

Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le Curateur public

Analysis of Medical and Psychosocial Evaluations Required by the New Law Concerning the Public Curator

Claude Nélisse and Isabelle Uribé, m.s.s.

Volume 17, Number 2, Fall 1992

Communautés culturelles et santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/502081ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/502081ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Nélisse, C. & Uribé, I. (1992). Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le Curateur public. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 265–283. <https://doi.org/10.7202/502081ar>

Article abstract

The new Public Curator Act systematically requires medical and psychosocial evaluations. In confronting the letter and the spirit of the law to its regulations and operating procedures (and inversely), this article outlines the various tasks that will fall under the responsibility of health and social service professionals. Following a brief presentation of the law, the authors describe how the role of these professionals is limited to evaluations for the purpose of conducting expert appraisements, a matter which raises a great deal of concern. In addition, the two key notions of "inaptitude" and "need" are discussed in their legal sense, along with their consequences from the medical evaluation and psychosocial standpoints. The latter in particular will be analyzed regarding implementation difficulties. The authors conclude with a general commentary that is likely to give meaning to that simple and sometimes routine gesture consisting of "completing a form".



Analyse des évaluations médicales et psychosociales requises par la nouvelle Loi sur le Curateur public

Claude Nélisse*

Isabelle Uribé**

La nouvelle Loi sur le Curateur public requiert systématiquement des évaluations médicales et psychosociales. Comparant le texte et l'esprit de la Loi à ses procédures et ses formulaires d'opération le présent texte explique les diverses tâches qui incomberont aux professionnels de la santé et des services sociaux. Après une présentation succincte de cette Loi, le texte montre que le rôle de ces professionnels y est limité à de l'évaluation pour fin d'expertise et que cela ne va pas sans créer certaines malaises. Ensuite, les deux notions clefs d'«inaptitude» et de «besoin» sont présentées dans leur sens juridique, avec leurs conséquences du point de vue de l'évaluation médicale d'abord et psychosociale ensuite. Cette dernière en particulier sera analysée dans ses difficultés d'exécution. La conclusion est une remarque générale susceptible de donner un sens à ce geste simple et quelquefois routinier qu'est celui de «remplir un formulaire».

La Loi 145, entrée en vigueur le 15 avril 1990, réforme globalement et substantiellement le droit en matière de protection des majeurs. Cette Loi sur le Curateur public et modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives remplace l'ancienne Loi sur la curatelle publique. Contrairement à cette dernière, qui ne concernait que les psychiatres comme professionnels non judiciaires, la nouvelle Loi fait appel aussi de manière non exhaustive aux infirmier(ère)s, aux psychologues, aux travailleur(euse)s social(e)s.

* Claude Nélisse, docteur en sociologie, est professeur à l'Université de Sherbrooke.

** Isabelle Uribé, m.s.s., travaille en service social à l'Hôpital Louis H. Lafontaine. Ils remercient madame Évelyn Giroux, travailleuse sociale, et Dr Marie-Josée Poulin, toutes deux de l'Hôpital Louis H. Lafontaine, ainsi que le personnel cadre du service d'intervention du Curateur public du Québec, pour leur lecture attentive du texte et leurs judicieux commentaires. Les erreurs, opinions et jugements restent cependant imputables aux seul(e)s auteur(e)s.

Le présent article aborde cette nouvelle Loi du point de vue de ces professionnels. Il examine les contraintes certaines et les impacts prévisibles de cette législation quant à la nature et aux modalités de réalisation des évaluations médicales et psychosociales qu'elle exige. Nous avons utilisé comme méthode celle de la réflexion analytique fondée sur la lettre et l'esprit de la Loi ainsi que sur les procédures et les formulaires requis.

Plus précisément, cette analyse décomposera le rôle global d'évaluation pour faire apparaître la présence de quatre tâches concrètes et distinctes: évaluation des experts, justification, information et enquête anticipatrice. Nous définirons chacune de ces activités en insistant sur les difficultés ou plus exactement sur les malaises que pourraient rencontrer les professionnels dans l'exécution de leurs tâches respectives afin que tous soient plus au fait des conditions de travail des autres et de leurs limites. Ceci dit, pour tout intervenant qui aura à faire une évaluation, ce texte ne pourra ni remplacer la lecture de la Loi elle-même ni éviter les consultations appropriées. Soulignons aussi que notre texte n'est pas une présentation exhaustive de cette dernière (et encore moins une critique), ni un document de vulgarisation validé par la Curatrice. C'est une analyse sociologique et épistémologique, proposée par les seuls auteurs, du sens probable des activités comprises sous le terme général d'«évaluation».¹.

Présentation succincte de la Loi

Depuis 1945, le Curateur public recevait un certificat d'incapacité émis par un psychiatre à l'endroit d'une personne hospitalisée, décrite comme « confuse » par exemple. Ce certificat accompagnait une attestation du directeur des services professionnels pour fin de placement sous curatelle; il pouvait avoir été émis quelques heures au préalable, à la demande par exemple d'un chirurgien désirant pratiquer une intervention sous anesthésie et n'ayant pu obtenir de l'intéressé un consentement éclairé. Par voie administrative, séance tenante, la personne était mise en curatelle par le Curateur public, et ce pour une période déterminée, très facilement reconduite cependant. À son insu et à l'insu de sa famille le plus souvent, cette personne devenait une « incapable » non seulement pour administrer ses biens, mais aussi pour tout ce qui concernait l'exercice de ses droits civils et durant le reste de sa vie dans bien des cas. Telle était, malgré quelques réformes secondaires, sinon la procédure exacte du moins la tendance générale des pratiques.

Ces certificats d'incapacité — ceux de capacité étaient possibles, mais si rares. — étaient le privilège exclusif des psychiatres, qui pouvaient aussi certifier du statut d'« interdit » en se basant sur l'« imbécillité » ou la « démence » ou encore la « fureur » du patient. Ces termes sont rendus aujourd-

d'hui désuets et inopérants par les progrès de la médecine. Par ailleurs, la prise de juridiction automatique par le Curateur public allait pour le moins à l'encontre des Chartes canadienne et québécoise des droits de la personne. Le Code civil du Bas-Canada est en pleine refonte et la Loi 145 s'inscrit directement dans ce nouveau courant juridique.

La judiciarisation

C'est la pierre angulaire de toute la réforme. Cela signifie que le processus de protection des majeurs est l'objet d'une création et d'une application de règles semblables à celles du système judiciaire. Elle met fin à l'automatisme administrative de l'ancienne curatelle publique, en faisant du tribunal la seule instance habilitée à homologuer un mandat ou à ouvrir, fermer ou modifier un régime de protection (points qui seront détaillés plus loin). La judiciarisation implique aussi des changements fondamentaux de vocabulaire, à commencer par la notion d'«interdit» (qui était l'équivalent juridique et automatique de l'incapacité psychiatrique) qui est remplacée par celle d'«inapte».

L'inaptitude de la personne

Elle doit s'entendre justement comme un concept strictement juridique. La Loi 145 qui en fait un usage abondant lui donne trois déterminations distinctes. En premier lieu, la personne peut être dite «inapte à consentir à des soins» (art. 78 modifiant art. 19.1 à 19.4 C.c.B.c.). Nous n'insisterons pas sur cette forme d'inaptitude dans la mesure où elle ne peut permettre, par elle-même, une ouverture de régime de protection. En second lieu, la personne peut être dite «inapte à prendre soin d'elle-même» et/ou à «administrer ses biens» et — fait essentiel — elle peut être inapte à un titre sans l'être nécessairement à l'autre.

«Il est nommé au majeur un curateur ou un tuteur pour le représenter, ou un conseiller pour l'assister, dans la mesure où il est inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite notamment d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté» (art. 327).

Ces deux formes d'inaptitude sont, comme nous allons le voir au paragraphe suivant, à la base des régimes de protection. La portée précise de cette définition de l'inaptitude sera examinée dans la troisième partie de cet article. D'ici là, afin de simplifier l'écriture de ce texte, l'essentiel de la loi sera présenté en utilisant uniquement l'expression «personne inapte», qu'il faudra toujours lire dans le seul sens de l'une ou l'autre des significations précédentes.

L'élément le plus novateur de la Loi 145

C'est incontestablement le pouvoir conféré à toute personne majeure de donner, en prévision d'une éventuelle inaptitude, un mandat à une (ou des) personne(s) de son choix. Il s'agit, en quelque sorte, d'un «système d'auto-protection préventive», puisqu'il est mis sur pied par une personne pouvant déterminer elle-même les actes juridiques qui, accomplis par le(s) mandataire(s), devraient garantir son bien-être moral et matériel. Ce mandat ne prendra évidemment effet qu'à partir du moment où surviendra l'inaptitude et qu'il aura été homologué par la Cour. Les évaluations médicales et psychosociales seront requises pour cette homologation.

En plus de ce nouveau système — et pouvant se jumeler à lui sous certaines conditions —, nous retrouvons le système plus «étatique» et ancien, connu sous le terme de «curatelle». Ce système est maintenant rebâti et complexifié autour des trois régimes de protection suivants:

- Un CONSEILLER AU MAJEUR est nommé lorsqu'une personne généralement et habituellement apte a besoin d'être conseillée ou d'être *assistée* dans l'administration de ses biens.

Cas type: une personne ayant des limitations fonctionnelles d'origine intellectuelle se débrouille généralement bien dans la gestion de ses affaires courantes. Néanmoins, elle ne peut négocier les transactions immobilières ou faire les placements que nécessiterait une gestion prudente et avisée du petit héritage laissé par un parent décédé.

- Une TUTELLE AU MAJEUR est instaurée lorsqu'une personne est jugée partiellement ou temporairement inapte. Privée alors de l'exercice de certains droits, elle sera *représentée* pour les actes concernés. Selon que ces actes ont pour seul objet ses biens ou sa personne, ou alors sa personne et ses biens conjointement, il s'agira de différences qui respecteront ses besoins.

Cas type: compte tenu de la gravité momentanée de son état, une personne hospitalisée, que ce soit ou non en psychiatrie, ne peut poser les gestes nécessaires à l'entretien ou à la conservation de ses biens, ou encore au maintien minimal de son état de santé.

- Une CURATELLE AU MAJEUR est instaurée lorsque l'inaptitude est jugée totale et permanente. Elle s'applique à la fois aux biens et à la personne. Cette dernière perd totalement l'exercice de ses droits civils et se voit *représentée* par un curateur dans l'exercice de ses droits comme dans la pleine administration de tous les biens.

Cas type: une atteinte grave et irréversible des facultés intellectuelles par un processus dégénératif cérébral, tel une démence de type Alzheimer.

L'ouverture d'un régime de protection

Elle peut être enclenchée de deux manières: soit par «initiative privée», c'est-à-dire à la demande du majeur lui-même, du conjoint, d'un parent, d'un proche, ou de «toute personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier»; soit par «initiative publique» du directeur général d'un établissement de santé ou de services sociaux qui, constatant chez un bénéficiaire le besoin d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils, en fait rapport au Curateur public. Dans le premier cas, le demandeur, assisté ou non d'un avocat ou d'un notaire s'il le désire, adresse sa requête au protonotaire, en l'accompagnant obligatoirement d'une évaluation médicale *et* d'une évaluation psychosociale. Dans le second cas, le directeur général de l'établissement doit émettre un rapport, dit «rapport du D.G.». Ces évaluations ne constitueront qu'une partie du dossier. En effet, l'audition de toute requête présentée au tribunal (que ce soit pour l'homologation d'un mandat ou pour l'ouverture d'un régime) prendra également en considération les renseignements et les avis du D.G., les auditions du majeur (avec au besoin sa représentation par un procureur), celles des membres du conseil de famille, les exigences d'un éventuel mandat et tout autre témoignage jugé pertinent. De plus, le majeur devra être informé autant que possible du résultat de ces démarches.

Il y a ouverture ou fermeture d'un régime de protection:

«Lorsqu'un majeur (...) a besoin d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils en raison de son isolement, de la durée prévisible de son inaptitude, de la nature ou de l'état de ses affaires ou en raison du fait qu'aucun mandataire désigné par lui n'assure déjà une assistance ou une représentation adéquate....» (art. 332.2).

La Loi circonscrit ici une définition importante du besoin d'assistance ou de représentation. Nous verrons dans la troisième partie à qui il incombe concrètement (et comment) de justifier ou non un tel besoin.

L'ensemble de ces procédures d'ouverture (évaluations incluses) sont aussi celles qui serviront au tribunal pour mettre fin au régime de protection, dès que cesse l'inaptitude du majeur, ou pour tout changement de régime dès qu'il y a modification de la nature ou du degré de cette inaptitude. La Loi innove ici aussi en rendant obligatoires une réévaluation à tous les trois ans des régimes de conseiller au majeur et de tutelle et tous les cinq ans celle des régimes de curatelle.

La nature des évaluations médicales et psychosociales

La Loi 145 met les différents professionnels sur un même niveau, en leur donnant un rôle unique et identique: celui d'*évaluation*. Cette seconde partie de notre étude montrera que cette évaluation est indépendante de tout

traitement ou de toute prise en charge et qu'elle s'exerce ainsi *dans une fonction d'expertise* particulière et pas toujours facile à comprendre.

Le rôle des professionnels est circonscrit à l'évaluation

Bien que la Loi 145 soit, pour une part importante, une loi de protection, toute comparaison avec la Loi de la Protection de la Jeunesse reste délicate. La protection du majeur, contrairement à celle du mineur, se borne à garantir des conditions minimales d'exercice des droits civils dans l'intérêt des particuliers, mais sans contraindre personne à offrir quelque service que ce soit. La nouvelle Loi assure certainement une fonction préventive générale, en protégeant de la dilapidation ou de la spoliation le patrimoine des personnes inaptes et en autorisant une défense plus ferme des droits de ces malades «inaptes» par rapport à d'éventuels «abus thérapeutiques». Mais elle ne crée ou ne promeut activement rien quant à des aides ou des activités de réinsertion sociale, à des changements de comportement ou de situations de qui que ce soit; elle n'assure ou ne soutient aucune fonction sociale d'assistance ou de soins. Elle restreint les libertés circonstanciellles du majeur «... en sa faveur seulement» (art. 325), mais s'abstient d'intervenir (de prendre une initiative) en termes de «traitement social».

La portée de la Loi 145, comparativement bien sûr à la Loi de la Protection de la Jeunesse, est si restreinte que les activités professionnelles requises ou déclenchées par elle, en dehors des pratiques proprement juridiques, sont et seront vraisemblablement limitées à de l'évaluation au sens strict. C'est dire que cette évaluation consistera seulement à effectuer un constat, à procéder à un bilan en décelant la présence ou l'absence d'un ensemble d'éléments (traits, aptitudes, comportements, déficiences, troubles, caractéristiques du milieu, événements, etc.) et qu'elle tendra à exclure toute analyse, explication ou compréhension globales des conduites, des situations et de la problématique générale. On fera une ou des photographies du majeur et de sa situation — médicale et familiale en particulier —, mais sans qu'il ne soit nécessaire d'expliquer le comportement du majeur, ni le pourquoi de sa situation, ou de proposer et de justifier d'autres solutions.

Il faut souligner ici qu'un rôle d'évaluation ainsi restreint, comparativement aux pratiques évaluatives habituelles que nous allons décrire au paragraphe suivant, risque souvent — à tort ou à raison — d'être perçu et vécu par beaucoup de professionnels comme marginal, plus ou moins utile, routinier, essentiellement bureaucratique... Pourrait-il ou devrait-il en être autrement? Cette question déborde la portée de cet article. Elle sera néanmoins reprise en conclusion lorsque nous serons en possession de toutes les données de l'analyse.

Une évaluation faite dans une fonction d'expertise

Traditionnellement, l'évaluation professionnelle est presque toujours faite en fonction d'une prise en charge. Qu'elle s'appelle évaluation clinique dans les pratiques sanitaires ou évaluation formative en pédagogie, elle se caractérise comme une démarche, unifiée par un même agent professionnel, de trois opérations cognitives théoriquement conséquentes l'une à l'autre: 1. un recueil aussi large que possible d'informations objectivées pertinentes à un objet à évaluer (par exemple bien, comportement, performance, processus, programme, etc.); 2. un jugement de valeur sur cet objet en rapportant les informations précédentes à un modèle, une table, un code ou une échelle faisant fonction de norme de référence; et 3. une décision quant à des actions souhaitables conformément à l'écart entre ce jugement de valeur et des objectifs professionnels déterminés par ailleurs.

L'évaluation expertale (nous appellerons ainsi toute évaluation faite en situation sociale d'expertise) se définit alors comme une démarche dont les deux premières opérations (prise d'informations et jugements de valeur) sont faites par un professionnel à la demande d'une instance étrangère, seule responsable de la troisième opération (décision). Cette instance, qui est le plus souvent judiciaire, est celle qui détermine les finalités de l'évaluation, qui en précise les raisons et qui définit donc le contenu et la portée de ce qui sera à évaluer.

Il est important de se rappeler que l'évaluation professionnelle «normale», «habituelle» est un savoir clinique produit par un professionnel pour sa propre pratique. Les descriptions et les prévisions ont toujours pour objectifs une pratique de prise en charge individualisée. Elles n'ont donc de sens que par rapport à celle-ci. Cependant, l'évaluation faite par un professionnel en situation d'expertise n'est pas construite en vue de ce qui serait sa prise en charge, mais bien en fonction d'une décision (et plus généralement d'une action) conduite par un autre professionnel.

Sans cette prise en charge (par lui-même ou par un collègue d'une profession voisine), le professionnel ne sait plus toujours très bien pour quoi il doit observer, décrire, analyser ou évaluer une «personne en situation», surtout quand cette personne ne lui en a pas fait la demande elle-même. Il travaille habituellement avec son client ou son bénéficiaire, comme il dit, et c'est avec un certain malaise qu'il évaluera un «sujet» dont il devra faire rapport par écrit à une tierce personne, membre d'une autre profession.

Seuls les psychiatres légistes ou les criminologues, psychologues, travailleurs sociaux affectés aux expertises pré-sentencielles ou prédécisionnelles sont à l'aise pour mieux comprendre et intérioriser les contraintes fort particulières, et déroutantes parfois, propres à ces métiers d'expert. Dans le

cadre de la Loi 145, comme dans tous les autres champs professionnels qui connaissent un interventionnisme accru de l'autorité judiciaire, il est peu probable que les évaluations médicales et psychosociales seront le fait exclusif ou principal de professionnels habilités à cette fonction d'expertise.

De plus, cette fonction d'expertise connaît elle aussi une certaine dissolution: le travail est souvent partagé entre plusieurs professionnels assujettis à des procédures fort variables, avec des responsabilités souvent mal définies et des critères d'évaluation assez imprécis. Cette situation correspond assez bien au cas présent lorsque la demande d'ouverture ou de révision est faite à l'initiative du directeur général d'un établissement de santé ou des services sociaux. La procédure prévoit en effet que les évaluations médicales et psychosociales sont acheminées au directeur général, qui y ajoute d'abord un ensemble de renseignements sur le majeur et qui, ensuite, donne et motive son avis quant à l'opportunité d'ouvrir un régime de protection et quant à la nature de ce régime. Le tout est remis au Curateur public qui en fera l'étude, validera ou complétera les données médicales et psychosociales, tentera d'intéresser des particuliers à demander eux-mêmes l'ouverture du régime et fera finalement des recommandations au tribunal.

La fonction d'évaluation s'inscrit donc dans une véritable «division du travail». Ici comme ailleurs, les professionnels qui font de l'évaluation ne la font plus seuls et ne sont plus seuls face à l'instance décisionnelle qui en a fait la demande. Ils sont souvent «comme des experts sans être un expert»: ils participent, pour une part plus ou moins modeste suivant les cas, à une fonction plus générale dont ils ne peuvent saisir facilement la signification et la portée, dans la mesure même où celles-ci relèvent directement d'un champ qui leur est encore souvent fort étranger: le domaine judiciaire.

Définitions juridiques de l'incapacité et du besoin et questions d'évaluation

«Le tribunal ouvre une curatelle s'il est établi que l'incapacité du majeur à prendre soin de lui-même et à administrer ces biens est totale et permanente, et qu'il a besoin d'être représenté dans l'exercice de ces droits civils» (art. 333).

Les articles 334 sur la tutelle et 335 sur le conseiller au majeur ont la même structure. C'est le tribunal qui ouvre un régime et nomme un curateur. Pour cela, deux conditions sont également nécessaires: 1. que l'incapacité soit établie et caractérisée et 2. que le majeur ait besoin d'un des régimes.

Dans cette troisième partie, nous insisterons sur un des effets de la judiciarisation: la définition des notions d'incapacité et de besoin relève de l'univers juridique, alors que leurs évaluations relèvent des connaissances des professionnels de la santé et des services sociaux. De plus, nous montre-

rons que, dans les faits, ce sera le médecin qui évaluera l'incapacité et que ce seront les D.G. et/ou le curateur public qui justifieront l'opportunité d'ouvrir un régime par l'état des besoins.

L'incapacité: qui définit, qui évalue?

La notion juridique d'incapacité a deux significations bien distinctes: incapacité «à prendre soin de soi-même» et «à administrer ses biens». Cette définition n'est ni médicale, ni psychosociale. Le terme n'appartient pas en propre à l'univers de «la maladie mentale»; il n'est ni un signe de normalité ni un trait pathologique; il n'est ni trouble de quelque faculté que ce soit, ni réaction inadéquate, pas plus qu'il n'est une entité clinique ou un comportement particulier.

Mais dans ce cas comme dans bien d'autres — ce qui est «normal» —, le contenu de la définition juridique de l'incapacité est général et flou. D'abord, contrairement à la Loi de la Protection de la Jeunesse par exemple, le législateur n'a pas cru bon d'indiquer ici les situations objectives susceptibles de circonscrire plus facilement les applications. Il a vraisemblablement préféré laisser une flexibilité suffisamment grande pour pouvoir couvrir quantité de cas disparates et encore peu catégorisés. De plus, il s'agit de réalités humaines changeantes, difficiles à analyser avec précision, peu prévisibles et maîtrisables, où le législateur ne peut «avancer» que des notions confuses, équivoques, indéfinies, à «contenu variable» comme on dit en droit².

Les pouvoirs discrétionnaires du juge se trouvent ainsi fortement accrus, alors que les matières à apprécier sont rébarbatives à toute connaissance exacte. C'est pourquoi, partant de la recommandation du Curateur public, le juge fera appel à l'avis du D.G. et aux expertises médicales et psychosociales antérieures. Chacune dispose à cet effet d'une rubrique spécifique pour pouvoir y déclarer si l'incapacité est du type «à prendre soin de lui-même» et/ou «à administrer ses biens» et si, pour chaque cas, elle est totale ou partielle, permanente ou temporaire.

En cas de divergences entre les deux évaluations, il est fort probable que l'évaluation médicale sera la plus déterminante. Car, indépendamment des inégalités de pouvoirs entre les médecins et les autres professionnels non médecins³, la Loi 145 est assez «directive». Si elle ne définit pas juridiquement l'incapacité par des situations objectives, elle indique néanmoins à partir d'où elle peut survenir:

«... par suite notamment d'une maladie, d'une déficience ou d'un affaiblissement dû à l'âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté» (art. 327).

Ce qui contribue donc à l'incapacité, ce qui en est la «cause» directe, se trouve bien être un fait pathologique ou déficitaire propre à l'état de santé de la personne elle-même. Ainsi l'évaluation médicale sera-t-elle première, décisive et antérieure à toute évaluation psychosociale⁴. Par l'adverbe «notamment», une ouverture est possible vers d'autres causes davantage psychologiques ou sociales. L'avenir nous dira si la jurisprudence en établira.

Le besoin: qui définit, qui justifie?

«Lorsqu'un majeur (...) a besoin d'être assisté ou représenté dans l'exercice de ses droits civils en raison de son isolement, de la durée prévisible de son incapacité, de la nature ou de l'état de ses affaires ou en raison du fait qu'aucun mandataire désigné par lui n'assure déjà une assistance ou une représentation adéquate....» (art. 332.2).

Au critère précédent de l'incapacité s'ajoute celui du «besoin du majeur d'être assisté ou représenté...». Il importe ici de bien comprendre que la seule évaluation médicale de l'incapacité ne permet plus de préjuger «automatiquement» de la nécessité d'un régime de protection, puisque les difficultés fonctionnelles occasionnées par un déficit ou une pathologie peuvent être compensées, partiellement au moins, par les relations de la personne avec son entourage. Le terme «entourage» peut ici être compris aussi bien comme le tissu des relations familiales, amicales et sociales que comme les diverses prises en charge institutionnelles.

Le besoin a un rapport direct avec l'exercice des droits civils, c'est-à-dire avec les exigences fixées par le Code civil pour que tel ou tel acte de la personne soit valide, pour qu'un droit puisse lui être accordé, qu'elle puisse être astreinte à une obligation ou encore pour qu'une responsabilité puisse lui être imputée. Exemples: pouvoir donner un «consentement libre et éclairé» à des soins, se comporter en «personne prudente et avisée», user d'un bien avec «prudence et habileté» ou l'administrer «en bon père de famille»... «Besoin» signifie ici en particulier «besoin de représentation légale» que la pratique du Code civil énonce plus particulièrement en regard de certains actes comme les contrats, les règlements successoraux, les poursuites en responsabilité et évidemment les consentements aux soins.

C'est dire que le besoin est défini de manière objective (il s'agit d'une exigence fixée par un code) et non, comme dans la perspective professionnaliste de l'univers de la santé, de manière subjective (une exigence déterminée par l'individu ou la personne). Le «besoin du majeur d'être conseillé....» ne peut se formuler selon l'écart entre le relevé des besoins réellement satisfaits pour un majeur et un ou des cadres quelconques (grille ou liste de besoins) stipulant ce qu'est un état de satisfaction normal. Ainsi, lorsqu'il commande une enquête psychosociale, le législateur ne s'attend nullement, à propos du majeur, à une analyse traditionnelle du type «bilan ou dossier psychosocial»⁵.

Cette notion de «bilan» sous-entend un raisonnement où, partant d'un «majeur en besoin de service», on conçoit la loi comme une ressource ou un service justifiés par la demande ou par la situation déficitaire du majeur. Mais la fonction du droit, dans sa définition civiliste classique du moins, n'est pas la nécessaire satisfaction des besoins. Au contraire, il voit au respect des intérêts protégés envers et contre l'expression immodérée et «insatiable», quoique naturelle, des désirs et des besoins. Autrement dit, les lois n'ont jamais été, à proprement parler, des services dont la seule finalité est de répondre aux besoins des personnes. Ceci reste vrai aujourd'hui, même s'il arrive quelquefois à des juges de prendre réellement en compte l'existence d'un besoin dans leurs décisions⁶ et même s'il arrive de plus en plus que certaines lois conseillent, voire commandent que des services soient rendus. La Loi 145, nous l'avons vu au début, n'ordonne aucun service. Elle ne répond pas spécifiquement, pensons-nous, à des «besoins de protection»; elle n'est pas — à tort ou à raison — une «loi de protection des personnes vulnérables», même si elle peut être d'une certaine utilité à cet égard⁷.

La Loi 145 enlève l'exercice de certains droits à un majeur. Même si cela est fait «en sa faveur seulement», comme le stipule l'article 325, il n'en reste pas moins que le geste est grave du point de vue des libertés civiles et que les Chartes canadienne et québécoise des droits de la personne imposent le respect maximum des droits et la sauvegarde de l'autonomie du majeur.

Selon nous, le critère des besoins, ajouté à celui de l'incapacité, est un dispositif législatif qui vise la préservation concrète de ces droits et de cette autonomie. Il prétend, pensons-nous, limiter les ouvertures de régime (c'est-à-dire «il ne peut y avoir ouverture que s'il y a à coup sûr besoin de...») et non à les promouvoir (c'est-à-dire «il doit y avoir ouverture dès qu'un besoin de.... est constaté»). Ce critère des besoins est restrictif et non extensif ou compréhensif, comme il est généralement dans le professionnalisme. Cette divergence de vues quant à la notion de «besoin» est depuis bien longtemps une des sources de malentendus, voire de chicanes, entre les univers du droit et de la santé.

De plus, l'article 332.2 prévoit quatre conditions (isolement, durée prévisible, etc.) pour justifier l'opportunité d'ouvrir un régime. Nous disons bien «justifier» (le besoin d'être assisté ou représenté existe-t-il ou non? et en raison de laquelle des quatre conditions?) et non «évaluer» (de quoi le majeur a-t-il besoin?, avec quelle intensité?...). Ceux qui ont charge de cette justification sont le directeur général et/ou le Curateur public. Pour appuyer leurs recommandations auprès du tribunal, ils iront chercher des preuves dans le formulaire «évaluation psychosociale». Mais après tout ce que nous venons de voir, peut-on encore parler d'«évaluation psychosociale» au sens du moins où nous le concevons dans notre pratique professionnelle?

Évaluation ou enquête psychosociale?: analyse des tâches

Puisque le médecin évalue seul l'incapacité et que le D.G. et/ou le Curateur public, prenant cette évaluation médicale pour acquise, justifient alors une ouverture de régime, qu'en est-il de la dite «évaluation psychosociale»? Il s'agit en fait d'*informer* le directeur général ou le Curateur de l'état des besoins du majeur en regard de certaines dynamiques familiales et d'*enquêter* sur le choix éventuel du représentant de cette personne. Examinons de près les formulaires à compléter.

Laissons de côté les rubriques 1, 5, 6, 7 et 8 qui ne concernent que des renseignements ou des informations factuelles. Considérons d'abord les rubriques 3 et 4. Elles conduisent l'évaluateur à qualifier les formes et le degré d'incapacité du majeur. Les énoncés sont à «réponse fermée» et tous les choix de réponse correspondent mot à mot aux définitions juridiques de l'incapacité propres à chacun des régimes de protection: remplir ce formulaire a donc pour effet de recommander un régime de protection. Dans ce sens, l'évaluateur pose un jugement de valeur sur l'incapacité du majeur en vue d'une décision à propos d'une action à prendre. Il s'agit bien ici de fournir une évaluation expertale de l'incapacité tout à fait équivalente à celle que fournira le médecin. (On remarquera d'ailleurs que ces rubriques 3 et 4 sont structurées de la même manière dans les deux formulaires). Or si, comme nous l'avons vu, une telle évaluation est d'abord médicale, il est très probable, sauf exception, que l'évaluateur psychosocial ne fera que reprendre ici l'opinion médicale.

Regardons maintenant la rubrique précédente, la 2. La consigne y dit que des éléments *pertinents* (le formulaire souligne lui-même) doivent être précisés pour «justifier l'ouverture d'un régime de protection». Le pertinence des informations à fournir est donc relative à un jugement sur le besoin d'un régime et non à un jugement sur l'incapacité.

Les différences de démarches entre les évaluations médicales et psychosociales apparaissent bien ici:

1. le médecin recueille les informations pertinentes à l'incapacité qu'il consigne dans les rubriques 1 et 2 de son formulaire;
2. il porte un jugement d'incapacité en cochant la case choisie parmi toutes celles disponibles dans les rubriques 3 et 4.

La démarche de l'évaluateur psychosocial est différente:

1. il précise les éléments pertinents au besoin d'un régime en produisant théoriquement dans la rubrique 2 quatre textes suivis;
2. il porte un jugement d'incapacité en cochant la case choisie parmi toutes celles disponibles dans les deux rubriques suivantes.

Cet évaluateur donne des informations pour justifier les besoins d'un régime, sans avoir à porter lui-même de jugement sur l'existence ou pas de ce besoin (ce qui est normal, puisque ce jugement est l'affaire du D.G. ou du Curateur public). Par ailleurs, il juge de l'incapacité sans avoir à recueillir les informations pertinentes nécessaires. Il y a une totale dissymétrie dans les opérations cognitives entre les évaluations médicales et psychosociales. La première correspond bien à une évaluation expertale (informations suivies du jugement sur un même objet), mais non la seconde puisque informations et jugement n'ont pas le même objet.

L'évaluateur psychosocial est un informateur-témoin

Considérons maintenant les détails de la rubrique 2. L'énoncé du premier élément («les antécédents psychosociaux») n'a pas de sens à lui seul: antécédent par rapport à quoi? Il se comprend mieux cependant dès qu'il est lié au second qui focalise l'attention sur la «situation actuelle». Mais cette notion resterait abusivement vague si elle n'était précisée par celle de «dynamique familiale», dont l'importance ne fait aucun doute dans la mesure où elle est, elle, spécifiée par quatre points déjà plus facilement descriptibles.

Si on lit attentivement ces quatre «observables» (les difficultés du majeur...), en gardant bien en vue l'esprit de la loi, on en déduit aisément que l'évaluateur doit focaliser son regard sur les dynamiques familiales, passées et présentes, nouées — à ce moment-là — autour de deux enjeux vitaux: la prise en charge sanitaire du majeur avec les responsabilités afférentes et la protection de son patrimoine. Il s'agit, on le sait fort bien, de deux enjeux qui divisent souvent les familles ou qui, pour le moins, exacerbent des divisions antérieures. L'Association canadienne pour la santé mentale signale fort justement ce fait comme n'étant pas suffisamment pris en compte par les lois provinciales, que:

«... c) la plus grande partie de la population possède un petit capital et des revenus réguliers provenant de sources diverses; (et que)

d) l'avarice, l'ambition et le désir de possession guident plus souvent les actes des parents, amis ou associés du malade mental dans leurs démarches pour obtenir le contrôle de ses biens que leur connivence à entraîner une hospitalisation involontaire» (ACMS, 1969, 12).

S'il y a demande d'homologation d'un mandat ou d'ouverture d'un régime, c'est bien que, lorsque l'on constate une certaine incapacité chez un majeur, cela peut activer un différend familial et conduire à des pressions pré-successorales indues, à des spoliations ou encore à des abus thérapeutiques. Nous sommes certes dans le domaine de l'incertain et du conjectural, mais aussi du probable et du vraisemblable.

L'évaluateur psychosocial doit donc, selon nous, informer qui de droit (le D.G., le Curateur public et ultimement la Cour) de l'«heure juste» quant à ces dynamiques sous-jacentes à la demande d'homologation ou d'ouverture. Il pourra s'attarder, bien sûr, aux relations et aux soutiens positifs que reçoit le majeur de sa famille, de son entourage et des ressources communautaires et institutionnelles qui prennent en charge certains de ses besoins. Mais il devra aussi — et surtout — être attentif à ce qui se dissimule dans de telles situations critiques. Non par méfiance systématique ou par pessimisme foncier sur la «nature humaine», mais simplement parce que l'incapacité d'un majeur permet objectivement à son entourage de contraindre plus aisément sa volonté.

Nous sommes dans une situation paradoxale, comme le législateur le pressent. Par la présente loi (et dans l'esprit du nouveau Code civil) il promeut au maximum, en toutes situations, le respect des volontés du majeur. Et qui est le mieux placé pour connaître ces volontés? À l'évidence, la famille. D'où le présupposé pratique que la meilleure protection est celle qui sera assurée par des membres de la famille ou des proches. Mais, par ailleurs, celui qui est le mieux placé pour connaître ces volontés est aussi celui qui est le plus à même de les infléchir, voire de les enfreindre. Il est toujours délicat de «sonder les cœurs et les reins» d'une famille. Cependant, il le faut en certaines occasions, dans l'intérêt du majeur dit l'art. 326; «en sa faveur seulement», disait déjà avec insistance l'art. 325. C'est à l'évaluateur psychosocial que revient cette tâche malaisée.

Et la tâche est triplement malaisée. D'abord par la «perspicacité soupçonneuse», si on peut dire, qu'elle implique et qui va à l'encontre des valeurs habituelles du travail professionnel d'aide, d'assistance ou de thérapie. «C'est un travail de policier et nous ne sommes pas policiers», disent souvent les professionnels. Deuxièmement, ce mandat n'est pas net ni explicite. On ne demande pas clairement à l'évaluateur d'être enquêteur, c'est-à-dire, dans ce cas, d'éclairer ou d'instruire la Cour sur du «caché» qui bien souvent — nous l'avons vu — est plus hypothétique qu'effectif. Et, troisième difficulté, comment informer publiquement d'intentions ou de pratiques simplement douteuses ou suspectes lorsqu'on sait que les personnes concernées seront au courant de ce qui sera écrit?.

On comprendra aisément alors que l'évaluateur communiquera des informations diverses, éparées sur la dynamique familiale sans les structurer, sans les rendre toutes significatives et ne les interpréter qu'en fonction d'un discours d'enquête apte à prouver la réalité d'une situation. Au plus rappellera-t-il des faits certains, susceptibles d'attirer l'attention de la Cour, lui suggérant par là le bien-fondé d'une interprétation juridique possible. L'évaluateur relèvera peut-être des indices, mais il n'enquêtera pas. Il sera, en fin de compte, pour le tribunal, plus proche du témoin «ordinaire» que de l'expert.

L'évaluateur psychosocial est un enquêteur par anticipation

Restent les deux derniers éléments de cette rubrique 2, qui ont pour objet la perception et l'opinion du majeur quant à sa situation et à un éventuel régime de protection. En les rapprochant des rubriques 6 et 7 et en resituant le tout dans l'esprit de la nouvelle loi, on peut penser que l'évaluateur se doit de «détecter» la personne, membre de la famille ou proche du majeur, qui offrirait le plus de garanties pour assister ou représenter celui-ci.

Cette recherche n'est pas nécessairement facile. Derrière les éventuels intérêts voilés ou cachés, il faut trouver la personne qui aura effectivement à cœur les seuls intérêts du majeur et ce dans le respect, si possible, des propres volontés de celui-ci. Or l'«intérêt du majeur» est une notion floue, charnière entre le légal, le psychosocial et le socio-économique. Elle autorise ainsi très souvent des interprétations divergentes, aussi légitimes les unes que les autres. De plus les volontés du majeur peuvent, dans les circonstances où il y a justement inaptitude, apparaître assez peu raisonnables aux yeux de beaucoup de gens.

«Bien des membres du personnel clinique sont très mal à l'aise à l'idée que des patients puissent prendre des décisions qui semblent peu judicieuses sur le plan clinique» (Rice et al., 1990, 20).

Cependant, l'esprit de la loi est net: on doit respecter, autant que faire se peut, les volontés du majeur, aussi peu raisonnables qu'elles puissent nous apparaître particulièrement à nous, professionnels de la santé. Tout le débat portera sur cet «autant que faire se peut». Ici précisément, l'évaluateur psychosocial se voit confronté à un défi «positif» et motivant: on lui demande d'être à l'écoute des volontés du majeur, de les traduire publiquement, de les rendre compréhensibles aux autres et éventuellement (pourquoi pas, au besoin) de les défendre.

Conclusion

Sous le rôle mandaté d'«évaluation», l'analyse a mis à jour une tâche d'évaluation d'experts au sens strict (celle du médecin), une tâche de justification légale (celle du directeur général), une tâche d'information-témoignage et une tâche d'enquête anticipative (ces deux dernières étant celles de l'évaluateur psychosocial). Ces tâches ont été examinées sous le seul angle de leur exécution possible par les professionnels concernés. Nous n'avons donc rien dit des exécutions «réelles», effectives qui dépendent elles de nombreuses variables politiques, économiques, techniques, organisationnelles. Nous n'avons pas parlé non plus de la manière et des conditions qui permettraient de les accomplir avec plus de succès.

Une analyse des «pratiques réelles» et une meilleure maîtrise des problèmes pratiques que le professionnel rencontre quotidiennement dans son travail ne sont possibles que par la prise de conscience de ces tâches *induites actuellement* par la loi.

Il faut bien dire «actuellement», car une loi «vit», n'est jamais «coulée dans le béton», contrairement à que tendrait à nous faire croire une vision strictement legaliste. Entre le texte promulgué et les «effets réels», il y a toujours un gouffre qui est justement l'«espace vivant» du travail de la loi: celui-là même qui définit, entre autres, nos tâches professionnelles.

Tâches induites faut-il dire aussi, car elles ne sont jamais absolument déterminées ni contraignantes. La loi commande un ou des rôles (comme ici celui d'évaluateur expert) et fixe certaines critères pour leur réalisation. Mais pour les tâches nécessaires pour y parvenir, elle ne fait que proposer, convier, donner une impulsion, influencer, forcer. Exercer des pressions, même, mais non enjoindre. Elle nous y incite, plus ou moins fermement; et c'est à nous, professionnels, de nous y engager avec plus ou moins d'initiative.

Les tâches que nous aurons à accomplir seront donc aussi en partie celles que nous voudrions pouvoir accomplir. C'est principalement dans le cadre des discussions et des querelles (inter)professionnelles, en comités formels comme en réseaux informels, qu'elles se dessinent et se redessinent. Mais ces débats qui ont pour effet de participer à la définition des tâches impliquent un élargissement des connaissances, de la formation et de la réflexion dans deux directions: vers ce qui est en amont et vers ce qui est en aval de ces tâches.

En aval, c'est l'univers des techniques et des outils d'expertise. Nous connaissons encore fort peu de chose en matière d'opérations cognitives; nous en sommes réduits assez souvent encore à des bricolages instrumentaux peu fiables. Nos attentes sont souvent peu claires ou irréalistes et nous ne disposons pas souvent du temps ou des ressources nécessaires à l'élaboration de nos instruments.

En amont, c'est l'univers du droit et plus largement de la justice. Comme professionnels de la santé et des services sociaux, nous sommes très peu familiers avec la logique judiciaire et avec les problèmes d'administration de cette justice. L'inverse est d'ailleurs tout aussi vrai. Les bonnes volontés ne manquent pas, mais les malentendus persistent. Les gens de droit parlent de déjudiciarisation là où nous voyons un interventionnisme accru de l'autorité judiciaire. La fonction d'expertise, véritable charnière entre les deux univers, est d'ailleurs vécue de chaque côté comme «un mal nécessaire». Alors qu'elle semble de plus en plus importante, du moins par le nombre de cas où elle est requise, aucun examen sérieux et bienveillant

ne voit le jour. Nous constatons «l'emprise croissante du droit» (Rocher, 1990) que nous regardons encore avec méfiance. or il est possible que sa crise — car il y a bien «crise du droit» aussi — nous permettra d'enrichir nos pratiques professionnelles, en faisant de nous (peut-être) des «producteurs d'infra-droit» et aussi (certainement) des «pratiquants-la-justice».

Compléter un formulaire dans le cadre de la nouvelle Loi sur le Curateur public, c'est, à notre manière, rendre justice à une personne dans un des moments les plus graves de sa vie. Cela vaut bien la peine de «penser à ce qu'on y fait».

NOTES

1. Pour une connaissance de l'ensemble de cette loi, voir la documentation que le Curateur public du Québec met bien aimablement à la disposition de toute personne qui en fait la demande. Pour Alléger la lecture du texte, nous nous sommes permis d'écrire «Loi 145» pour «Loi sur le Curateur public», en régulier et de le rédiger entièrement au masculin. Que le lecteur ou la lectrice veuille bien en faire une lecture selon le genre sexuel qui est le sien.
2. Sur les «notions à contenu variable» ou «notions floues» en droit, voir en particulier Perelman, 1984, chap. 15 et 17.
3. Sur l'inégalité de pouvoir entre professionnels et pour une analyse de ses effets sur les pratiques évaluatives, voir Ogien, 1989.
4. Une comparaison avec la «dangerosité» comme autre objet d'évaluation expertale est bien significative. Il est possible d'être dangereux sans présenter de troubles mentaux; c'est le psychosociologue criminologue qui peut être appelé alors à se prononcer sur la «situation dangereuse». Dans le cadre de l'actuelle Loi sur la curatelle publique, peut-on donc être déclaré inapte sans présenter de tels troubles (entendus ici au sens large bien sûr)?
5. Ce calcul comptable n'aboutirait d'ailleurs qu'à une chose: évaluer l'inaptitude, définie alors par le degré de capacité réelle du majeur à répondre à ses différents besoins. C'est ce que confirme un document de formation: «Si tous les besoins (...) sont comblés par la personne elle-même, nous pouvons considérer qu'il n'y a pas d'inaptitude. Certains des besoins peuvent être comblés en partie par la personne elle-même avec l'aide du conjoint, de la famille, de l'environnement immédiat: il y a inaptitude partielle mais compensation (...). Certains besoins peuvent être comblés par certains services du réseau socio-sanitaire...» (Massicotte, 1990, 25). Mais les notions complémentaires d'inaptitude et de besoins sont ici prises dans leur sens socio-sanitaire et non dans leur sens juridique, ainsi que le postule la Loi. De manière semblable, voir aussi Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1990)
6. Pour une telle possibilité, voir Ménard, 1988 et Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, 1989)
7. Pour une telle possibilité, voir Ménard, 1988 et Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, 1989. Me J.-P. Ménard et Me D. Martin écrivent,

quant à eux, que «... l'objectif de la loi est la protection des personnes incapables» (Ménard et Martin, 1989, 32). Ceci n'est pas tout à fait exact, dans la mesure où le terme d'«incapable» a disparu pour celui d'«inapte». Cette correction faite, l'énoncé précédent ne serait vrai qu'à la condition de ne pas assimiler et réduire la définition *sociale* du «vulnérable» à la définition *juridique* de l'«inapte». L'éventuelle divergence entre notre position et celle de ces auteurs tiendrait à la manière de concevoir la notion de «protection». Leur point de vue, strictement juridique et civiliste, pourrait s'entendre comme «protection par le droit des intérêts juridiquement définis de l'individu». Le nôtre, qui relève des professions en sciences humaines, concevrait la protection comme «défense sociale, au sens large, de l'individu contre les risques et les préjudices qu'il encourt du fait de sa vie en société». Ces deux points de vue ne sont pas contradictoires, du moins dans le cadre général de l'État-Providence où le second comprend et inclut le premier. Cependant, il y aura toujours intérêt à ne pas les confondre.

RÉFÉRENCES

- Association canadienne pour la santé mentale, 1969, *La loi et la maladie mentale*, A.C.M.S., Montréal.
- Association des hôpitaux du Québec, 1990, *La protection d'un majeur inapte dans un centre hospitalier: document-support et projet-type concernant l'élaboration d'une politique interne*, A.H.Q, Montréal.
- Comité sur les abus exercés à l'endroit des personnes âgées, 1989, *Vieillir... en toute liberté*, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec, 1990, *Grille d'évaluation psychosociale pour la Loi sur le curateur public* (avec guide d'utilisation), C.P.T.S.Q., Montréal.
- Le Curateur public du Québec, *Le mot de la Curatrice publique*, publication mensuelle, présentation des différents éléments de la Loi 145 depuis le vol. 1, n° 9.
- MASSICOTTE, S., 1990, *L'implication des intervenants sociaux dans l'identification du besoin d'un régime de protection d'un majeur et dans l'évaluation psychosociale requise*, Ministère de la santé et des services sociaux, service Formation-réseau, Québec.
- MÉNARD, J.P., 1988, *La protection des personnes vulnérables par l'intervention: éléments de réflexion pour la création d'un modèle québécois d'intervention*, Association du Québec pour l'intégration sociale, Montréal.
- MÉNARD, J.P., MARTIN, D., 1989, *La réforme des régimes de protection des personnes incapables au Québec*, Étude préparée pour le Département d'administration de la santé de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
- OGIEN, A., 1989, *Le raisonnement psychiatrique, essai de sociologie analytique*, Méridiens Klincksieck, Paris.

- PERELMAN, C., 1984, *Le raisonnable et le déraisonnable en droit*, Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, Paris.
- RICE, M.E., HARRIS, G.T., SUTHERLAND, D., LÉVÊQUE, J., 1990, Principes régissant le traitement des patients dans les établissements psychiatriques, *Santé mentale au Canada*, 38, n° 4, 20-27.
- ROCHER, G., 1990, L'emprise croissante du droit in F. Dumont, ed., *La société québécoise après 30 ans de changement*, I.Q.R.S., Québec.

ABSTRACT

Analysis of Medical and Psychosocial Evaluations Required by the New Law Concerning the Public Curator

The new Public Curator Act systematically requires medical and psychosocial evaluations. In confronting the letter and the spirit of the law to its regulations and operating procedures (and inversely), this article outlines the various tasks that will fall under the responsibility of health and social service professionals. Following a brief presentation of the law, the authors describe how the role of these professionals is limited to evaluations for the purpose of conducting expert appraisements, a matter which raises a great deal of concern. In addition, the two key notions of «inaptitude» and «need» are discussed in their legal sense, along with their consequences from the medical evaluation and psychosocial standpoints. The latter in particular will be analyzed regarding implementation difficulties. The authors conclude with a general commentary that is likely to give meaning to that simple and sometimes routine gesture consisting of «completing a form».