportement?
- 2) La loi devrait-elle, comme elle le fait actuellement pour l'intégrité physique, protéger aussi au sein du *Code criminel* l'intégrité psychologique?
- 3) La loi devrait-elle admettre que certaines de ces techniques puissent être utilisées comme sanction, comme punition ou comme méthode de contrôle social?

Nous avons été à même de constater que le droit actuel fournit déjà certains éléments de réponse à ces questions, mais laisse aussi certaines facettes des problèmes soulevés sans solutions bien nettes. Il importe donc de reprendre certaines de nos constatations et de tenter de répondre à ces trois questions de façon précise.

I. La protection des incapables

Le premier problème que nous avons examiné est celui de la protection que la loi actuelle accorde aux incapables contre l'administration d'un traitement non volontairement consenti. Sur le plan du droit positif, nous avons constaté que le droit reconnaît en règle générale qu'en matière de traitement psychiatrique, comme pour tout autre traitement, le consentement de l'individu reste nécessaire. Par contre, au niveau de l'application concrète de cette règle, nous avons été en mesure d'apprécier les difficultés pratiques soulevées par le fait qu'on a souvent tendance à présumer chez certains patients souffrant de troubles de l'esprit, une impossibilité de compréhension et donc une incapacité de donner un consentement valable.

La Commission, dans son document de travail 28 et dans son rapport 20, a déjà présenté certaines recommandations sur le droit de refuser ou d'interrompre un traitement médical. Elle se plaçait alors principalement dans la perspective du traitement

physiologique. Elle estime cependant ses recommandations également applicables au traitement d'ordre psychologique. Respecter le droit individuel à l'autodétermination, c'est aussi respecter le droit de la personne de contrôler le développement de sa personnalité. Autant la collectivité ne doit pas avoir le droit, sauf circonstances exceptionnelles, d'imposer un traitement, autant, selon la Commission, le principe de l'accès libre et volontaire au traitement d'ordre psychiatrique doit être entériné.

Trois exceptions peuvent toutefois être apportées à cette règle générale. La première existe lorsque celui qui nécessite les soins est dans un état tel qu'il constitue pour lui-même ou pour les autres un danger immédiat pour la vie ou pour la santé. C'est le cas du psychotique en crise aiguë devenu menaçant pour lui-même ou pour son entourage. La vie et la sécurité physique des personnes doivent alors passer avant le droit individuel à l'autodétermination. Ce cas se rapproche, sur le plan de la protection des tiers, du traitement qu'on est en droit d'imposer de force à une personne atteinte d'une maladie contagieuse et qui, au mépris des droits d'autrui, refuse de se laisser soigner.

La seconde, qui est en fait une illustration particulière de la première, se produit lorsque le patient est totalement incapable de prendre soin de lui-même. Dans ce cas, l'administration non consensuelle d'un traitement est légitime. Par contre, certaines mesures de protection de ses droits doivent être mises en place d'une part, et d'autre part, l'administration du traitement doit se faire conformément aux règles posées par la loi. Cette seconde exception se justifie par le bien même du patient et l'incapacité absolue dans laquelle il est d'assurer sa survie. Elle se rapproche, sur le plan de l'analyse, du cas de la personne inconsciente admise à un service d'urgences d'un hôpital. Elle doit pouvoir être soignée, même si elle se trouve dans l'impossibilité de manifester son consentement.

La troisième exception est celle du patient psychiatrique hospitalisé et qui a des intervalles lucides. C'est de loin la plus délicate. Pour l'aborder, il faut nécessairement partir du postulat que l'interdiction non seulement a été régulièrement faite, mais aussi n'a pas été le fruit d'une erreur de diagnostic. L'irrégularité de l'interdiction et l'erreur de diagnostic peuvent se produire. La réponse à ces problèmes se trouve alors dans la réforme des procédures d'interdiction et de celles de la révision périodique administrative ou judiciaire, et non au niveau de la règle elle-même que cette troisième exception veut couvrir.

Si le patient a été régulièrement interné, doit-il donc quand même avoir le droit de refuser un traitement? Peut-il être traité sans qu'il soit nécessaire d'obtenir son consentement? Comme l'a souligné la Commission dans le présent document, il est nécessaire, d'avoir constamment présentes à l'esprit deux règles qui devraient probablement d'ailleurs trouver leur place au sein de la législation appropriée et que l'on doit rappeler encore une fois ici pour souligner leur importance. En premier lieu, l'interdiction ne doit jamais être considérée comme privant l'individu de tous ses droits, notamment de celui de refuser un traitement. L'interdiction constate simplement qu'à un moment précis, tel être humain, en raison d'une affection mentale, est dans l'incapacité de prendre une décision le concernant. Elle ne signifie pas pour autant que

d'une part, toute sorte de traitement peut dès lors lui être administré et, d'autre part, que ceux qui le traitent sont complètement dispensés de s'enquérir des volontés du malade et de l'informer.

En second lieu, le consentement au traitement et surtout au traitement des troubles du comportement doit toujours être vu comme un «continuum» dans le temps. Le but du traitement doit être de redonner, si possible, à l'être humain sa capacité décisionnelle. La loi doit donc prévoir un mécanisme permettant de vérifier ponctuellement l'état mental du patient, d'assurer le respect de ses droits et de favoriser dès que possible un retour au consensualisme de la thérapie.

Sous cette double réserve, la Commission estime que cette troisième exception doit aussi être reconnue, et que si le patient est effectivement incapable de prendre une décision le concernant, un traitement doit pouvoir lui être administré. Toutefois, la Commission est d'avis que cette troisième exception est d'interprétation restrictive et doit être accompagnée de mesures concrètes de protection des droits de l'incapable.

À l'heure où ces lignes sont écrites, une inconnue demeure. Nul ne sait encore avec précision comment les tribunaux interpréteront la nouvelle Charte par rapport aux droits des personnes souffrant d'un handicap mental. Comme nous l'avons souligné à diverses reprises dans le présent document, la Commission croit que des bases d'intervention juridiques existent réellement. Depuis la Charte, en effet, la protection individuelle contre les traitements non consensuels, cruels et inusités, est consacrée. Il est prévisible que certains textes actuels de loi touchant l'organisation et les procédures d'interdiction seront contestés devant les tribunaux au nom des droits fondamentaux reconnus par la Charte. De façon à éliminer tout doute cependant, la Commission estime que les textes qu'elle a déjà proposés en matière de traitement en général et qui consacrent au sein du *Code criminel* la reconnaissance du droit au refus de traitement d'une part, et d'autre part au droit de ne pas se voir imposer un traitement, peuvent être étendus au traitement psychiatrique.

La Commission recommande donc que le droit criminel reconnaisse au patient psychiatrique le droit de ne pas être traité contre son gré et d'interrompre tout traitement déjà entrepris, sous réserve des limites déjà admises, soit le cas d'urgence et celui où l'absence de traitement crée un risque grave pour la vie ou la sécurité du patient ou d'autrui.

La Commission rappelle aussi la recommandation R-3(2) qu'elle faisait en 1976 dans son rapport intitulé *Le désordre mental dans le processus pénal*, et qui se lisait en partie comme suit:

Un individu qui souffre de troubles mentaux a le droit aux mêmes garanties procédurales et devrait voir sa liberté protégée de la même façon que n'importe quelle autre personne. À cet égard, on devrait faire preuve d'une extrême prudence avant de priver quelqu'un de sa liberté pour des fins d'examen ou de traitement psychiatrique.

Les dispositions actuelles de la Charte répondent, de l'avis de la Commission, de façon directe et adéquate aux préoccupations dont elle faisait alors état.

Toutefois, la Commission a constaté le manque d'uniformité actuelle entre les diverses lois provinciales touchant les procédures d'interdiction et les mesures de protection des droits de l'incapable. Elle se permet, en conséquence, de faire quelques brèves remarques et une recommandation précise.

Eu égard à la Charte et aux principes généraux reconnus par notre droit, la Commission estime que toute législation concernant l'interdiction et le traitement des personnes souffrant d'un handicap mental doit comporter d'une façon claire des règles minimales de protection des droits de la personne. Le *due process of law* doit être scrupuleusement respecté et la loi doit donc prévoir les garanties de procédure et de preuve nécessaires à minimiser le risque d'erreur ou d'injustice. La législation doit aussi concevoir des mécanismes permettant à l'interdit de demander, en n'importe quel temps, la révision de l'interdiction et le respect de sa volonté en matière de traitement, dès que celle-ci peut s'exprimer librement. Encore une fois, il est important de bien dissocier capacité légale et capacité de fait et de ne pas nécessairement renoncer pour autant à obtenir d'une personne son consentement ou au moins son approbation du traitement parce qu'à un moment précis cette personne a été déclarée légalement incapable.

Enfin, la Commission estime indispensable que toute législation, permettant le traitement non consensuel du patient psychiatrique, précise les circonstances dans lesquelles il peut être administré et définisse les mesures de protection permettant d'assurer à l'individu un pouvoir décisionnel constant concernant sa propre personne. Ces règles, à des degrés divers, se retrouvent dans toutes les législations provinciales. Toutefois, comme nous l'avons vu, il existe des variations importantes dans l'expression de ces règles, dénotant certaines imprécisions regrettables sur le plan de la protection des droits de la personne, ce qui commanderait donc une plus grande uniformité.

Comment, en théorie, assurer le succès d'une telle entreprise? L'organisation des incapacités relève du droit provincial et la Commission n'a pas le pouvoir de faire quelque recommandation que ce soit à ce niveau. Elle s'inquiète cependant de la grande disparité entre les différents textes provinciaux et celle-ci lui paraît regrettable. Un patient psychiatrique canadien ne devrait pas être traité d'une façon substantiellement différente de province en province, eu égard aux valeurs sociales fondamentales communes à l'ensemble de notre pays. La Commission constate aussi que ces différences peuvent avoir un impact pratique sur les résultats des droits fondamentaux de la personne.

En conséquence, la Commission recommande que, par le biais d'organismes comme la Conférence sur l'uniformité des lois, qui a déjà entrepris certaines démarches dans ce sens, un effort particulier soit fait pour mieux adapter les diverses législations actuelles aux droits reconnus par la Charte, et lorsque possible, pour uniformiser les règles touchant l'administration du traitement et la protection des droits fondamentaux de l'incapable psychiatrique.

II. La reconnaissance de la protection de l'intégrité psychologique

Comme nous l'avons vu, la protection accordée par le droit actuel à l'intégrité psychologique est limitée et cette limitation n'est aucunement la conséquence d'une prise de position de principe. Ce n'est pas, en effet, au nom d'un principe fondamental que le droit actuel refuse ou néglige d'accorder à l'intégrité psychologique une protection semblable à celle qu'il accorde à l'intégrité physique. Il convient donc, dans une perspective de réforme, de voir dans quelle mesure il n'est pas possible de réaliser législativement une telle protection.

Le droit pénal pourrait intervenir assez facilement en traçant un simple parallèle entre les notions d'intégrité physique et d'intégrité psychologique. Il est possible, et l'exercice est intéressant, de reprendre les principaux textes du *Code criminel* actuel qui protègent l'intégrité de la personne physique, et d'y ajouter partout une formule protégeant également l'intégrité psychologique. Il pourrait en être ainsi des articles 197, 202, 204, 208, 209, 211, 212, 213, 215, 228, 229, 231(1) et 245. Le droit assurerait ainsi une protection complète et globale à la personne humaine.

Le problème cependant ne se situe pas au niveau des principes, mais bien à celui de l'application pratique des règles et ce, avec un degré d'acuité évident dans l'état actuel du droit et des sciences médicales du comportement. Alors que l'atteinte à l'intégrité physique est susceptible de constatation, il n'en est pas toujours de même de l'atteinte à l'intégrité psychologique. Il est, en effet, relativement facile de prouver une atteinte à l'intégrité physique, sinon en toute certitude, du moins avec un degré de probabilité raisonnable. La raison fondamentale en est qu'il est possible d'effectuer une comparaison entre la situation antérieure et le nouvel état provoqué par l'atteinte. Le droit a donc une mesure, un étalon de référence, lorsqu'il s'agit de relier les deux phénomènes (l'acte et le résultat) par un lien de causalité suffisant. La question, pour certaines infractions, se résume, par exemple, à déterminer si le geste posé par l'accusé a provoqué la blessure ou la mort. L'atteinte psychologique, par contre, ne peut se mesurer avec la même précision. Comment, en effet, rapporter la preuve de la causalité entre l'acte d'agression psychologique en question et le résultat constaté chez la «victime»?

L'être humain est, sur le plan psychologique, constamment soumis à des influences diverses et variées. Son comportement est déterminé par la somme des expériences négatives et positives antérieurement vécues, et par celles qui lui sont contemporaines. L'éducation, la famille, le milieu, l'environnement ont tous un impact difficile à évaluer. De plus, cet impact n'est pas linéaire, mais représente bien plus une somme de ces facteurs et un produit très complexe de leur interaction. Il est donc particulièrement difficile pour le droit d'isoler un facteur unique ou même un groupe de facteurs comme constituant ce qui a contribué de façon significative à brimer la liberté psychologique de l'individu. Comment peut-on, en effet, sinon être sûr, du moins être raisonnablement convaincu, qu'une atteinte psychologique a vraiment eu sur le comportement l'impact que l'on prétend qu'elle a eu? La mesure est possible lorsqu'il existe un reliquat physique

de cette violence. En son absence par contre, relier tel acte aux effets ou aux conséquences qu'il est censé avoir produits, relève plus du domaine de la simple hypothèse que de celui de la certitude ou de la probabilité.

Le droit criminel, sur le plan de la politique législative, doit faire preuve de modération. Il ne doit pas créer d'infractions inutiles, qui peuvent brimer la liberté individuelle ou abaisser les standards traditionnels de preuve et de procédure garants des libertés individuelles. Or, la médecine de l'esprit n'est pas encore suffisamment avancée pour permettre de prédire, avec un degré de certitude acceptable pour le droit pénal, la relation de cause à effet entre un acte ou une série d'actes particuliers et l'intégrité psychologique d'une personne. Prévoir donc un texte général d'infraction sanctionnant ce type d'atteinte, c'est risquer qu'il reste lettre morte en pratique, ou qu'il donne lieu à des conflits d'interprétation insurmontables.

On peut argumenter alors que la solution se trouve dans une modification des règles traditionnelles de preuve requises pour déterminer la culpabilité de l'individu. Il suffirait que le droit criminel se contente en matière d'atteintes à l'intégrité psychologique d'une simple prépondérance de preuve et non d'une preuve au delà du doute raisonnable. La Commission est résolument opposée à une telle démarche pour des raisons évidentes. L'abaissement des garanties fondamentales de notre système pénal ne peut se faire simplement pour faciliter la criminalisation d'un comportement dont les effets restent aussi problématiques.

Notre réflexion se situe toutefois dans le cadre du contexte présent et dans l'état actuel des sciences du comportement humain. Il est concevable que dans l'avenir on puisse isoler de façon précise les facteurs qui déterminent le comportement, qu'on puisse mesurer scientifiquement leur impact, et ainsi établir des relations causales directes entre l'acte et l'effet dans les hypothèses où l'atteinte psychologique ne se manifeste pas à travers une atteinte directe à l'intégrité corporelle ou n'est pas partie intégrante de celle-ci. À ce moment là, rien ne s'opposera à une reconnaissance législative d'un régime général et entier de protection de l'intégrité psychologique en tant que telle.

Est-ce à dire que le droit ne doit accorder aucune protection à l'intégrité psychologique? La réponse est évidemment négative. D'une part, certaines atteintes à cette intégrité sont déjà couvertes dans la mesure où l'acte qui les cause est aussi un acte attentatoire à l'intégrité physique. D'autre part, on l'a noté, certaines personnes jugées plus perméables aux influences négatives (les enfants notamment) sont aussi protégées par des lois provinciales ou fédérales. Le droit privé contient enfin des mécanismes de réparation permettant de compenser les effets d'une incapacité psychologique permanente ou temporaire et parfois même de les prévenir.

Au niveau du droit criminel rien ne s'oppose en principe à ce que l'intégrité psychologique soit formellement reconnue comme valeur fondamentale. Comme nous l'avons dit, nous ne croyons pas cependant que, pour des raisons de preuve, il soit réaliste d'ajouter au *Code criminel* un texte général d'infraction ou de rendre, par exemple, les articles 197 (devoir de fournir les choses essentielles à la vie), 202 et 204

(négligence criminelle), 208, 209, 212, 213, 215 (meurtre et homicide), 228 (causer intentionnellement des lésions corporelles) applicables à l'intégrité psychologique. La raison, encore une fois, n'en est pas une de principe, et la Commission continue à croire que l'intégrité psychologique mérite protection. Elle se situe uniquement au niveau des contraintes inhérentes au système du droit criminel actuel. Les difficultés de la preuve de l'atteinte psychologique sont, dans l'état actuel de la science, difficilement surmontables à moins d'abaisser les standards traditionnels, ce que la Commission n'entend évidemment pas proposer. Par contre, tout en respectant cet impératif, la Commission croit possible d'étendre la protection dans un nombre limités de cas.

Le texte de l'article 211 du *Code criminel*, tout d'abord, prévoit qu'il ne peut y avoir d'homicide par influence sur l'esprit, sauf lorsque la mort d'un enfant ou d'un malade est causée par un effroi volontairement provoqué. On comprend les raisons qui ont poussé le législateur à créer l'exception en faveur de ces deux types de victimes, jugées sans doute plus perméables aux influences et moins aptes à y résister. Toutefois, à la réflexion, l'élimination systématique de la possibilité de commettre un homicide par influence sur l'esprit nous semble irréaliste. Le maintien de cette exemption semble, en effet, incompatible avec les données actuelles de la science (il est sûrement possible de conditionner une personne à un tel point que ce conditionnement psychologique provoque sa mort). Avec la position prise par la Commission en matière d'aide au suicide, on voit mal comment celui qui conditionne psychologiquement une personne et provoque directement sa mort n'aurait aucune responsabilité, alors que les mêmes gestes, dans le but avoué d'inciter sa victime à se suicider, sont déjà sanctionnés par l'article 224. Au niveau de la politique législative, cette différence est impossible à justifier logiquement. La Commission réitère donc ici la recommandation qu'elle a faite dans son document de travail 33 intitulé *L'homicide* et visant l'abolition pure et simple de ce texte.

On objectera peut-être que cette proposition risque de donner lieu à des abus. Le danger est faible. La Commission croit, en effet, d'une part que les instances où une accusation d'homicide par influence sur l'esprit sera portée demeureront rares, et d'autre part, que, de toute façon, la preuve de la causalité restera difficile à faire. Si toutefois cette preuve était effectivement rapportée au juge des faits, la Commission ne voit pas pourquoi l'auteur devrait échapper à toute sanction.

En conséquence, la Commission recommande l'abolition pure et simple de l'article 211 du *Code criminel*.

L'article 229 du *Code criminel* ensuite traite de l'administration de poisons et de substances délétères à une personne. L'alinéa a) prévoit une peine d'emprisonnement sévère lorsque l'administration de cette substance a pour but de mettre la vie de la victime en danger ou de lui causer des lésions corporelles. Un examen rapide de la jurisprudence révèle que ce texte n'est pas d'utilisation fréquente. Dans son document de travail 38 sur les voies de fait, la Commission a d'ailleurs considéré inutile de conserver ce texte pour couvrir les atteintes d'ordre physique. En effet, la conduite

blâmable que sanctionne ce texte peut être incriminée sous le chef des dispositions du *Code* touchant les lésions corporelles, ou la tentative de léser, ou encore les infractions sanctionnant la mise en danger de la vie humaine.

Toutefois, il conviendra, dans le nouveau *Code criminel* de prévoir, soit dans ces textes mêmes, soit dans un texte séparé l'hypothèse où l'administration d'une substance délétère ou d'une drogue n'est aucunement ressentie sur le plan physique, mais est faite dans le but de modifier le comportement de l'individu. La Commission estime que sur les plans moral et juridique, aucune distinction ne doit être faite entre celui qui administre une substance dans le but de causer une lésion corporelle (par exemple détruire ou affecter le fonctionnement d'un organe du corps humain) et celui qui le fait dans le but de causer à sa victime un dommage psychologique temporaire ou permanent.

La Commission recommande donc que l'administration d'une substance ou d'une drogue dans le but de causer un dommage psychologique à la personne soit criminalisée dans un texte général ou dans une disposition spécifique. L'exception générale en matière de traitement suffit à couvrir, comme la Commission l'a écrit dans son document de travail 28, l'administration de drogues dans un but thérapeutique.

Enfin, toujours dans le même esprit, la Commission estime qu'une modification du même type peut être apportée à l'article 231 concernant les trappes susceptibles de causer des lésions corporelles. Un exemple hypothétique permet d'illustrer la situation, probablement rare, que la Commission entend couvrir. Un individu connaissant l'état précaire de la santé mentale d'un autre et sa peur morbide de telle ou telle chose, lui tend, au sens de l'article 231, une trappe dans le but de le faire sombrer définitivement dans la folie. Il semble à la Commission, toujours encore une fois en prenant pour prémisse que l'expression «lésion corporelle» ne couvrirait pas cette hypothèse, que cette conduite est moralement et juridiquement répréhensible et mérite sanction.

En conséquence, la Commission recommande de modifier le paragraphe 231(1) et d'ajouter au début du texte, après les mots «lésions corporelles» l'expression «ou un dommage psychologique» et à la fin du paragraphe la même expression après les mots «lésions corporelles» et avant les mots «à des personnes». Dans les textes du nouveau *Code criminel*, il y aura lieu également de prévoir le cas où l'acte résulte d'une négligence criminelle grossière.

Le paragraphe 231(1) révisé se lirait comme suit:

Est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de cinq ans, quiconque, avec l'intention de causer la mort ou des lésions corporelles ou un dommage psychologique à des personnes, déterminées ou non, tend ou place, ou fait tendre ou placer une trappe, un appareil ou une autre chose quelconque de nature à causer la mort ou des lésions corporelles ou un dommage psychologique à des personnes.

III. L'utilisation des techniques de modification du comportement comme sanction ou comme moyen de contrôle social

La Commission tient, quant à cette troisième avenue de réforme, à réitérer la position de principe qu'elle a déjà prise dans plusieurs de ses travaux. Aucune technique médicale et donc aucune technique psychiatrique ou behavioriste ne doit être utilisée comme méthode de sanction d'un acte jugé socialement répréhensible. Il serait inconcevable de dévier le traitement de son but premier qui est de soulager ou de guérir l'individu et de l'orienter dans une perspective de châtement.

Toutefois, comme nous avons tenté de l'explicitier dans ce document, le traitement, dans certaines circonstances, peut ne pas être uniquement fonction d'intérêts individuels particuliers, mais avoir aussi une portée sociale générale. Ainsi, la guérison des troubles de comportement chez celui qui a été incarcéré lui profite sans doute, mais profite également à la société toute entière. L'intérêt social constitue-t-il une raison suffisante pour l'imposer?

La Commission est d'avis qu'en matière de sentences, la première considération doit rester le choix d'une mesure juste et équitable pour l'individu et protectrice de la société contre les comportements violents ou dangereux de ses membres. Le rôle du traitement psychiatrique, bien qu'important, doit demeurer secondaire et ne doit pas avoir d'influence sur la durée de la sentence. Lier sentence et traitement psychiatrique c'est tomber dans le piège qu'il faut éviter, à savoir la confusion entre traitement et peine. La chose nous paraît également contraire à l'article 15(1) de la Charte qui impose l'égalité et interdit la discrimination basée sur les déficiences mentales ou physiques.

Un autre problème que nous avons examiné est celui du consentement des détenus au traitement psychiatrique. Comme nous l'avons souligné, deux difficultés particulières surgissent en la matière. La première est de savoir s'il est légitime d'imposer à un détenu un traitement psychiatrique contre son gré. La seconde porte sur les moyens de s'assurer que le détenu, lorsqu'il consent, donne un consentement qui soit véritablement le fruit d'un acte libre, réfléchi et volontaire.

Sur le plan de la politique carcérale et de l'administration des sentences, il est important de réaffirmer tout d'abord que le détenu doit avoir droit à l'accès au traitement psychologique, de la même façon qu'il a accès au traitement d'ordre médical et physiologique. Une fois la sentence prononcée, le détenu doit donc pouvoir bénéficier de services sociaux et médicaux comparables à ceux qui sont offerts au citoyen ordinaire.

Sur la première question, touchant l'imposition du traitement psychiatrique aux détenus, la Commission reste fidèle à la position de principe qu'elle a déjà affirmé plusieurs fois et qui, pour elle, traduit le respect de la personne humaine. **Sauf cas d'urgence ou absolue incapacité de consentir, on ne doit jamais soumettre un détenu à un traitement psychiatrique sans son autorisation expresse.**

La seconde question touchant la liberté du consentement du détenu aux soins psychiatriques soulève un important débat juridique. Encore une fois, la Commission estime qu'on ne doit pas, pour la seule raison que le consentement d'une personne privée de sa liberté reste suspect, empêcher celle-ci de participer à des programmes de soins ou de traitement des troubles de la personnalité. La Commission reste cependant consciente du fait que certaines précautions supplémentaires sont indispensables pour qu'en pratique, et non seulement sur le plan des idées et des vœux pieux, certaines normes minimales soient respectées. L'une d'entre elles est naturellement de veiller à ce que les patients psychiatriques jouissent d'une représentation adéquate pour leur permettre de défendre leurs droits.

Il existe à l'heure actuelle un certain nombre de règlements et de directives administratives touchant l'administration du traitement médical en situation carcérale. Ces textes ne sont cependant pas complets et n'ont pas l'avantage d'être présentés dans un ensemble cohérent et systématique. Eu égard à la nouvelle Charte, aux diverses recommandations que la Commission a déjà faites sur le sujet, à l'expérience contemporaine de certains pays étrangers, un effort devrait être fait à un double niveau. En premier lieu, pour mieux définir une politique précise sur les règles d'éthique qui s'appliquent aux prisonniers, en fonction des grands principes de notre droit. En second lieu, pour formuler dans un seul document les règles d'application de ces principes. Il est impossible, à notre avis, d'insérer cet ensemble dans le *Code criminel*, parce qu'il ne touche pas l'ensemble de la population canadienne, mais un groupe particulier de citoyens, et parce que ces règles comportent un aspect administratif indéniable. Par contre, la Commission estime qu'un document séparé de type administratif remplirait une fonction utile.

La Commission recommande donc aux autorités compétentes d'entreprendre la rédaction d'un code d'éthique sur le traitement médical et psychologique des détenus, reflétant de façon fidèle les grands principes reconnus à l'heure actuelle par le droit canadien. Ce code d'éthique, ayant valeur de règlement administratif, devrait s'adresser notamment aux problèmes suivants: l'obtention du consentement des prisonniers à toutes les formes de traitement; les mécanismes propres à s'assurer du caractère volontaire de leur participation; les normes minimales visant à l'information du consentement et à la divulgation des risques; l'accessibilité aux services médicaux et psychiatriques; le contrôle de la participation à des programmes de traitement; les relations entre cette participation et la libération conditionnelle.

Enfin, la Commission rappelle une de ses recommandations, faite en 1976, qui visait à introduire dans notre droit l'ordonnance d'hospitalisation. Quelle qu'en puissent être les modalités techniques, cette réforme permettrait au tribunal qui a imposé une peine d'emprisonnement d'ordonner qu'une partie de celle-ci soit purgée dans un établissement hospitalier, de façon à fournir au délinquant le traitement psychiatrique dont il a besoin.

Bibliographie

- American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statistics *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., Washington, American Psychiatric Association, 1980.
- Anand, R. «Involuntary Civil Commitment in Ontario: The Need to Curtail the Abuses of Psychiatry» (1979), 57 *Canadian Bar Review* 250.
- Arbodela-Florez, J. «The Development of a Forensic Psychiatric Service» (1975), 17 *Revue canadienne de criminologie* 141.
- Arkin, H. «Forcible Administration of Antipsychotic Medication» (1983), 249 *Journal of the American Medical Association* 2784.
- Ayllon, T. «Behavior Modification in Institutional Settings» (1975), 17 *Arizona Law Review* 3.
- Aynes, R. L. «Behavior Modification: Winners in the Game of Life?» (1975), 24 *Cleveland State Law Review* 422.
- Barrière, J. «Droit à la santé et politique psychiatrique» (1970), 30 *Revue du Barreau* 282.
- Bartholomew, A.A. et K.L. Milte «Prisoners' Rights and Behaviour Therapy» (1979), 12 *Australian and New Zealand Journal of Criminology* 222.
- Bazelon, D.L. «Institutionalization, Deinstitutionalization and the Adversary Process» (1975), 75 *Columbia Law Review* 897.
«Implementing the Right to Treatment» (1969), 36 *University of Chicago Law Review* 742.
- Bergeron, V. *L'attribution d'une protection légale aux malades mentaux*, Montréal, Yvon Blais, 1981.
- Bridges, P. K. et J. R. Bartlett «Psychosurgery: Yesterday and Today» (1977), 131 *British Journal of Psychiatry* 249.
- Brooks, A. «The Constitutional Right to Refuse Antipsychotic Medications» (1980), 8 *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 179.
- Burtch, B.E. et R.V. Ericson «The Control of Treatment: Issues in the Use of Prison Clinical Services» (1979), 29 *University of Toronto Law Journal* 51.

- Canadian Mental Health Association
The Law and Mental Disorder Part Two: Civil Rights and Privileges, A Report of the Committee on Legislation and Psychiatric Disorder, A Committee of the National Scientific Planning Council of the Canadian Mental Health Association, Toronto, The Canadian Mental Health Association, 1967.
- Castel, J.G.
«Nature and Effects of Consent with Respect to the Right to Life and the Right to Physical and Mental Integrity in the Medical Field: Criminal and Private Law Aspects» (1978), 16 *Alberta Law Review* 293.
- Center of Criminology
Proceedings of the National Symposium on Medical Sciences and the Criminal Law, Toronto, Université de Toronto, 1973.
- Centre international de criminologie comparée
Dangerosité et agressivité chez l'humain, V^e Journées internationales de criminologie clinique comparée, 13-15 juin 1977, Montréal. Université de Montréal, 1978.
- Cocozza, J. et M. Melick
«The Right to Refuse Treatment: a Broad View» (1977), 5 *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1.
- Commission de réforme du droit du Canada
Rapport au Parlement sur le désordre mental dans le processus pénal, Ottawa, Information Canada, 1976.
La stérilisation et les personnes souffrant de handicaps mentaux [Document de travail 24], Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1979.
Le traitement médical et le droit criminel [Document de travail 26], Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1980.
Euthanasie, aide au suicide et interruption de traitement [Document de travail 28], Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1982.
L'homicide [Document de travail 33], Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1984.
Les voies de fait [Document de travail 38], Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1984.
- Commission royale d'enquête sur le droit pénal en matière de psychopathie sexuelle criminelle (J.C. McRuer, président)
Rapport, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1958.
- Cook, J.W., K. Altman et S. Haavik
«Consent for Aversive Treatment: A Model Form» (1978), 16 *Mental Retardation* 47.
- Cragg, A.W.
«Psychiatry, the Inmate and the Law» (1976-77), 3 *Dalhousie Law Journal* 510.
- Dworkin, G.
«Autonomy and Behavior Control» (1976), 6 *Hastings Center Report* 23.

- Earp, J.D. «Psychosurgery: The Position of the Canadian Psychiatric Association» (1979), 24 *Canadian Journal of Psychiatry* 353.
- Ericson, R.V. «Psychiatrists in Prison: On Admitting Professional Tinkers into a Tinker's Paradise» (1974), 22 *Chitty's Law Journal* 29.
«Penal Psychiatry in Canada: the Method of our Madness» (1976), 26 *University of Toronto Law Journal* 25.
- Erwin, F. *Behaviour Therapy: Scientific, Philosophical and Moral Foundations*, Cambridge, Cambridge University Press, 1978.
- Freedman, B. «A Moral Theory of Informed Consent» (1975), 5 *Hastings Center Report* 32.
- Gaylin, W. et H. Blatte «Behavior Modification in Prisons» (1975), 13 *American Criminology Law Review* 11.
- Gouvernement du Canada *Le Droit pénal dans la société canadienne*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 1982.
- Halleck, S.L. «Legal and Ethical Aspects of Behavioral Control» (1974), 131 *American Journal of Psychiatry* 381.
- Henebery, J. «The Right of the Psychiatric Patient to Refuse Treatment», dans Wecht, *Legal Medicine 1982*, Philadelphie, Saunders, 1982, p. 137.
- Herr, S.S. *Rights and Advocacy for Retarded People*, Lexington (MA), Lexington Books, 1983.
- Hill, B.P. «Civil Rights of the Psychiatric Patient in Quebec» (1977), 12 *Revue Juridique Thémis* 503.
- Hutchison, H.C. «Behavior Theory, Behavior Science and Treatment» (1968), 10 *Revue canadienne de criminologie* 388.
«Learning Theory, Behaviour Science and Treatment» 10 *Revue canadienne de criminologie* 41.
- Jacob, J. «The Right of the Mental Patient to his Psychosis» (1976), 39 *Modern Law Review* 17.
- Keyserlingk, F.W. *Le caractère sacré de la vie ou la qualité de la vie*, Commission de réforme du droit du Canada, Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1979.
«The Right of Psychiatric Patients to Refuse Treatment — the Principles, The Provincial Statutes and the Charter of Rights and Freedoms» (1985), 33 *Canada's Mental Health* 46.
- Korenberg, M. et M. Korenberg «Psychiatry: The Lost Horizon: The Erosion of Human Rights» (1981), 5 *Legal Medical Quarterly* 1.
- Kouri, R. et M. Ouellette-Lauzon «Corps humain et liberté individuelle» (1975-76), 6 *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke* 85.
- Manning, M. *Rights, Freedoms and the Courts: A Practical Analysis of the Constitutional Act*, 1982, Toronto, Emond-Montgomery, 1983.
- Marshall, T.D. *The Physician and Canadian Law*, 2^e éd., Toronto, Carswell, 1979.

- Martin, R. *Legal Challenges to Behavior Modification: Trends in Schools, Corrections, and Mental Health*, Champaign (Ill.), Research Press, 1975.
- Martindale, D. *Psychiatry and the Law: the Crusade Against Involuntary Hospitalization*, Minnesota, Windflower Publishing, 1973.
- McCormick, W.O. « «Informed Consent» in Psychiatric Practice» (1980), 1 *Health Law in Canada* 53.
- McGrath, W. (éd.) *Crime and its Treatment in Canada*, 2^e éd., Toronto, MacMillan, 1976.
- Mills, M.J. «The Rights of Involuntary Patients to Refuse Pharmacotherapy: What is Reasonable?» (1980), 8 *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 313.
- Ministère de la Justice du Canada *The Mental Disorder Project: Criminal Law Review Draft Report*, Ottawa, Ministère de la Justice, 1984. [Document non publié]
- Moya, B. et R. Achtenberg «Behavior Modification: Legal Limitations on Methods and Goals» (1974), 50 *Notre Dame Lawyer* 230.
- Nadin-Davis, R.P. *Sentencing in Canada*, Toronto, Carswell, 1982.
- Ontario Inter-ministerial Committee on Medical Consent *The Health Care Services Consent Act*, Avant-projet de loi, Toronto, 1980.
- Picard, E.I. *Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada*, Toronto, Carswell, 1978.
- Price, R. «Psychiatry, Criminal-Law Reform and the «Mythophilic» Impulse: On Canadian Proposals for the Control of the Dangerous Offender» (1970), 4 *Ottawa Law Review* 1.
- Reiser, S.J. «Refusing Treatment for Mental Illness» (1980), 137 *American Journal of Psychiatry* 329.
- Ross, R.R. et H.B. McKay «Behavioural Approaches to Treatment in Corrections: Requiem for a Panacea» (1978), 20 *Revue canadienne de criminologie* 279.
- Rothman, D.J. «Behavior Modification in Total Institutions» (1975), 5 *Hastings Center Reports* 17.
- Schiffer, M.E. «The Sentencing of Mentally Disordered Offenders» (1976), 14 *Osgoode Hall Law Journal* 307.
- «Psychiatric Treatment for Mentally Disordered Offenders: The Canadian Cuckoo's Nest» (1976-77), 41 *Saskatchewan Law Review* 269.
- Mental Disorder and the Criminal Trial Process*, Toronto, Butterworths, 1978.
- Psychiatry Behind Bars: a Legal Perspective*, Toronto, Butterworths, 1982.
- Schwitzgebel, R. et D. Kolb *Changing Human Behavior: Principles of Planned Intervention*, New York, McGraw-Hill, 1973.
- Selva, L.H. «Treatment as Punishment» (1980), 6 *New England Journal on Prison Law* 265, 325.

- Shapiro, M.H. «Legislating the Control of Behavior Control: Autonomy and the Coercive Use of Organic Therapies» (1974), 47 *Southern California Law Review* 237.
- Sharpe, G.
et G. Sawyer *Doctors and the Law*, Toronto, G. Butterworths, 1978.
- Simpson, B. «Psychiatric Facilities for the Mentally-ill Offender in British Columbia» (1967-68), 3 *University of British Columbia Law Review* 231.
- Skinner, B.F. *Science and Human Behavior*, New York, MacMillan, 1953.
- Sommerville, M.A. *Le consentement à l'acte médical*, série Protection de la vie. Une étude effectuée pour la Commission de réforme du droit du Canada, Ottawa, Ministre des approvisionnements et services Canada, 1979.
- «Structuring the Issues in Informed Consent» (1980-81), 26 *McGill Law Journal* 740.
- Spece, R.G. «Conditioning and Other Technologies Used to «Treat»? «Rehabilitate»? «Demolish»? Prisoners and Mental Patients» (1972), 45 *Southern California Law Review* 616.
- Stokes, R.E. «Consent in Captive Circumstances» (1981), 2 *Health Law in Canada* 83.
- Swadron, B.B. *Detention of the Mentally Disordered*, Toronto, Butterworths, 1964.
- Swadron, B.B.
et D.R. Sullivan (éds) *The Law and Mental Disorder — report of the Committee on Legislation and Psychiatric Disorder*, Toronto, Canadian Mental Health Association, 1973.
- Szasz, T.S. (éd.) *The Age of Madness*, Garden City (N.Y.), Anchor Books, 1973.
- Szasz, T.S. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, éd. rév., New York, Harper and Row, 1974.
- Tanay, E. «The Right to Refuse Treatment and the Abolition of Involuntary Hospitalization of the Mentally Ill» (1980), 8 *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1.
- Trasler, G.
et D. Farrington (éds) *Behaviour Modification with Offenders: A Criminological Symposium*, Cambridge, Cambridge Institute of Criminology, 1979.
- Turner, R.E. «The Delivery of Mental Health Services to the Criminal Justice System and the Metropolitan Toronto Forensic Service» (1981), 15 *Gazette of the Law Society of Upper Canada* 69.
- U.S. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research *Report and Recommendations: Psychosurgery*, Washington, Government Printing Office, 1977.
- Vandervort, L. «Legal Aspects of the Medical Treatment of Penitentiary Inmates» (1976-77), 3 *Queen's Law Journal* 368.
- Webster, C.
et B. Dickens *La détermination de l'état dangereux : pour une nouvelle politique à l'égard des délinquants dangereux*. Rapport présenté au ministère de la Justice du Canada, Ottawa, Ministère de la Justice Canada, 1983.

- Weisstub, D.N. *Law and Psychiatry: Proceedings of an International Symposium Held at the Clarke Institute of Psychiatry*, Toronto, Pergamon Press, 1978.
- Law and Psychiatry in the Canadian Context*, Toronto, Pergamon Press, 1980.
- Wexler, D. «Token and Taboo: Behavior Modification, Token Economies, and the Law» (1973), 61 *California Law Review* 81.
- Willis, R. «The Incapacity of Mental Illness», [1965] *Meredith Memorial Lectures* 23.
- Winick, B.J. «Legal Limitations on Correctional Therapy and Research» (1981), 65 *Minnesota Law Review* 331.