

Article

« Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs »

Julio Arboleda-Flórez et David Norman Weisstub

Santé mentale au Québec, vol. 31, n° 2, 2006, p. 193-213.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014812ar>

DOI: 10.7202/014812ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Psychiatrie médico-légale. Envergure, responsabilités éthiques et conflits de valeurs

Julio Arboleda-Flórez*

David N. Weisstub**

Quand une spécialité chevauche plusieurs systèmes, on ne peut traiter d'éthique sans discuter des valeurs et des règles de décision à la base de chacun de ces systèmes. Par ses multiples associations, la psychiatrie médico-légale est un archétype d'une telle spécialité; elle opère au sein d'un ensemble de valeurs qui peuvent sembler antithétiques, voire irréconciliables en regard d'autres aspects de la psychiatrie. L'action de la psychiatrie médico-légale a pris une envergure considérable, et ses praticiens doivent adopter d'autres vues sur le monde et appliquer des règles de décision qui peuvent heurter les valeurs classiques et les considérations éthiques de la médecine (Weisstub, 1980). Après un bref historique, les auteurs passent en revue l'étendue de l'action de la psychiatrie médico-légale vue comme fondement de sa définition. Les concepts, thèmes et controverses relativement à l'éthique de cette spécialité sont examinés à la lumière des questions soulevées dans la pratique actuelle.

Le lien entre loi et construits mentaux existe depuis la plus haute antiquité. Imhotep, grand vizir du pharaon Djoser, pourrait avoir été le premier « expert médico-légal » (Smith, 1951). Deux références tirées du Deutéronome sont liées au crime et au châtement. La punition de Dieu pour la transgression de ses commandements valait au pécheur « folie, aveuglement et endurcissement du cœur » (manie, démence, stupeur) (Mora, 1967). Pour qui avait tué quelqu'un accidentellement, des « cités refuges » permettaient d'éviter la vengeance (Prosono, 1994).

Aperçu historique

Le premier procès pour meurtre et le recours à un témoin expert — une sage-femme — pourraient avoir eu lieu à Babylone (Smith, 1951). Maintes traces écrites d'un lien étroit entre loi et maladie mentale sont relevées datant des Romains, en particulier au *Corpus Juris Civilis*. Ce code civil fournissait une liste d'états mentaux pouvant servir de

* Professeur émérite, Université Queen, Kingston, Canada.

** Professeur de psychiatrie médico-légale et de bioéthique, Institut Philippe-Pinel, Université de Montréal, Canada.

défense pour les cas de responsabilité criminelle, jusqu'à ce que Zachia (1621), possible père de la médecine légale, rédige ses *Questiones medico-legales* à l'intention de la Rote romaine, la plus haute instance judiciaire de l'Église catholique.

Vers 1256, Henry de Bracton introduit le test de « la bête sauvage » dans son traité *On the Laws and Customs of England*. Dans les années 1400, à Bologne et en d'autres villes italiennes ainsi qu'à Fribourg, on faisait appel à des experts pour des procès (Ackernecht, 1968). La phobie de la sorcellerie s'était alors répandue en Europe et le *Malleus Maleficarum* de Kramer et Sprenger (1486) devint un manuel d'instructions pour les poursuites, sans égard aux preuves factuelles ou aux connaissances empiriques sur les causes des troubles mentaux, jusqu'à ce que Johan Weyer, « le premier psychiatre », remette en question, en 1563, la théorie de la sorcellerie dans son livre *De Prestigiis Daemonium*. À cette époque, la *Constitutio Carolina* (1532) avait donné plus de force à la compréhension scientifique du comportement criminel et à la preuve légale des méfaits, par opposition au ouï-dire. Cette perspective fut reprise par Alonso Salazar y Frías qui remit complètement en question le niveau de preuve en usage pour la sorcellerie et renversa la tendance, en 1610, à l'occasion d'un procès à Logroño (en Navarre).

En 1736, le traité de Matthew Hale, *History of the Pleas of the Crown*, est publié à titre posthume. Le concept « d'aliénation partielle » y était introduit.

La cause de Daniel McNaghten en 1843 a fait histoire dans le monde anglo-saxon. McNaghten souffrait d'une psychose paranoïaque visant le premier ministre d'Angleterre. Dans une tentative de meurtre, il tua par erreur le secrétaire privé du ministre. Il fut acquitté pour aliénation mentale. Le verdict incita la Reine à demander à un groupe de juges de clarifier les règles relatives à un tel motif d'acquittement. Les règles McNaghten en résultèrent. Elle sont encore utilisées aujourd'hui, de façon variable, dans la plupart des pays anglo-saxons. On y fait établir l'aliénation mentale par « le manque de connaissance de l'acte » (“lack of knowledge of the act”).

Débuts de la psychiatrie médico-légale

Sur cette toile de fond historique, on peut voir que la psychiatrie médico-légale moderne a bénéficié de quatre moments clés dans la pensée psychiatrique légale :

1. L'évolution de la compréhension médico-légale et de l'évaluation du lien entre maladie mentale et criminalité : comment

la maladie mentale affectant le comportement d'une personne pouvait influencer sur «l'accomplissement de ses obligations légales» ;

2. L'évolution des examens légaux pour définir l'aliénation mentale ;
3. Les nouvelles méthodologies qui offrent pour le traitement des troubles mentaux des solutions alternatives au soin sous garde ;
4. Les changements dans les attitudes et perceptions sociales au sujet de la maladie mentale.

Mis ensemble, ces changements ont jeté les bases de la psychiatrie médico-légale. On peut les relier aux problèmes de la poursuite criminelle des délinquants avec troubles mentaux ou au traitement de ces détenus dans les pénitenciers aussi bien qu'à plusieurs autres domaines du droit et des politiques de santé mentale.

Envergure de la pratique

Le champ de la psychiatrie médico-légale s'étend du tribunal et des milieux institutionnels à une grande variété de situations communautaires. Trait commun à ces rapports en apparence divergents, les clients ont tous des démêlés avec la justice. Au criminel, le suspect gardé en détention préventive en attendant les expertises médico-légales demeure en suspens entre deux systèmes, le judiciaire et le médical. Si le lien entre la maladie mentale et le méfait est établi, la personne peut être détenue pour un temps indéterminé en vertu des règles pour le « délinquant malade mentalement ». En vertu des législations en matière de santé mentale, les psychiatres légistes sont souvent consultés pour des questions d'internement civil, vu la complexité des règles qui s'appliquent à ces procédures et du fait que la dangerosité pour soi-même ou autrui est, un peu partout, la prémisses pour l'internement. On attend des psychiatres légistes qu'ils aient une connaissance accrue des déterminants de la violence et de la gestion de la dangerosité. Enfin, dans des litiges civils, plaignants comme accusés peuvent être soumis à des évaluations psychiatriques visant à déterminer leur aptitude et leur compétence. Souvent des « examens médicaux indépendants » sont exigés si une réclamation d'assurance est associée à un possible litige.

En droit criminel

En droit criminel, le réseau d'interactions a évolué de façon exponentielle avec la fermeture des hôpitaux psychiatriques. La politique de désinstitutionnalisation, souvent présentée comme l'assise des réformes

en santé mentale au milieu du siècle dernier, et l'implantation de changements législatifs en vue de promouvoir les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, en particulier pour l'internement, ont souvent été invoquées pour expliquer la demande accrue de services en psychiatrie légale, la judiciarisation de la pratique psychiatrique (Morrisey, 1981) et la criminalisation de maints patients réduits à « purger leur maladie » en institution correctionnelle (Arboleda-Flórez, 1995 ; Ditton, 1999 ; Appelbaum, 1994 ; Konrad, 2002).

Cette caractérisation peut apparaître simpliste. La disponibilité de meilleurs traitements psychosociaux et biologiques et une plus grande acceptation de la maladie mentale par la société ont aussi contribué à la désinstitutionnalisation. En fait, le lien entre réformes législatives et protection des droits de ces patients — sans parler de campagnes fort résolues — doit également être compté au nombre des facteurs de changement. La réflexion historique retient comme facteur principal un suivi inadéquat et les lacunes des systèmes communautaires de soutien lors des fermetures de lits dans les hôpitaux. Des systèmes communautaires adéquats pourraient et devraient prévenir le phénomène de la porte tournante pour ces patients qu'on promène de la prison à l'hôpital. Ainsi serait mis fin à la dérive de patients captifs d'une forme plus pernicieuse d'institutionnalisation (Ridgway, 1997 ; Levy, 2002).

Le droit criminel et les services correctionnels ouvrent la porte aux psychiatres légistes à trois moments différents :

- (a) Au début des procédures judiciaires, comme dans les causes visant à déterminer l'aptitude à subir un procès, l'applicabilité des lois sur l'aliénation ou l'application du statut de dangerosité ;
- (b) Quand les patients avec troubles mentaux purgent leur peine dans les prisons ou dans les hôpitaux pour criminels dangereux (incluant les hôpitaux de pénitencier) ;
- (c) À la sortie des systèmes judiciaire et correctionnel, pour déterminer la dangerosité, base des décisions quant à la probabilité de récidive et à la remise en liberté dans la communauté. Souvent, dans les cas de détenus avec troubles graves qui sont à la veille d'être remis en liberté, on s'attend à voir les psychiatres légistes prendre les décisions en se fondant sur leur connaissance des règles dans les systèmes de santé mentale.

Les liens entre criminalité et psychiatrie légale vont loin ; ils ont fait émerger des difficultés de classifications pratiques. Des conditions jusqu'ici clairement définies comme appartenant à la psychopathologie

criminelle et traditionnellement confinées au système carcéral ont obtenu un statut de psychopathologie clinique, entraînant auprès du système de santé mentale des demandes de services et de ressources déjà utilisés à pleine capacité pour les patients réguliers. Contraintes budgétaires et lacunes communautaires expliquent pourquoi les patients avec troubles mentaux se retrouvent dans les prisons où leur présence a nécessité une expansion des budgets de santé pour répondre aux besoins de ces nouveaux types de détenus (Daly, 2006). D'un autre côté, l'internement civil de délinquants violents ou d'agresseurs sexuels dangereux au sortir de la prison (gating) risque de convertir l'hôpital psychiatrique en cour-arrière du service correctionnel et de faire du psychiatre le gardien de gens pour qui, souvent, aucun traitement n'est disponible ou possible.

Plusieurs autres personnes prennent le chemin du système médico-légal par la porte du droit criminel, même sans détermination précise de maladie mentale : comportement criminel répétitif et chronique, par exemple, souvent rencontré dans les cas d'agression sexuelle ; vol à l'étalage ou pyromanie ; méfaits très violents, en particulier les crimes haineux ou bizarres. Dans plusieurs de ces cas, une évaluation de la dangerosité et de la prédiction du comportement est requise, même si les instruments de mesure ne sont pas trop justes, ou que les conséquences pour l'accusé seront incalculables quant à sa liberté ou à sa réinsertion en société. Plus récemment, afin d'accroître encore la portée de la pratique, les psychiatres légistes ont été appelés à émettre des opinions sur un certain nombre de questions pressantes : traitement abusif de prisonniers de guerre et participation de psychiatre militaire aux interrogatoires ; scandales de corruption dans la politique et les affaires ; cas de pédophilie dans toutes les couches de la société, en particulier parmi les bien nantis ; et profilage de terroristes dans nombre de milieux politiques ou religieux.

Lois et systèmes en santé mentale

Le phénomène de porte tournante pour ces patients qu'on promène entre l'institution psychiatrique et la prison souligne les nombreuses interactions entre le système de santé mentale et le monde de la justice et des services correctionnels. Vu leur implication dans les affaires judiciaires, les psychiatres légistes ont développé un intérêt marqué pour l'élaboration et l'application des lois en matière de santé mentale, particulièrement quant à l'internement forcé, qui est basée en plusieurs pays sur la détermination de la dangerosité. Ils sont appelés à prendre des décisions sur le risque que posent des patients violents sous garde

civile, la majeure partie de leur expertise portant sur l'évaluation de la violence et sur la probabilité de conduite violente. Ce travail fait appel à l'évaluation du risque et aux méthodologies de gestion de risque.

Il y a une interaction étroite entre les lois, le développement de systèmes adéquats de santé mentale et la dispensation de soins en institution ou en communauté. Des législations trop restrictives sur l'internement (même de courte durée), l'insuffisance de lits destinés à ces patients, le passage du système de services à des admissions de courte durée en unité psychiatrique de l'hôpital général puis au traitement subséquent dans la communauté, tout comme le grand nombre de patients qui se retrouvent en prison, ont contribué à créer l'impression que le système de santé mentale est à la dérive. Les patients psychiatriques ont été condamnés à subir un éventail de « droits bafoués » — victimisation, criminalisation et incarcération (Arboleda-Flórez, 2006) — dont l'urgence exige souvent plus d'interventions des psychiatres légistes, dans un contexte hybride de droit et de psychiatrie. Des « tribunaux en santé mentale » apparaissent, par exemple, dans plusieurs grandes villes d'Amérique du Nord et de Grande-Bretagne (Deane, 1999). Ainsi, les échecs du système de santé mentale et les questions légales semblent avoir donné une importance grandissante à la psychiatrie médico-légale (Arboleda-Flórez, 2004).

En droit civil

Le droit civil se définit, en pays de droit commun (common law), comme un corpus de décisions judiciaires (jugements) ou, en pays d'inspiration romano-germanique, comme des lois et règlements, ou encore, dans les pays au système inquisitorial, comme des décisions gouvernant la relation entre individus. Normalement, des violations de ces règles provoquent des conflits qui requièrent, pour en décider, l'implication de la justice. Les psychiatres et les autres spécialistes en santé mentale sont souvent appelés à mener des évaluations dans le but de déterminer la présence de troubles mentaux ou émotionnels chez les personnes. Ces évaluations sont nécessaires dans de nombreuses situations : l'impact et les effets émotionnels de blessures chez une victime d'accident de la route ; la capacité de rédiger un testament ou de s'engager à protéger une personne inapte (Nakatani, 2000) ; les autopsies psychologiques relativement à la capacité testamentaire en cas de suicide ou de mort soudaine ; la capacité ou l'incapacité de travailler et, dernièrement en plusieurs pays, l'accès aux bénéfices des assurances pour invalidité. Dans la plupart de ces situations, il s'agit d'évaluer l'aptitude à accomplir une fonction et la capacité légale de s'en

acquitter, ou la capacité de prendre une décision autonome chez des personnes qui sont invalides, ont subi un traumatisme crânien ou souffrent de sénilité ou de démence.

Aptitude et compétence

L'aptitude, comprise comme étant la présence de capacités physiques, émotionnelles et cognitives nécessaires à la prise de décision ou à l'engagement dans une action est différente de la compétence, qui se réfère plus spécifiquement aux conséquences légales de ne pas avoir d'aptitude. L'aptitude porte sur les facteurs étiologiques de l'individu : sa détermination relève de la fonction médicale. D'un autre côté, la compétence est reliée à l'impact des limitations de l'aptitude sur notre standing social et légal : il s'agit d'une décision légale. Par exemple, une personne invalidée par un trouble bipolaire grave pourrait être tenue pour incompétente à prendre des décisions financières. L'aptitude a aussi été définie comme la capacité de faire un choix éclairé concernant une décision spécifique, et la compétence comme l'habileté d'absorber et de comprendre l'information et de prendre des décisions bien circonscrites fondées sur cette compréhension. Cette deuxième définition des termes fait appel aux deux concepts de détermination légale en même temps qu'à leurs conséquences finales. Peu importe la définition, à la fin, la détermination d'inaptitude qui mène à une conclusion d'incompétence devient une question de contrôle social utilisé pour légitimer l'application de restrictions sociales à un individu.

Les évaluations de l'aptitude et de la compétence sont des déterminants sociaux et légaux chargés d'impacts majeurs sur l'individu, qui imposent aux cliniciens un devoir éthique accru de s'assurer que leurs décisions ont été scrupuleusement fondées sur les meilleures preuves cliniques. Habituellement, il y a une présomption d'aptitude, et donc qu'une personne en particulier est apte, et que les individus sont présumés aptes à prendre des décisions, sauf preuve du contraire (Weisstub, 1990). La présence d'une maladie mentale ou physique ne produit pas d'elle-même l'inaptitude en général ni pour des fonctions spécifiques vu que l'existence d'une maladie ne constitue pas le facteur déterminant pour décider qu'une personne est inapte ou, encore moins, légalement inapte. Même quand la maladie mentale ou physique affecte son aptitude, une personne pourrait être encore capable d'effectuer certaines fonctions, car l'aptitude peut fluctuer dans le temps, et la compétence, loin d'être un concept où c'est tout ou rien, est plutôt rattachée à la décision ou à la fonction spécifique à accomplir. Une conclusion d'inaptitude devrait être limitée dans le temps et être révisée de temps à autre

selon que la personne récupère une certaine fonctionnalité qui lui redonne un peu de son aptitude et de sa compétence. Par exemple, un accident vasculaire-cérébral peut l'avoir rendue inapte à conduire un véhicule et donc elle sera reconnue inapte à conduire, mais elle pourrait avoir encore l'aptitude et la compétence voulues pour entrer en contact avec autrui ou pour gérer ses affaires financières. Avec le temps et une bonne réadaptation, cette personne pourrait retrouver ses aptitudes et donc le droit de conduire.

Les évaluations d'aptitude reposent sur une investigation clinique approfondie incluant des observations du comportement et des examens physiques et neurologiques. Normalement, une personne doit consentir à une évaluation d'inaptitude ou bien un mandat du tribunal doit être obtenu afin soit d'obtenir sa coopération soit de procéder à une collecte d'information pour démontrer autrement son inaptitude. Il est conseillé d'utiliser un test de dépistage et de ne procéder à une évaluation globale que si la personne échoue ce test. On évite ainsi de lui imposer un fardeau onéreux si elle réussit facilement le dépistage. Des tests pour déterminer les capacités mentales incluent normalement une évaluation pour l'orientation, la compréhension, l'enregistrement, la mémoire à court terme, l'attention et le calcul, le rappel ainsi que le langage et la compréhension. Dans une évaluation des aptitudes, les réponses à des questions particulières doivent être pertinentes, mais pas nécessairement rationnelles. En autant que les réponses sont pertinentes et démontrent une capacité de raisonnement, il n'est pas nécessaire que le choix soit rationnel car les gens ont droit à des choix irrationnels. Des évaluations d'aptitudes devraient inclure une évaluation portant sur la conscience de la situation et des éléments qui sont légalement vérifiés ou sur un certain sens du but de l'investigation, une compréhension factuelle des questions du moment — finances, santé, droits des enfants, etc — et la capacité de traiter l'information de manière rationnelle et de fonctionner au sein de son propre environnement (Gutheil, 1982). On s'attend aussi à voir les cliniciens évaluer les exigences posées à la personne par son environnement, la qualité des sources d'information à son sujet, et l'ajout d'examens ou de test, le cas échéant. Les évaluations d'aptitudes sont pleines de risques d'entorses importantes à l'éthique en cas de connaissance insuffisante ou de conflit d'intérêts.

Définition

L'étendue même et l'ampleur de la pratique médico-légale ont un impact sur la définition de la psychiatrie médico-légale. Celle-ci est généralement définie comme une spécialité médicale et une branche de

la psychiatrie qui aborde les questions soulevées à la frontière de la psychiatrie et du droit. Telles que décrites dans la section précédente, ces questions couvrent tout un éventail : droit criminel, droit civil, lois en santé mentale, le système judiciaire et correctionnel et, jusqu'à récemment, vu le nombre grandissant de patients dans les prisons, les services communautaires correctionnels et la psychiatrie légale communautaire.

Pour ces raisons, la définition pourrait être modifiée comme suit : *branche de la psychiatrie qui aborde les questions soulevées dans la rencontre de la psychiatrie et le droit avec l'affluence de délinquants avec troubles mentaux sur un continuum de systèmes sociaux.*

En conformité avec l'envergure de son action, toutefois, l'Académie américaine de psychiatrie et du droit définit la psychiatrie légale comme « une sous-spécialité de la psychiatrie dans laquelle l'expertise scientifique et clinique est appliquée à des questions juridiques dans des contextes de droit qui englobent des questions civiles, criminelles, correctionnelles ou législatives : la psychiatrie légale devrait être pratiquée en accord avec des lignes directrices et des principes éthiques énoncés par la profession de la psychiatrie » (American Academy of Psychiatry and the Law, 2006).

Ces différentes définitions signalent un désaccord plus fondamental quant aux valeurs de la psychiatrie médico-légale et à son éthique.

Conflit de valeurs et règles de décision

Les valeurs sont définies comme des présomptions ou des qualités perçues comme désirables et contribuant au bien-être, à l'empowerment et à la préservation d'un groupe. Bien qu'elles puissent être personnelles, les valeurs sont des croyances partagées socialement qui supposent et, dans une certaine mesure, commandent un sens de perpétuité et de permanence, mais qui peuvent varier d'une culture à l'autre et changer avec les époques.

Les valeurs et les paramètres éthiques qui sous-tendent la pratique de la psychiatrie médico-légale ont fait l'objet de débats vigoureux entre deux positions différentes provenant d'approches culturelles différentes à la pratique de cette spécialité, et parfois perçues comme les paradigmes britannique et américain (Gutheil, 1999). Dans les îles britanniques, la psychiatrie médico-légale est restreinte essentiellement aux soins des détenus en institution correctionnelle et les psychiatres légistes s'identifient avant tout comme médecins. Dans ces circonstances, la

psychiatrie légale est tenue pour une spécialité médicale dont les praticiens doivent se conformer aux canons éthiques et aux prescriptions gouvernant la pratique de la psychiatrie et de la médecine en général, tout en appliquant les principes traditionnels tels que le respect de la personne, l'amélioration des bienfaits, et l'injonction du primo non nocere. Au contraire, aux États-Unis, il existe un point de vue prédominant selon lequel l'engagement premier des psychiatres légistes va au système judiciaire, où l'on attend d'eux qu'ils agissent à l'intérieur d'un paradigme légal et tiennent les fins de la justice et des principes tels que vérité, impartialité, honnêteté et objectivité (Weinstock, 2004 ; Appelbaum, 1997 ; Weinstock, 1998) au-dessus des principes de l'éthique médicale. Dans ce dernier environnement culturel, où une grande partie du travail s'effectue pour des tierces parties, le point de repère clé s'écarte des valeurs centrales de l'éthique médicale. On doit toutefois noter que les deux paradigmes s'accordent sur le territoire de la psychiatrie médico-légale qui va au-delà de la pratique de la psychiatrie et des autres branches de la médecine.

Les valeurs de la psychiatrie médico-légale s'inspirent aussi de la double nature de ses revendications scientifiques, enracinées d'un côté dans les sciences biologiques de la médecine et de l'autre, dans les sciences sociales du droit, de la criminologie et de la sociologie. À leur tour, ces racines puisent à trois sources épistémologiques bien connues — le positivisme, l'herméneutique et la théorie des systèmes (Martyniuk, 1994). Les traditions du positivisme, chères à la science médicale, mettent l'accent sur l'expérimentation et l'observation naturelle et sont considérées comme les fondements de la science moderne (Simon, 1965). L'herméneutique aide à étudier et à interpréter le comportement humain et les institutions sociales (Bleicher, 1982). Quant à la théorie des systèmes, elle fait saisir l'interrelation et l'interaction des parties d'un tout (Habernas, 1975). Ces trois perspectives nous aident à comprendre à la fois les pratiques biologiques et sociales de la psychiatrie médico-légale et les valeurs conflictuelles qui pèsent sur le travail des praticiens.

Bien que la plupart des médecins soient conscients des interdits éthiques d'ordre médical ou légal dans leur pratique quotidienne, peu s'arrêtent à y penser et à se prendre au filet de questions d'éthique primaire comme en soulève l'analyse des valeurs inhérentes à leur profession. Quelles sont les implications, par exemple, d'ajouter à ses préoccupations deux valeurs centrales dans la pratique de la médecine, soit la préservation de la santé du patient et le devoir d'assurer son confort, qui augmentent inmanquablement les tâches quotidiennes d'un

médecin ? De plus, à un certain moment, il devient nécessaire de mettre dans la balance certaines valeurs : une chirurgie esthétique pour une personne encore jeune vaut-elle plus qu'un traitement d'hémodialyse pour une autre âgée de 89 ans ? Autre exemple, tiré de la psychiatrie médico-légale : la peine de mort exigeant que le condamné soit reconnu apte, en cas de doute, les fins de la justice doivent-elles amener un psychiatre légiste à le déclarer tel pour l'exécution, ou, sachant que mentir peut lui valoir une poursuite en plus d'être un manquement à l'éthique, le praticien doit-il, *consciencia vera*, refuser de procéder à l'évaluation ? Quelle valeur est plus importante, préserver la vie tel qu'attendu des médecins, ou procéder à l'exécution comme le dicte la loi ?

Dans une situation plus fréquente, comme une demande de détermination de la dangerosité sociale dont la conclusion habituelle sera l'internement pour une période indéterminée, une telle recommandation a tout le potentiel d'aggraver l'état mental de la personne violente, souffrant par exemple, de schizophrénie paranoïde. Un tel conflit devient plus important quand un psychiatre légiste est pris dans une situation où il est à la fois thérapeute et expert. Le principe le plus facile à appliquer dans ce cas est le suivant : assumer ces deux rôles serait un manquement à l'éthique car il est impossible de les réconcilier à leur face même (Appelbaum, 1997). Il ne devrait pas y avoir de conflit une fois qu'on accepte de placer les obligations envers le système légal au-dessus des autres considérations. Toutefois, effacer la prééminence de l'éthique médicale peut mener directement à des transgressions éthiques, telles que l'implication, la participation de psychiatres légistes à des interrogatoires ou à des séances de torture. Une approche narrative moins controversée (Griffith, 1998) serait de combiner les valeurs de l'expérience personnelle de la personne évaluée et le principe fondamental de la relation dyadique du patient et du professionnel. L'accent mis sur le rôle et les responsabilités du psychiatre légiste combinerait ces deux approches, en apparence incompatibles, en les appliquant à deux différents niveaux, soit l'approche des principes au niveau de la théorie et l'approche narrative au niveau de l'application (Candilis, 2001).

Les valeurs d'un groupe professionnel sont habituellement transposées dans la pratique sous forme de règles décisionnelles, vues comme des raccourcis ouvrant différentes stratégies pour la résolution de problèmes. En droit, la présomption d'innocence est considérée centrale aux fins de la justice (Coffin v. U.S., 1895) ; ainsi, la « règle Blackstone » édicte qu'il vaut mieux « libérer dix coupables que de punir

un seul innocent ». Une telle règle serait dangereuse en médecine où la possibilité d'échapper un état potentiellement mortel, mais pas encore clairement diagnostiqué, telle une crise cardiaque, mène inévitablement à une admission à l'hôpital. D'où la règle qu'il est mieux d'admettre dix personnes souffrant d'une possible crise cardiaque que d'en laisser une seule partir alors qu'elle peut effectivement en avoir une et mourir. En psychiatrie, les règles de l'internement dictent qu'il est préférable de détenir dix personnes qui *pourraient* devenir violentes que d'en laisser partir une seule qui le sera vraiment — justifiant ainsi une perte de liberté pour des crimes qui ne sont pas encore commis — ou détention préventive — qui pourrait mener à une détention indéterminée.

Controverses éthiques

L'identité professionnelle et la communion aux objectifs, principes et valeurs de sa profession sont ce qui fait d'une personne un professionnel, dans ce cas-ci un médecin, un psychiatre et par extension, un psychiatre légiste. L'identité professionnelle est liée à l'identité et à l'intégrité personnelles (Miller, 1995). Si le psychiatre légiste renonce à son code d'éthique ou à son identité ou les modifie pour s'ajuster à la situation, son appartenance comme médecin sera remise en question. Les psychiatres légistes qui ont été formés et initiés à l'éthique de la médecine seraient obligés de changer d'identité professionnelle et de devenir des agents de la loi, ou des criminologues, ou des praticiens d'autres domaines scientifiques. Au plan de l'intégrité personnelle, les psychiatres légistes qui se cachent derrière le manteau de la médecine pour parler avec autorité et connaissance ne devraient pas prétendre être assujettis à d'autres codes d'éthique sans avoir à en subir les conséquences sur leur appartenance. S'aventurer dans des domaines qui ne sont pas les leurs semble inévitable pour les psychiatres légistes, mais cela ne devrait pas se faire au prix de leur éthique professionnelle fondamentale.

Manifestement, à cause de ce double rôle, médical et juridique, la pratique de la psychiatrie médico-légale est partout chargée de dilemmes éthiques. Un psychiatre légiste est avant tout un clinicien expérimenté dont les décisions sont prises rationnellement à partir d'une base scientifique claire. En droit, les psychiatres légistes doivent connaître les définitions légales, les politiques et les procédures et les précédents judiciaires relatifs à la question ou à la cause à traiter (Gutheil, 1998). Ils devraient aussi connaître le travail des tribunaux et avoir la capacité de communiquer leurs conclusions de façon claire et concise, même dans les situations difficiles de contre-interrogatoire. La

dualité des connaissances et de la pratique en psychiatrie et en droit définit la sous-spécialité de la psychiatrie médico-légale, mais ne doit pas induire en erreur le praticien sensible sur le plan éthique quant à son repère éthique premier en tant que médecin.

Des identités conflictuelles génèrent des obligations conflictuelles (Nagel, 1991) qui se traduisent nécessairement par des dilemmes éthiques. La dualité de la connaissance et de la référence doit donc s'articuler dès le tout début dans la manière dont le psychiatre légiste accepte de s'impliquer dans une évaluation où doivent être employées les justes règles d'engagement et les justes mises en garde. À ce stade, il est primordial pour le psychiatre légiste de s'assurer que la personne soumise à l'évaluation n'ira pas croire que, le psychiatre étant médecin, la relation en sera une comme avec un patient, qui s'attend que le médecin fasse de son mieux à son égard et agisse toujours pour lui apporter le plus de bienfaits, tout en le rassurant sur la protection de sa vie privée et de la confidentialité. C'est évident dans les cas où le psychiatre légiste représente la Couronne. Une clarification honnête et sans ambiguïté des paramètres éthiques mis en jeu dans ces cas est obligatoire dans le sens suivant : si on accepte que la relation entre les psychiatres et les personnes évaluées ne soit pas d'ordre thérapeutique, des priorités éthiques différentes (Adshead, 2005) et des obligations légales s'appliqueront. Ces obligations conflictuelles sont au carrefour des conflits qui se présentent en psychiatrie médico-légale.

Dans ce contexte le concept de partialité pourrait être utile dans la mesure où il édicte qu'on doit donner préférence à ceux avec qui l'on se trouve en relation. Si dans la vie professionnelle le patient est plus près du médecin, alors la partialité ou du moins une « partialité raisonnable », un juste milieu entre la partialité et l'impartialité, entre une obligation envers le patient et maintes autres revendications devrait faire pencher la préférence et la prise de décision du côté du patient (Almond, 2005). La question éthique cruciale consiste ici à se demander si le praticien légiste a une obligation positive de résister au système judiciaire, même après s'être engagé à procéder à une évaluation neutre, quand il devient évident que le meilleur intérêt du patient, sur le plan clinique, n'est pas servi (Gutheil, 1998), ou que l'action clinique pourrait accroître la propension de certains patients psychiatriques à devenir criminalisés (Boettcher, 2005).

Le rôle de contrôle social des psychiatres légistes les place à part de l'éthique de la médecine et de la psychiatrie (Appelbaum, 1990 ; Stone, 1984). Dans la majorité des cas, on pourrait se demander avec raison si les psychiatres légistes fonctionnent tout à fait comme des

médecins. Par contre, ironiquement, les psychiatres légistes tiennent leur autorité pour agir de leur statut comme médecin. Pourtant, au point de départ du processus d'évaluation, on doit admettre que le résultat final du processus va au-delà des paramètres de la pratique clinique et s'inscrit dans le domaine du droit et de ses exigences. Cela impose aux psychiatres légistes l'obligation éthique d'examiner de près leurs propres motifs ainsi que les motivations et actions finales potentielles de ceux qui font appel à leurs services. Cet exercice devrait donc les amener à voir comment les données sont obtenues, comment l'évaluateur arrive à son opinion, comment le matériel juridique tel que les rapports, les memos, et la preuve d'expertise sont préparés et, plus important, quelle serait l'utilisation finale de leurs conclusions.

Une controverse majeure provenant du double rôle que les psychiatres légistes et d'autres psychiatres comme ceux des forces armées sont appelés à jouer, porte sur le recours à l'hôpital psychiatrique judiciaire, comme dans l'ex-Union soviétique (Human Rights Watch, 1989) et, plus récemment, sur des préoccupations similaires soulevées pour la Chine (Munro, 2000). La participation aux interrogatoires de prisonniers et de détenus a mené à des allégations de torture, en particulier dans le climat actuel de préoccupation relativement aux activités terroristes (Moran, 2005). On inclut ici la remise aux interrogateurs de matériel psychiatrique confidentiel qui pourrait être utilisé pour révéler des faiblesses et des vulnérabilités du prisonnier (Lifton, 2004), les consultations accordées sur des techniques d'interrogation, ou même la participation active à des méthodes détournées de collecte de renseignements (Sharfestein, 2005). C'est dans ce contexte que les motivations ultimes de ceux qui demandent des évaluations ne peuvent être ignorées par les psychiatres légistes ou les médecins en général. La participation dans des conduites menant à la torture représente une déviation majeure de l'éthique médicale (Arboleda-Flórez, 2005).

Conclusion

Cet article a examiné l'envergure prise par la psychiatrie médico-légale ainsi que les questions éthiques qui confrontent les praticiens de cette spécialité. Y sont énumérés quatre moments dans le développement de la pensée de la psychiatrie médico-légale. Les deux premiers — l'évolution dans la compréhension et l'appréciation de la relation entre maladie mentale et criminalité et des impacts de cette maladie sur le comportement délinquant, et les changements subséquents dans les tests mesurant l'aliénation — ont montré la portée grandissante de la psychiatrie médico-légale dans pratiquement tous les domaines du droit

criminel et dans nombre de situations en droit civil. Les deux derniers moments — les nouvelles méthodologies pour le traitement du trouble mental qui offrent des alternatives à la prise en charge sous garde et les changements d'attitudes et de perceptions de la population générale — ont illustré les activités des psychiatres légistes en dehors des tribunaux. Ces activités vont du développement et de l'implantation des lois sur la santé mentale aux moyens d'appliquer ces connaissances pour aider les criminels qui souffrent de troubles mentaux à naviguer dans trois systèmes sociaux apparemment antagoniques : la médecine, la justice et les services correctionnels. À cet égard, cet article a aussi commenté les controverses soulevées par l'action élargie des psychiatres légistes. Des problèmes de définitions ont été énumérés, notamment des questions reliées à l'identité professionnelle. Des préoccupations récentes ont été observées au sujet de l'utilisation des connaissances cliniques pour des raisons qui devraient demeurer à l'extérieur des frontières éthiques des activités médicales.

Les valeurs centrales de la psychiatrie médico-légale demeurent un point litigieux quant à savoir si le psychiatre légiste doit s'identifier à un « paradigme de bien-être », selon lequel il doit adhérer au principe d'altruisme et de bienfaisance de la médecine (« faire le mieux pour les patients »), se préoccuper de leur bien-être et être prêt à assurer son rôle protecteur envers eux (bien-être) et envers les tiers. Cette valeur du « paradigme de bien-être » a été mise en opposition avec le « paradigme de justice » pour lequel la responsabilité première du psychiatre légiste est de servir les buts du système judiciaire et d'assurer la protection de la collectivité. On a statué que dans les cas où le psychiatre pourrait être déchiré entre ses obligations envers un patient spécifique et ses obligations envers le système, un équilibre des valeurs centrales de la médecine et de la justice devra être considéré. Il est suggéré que dans ces cas, le psychiatre doit être prêt à critiquer et même à mettre en jeu son statut personnel et social afin de préserver l'intégrité éthique de la pratique médicale classique.

Clarifier des identités morales confuses, articuler des standards d'opération dans les différents contextes du monde médico-légal, et proposer une formation qui permette aux professionnels de reconnaître ces standards et de les appliquer, constitue un défi de taille. Dans ce sens, la capacité ne peut être séparée de la question des standards. Autrement dit, comment s'assurer que les professionnels seront moralement capables quand cela est tenu pour un enjeu pertinent ? Une réponse facile est de présumer que cette capacité morale existe chez n'importe quel professionnel qui est reconnu ou qui n'entretient des préjugés cachés. La

question de savoir par exemple si la discipline de la psychiatrie médico-légale devrait ou peut demeurer neutre soulève un débat perpétuel au sein de la profession elle-même. Si le test de la crédibilité morale réside dans la capacité de dire la vérité au meilleur de son talent, et dans le fait de négocier les termes et conditions honnêtement avec le client/patient, alors la question est close. Toutefois, les psychiatres légistes sont confrontés à des dilemmes lorsqu'ils ont à transiger avec un ensemble de valeurs, d'intérêts ou de préjugés qui sont moralement contradictoires. Le problème existe aussi plus généralement en psychiatrie lorsque l'on doit se demander comment exercer un bon jugement professionnel dans des situations qui semblent comporter un enjeu moral.

Pour les psychiatres légistes, une codification stricte n'est peut-être pas la solution prudente à apporter (Bloch, 1999 ; Weisstub, 1998) ni, non plus, un ensemble de directives très élaborées car une telle rigidité répond mal aux circonstances changeantes qui ne manquent pas de survenir. En répondant à la quête de standards éthiques propres à la pratique médico-légale et applicables à l'envergure de ses activités, pouvons-nous jamais être justifiés d'évoquer la possibilité d'une autorité réglementaire en matière de « négligence morale », vu la difficulté de définir les frontières appropriées des mandats de la profession, le manque de consensus sur les valeurs qui doivent l'orienter, et plus généralement, l'effondrement apparent de l'intégrité morale des professionnels dans la société ?

Les actes flagrants de conduite répréhensible peuvent être traités sans trop de controverse ni de difficulté. Dans les cas moins clairs qui nous préoccupent, quel ensemble de standards peut prétendre nous éclairer ? On a tenté de dresser des listes de principes généraux, mais ils sont d'un tel niveau d'abstraction qu'ils n'apportent qu'un secours restreint dans les zones grises où les professionnels disent avoir besoin d'orientation. Étant donné que plusieurs décisions professionnelles de nature difficile sont prises dans des conditions de stress, requérant souvent un jugement hâtif, il n'est pas surprenant que les professionnels à travers le système médico-légal aient demandé qu'une formation morale spéciale soit mise en place.

Références

- ACKERNECHT, E., H., 1968, *A Short History of Psychiatry*, New York, Hafner Publishing Company.
- ADSHEAD, G., SARKAR, S., P., 2005, Justice and welfare : two ethical paradigms in forensic psychiatry, *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1011-1017.

- ALMOND, B., 2005, Reasonable partiality in problematic relationships, *Ethical Theory and Moral Practice*, 8, 155-168.
- AMERICAN ACADEMY OF PSYCHIATRY AND THE LAW, 2006, *Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry*, <http://www.aapl.org/ethics.htm>, Accessed March 29.
- APPELBAUM, P., S., 1990, The parable of the forensic psychiatrist : ethics and the problem of doing harm, *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 4, 249-259.
- APPELBAUM, P., S., 1994, *Almost a Revolution, Mental Health Law and the Limits of Change*, New York, Oxford University Press.
- APPELBAUM, P., S., 1997, A theory of ethics for forensic psychiatry, *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 233-247, Washington, American Psychiatric Publishing.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J., LOVE, E., FICK, G., 1995, An epidemiological study of mental illness in a remanded population, *International Medical Journal*, 2, 113-126.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J., 2004, On the evolution of mental health systems, *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 5, 377-380.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J., 2005, Forensic psychiatry : Two masters, One ethics, *Die Psychiatrie*, 2, 153-157.
- ARBOLEDA-FLÓREZ, J., WEISSTUB, D., N., 2006, Les droits en santé mentale au Canada : une perspective internationale, *Santé mentale au Québec*, XXX, 2, 15-41.
- BLACKSTONE, W., QUOTED IN VOLOKH, A., ed., *Guilty Men*, downloaded August 4, 2006 from <http://www.law.ucla.edu/volokh/guilty.htm>.
- BLEICHER, J., 1982, *The Hermeneutic Imagination — Outline of a Positive Critique of Scientism and Sociology*, London, Routledge and Kegan Paul.
- BLOCH, S., PARGITER R., 1999, Codes of ethics in psychiatry, in Bloch, S., Chodoff, P., Green, S., A., eds, *Psychiatric Ethics*, Oxford University Press, 81-103.
- BOETTCHER, B., Criminalization in Forensic Psychiatry, *Psychiatry*, retrieved December 18, 2005, from <http://www.priory.com/psych/criminal/htm>.
- CANDILIS, P., J., MARTINEZ, R., DORDING, C., 2001, Principles and narrative in forensic psychiatry : toward a robust view of professional role, *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 29, 168-173.
- COFFIN v. U.S., 156 U.S. 432 (1895).

- DALY, R., 2006, California ordered to upgrade, expand prison mental health services, *Psychiatric News*, 2.
- DEANE, N., W., STEADMAN, H., J., BORUM, R., 1999, Emerging partnerships between mental health and law enforcement, *Psychiatric Services*, 50, 99-101.
- DITTON, P., 1999, *Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers*, Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs.
- GRIFFITH, E., H., 1998, Ethics in forensic psychiatry: a cultural response to Stone and Applebaum, *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 26, 171-184.
- GUTHEIL, T., APPELBAUM, P., 1982, *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*, New York, McGraw-Hill.
- GUTHEIL, T., G., 1998, "The whole truth" versus "the admissible truth": an ethics dilemma for expert witnesses, *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 31, 4, 422-427.
- GUTHEIL, T. G., SLATER, F. E., COMMONS, M. L., GOODHEART, E., A., 1998, Expert witness travel dilemmas: A pilot study of billing practices, *Bulletin of American Academy Psychiatry Law*, 26, 1, 21-26.
- GUTHEIL, T. G., 1999, Ethics and forensic psychiatry, in Bloch, S., Chodoff, P., Green, S., A., eds., *Psychiatric Ethics*, Oxford University Press, 345-361.
- HABERNAS, J., LUHMANN, N., 1975, *Theorie der Gessellschaft oder Sozialtechnologie*, Frankfurt, Suhrkamp, 145.
- HUMAN RIGHTS WATCH, Soviet Union, Retrieved, December 18, 2005 from <http://www/hrw.org/reports/1989/WR89/Soviet.htm>.
- KONRAD, N., 2002, Prisons as new asylums, *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 583-587.
- LEVY, C. J., 2002, State to survey mentally ill in residences, *The New York Times (on line)* <http://www.nytimes.com/2002/12/13/nyregion/13PSYC.html>.
- LIFTON, J. R., 2004, Doctors and torture, *The New England Journal of Medicine*, 351, 5, 415-416.
- MARTYNIUK, C. E., 1994, *Positivismo, hermenéutica y teoría de sistemas*, Buenos Aires, Biblos.
- MILLER, F. G., BRODY, H., 1995, Professional integrity and physician-assisted death, *Hasting Cent Rep*, 25, 8-17.

- MORAN, M., 2005, AMA to evaluate M.D. role in detainee interrogation, *Psychiatric News*, 40, 23, 6.
- MORA, G., 1967, History of psychiatry, in Freedman, A. M., and Kaplan, H. I., eds., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 5.
- MORRISEY, J. P., GOLDMAN, H. H., 1981, The enduring asylum, *International Journal of Law and Psychiatry*, 4, 13-34.
- MUNRO, R., 2000, Judicial psychiatry in China and its political abuses, *The Journal of Asian Law*, 14, 1, Downloaded 18/12/2005, <http://www.columbia.edu/cu/asiaweb/v14n1Munro.htm>.
- NAGEL, T., 1991, *Equality and Partiality*, Oxford University Press.
- NAKATANI, Y., 2000, Psychiatry and the Law in Japan, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 5-6, 589-604.
- PROSONO, M., 1994, History of Forensic Psychiatry, in Rosner, R., ed., *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, Toronto, Chapman and Hall, 14.
- RIDGWAY, P., 1997, From asylums to communities : a historical perspective on changing environments of care, in Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J. A., eds., *Psychiatry*, vol. 2, Philadelphia, Saunders, 1751-1769.
- SHARFESTEIN, S., 2005, Medical ethics and the detainees at Guantanamo Bay, *Psychiatric News*, November 18, 2005, 3.
- SIMON, W. M., 1965, The "Two Cultures" in nineteenth-century France : Victor Cousin and Auguste Comte, *Journal of the History of Ideas*, 26, 45-58.
- SMITH, Sir S., 1951, The history and development of forensic medicine, *British Medical Journal*, 4707, 599-607.
- STONE, A. A., 1984, The ethical boundaries of forensic psychiatry : a view from the ivory tower, *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law*, 12, 3, 209-219.
- WEINSTOCK, R., GOLD, L. H., 2004, Ethics in forensic psychiatry, in Simon, R. I., Gold, L. H., eds., *Textbook of Forensic Psychiatry*.
- WEINSTOCK, R., 1998, Comment on a theory of ethics for forensic psychiatry, *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 26, 151-156.
- WEISSTUB, D. N., 1980, Psychiatry and the political question, *International Journal of Law and Psychiatry*, 3, 219-233.
- WEISSTUB, D. N., 1990, *Inquiry on Mental Competency*, Toronto, Queen's Printer for Ontario.

WEISSTUB, D. N., 1998, La lettre des principes et l'esprit des lois : le problème de l'application dans la jurisprudence analytique, in Sosoe, L., dir., *Éthikè — La vie des normes et l'esprit des lois*, Montréal — Paris, l'Harmattan, 53 — 72.

ABSTRACT

The scope of forensic psychiatry : Ethical responsibilities and conflicts of values

To write about ethics in specialties that straddle the lines of multiple systems cannot be done without discussing values and decisional rules that underlie each one of those systems. By virtue of its multiple associations, forensic psychiatry is an archetype of such specialties ; it works within a set of values that might be viewed as antithetical, even irreconcilable, with other aspects of psychiatry. The extensive scope of action of forensic psychiatry compels its practitioners to hold alternate world views and to apply decisional rules that may clash with the classical values and ethical considerations of medicine (Weisstub, 1980). In this article, following an historical précis, the authors review the scope of action of forensic psychiatry as the basis for the definition of this subspecialty. The concepts, themes and controversies pertaining to the ethical practice of this specialty will be reflected upon in the light of issues encountered in actual practice.

RESUMEN

Psiquiatría medico-legal. Envergadura, responsabilidades éticas y conflictos de valores

Cuando una especialidad compete a varios sistemas, no se puede tratar de etiqueta sin discutir los valores y las reglas de decisión a la base de cada uno de estos sistemas. Por sus múltiples asociaciones, la psiquiatría medico-legal es un arquetipo de este tipo de especialidad; ésta opera en el seno de un conjunto de valores que pueden parecer antitéticos, es decir, irreconcilables con respecto a otros aspectos de la psiquiatría. La actividad de la psiquiatría medico-legal ha tomado una envergadura considerable y los que la practican deben adoptar otros puntos de vista sobre el mundo y aplicar las reglas de decisión que pueden chocar contra los valores clásicos y las consideraciones éticas de la medicina (Weisstub, 1980). Después de un breve resumen histórico, los autores revisan la amplitud de acción de la psiquiatría médico-legal vista como fundamento de su definición. Los conceptos, temas y controversias relacionados con la ética de esta especialidad se examinan a la luz de las preguntas que surgen en la práctica actual.

RESUMO

Psiquiatria médico-legal. Envergadura, responsabilidades éticas e conflito de valores

Quando uma especialidade sobrepõe vários sistemas, não se pode tratar de ética sem discutir valores e regras de decisão que estão na base de cada um destes sistemas. Através de suas múltiplas associações, a psiquiatria médico-legal é um arquétipo de tal especialidade; ela opera dentro de um conjunto de valores que podem parecer antitéticos, ou mesmo irreconciliáveis com respeito a outros aspectos da psiquiatria. A ação da psiquiatria médico-legal tomou uma envergadura considerável, e seus especialistas devem adotar outras visões do mundo e aplicar regras de decisão que podem atingir os valores clássicos e as considerações éticas da medicina (Weisstub, 1980). Depois de um breve histórico, os autores passam em revista a extensão da ação da psiquiatria médico-legal, vista como fundamento de sua definição. Os conceitos, temas e controvérsias, com respeito à ética desta especialidade, são examinados à luz das questões levantadas na prática atual.