

LES SOINS DE FIN DE VIE

Processus décisionnel et consentement aux soins



Cette fiche est tirée du document de référence publié par le Collège des médecins et le Barreau du Québec en octobre 2023 et intitulé [Le médecin et le consentement aux soins](#). Le lecteur pourra s'y référer au besoin pour plus de précisions.

Pour des soins appropriés

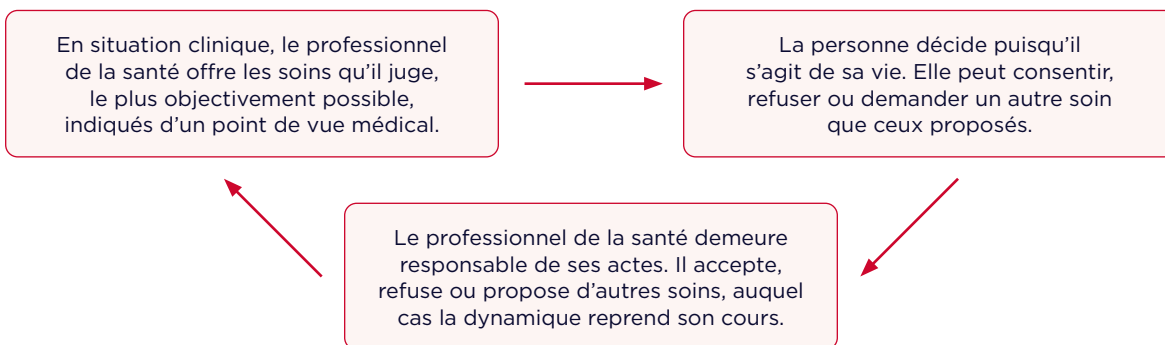
Quelle que soit la situation clinique d'une personne et quels que soient les soins envisagés, soins de fin de vie ou autres, le principe est le même : le professionnel de la santé, soit l'infirmière, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou le médecin, doit déterminer le soin le plus approprié à lui prodiguer, c'est-à-dire celui qui répond à ses besoins spécifiques et qui s'avère conforme aux meilleures pratiques, aux normes professionnelles et à la loi.

Le raisonnement clinique constitue le fondement de la pratique infirmière et médicale. Une démarche clinique rigoureuse et rationnelle permet de justifier les décisions du professionnel de la santé concernant les investigations et les traitements qu'il juge médicalement nécessaires et qu'il propose au patient en vue d'une prise de décision commune sur les meilleurs soins à lui prodiguer.

Le patient, pour sa part, a le droit de prendre des décisions le concernant sur la base de considérations personnelles. Il peut ainsi refuser les soins proposés, même au risque de sa vie¹. Le professionnel de la santé doit respecter le choix du patient de ne pas poursuivre certains soins ou celui de refuser les soins proposés. Cependant, le patient ne peut exiger des soins que le professionnel ne considère pas comme médicalement nécessaires ou qu'il juge futiles.

C'est au terme d'un tel processus mené conjointement que le professionnel de la santé et le patient réussissent habituellement à s'entendre sur les soins à la fois individualisés et proportionnés les plus appropriés à prodiguer.

Les soins sont d'autant plus appropriés à une personne singulière, à une étape particulière de sa maladie et de son cheminement personnel, qu'ils sont le fruit d'un processus décisionnel bien mené².



La communication entre les acteurs est essentielle pour rechercher la meilleure décision à prendre en reconnaissant et en respectant les rôles, les droits et les responsabilités de chacun.

1 [Loi concernant les soins de fin de vie](#), RLRQ c. S-32.0001, art. 5.

2 Sur le processus décisionnel, voir Collège des médecins du Québec (2008), [Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie – Rapport du groupe de travail en éthique clinique](#).

Les auteurs remercient les ordres professionnels concernés et l'ensemble de leurs collaborateurs, ainsi que les personnes et les organismes qui ont participé à la rédaction de ce document en partageant leurs compétences et leur expertise.



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Pour des soins appropriés (suite)

Tout l'encadrement légal des soins tourne autour du consentement et du processus décisionnel. Le *Code civil du Québec* traite du consentement et du refus de soins par le patient ou son substitut³, selon que les soins sont médicalement requis ou non, selon que le patient est apte ou inapte⁴.

Le *Code de déontologie des médecins* et le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* contiennent plusieurs dispositions réitérant ces règles concernant le consentement⁵, et d'autres qui visent à ce que le jugement professionnel de l'infirmière ou du médecin repose sur des données objectives, indépendamment de ses opinions ou de ses intérêts personnels⁶.

Du consentement aux soins

Consentir aux soins réfère au fait qu'une personne accepte que des soins lui soient prodigués, et sous-entend qu'elle puisse les refuser sur la base de sa seule volonté.

La société québécoise reconnaît le principe éthique de l'autonomie, au sens d'autodétermination de la personne comme base de la relation entre les individus. Mais le fondement juridique de l'application de ce principe dans le domaine des soins repose sur les notions d'inviolabilité de la personne et de son droit à l'intégrité⁷.

L'autonomie décisionnelle du patient s'exerce essentiellement dans son droit d'accepter ou de refuser les soins médicalement pertinents proposés par le professionnel de la santé. Tout soin nécessite un consentement⁸. Cependant, les obligations en matière de consentement diffèrent selon que les soins sont requis ou non par l'état de santé de la personne.

3 Dans le texte, le terme « substitut » désigne l'ensemble des personnes habilitées à consentir aux soins pour le majeur inapte en vertu de l'article 12 du *Code civil du Québec*, le terme « représentant » étant réservé aux situations spécifiques où seul le représentant légal est habilité à agir.

4 *Code civil du Québec*, CCQ-1991, art. 10 à 25.

5 *Code de déontologie des médecins*, RLRQ, c. M-9, r. 17, art. 28 et 29; *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, RRRQ, c. I-8, r. 4, art. 40 et 41.

6 *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 21.

7 *Code civil du Québec*, art. 3 et 10.

8 *Ibid.*, art. 11.

9 *Ibid.*, art. 10.

10 *Ibid.*, art. 4.

11 L'expression anticipée des volontés peut être consignée dans un testament de vie, un mandat de protection ou des directives médicales anticipées (DMA) au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ, S-32.0001, art. 51 à 62. Les objectifs d'une personne concernant ses soins peuvent aussi être discutés avec le médecin et l'équipe soignante et être rapportés dans le formulaire des niveaux d'interventions médicales (NIM) ou niveaux de soins. Il en est de même de sa décision de non-réanimation cardiorespiratoire en cas d'arrêt cardiaque.

12 En référence aux art. 153, 155, 256 et 258 du *Code civil du Québec*, Philips-Nootens, S. et Hottin, P., « Aspects juridiques - Évaluation de l'inaptitude », dans Arcand, M. et Hébert, R., *Précis pratique de gériatrie*, 3^e éd., Montréal, Edisem, 2007.

13 *Code civil du Québec*, art. 4.

Qualités du consentement valide

Le consentement est donné par la personne elle-même ou bien par autrui dans les cas et aux conditions prévus par la loi. Il doit être libre et éclairé⁹.

Aptitude à consentir aux soins

En vertu de l'article 4 du *Code civil du Québec*, « toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils »¹⁰. Dès lors, l'autorisation de prodiguer des soins doit être donnée par la personne elle-même. Cependant, la loi reconnaît qu'il existe des situations où la personne peut être inapte à consentir à des soins ou à les refuser.

Si et seulement si la personne est inapte, il est nécessaire de recourir à une tierce personne, autorisée par la loi ou par un mandat de protection, pour consentir à ses soins.

Par ailleurs, une personne apte peut exprimer à l'avance ses volontés quant aux soins qu'elle souhaiterait recevoir ou non si elle devenait inapte à consentir aux soins¹¹.

Définition de l'aptitude

Ni le concept d'aptitude ni la manière de l'évaluer ne sont définis dans la loi québécoise. Suzanne Philip-Nootens et Paule Hottin ont proposé la définition suivante :

« L'aptitude [...] est l'état psychique, appréciable sur le plan clinique, qui permet à la personne d'accomplir une tâche spécifique, à un moment précis, en étant à même de la raisonner, de l'analyser et d'en comprendre les implications, ainsi que les conséquences de sa décision. Dans le contexte de l'acte médical, la personne apte, dûment informée, est à même d'exprimer sa volonté de consentir ou de refuser en connaissance de cause. Dans le cas contraire, la personne sera considérée inapte à prendre une telle décision. Tout majeur est présumé apte : celui qui invoque l'inaptitude de son interlocuteur devra donc être à même de la prouver. [...] Ajoutons que l'aptitude implique également un minimum de capacité physique afin de communiquer à l'entourage cette volonté¹². »

La notion d'inaptitude à consentir aux soins doit être distinguée de la notion d'incapacité juridique qui concerne l'exercice des droits civils et obligations. Les deux ne vont pas toujours de pair. L'inaptitude à consentir aux soins est un état de fait qui peut exister indépendamment d'un régime de protection. Inversement, une personne sous régime de protection peut être apte à consentir à ses soins.

Dans tous les cas, l'aptitude étant présumée¹³, l'inaptitude à consentir aux soins devra être démontrée.

Il est à souligner que l'aptitude doit être appréciée selon la nature de l'acte pour lequel le consentement doit être obtenu. Par ailleurs, le niveau d'aptitude requis pour consentir à un soin ou le refuser peut différer selon la nature du soin et en fonction d'autres facteurs, comme les risques encourus. Dès lors, l'évaluation clinique de l'aptitude à consentir à un soin doit être une démarche ciblée et individualisée.

Qualités du consentement valide (suite)

Évaluation de l'aptitude

Évaluer cliniquement l'aptitude d'une personne à consentir à un soin ou à le refuser, c'est-à-dire évaluer son aptitude décisionnelle, revient à estimer les quatre habiletés cognitives suivantes.

1. Compréhension de l'information transmise d'après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse¹⁴

- A** La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un soin lui est proposé?
- B** La personne comprend-elle la nature et le but du soin proposé (et des autres options de soins proposés, y compris l'absence de soin)?
- C** La personne comprend-elle les avantages et les risques du soin proposé (et des autres options de soins, y compris l'absence de soin)?
- D** La personne comprend-elle les risques et les conséquences de ne pas subir le soin proposé?
- E** La capacité de comprendre de la personne est-elle affectée par sa maladie?

2. Appréciation de l'information sur un plan personnel

La personne est-elle capable de s'approprier l'information reçue sur l'ensemble des options, de l'appliquer à sa propre personne et de faire preuve d'autocritique?

3. Expression de son choix

La personne est-elle capable de comparer les risques et les bénéfices de chacune des options discutées, de peser le pour et le contre de chacune d'elles et de justifier son choix?

4. Expression de son choix

La personne peut-elle communiquer un choix raisonné et constant?

La jurisprudence reconnaît l'importance de la capacité de la personne à comprendre les renseignements, mais la capacité d'évaluer les conséquences de sa décision ou de son refus s'avère tout aussi essentielle¹⁵. L'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins doit donc aller au-delà des critères de la Nouvelle-Écosse et tenir compte des autres habiletés cognitives.

L'humeur, les valeurs et l'identité de la personne sont autant de facteurs susceptibles d'influencer l'aptitude de la personne à prendre une décision¹⁶.

La souffrance, et *a fortiori* la souffrance psychique, par exemple, est susceptible d'altérer les fonctions cognitives d'une personne¹⁷. De même, certains des traitements qu'elle pourrait prendre. Le professionnel de la santé devra en tenir compte au moment d'évaluer l'aptitude d'une personne à consentir aux soins.

L'évaluation doit être effectuée avec objectivité, quelle que soit l'opinion du professionnel de la santé quant au caractère raisonnable de la décision de la personne.

Rappelons enfin que le professionnel de la santé a d'abord et avant tout l'obligation de s'adresser à la personne elle-même, qui requiert les soins. Malgré le rôle important de la famille et des proches auprès d'elle, ceux-ci n'ont pas préséance. Dans un mouvement de protection, les proches, voulant éviter à la personne d'affronter la réalité de son état, en particulier lorsqu'elle est âgée, peuvent s'imposer comme interlocuteurs. Seul l'état d'inaptitude peut autoriser le professionnel de la santé à fournir les renseignements appropriés à la personne qui représente le patient ou à celle qui est habilitée à donner un consentement à sa place. Le professionnel doit par ailleurs savoir conjuguer son devoir envers le patient et le souci de ses proches afin que ces derniers puissent soutenir la personne selon ses besoins.

14 Il s'agit des critères initialement établis par le *Hospitals Act* de la Nouvelle-Écosse, 1994 CanLII 6105 (CQ CA). Ils ont été adoptés sur le plan clinique à la suite du jugement *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.)*. Une grille d'analyse concernant l'inaptitude et le consentement à des soins pour autrui est mise de l'avant par la Cour d'appel dans l'affaire *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill*, 2015 QCCA 1139.

15 Kouri, R., et Philips-Nootens, S., « Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé : un concept pour le moins ambigu » (2003) 63-1 *Revue du Barreau* 1. Voir spécialement la section « L'inaptitude particulière à consentir aux soins », p. 8-16.

16 Association des médecins psychiatres du Québec (2020), *Accès à l'aide médicale à mourir pour les personnes atteintes de troubles mentaux - document de réflexion*, novembre, p. 9.

17 Voir Gupta, M. et al. (2017), *Exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir*, mai. Voir en particulier le paragraphe 3.4 : « La relation entre l'aptitude à consentir aux soins et la souffrance ».

Qualités du consentement valide (suite)

Cas particulier de l'AMM

Alors que pour tous les autres soins de fin de vie, l'aptitude à consentir d'une personne est évaluée uniquement si le professionnel de la santé a un doute, pour l'AMM, la loi impose cette évaluation : il revient au professionnel compétent¹⁸, IPS ou médecin, de s'assurer de l'aptitude de la personne à consentir aux soins, au moment où elle demande une AMM et, à moins que la personne en fin de vie ait renoncé à son consentement final¹⁹, jusqu'au moment où elle la recevra²⁰.

Consentement substitué

Étant donné que tout le dispositif juridique d'encadrement des soins repose sur le consentement de la personne, on comprend le défi considérable que peut représenter le fait qu'elle soit inapte à consentir aux soins ou à les refuser. La majorité des articles du *Code civil du Québec* encadrant les soins portent d'ailleurs sur le consentement aux soins en cas d'inaptitude.

L'article 11 précise d'abord que le consentement est nécessaire pour l'ensemble des soins, « quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention ». Il aborde dès le deuxième alinéa le cas des personnes qui seraient incapables à consentir, et pour qui il prévoit, en l'absence de directives médicales anticipées, un « consentement substitué », c'est-à-dire un consentement ou un refus de soins donné par une tierce personne habilitée à le faire par la loi ou par un mandat de protection.

Le consentement substitué fait l'objet de règles très précises²¹, dont celle qui veut que le tiers habilité agisse dans l'intérêt de la personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés qu'elle aurait exprimées quand elle était apte²². S'il exprime un consentement, ce tiers habilité doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait espéré²³. Autant que possible, la personne mineure ou inapte devra prendre part aux décisions qui la concernent²⁴.

En outre, selon que la personne inapte est majeure ou mineure, et que les soins sont requis ou non par son état de santé, le *Code civil du Québec* n'émet pas les mêmes exigences en ce qui concerne les personnes autorisées à consentir pour autrui.

Ainsi, quand les soins sont requis par l'état de santé :

- Du majeur inapte à y consentir : la première personne à laquelle le professionnel de la santé doit s'adresser est le représentant légal, soit le mandataire ou le tuteur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par son conjoint ou, à défaut, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour lui un intérêt particulier²⁵.
- Du mineur :
 - › de moins de 14 ans : le consentement est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur²⁶. Le consentement du père ou de la mère est suffisant, puisqu'ils exercent ensemble l'autorité parentale²⁷.
 - › de 14 ans et plus : en principe, il peut consentir seul à ses soins. Cependant, « si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait²⁸ ».

Consentement libre

Dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, il va de soi que la personne doit être entièrement libre de s'exprimer et de décider d'accepter ou de refuser l'examen, l'intervention ou le traitement suggéré par le professionnel de la santé.

Pour que le consentement soit « le plus libre possible²⁹ », il doit être obtenu sans pression, menace, contrainte ou promesse de la part du professionnel, de la famille ou de l'entourage du patient, voire des instances administratives et des impératifs budgétaires.

18 Les professionnels compétents sont, au sens de l'article 3.1 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) et les médecins.

19 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 29 al. 3.

20 Voir Collège des médecins du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2024). « Aide médicale à mourir – Critère d'aptitude à consentir aux soins et caractère libre et éclairé d'une demande contemporaine ».

21 Le caractère restrictif des règles relatives au consentement substitué montre l'importance accordée par le législateur au principe de l'inviolabilité de la personne. Voir notamment : *Code civil du Québec*, art. 23, 33 et 34.

22 *Code civil du Québec*, art. 12 al. 1.

23 *Ibid.*, art. 12 al. 2.

24 L'art. 10 al. 1, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c. S-4.2, stipule que : « Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. »

25 *D'après le Code civil du Québec*, art. 15.

26 *Ibid.*, art. 14.

27 *Code civil du Québec*, art. 600.

28 *Ibid.*, art. 14.

29 Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016). *Éléments de responsabilité civile médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 187.

Qualités du consentement valide (suite)

Consentement éclairé³⁰

Pour prendre la décision d'accepter ou de refuser un soin et exercer son droit de le faire en toute liberté, la personne apte, ou bien celle qui prendra la décision à sa place si elle est inapte, doit être bien informée des tenants et aboutissants des différentes options qui lui sont proposées par l'infirmière, l'IPS ou le médecin. À ce droit de la personne correspond le devoir du professionnel de la santé de donner les renseignements nécessaires et suffisants à l'expression du consentement³¹.

Cette obligation s'inscrit dans le cadre d'une relation patient-professionnel de la santé empreinte de confiance et de loyauté. Elle est néanmoins soumise à de possibles barrières de communication. L'obligation du professionnel de la santé n'est pas seulement de transmettre l'information; il a également le devoir de vérifier si la personne l'a comprise.

La divulgation ne peut pas être constante ou systématique : elle varie selon le type de soins, le contexte clinique et les circonstances particulières. La communication des informations doit aussi être adaptée au niveau de connaissances et de compréhension de la personne, tout en tenant compte du refus ou de la « crainte de connaître » qu'elle exprime. L'information doit être objective, concise et transmise en termes usuels et compréhensibles pour la personne ou son substitut. Elle doit permettre de confirmer ou corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens³².

D'une manière générale, l'information doit porter sur³³ :

- Le diagnostic ou du moins la nature de la maladie (si le diagnostic est incertain, fournir les précisions nécessaires);
- La nature et l'objectif des interventions proposées, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques (expliquer pourquoi ces interventions sont retenues plutôt que les autres);

- Les risques liés aux interventions proposées :
 - › « probables et prévisibles;
 - › rares, si graves et particuliers au patient;
 - › connus de tous si particuliers au patient;
 - › importants, si graves et déterminants dans la décision;
 - › accrus, lorsqu'un choix est possible ».
- Les résultats escomptés, dont les chances de réussite du traitement, mais aussi leur impact sur la vie de la personne;
- Les autres choix possibles : la nature, les risques et les bénéfices de chacun (le professionnel de la santé n'a cependant pas l'obligation de présenter les traitements non conventionnels);
- Les conséquences d'un refus, si envisagé;
- L'identité de la personne qui pratiquera, en tout ou en partie, la procédure, l'intervention ou le traitement si ce n'est pas le professionnel de la santé avec qui la décision est prise³⁴;
- D'autres informations pertinentes : les listes d'attentes dans un contexte chirurgical et les possibilités de subir une opération ailleurs, par exemple.

Le concept de la « personne raisonnable » qui, placée dans la même situation s'attendrait à savoir avant de donner son consentement, peut guider le professionnel de la santé dans la sélection des informations à divulguer³⁵.

Le professionnel de la santé peut utiliser des aides pour faciliter la compréhension de la personne : brochures d'information, dépliants, vidéos, etc. Cependant, ce matériel ne peut pas remplacer la discussion.

L'information nécessaire à l'obtention du consentement éclairé à un soin devrait être transmise par le professionnel de la santé qui procèdera à l'intervention.

Le consentement est spécifique au soin ayant fait l'objet du processus décisionnel. Il n'autorise pas d'autres actes, à moins d'une situation d'urgence.

30 *Code civil du Québec*, art. 10 et 11; *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 8; *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, c. C-12, art. 1; *Code de déontologie des médecins*, art. 28 et 29.

31 Voir *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607.

32 *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 41 par. 1.

33 Pour plus de précisions, voir Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016). *Éléments de responsabilité civile médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 155-171.

34 La délégation d'actes médicaux, nécessaire au fonctionnement des hôpitaux universitaires et à l'entraînement des stagiaires et des résidents, comporte des règles et doit respecter certaines conditions. Voir à ce sujet Collège des médecins du Québec (2021), *Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur*, Montréal, septembre.

35 Le jugement de la Cour suprême *Reibl v. Hughes* [1980] 2 S.C.R. 880 non seulement entérine l'obligation de dévoiler la nature du traitement et des risques encourus, mais il a établi la norme modifiée de la « personne raisonnable ». Au Québec, le test dit « subjectif/objectif » en matière de consentement est consacré par la Cour d'appel. Voir le jugement dans *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, par. 144-146.

Qualités du consentement valide (suite)

Consentement écrit

Le consentement aux soins requis par l'état de santé n'est assujéti à aucune forme particulière et il peut être révoqué par tout moyen³⁶.

Cependant, un consentement écrit peut être exigé dans les cas suivants :

- Chirurgie, anesthésie ou prise de l'image du patient³⁷;
- Sédation palliative continue³⁸, demande d'aide médicale à mourir³⁹;
- Soins non requis par l'état de santé⁴⁰.

Le formulaire de consentement signé ne doit pas être confondu avec le consentement lui-même qui arrive au terme du processus décisionnel.

Le formulaire peut être nécessaire, mais il n'est jamais suffisant. Le professionnel de la santé devrait :

- Inscrire au dossier une note résumant la nature des informations transmises ainsi que les questions de la personne et les réponses données;
- Donner son avis quant à la compréhension de la personne;
- Verser au dossier une copie de la documentation utilisée.

Consentement explicite ou implicite

Le consentement explicite est requis « chaque fois que le traitement a des chances de causer des douleurs plus que légères, qu'il comporte un risque appréciable ou qu'il va entraîner la perte d'une fonction organique »⁴¹.

Le consentement implicite, « qui est virtuellement contenu dans une proposition, un fait, sans être formellement exprimé⁴² » est l'expression du consentement la plus fréquente dans la pratique eu égard au nombre d'actions effectuées lors de la rencontre médicale. Cependant, certains actes commandent des précautions. Le médecin avisé infor-

mera clairement la personne qu'il va procéder et dans quel but. Dans le contexte d'une évaluation psychiatrique aux fins de la loi particulière portant sur les situations de dangerosité, un consentement implicite n'est pas toujours suffisant⁴³.

Processus continu, retrait ou révocation du consentement

La personne peut retirer son consentement en tout temps, sur simple avis verbal⁴⁴. Il peut donc être nécessaire de confirmer régulièrement son accord à poursuivre un soin.

Refus de soins

« Sauf disposition contraire de la loi, toute personne majeure et apte à consentir aux soins peut, en tout temps, refuser de recevoir un soin qui est nécessaire pour la maintenir en vie ou retirer son consentement à un tel soin⁴⁵. » De même, le substitut habilité à consentir pour la personne inapte peut refuser un soin qui ne serait pas dans l'intérêt de celle-ci⁴⁶.

Cas particulier de l'AMM

Le professionnel compétent a l'obligation spécifique de vérifier régulièrement, et jusqu'au moment de l'administration de l'AMM, que la personne souhaite toujours la recevoir et ainsi lui donner l'occasion d'exprimer un refus éventuel.

Même si la non-initiation ou la cessation d'un soin peut entraîner la détérioration de la condition de la personne voire précipiter son décès, le professionnel de la santé ne peut ni conclure à l'inaptitude de la personne à consentir au soin en raison de son seul refus ni intervenir en outrepassant ce refus. Il doit :

- Reprendre les informations et les explications pour bien faire valoir la pertinence du soin qu'il propose.
- S'assurer que le refus est donné par une personne apte et qu'il est libre et éclairé. En cas de doute, il peut consulter un collègue, un psychiatre, une IPS en santé mentale ou un autre expert. L'évaluation de l'aptitude à refuser un soin repose sur les mêmes composantes que l'évaluation de l'aptitude à consentir. Le professionnel de la santé doit porter une attention spéciale aux habiletés de raisonnement et de délibération de la personne.
- Si la personne est apte et maintient son refus, il doit relancer le processus de décision pour déterminer quels soins correspondent le mieux aux objectifs de vie de la personne en fonction de ses valeurs et de ses croyances.

Ces démarches doivent être exemptes de toute forme de pression qui inciterait la personne à consentir au soin contre son gré.

En émettant ses directives médicales anticipées (DMA), une personne apte peut refuser des soins spécifiques de manière anticipée, au cas où elle deviendrait inapte à le faire et serait en fin de vie ou souffrirait d'une atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives⁴⁷. Le professionnel de la santé serait alors contraint de les respecter⁴⁸.

Enfin, rappelons que respecter le refus d'un soin ne peut être assimilé à un acte d'euthanasie⁴⁹.

36 Code civil du Québec, art. 11, al. 1.

37 Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, RLRQ, S-5, r. 5, art. 52.1, en ce qui concerne la chirurgie et l'anesthésie; art. 53, alinéa 22, pour la prise de photographie, films et enregistrements.

38 Loi concernant les soins de fin de vie, art. 24.

39 Ibid., art. 26, al. 2.

40 Code civil du Québec, art. 24, al. 1.

41 D'après Association canadienne de protection médicale, *Le consentement – Guide à l'intention des médecins du Canada*, 4^e édition : mai 2006/ Révisé : juin 2016.

42 *Le Nouveau Petit Robert : Dictionnaire de la langue française*, DICOROBERT Inc., Montréal, 2017.

43 Voir J.M. c. Hôpital Jean-Talon, 2018 QCCA 378, par. 60.

44 Code civil du Québec, art. 11 et 24; Loi concernant les soins de fin de vie, art. 5, al. 3, 28 et 54.

45 Loi concernant les soins de fin de vie, art. 5.

46 Code civil du Québec, art. 11 et 12, Loi concernant les soins de fin de vie, art. 5.

47 Loi concernant les soins de fin de vie, art. 51.

48 Ibid., art. 58.

49 Ibid., art. 5 et 6.