

AUTEURS

Collège des médecins du Québec

Barreau du Québec

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

PUBLICATION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Collège des médecins du Québec

1250, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 3500, Montréal (Québec) H3B 0G2

Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN

Site Web : www.cmq.org

Courriel : info@cmq.org

ÉDITION ET GRAPHISME

Direction des communications et des affaires publiques

RÉVISION LINGUISTIQUE

France Lafuste, Angélique Martel et Katia Vermette

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à des fins non commerciales seulement, à condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2023

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-924674-40-6

© Collège des médecins du Québec et Barreau du Québec, octobre 2023.

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.

PRÉFACE	4
INTRODUCTION	5
1. Pour des soins appropriés	6
1.1 Raisonnement clinique	7
1.2 Processus décisionnel	8
1.3 Objection de conscience	10
2. Du consentement aux soins	10
2.1 Définition et fondements	10
2.2 Catégories de soins	12
2.3 Qualités du consentement valide	12
2.3.1 Aptitude à consentir aux soins	12
2.3.2 Consentement libre	18
2.3.3 Consentement éclairé	18
2.3.4 Consentement écrit	21
2.3.5 Consentement explicite ou implicite	22
2.3.6 Processus continu, retrait ou révocation du consentement	22
2.4 Exceptions à l'obtention du consentement aux soins	22
2.4.1 Prise de décision en situation d'urgence	23
2.4.2 Maladies à traitement obligatoire	25
2.4.3 Examen psychiatrique et garde en établissement	26
2.5 Refus de soins	26
3. L'expression anticipée des volontés et la planification des soins	28
3.1 Testament biologique ou testament de fin de vie	29
3.2 Mandat de protection	29
3.3 Directives médicales anticipées	31
3.4 Niveau d'intervention médicale	33
3.5 Décision de non-réanimation cardiorespiratoire	36
3.6 Planification des soins	39
CONCLUSION	40
ANNEXES	41
Annexe I - Tableaux récapitulatifs - <i>Code civil du Québec</i>	41
Annexe II - Tableau - L'expression anticipée des volontés et la planification des soins	50
Annexe III - Formulaire	51
BIBLIOGRAPHIE	52
TABLE DE LA JURISPRUDENCE	55

TABLER DES MATIÈRES

PRÉFACE

Alors que l'obligation d'obtenir le consentement de la personne avant de lui prodiguer quelque soin que ce soit avait à ses débuts ébranlé le monde médical, son droit de donner ou de refuser son consentement est maintenant largement reconnu, au Québec comme ailleurs.

Conçu comme un droit inhérent à la relation patient-médecin et au contrat qui les lie, le consentement aux soins fait l'objet, depuis la refonte du *Code civil du Québec*, en 1991, de nombreuses dispositions, si bien que les règles à son égard sont très détaillées et très claires. Cela ne veut pas dire que l'application de ces règles soit toujours simple, comme en fait foi la jurisprudence. *A fortiori*, lorsqu'il s'agit de soins vitaux ou de soins de fin de vie: avouons-le, il ne sera jamais facile de mettre fin à des traitements lorsque ceux-ci sont essentiels à la vie. D'ailleurs, les nombreux débats concernant ces soins ont récemment remis le consentement sur la sellette, mettant en lumière ses forces aussi bien que ses faiblesses, et la réflexion n'a pas cessé de progresser.

Aux yeux de plusieurs observateurs, dont le Collège des médecins du Québec (le Collège), le consentement apparaît maintenant comme un élément certes nécessaire mais insuffisant pour bien comprendre comment les décisions de soins sont prises, en situation clinique. Le plus souvent, elles le sont en plusieurs phases, chacune d'elles exigeant que plusieurs personnes acceptent de coordonner leurs actions, à commencer par la personne concernée, dont l'intérêt et les volontés doivent être respectés, sans oublier toutefois les proches et les soignants. Or, ces personnes n'ont pas toutes les mêmes raisons d'agir et subissent diverses contraintes: obligations professionnelles, ressources disponibles, interdits légaux, etc. Si bien que le Collège propose avec d'autres un changement de paradigme: miser sur le processus décisionnel dans son ensemble pour que les soins soient les plus appropriés possible.

Ce document traite du consentement dans une perspective large, à la fois juridique et clinique, en mettant l'accent sur l'inclusion du consentement dans le cadre plus vaste du processus décisionnel, mené par le patient et le médecin, et de la planification des soins.

La présente mise à jour du document porte essentiellement sur l'expression anticipée des volontés et de la planification des soins (chapitre 3). Elle tient compte de l'évolution des pratiques au chevet des patients ainsi que des changements législatifs les plus récents, notamment ceux touchant les régimes de protection.

INTRODUCTION

Ce document porte sur un concept devenu central dans notre société, notamment dans le domaine des soins : le consentement. Il retrace son évolution au Québec tout en abordant son application en clinique. Il vise avant tout à accompagner le médecin dans sa réflexion, et ne prétend pas avoir l'exhaustivité des différents ouvrages traitant du consentement dans une perspective juridique et auxquels le médecin est invité à se référer pour des questions particulières¹.

La première partie rappelle les principales caractéristiques d'un processus décisionnel bien mené entre le patient et le médecin. Le but de ce processus est de déterminer le soin le plus approprié à ce patient à un moment de sa vie et en fonction de l'évolution de sa maladie, tout en partageant la responsabilité de la décision. Le fait que le consentement ou le refus de soins représente un élément parmi d'autres, tout aussi essentiels au processus global de dialogue qui mène à la décision, est ainsi mis en évidence.

La seconde partie est consacrée au consentement aux soins lui-même, en particulier à son encadrement légal et normatif. Ce dernier affirme les droits du patient et les obligations du médecin à cet égard. Il se centre essentiellement sur les soins requis par l'état de santé du patient. Il définit également les critères d'un consentement valide, qu'il soit donné par le patient lui-même ou qu'il s'agisse d'un consentement substitué. Les exceptions au consentement aux soins requis par l'état de santé sont également évoquées.

Dans la troisième partie du document est mis en évidence le côté dynamique et de plus en plus complexe du processus décisionnel, qui comporte nécessairement plusieurs phases et implique obligatoirement plusieurs acteurs. Y sont traités, en effet, la planification des soins et les différents modes d'expression anticipée des volontés mis en place au cours des ans pour favoriser le respect du droit à l'autodétermination du patient en la matière, même si, au moment où les soins sont requis, il est devenu inapte à y consentir ou à les refuser.

¹ Voir la section Bibliographie à la fin du document.

1. POUR DES SOINS APPROPRIÉS

Depuis toujours, l'un des défis des médecins est de déterminer le soin le plus approprié à prodiguer à un patient. Par soin approprié, on entend un examen, un prélèvement, un traitement ou toute autre intervention qui répond aux besoins spécifiques d'un patient et qui s'avère conforme aux lignes directrices et aux autres normes de la profession médicale. Celles-ci s'appuient notamment, et depuis des décennies, sur les données scientifiques. Elles sont en perpétuelle évolution et elles obligent les médecins à une mise à jour continue de leurs connaissances à partir des innombrables travaux de recherche effectués à travers le monde. Les normes professionnelles prescrivent aussi les comportements attendus auprès des patients. Ce qu'on entend par bonne conduite change aussi avec le temps, reflétant les us et coutumes des sociétés dans lesquelles les normes sont en vigueur. Ainsi en est-il du *Code de déontologie des médecins* du Québec, mis à jour régulièrement.

Au Québec, comme dans bien d'autres pays occidentaux, la relation entre le médecin et le patient a très longtemps été empreinte de paternalisme. Fort de son savoir et de son expérience, le médecin prenait seul les décisions qui concernaient les soins à administrer au patient. Cependant, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, la pratique médicale s'est complexifiée. Le développement de nouvelles technologies médicales a engendré des défis éthiques, sociaux, légaux, économiques et politiques sans précédent. Dans le même temps, alors que la société se transformait et valorisait l'individualisme, les libertés individuelles et les droits de la personne ont été réaffirmés. Cette relation a été remise en question, pour laisser plus de place à l'expression de l'autonomie du patient. D'aucuns déplorent les excès qui ont suivi et la propension actuelle à une relation de type consumériste dans laquelle un patient ou sa famille exige des services et des soins qui ne sont pas forcément indiqués médicalement. Cette question est sujette à controverse, tant d'un point de vue éthique et juridique que de politique publique. Quoi qu'il en

soit, le médecin doit décider lui-même d'accepter ou non des demandes de soins qu'il juge inappropriés. S'il est convaincu que le soin est préjudiciable pour le patient, il doit le refuser. Il doit aussi se sentir libre de refuser un traitement qui n'est probablement pas bénéfique pour le patient, même s'il n'est pas préjudiciable. Le *Code de déontologie des médecins* est clair à ce sujet, puisqu'il exige du médecin qu'il ne fournisse un soin ou n'émette une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires², et qu'il refuse sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient eu égard à sa santé³. Le médecin, conscient d'aller à l'encontre de ses devoirs professionnels, peut se sentir tenté, voire forcé d'exécuter des soins inappropriés demandés par un patient et/ou ses proches. Une telle attitude traduit une démobilitation, voire une déresponsabilisation qui n'est souhaitable pour personne, ni pour le patient concerné bien entendu, ni pour la société confrontée au défi d'une limitation des ressources disponibles en santé.

Entre un paternalisme médical démesuré et un consumérisme abusif, le besoin d'une relation équilibrée devient donc essentiel. Plusieurs autres modèles de relation patient-médecin ont été proposés au cours des ans, mettant de l'avant le respect d'une autonomie du patient comprise comme une capacité de réflexion sur les connaissances, les croyances et les désirs, mais aussi de délibération et de cheminement vers une action commune. Ainsi, plusieurs préconisent un modèle de relation « délibératif », basé non seulement sur le respect de l'autonomie, mais aussi sur la confiance mutuelle⁴.

Cependant, comment des acteurs dont les motivations sont différentes peuvent-ils en arriver à une action commune? Outre celui de la communication, le défi du partage des responsabilités et du pouvoir décisionnel n'est pas le moindre, tant au chevet du patient qu'à l'échelle des institutions et dans l'ensemble du système de santé.

2 Article 50 du *Code de déontologie des médecins*: «Le médecin ne doit fournir un soin ou émettre une ordonnance que si ceux-ci sont médicalement nécessaires.»

3 Article 60 du *Code de déontologie des médecins*: «Le médecin doit refuser sa collaboration ou sa participation à tout acte médical qui irait à l'encontre de l'intérêt du patient eu égard à sa santé.»

4 Pour aller plus loin, voir par exemple: Emanuel et Emanuel (1992); Reach (2013).

1.1 RAISONNEMENT CLINIQUE

Le rôle traditionnel du médecin consiste à diagnostiquer une maladie et à traiter le patient, sinon pour le guérir, du moins pour le soigner. Remontant à la tradition hippocratique, la décision a longtemps appartenu au médecin: «Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, suivant mes forces et mon jugement⁵.» Le jugement médical était fondé sur l'art de l'examen clinique et du diagnostic qui a constitué, dès les débuts de la médecine, l'essence même de la pratique médicale.

Au fil du temps et particulièrement avec l'évolution des connaissances médicales, scientifiques et technologiques, cet art s'est complexifié.

Le raisonnement clinique demeure cependant le fondement de la pratique médicale.

Le médecin doit transformer le trouble du patient en une catégorie médicalement significative, le diagnostic, base de toutes les autres décisions et actions. L'interprétation du récit du patient et la recherche des signes par un examen soigneux lui permettent d'élaborer une ou des hypothèses diagnostiques.

Pour établir le diagnostic, le médecin doit faire appel aux examens paracliniques (complémentaires) les plus pertinents parmi la variété de ceux-ci. À partir de son expérience clinique, mais en tenant également compte de l'état de santé du patient, de ses caractéristiques et particularités, du contexte clinique, ainsi que des données probantes issues de la recherche et devant être personnalisées⁶, il détermine les interventions susceptibles de confirmer le diagnostic. Selon la complexité du problème, des allers-retours entre hypothèses, anamnèses, examens physiques et investigations peuvent s'avérer nécessaires.

Une fois le diagnostic établi, le médecin peut procéder au choix des options thérapeutiques, qui ont également connu un développement vertigineux. Les

mêmes considérations mentionnées précédemment au moment du choix des interventions diagnostiques entrent en jeu pour décider des traitements possibles dans les circonstances.

Enfin, une démarche clinique exhaustive demande au médecin de tenter de prévoir l'évolution de la maladie, incluant le pronostic de survie selon le contexte.

Bien entendu, cette description fort succincte masque la réelle complexité de la démarche clinique, renfermant une large part d'incertitude à tous les moments de la décision médicale⁷. Il peut être recommandé de recourir aux systèmes d'aide à la décision médicale⁸. En effet, la croissance exponentielle des connaissances médicales rend leur gestion par le médecin de plus en plus complexe⁹. Il reste que la rigueur de la démarche clinique du médecin permet de justifier ses décisions concernant les investigations et les traitements qu'il juge médicalement nécessaires et «envisageables en termes d'efficacité et de proportionnalité¹⁰». Les différentes options sont alors proposées et discutées avec le patient en vue d'une prise de décision commune sur les meilleurs soins que le médecin sera amené à lui prodiguer.

L'obligation du médecin de proposer les seules interventions médicalement nécessaires qui découlent d'une démarche clinique rigoureuse et rationnelle est fondamentale.

Le patient, pour sa part, a le droit de prendre des décisions le concernant qui semblent peu judicieuses, voire irrationnelles (pour le médecin) sur la base de considérations personnelles; il peut ainsi refuser les soins proposés au risque de sa vie. Le médecin doit respecter le désir du patient de ne pas poursuivre certains soins ou de refuser les soins proposés. Cependant, le patient ne peut exiger des soins que le médecin ne considère pas médicalement nécessaires ou qu'il juge futiles.

5 [Serment d'Hippocrate](#) (extrait).

6 Haynes, Devereaux et Guyatt (2002); Brush et Brophy (2017); Polaris et Katz (2014).

7 Pour mieux saisir la complexité du raisonnement clinique, lire Charlin et collab. (2012).

8 La publication du rapport *To Err is Human: Building a Safer Health System* ([Institute of Medicine \(US\) Committee on Quality of Health Care in America](#), 2000), faisant état du nombre important de morts dues aux erreurs médicales dans les hôpitaux, est une source certaine de la promotion de ces mesures en vue d'améliorer la qualité des soins aux patients. L'article de Jansa (2012) porte sur les outils diagnostiques. Celui de Tamblin (2003) sur les aides au traitement.

9 Pour un point de vue général sur les systèmes d'aide à la décision médicale, lire Darmoni (2014).

10 Bouleuc et Poisson (2014).

1.2 PROCESSUS DÉCISIONNEL

De prime abord, la rencontre médicale semble comporter trois moments décisionnels, constitués à leur tour de microdécisions. Dans un contexte général, le premier moment serait celui où le patient décide de consulter le médecin, soit l'expert capable de l'aider à trouver réponse à son problème. Le second moment décisionnel concernerait le médecin qui, au cours de la démarche clinique, détermine les options d'investigation et de traitement appropriées. Le troisième moment décisionnel amènerait le médecin à se distancer du modèle paternaliste pour engager un véritable dialogue avec le patient et établir conjointement le plan d'intervention à mettre en œuvre.

En fait, ce dialogue implique non seulement l'échange et le partage d'informations, mais aussi une délibération conjointe qui tient compte de l'histoire clinique et des symptômes rapportés par le patient ainsi que des différentes options, d'investigation ou de traitement, en vue de permettre au médecin et au patient de faire un choix éclairé. Les valeurs, les croyances, les attentes et les préférences du patient seront au cœur de ces échanges. Des aides à la décision conçues spécifiquement pour les patients peuvent être utiles au cours de la délibération¹¹. Elles peuvent rendre plus explicites le soin proposé ou les raisons qui motivent cette option, en tenant compte des bénéfices que le patient recherche et des risques qu'il est prêt à assumer ou non¹². La décision finale reviendra au patient puisqu'il donnera, ou refusera, son consentement au soin proposé, mais le rôle du médecin est ici de l'accompagner pour qu'elle ait du sens dans son projet de vie. En revanche, cette décision doit s'inscrire dans les limites des actes dont la responsabilité incombe toujours au médecin.

Bien entendu, ce schéma ne reflète pas nécessairement la réalité vivante de la rencontre clinique au cours de laquelle les deuxième et troisième moments décisionnels sont souvent intriqués. C'est pourquoi le médecin doit rester attentif et reconnaître les moments décisionnels où il doit prendre en compte le point de vue du patient.

Dans son rapport intitulé *Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie*¹³, le groupe de travail en éthique clinique du Collège propose une vision moins linéaire et plus dynamique du processus décisionnel et soutient que les soins sont d'autant plus appropriés qu'ils sont le fruit d'un processus décisionnel bien mené. C'est en effet au terme d'un tel processus mené conjointement que le médecin et le patient réussissent habituellement à s'entendre sur les soins à la fois individualisés et proportionnés les plus appropriés à prodiguer, à une étape particulière de la maladie et du cheminement personnel du patient.

« En situation clinique, le médecin offre, en raison de ses compétences, les soins qu'il juge le plus objectivement possible appropriés d'un point de vue médical. Le patient reste évidemment celui qui décide puisqu'il s'agit de sa vie. Pour des raisons subjectives aussi bien qu'objectives, il accepte, refuse, ou demande autre chose que les soins proposés. Face à cette réaction du patient, le médecin demeure toutefois responsable des actes qu'il posera. Il accepte de donner suite à la demande du patient, refuse (le cas extrême étant l'objection de conscience) ou propose autre chose. Dans ce cas, la dynamique reprend son cours. D'ailleurs, la demande du patient peut également constituer le point de départ du processus¹⁴. »

11 Stacey et collab. (2017).

12 O'Connor (2015).

13 Collège des médecins du Québec (2008).

14 *Ibid.*, page 13.

Il faut admettre qu'un tel résumé schématique du processus décisionnel ne met pas en évidence toutes les connaissances, valeurs, émotions et interactions à l'œuvre dans chaque situation particulière et dont il faut nécessairement tenir compte. De même, de nombreux facteurs peuvent affecter le déroulement du processus décisionnel, que ce soit le lieu de la rencontre (bureau, urgence, soins intensifs), les conditions cliniques (soins aigus, chroniques, palliatifs) ou encore les conditions de l'environnement (présence de tiers, contraintes temporelles). Il reste que cette vision schématique permet de garder à l'esprit un fait de plus en plus reconnu dans le domaine des soins comme ailleurs : une décision prise dans le respect de toutes les personnes concernées n'en sera que meilleure. Malgré la complexité de plus en plus grande de l'organisation des soins, il faut sauvegarder l'essence de ce processus décisionnel.

Ainsi, si le consensus est recherché, il n'est pas un but en soi. Des désaccords sur les valeurs et les actions peuvent persister. Ce qui importe surtout, c'est la communication entre les acteurs qui sont autant d'agents moraux à la recherche de la meilleure décision à prendre quant à l'acte à poser, ainsi que la reconnaissance et le respect des rôles, des droits et des responsabilités de chacun. En effet, ce n'est pas tant la décision qui est partagée que les responsabilités qui en découlent pour chacun. Le processus décisionnel ainsi compris est dynamique : le refus de l'un des acteurs le relance.

En fait, 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 ses proches, selon que les soins sont médicalement requis ou non, et selon que le patient est apte ou inapte¹⁵. Le *Code de déontologie des médecins* contient plusieurs dispositions réitérant ces règles en matière de consentement¹⁶. Mais il ne faudrait pas oublier qu'il en contient beaucoup d'autres concernant la pratique selon des critères scientifiques et les normes médicales actuelles¹⁷, l'utilisation judicieuse des ressources¹⁸, la non-discrimination¹⁹, les conditions pour mettre fin à une relation thérapeutique²⁰ et pour invoquer une objection de conscience²¹, et les obligations de suivi²². Il impose certaines conditions aux médecins pour répondre à des demandes de soins qu'il jugerait inappropriés²³. Il compte plusieurs dispositions concernant l'indépendance et le désintéressement, ainsi que l'intégrité du médecin. Toutes ces dispositions visent, au fond, à ce que le jugement professionnel du médecin repose sur les données objectives reconnues actuellement comme étant les plus crédibles, indépendamment de ses opinions ou de ses intérêts personnels. En fait, ce que le patient ou son représentant doit savoir avant de consentir ou de refuser, c'est la raison pour laquelle le médecin a jugé approprié de lui proposer une certaine conduite parmi d'autres également possibles.

15 *Code civil du Québec*, art. 10 à 25.

16 *Code de déontologie des médecins*, art. 28 et 29.

17 *Ibid.*, art. 6, 44, 46, 47 et 48.

18 *Ibid.*, art. 12.

19 *Ibid.*, art. 23.

20 *Ibid.*, art. 19.

21 *Ibid.*, art. 24.

22 *Ibid.*, art. 32 à 40.

23 *Ibid.*, art. 3 à 7, 44, 45, 49 à 60.

1.3 OBJECTION DE CONSCIENCE

Dans cette perspective, l'une des dispositions de la section du *Code de déontologie des médecins* portant sur la qualité de la relation professionnelle et traitant de l'influence que pourraient avoir les convictions personnelles du médecin sur son jugement professionnel prend tout son sens. En effet, l'article 24 confirme le droit du médecin à l'objection de conscience, tout en assortissant de certaines conditions.

En règle générale, les convictions personnelles du médecin ne devraient pas influencer indûment sur son jugement professionnel. Toutefois, il est largement reconnu qu'un médecin peut faire appel à l'objection de conscience dans un nombre limité de cas, quand ses convictions morales ou religieuses sont susceptibles de l'empêcher de fournir des services considérés par la société et la profession médicale comme devant être accessibles malgré des désaccords certains quant à leur acceptabilité. On pense évidemment à l'interruption de grossesse ou à certains soins de fin de vie, tels que l'aide médicale à mourir²⁴.

En fait, l'objection de conscience serait une exception à la règle voulant que les intérêts et les convictions personnelles d'un médecin n'interfèrent pas avec ses obligations professionnelles. Mais alors, un nouveau problème se pose : celui de trouver une façon de respecter à la fois ce droit du médecin à l'objection de conscience et le droit du patient à obtenir le service.

Bien que ces dispositions fassent ailleurs l'objet de débats²⁵, au Québec, le droit des médecins à l'objection de conscience est assorti non seulement du devoir d'en informer le patient, mais également de l'obligation de l'aider à trouver un autre médecin. Il faut préciser qu'il s'agit de l'obligation de diriger le patient vers une ressource appropriée, en mesure de répondre à sa demande, et non de garantir la réalisation de l'intervention. L'objectif est de s'assurer qu'aucun patient ne soit privé des services auxquels il a droit en raison des convictions personnelles d'un médecin.

En somme, dans cette perspective où les soins sont plus appropriés lorsque le processus décisionnel est bien mené, le consentement du patient, ou son refus, aux soins que lui propose le médecin constitue effectivement un élément incontournable du processus décisionnel. Il n'est donc pas surprenant que les lois et les normes professionnelles l'encadrent tout particulièrement.

2. DU CONSENTEMENT AUX SOINS

L'encadrement légal et normatif du consentement aux soins affirme les droits du patient et les obligations du médecin à cet égard. Il se centre principalement sur les soins requis par l'état de santé du patient et définit les critères d'un consentement valide, qu'il soit donné par le patient lui-même ou qu'il s'agisse d'un consentement substitué. Des exceptions au consentement aux soins requis par l'état de santé sont prévues dans certaines situations précises.

2.1 DÉFINITION ET FONDEMENTS

Par définition, consentir signifie « accepter qu'une chose se fasse²⁶ ». Consentir aux soins réfère au fait qu'une personne accepte que des soins médicaux lui soient prodigués, mais cela sous-entend également qu'elle puisse les refuser sur la base de sa seule volonté; ce qui, au Québec comme ailleurs, est maintenant largement accepté. Depuis 1991, la règle du consentement aux soins est inscrite dans le *Code civil du Québec*²⁷ et fait l'objet de dispositions très précises. Le *Code de déontologie des médecins* reprend en partie ses exigences en la matière²⁸.

24 Le droit des médecins à l'objection de conscience a été réaffirmé dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Certains mécanismes ont même été prévus pour que la responsabilité de chercher un autre médecin soit partagée entre le médecin et les instances administratives dont il relève afin d'assurer l'accessibilité à l'aide médicale à mourir.

25 Voir par exemple : *The Christian Medical and Dental Society of Canada v. College of Physicians and Surgeons of Ontario*, 2018 ONSC 579, paragraphe 206 et suivants.

26 Le Petit Robert (2023).

27 *Code civil du Québec*, art. 10 à 25.

28 *Code de déontologie des médecins du Québec*, art. 28 à 31.

La société québécoise reconnaît le principe éthique de l'autonomie de la personne comme base de la relation entre les individus. Le terme «autonomie» s'entend ici au sens d'«autodétermination de l'individu», c'est-à-dire de sa capacité à décider et à agir de son propre chef. Ce principe sous-entend le respect de la personne et la reconnaissance de son pouvoir décisionnel et, conséquemment, en médecine particulièrement, il impose la règle du consentement aux soins ainsi que le droit à l'information et le droit à la vérité.

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'intégrité, consacrées par les articles 3 et 10 du *Code civil du Québec*. Bien que ni la *Charte canadienne des droits et libertés* (art. 7) ni la *Charte des droits et libertés de la personne* québécoise (art. 1) ne mentionnent spécifiquement l'autonomie de la personne et le consentement aux soins, les jugements des tribunaux invoquent ces notions en les rattachant aux «droits fondamentaux plus vastes, tel le droit à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité²⁹».

Dans les faits, jusqu'à présent, l'autonomie décisionnelle du patient en contexte médical s'exerce essentiellement dans son droit d'accepter ou de refuser les soins proposés par le médecin, c'est-à-dire les soins que celui-ci a identifiés comme médicalement pertinents. D'aucuns considèrent qu'il s'agit d'un concept d'autonomie limitée³⁰. En effet, la loi ne prévoit pas que le patient puisse exiger un soin. Cela n'exclut toutefois pas, comme il a été dit précédemment, que le patient puisse demander un autre soin que ceux proposés; le médecin doit alors en évaluer la pertinence en tant que soin médicalement nécessaire et en discuter avec le patient. Dans le même esprit, le médecin ne peut pas rejeter d'emblée la demande du patient parce qu'il s'est informé auprès d'Internet ou d'une autre source. Il faut distinguer demande et exigence.

Les règles concernant le consentement aux soins semblent claires. Cependant, leur application n'est pas dépourvue d'embûches. Certaines d'entre elles ont été précisées après que plusieurs décisions juridiques portant notamment sur l'arrêt de soins essentiels à la vie ont fait jurisprudence. D'autres ont été modifiées plus récemment, afin que les volontés exprimées par une personne alors qu'elle est encore apte à consentir aux soins soient davantage respectées si elle devient inapte à le faire. Par ailleurs, elles mettent constamment à l'épreuve la tension entre les devoirs du médecin: respecter l'autonomie décisionnelle du patient et le protéger en raison de sa vulnérabilité. Comme premier réflexe, le médecin aura tendance à privilégier la protection du patient, mais son action doit tenir compte de ce qui est acceptable pour ce dernier.



29 Ferron Parayre (2016).

30 O'Neill (2002).

2.2 CATÉGORIES DE SOINS

L'article 11 du *Code civil du Québec* mentionne que tout soin nécessite un consentement. Cependant, les obligations en matière de consentement aux soins diffèrent selon que ces derniers sont requis ou non par l'état de santé de la personne.

On entend par soin requis par l'état de santé de la personne un soin prodigué dans l'intérêt objectif du patient, du moins quant à sa santé. Ainsi, un soin requis a une visée thérapeutique. Il vise donc à soulager (toujours), à contrer la maladie, à restaurer ou à maintenir les fonctions physiologiques et les capacités fonctionnelles³¹, ou à assurer une fin de vie digne.

Un soin non requis par l'état de santé est défini comme un soin n'ayant pas de visée thérapeutique. En général, on y inclut les soins esthétiques, la stérilisation, le don d'organes et la recherche. Lorsque le soin n'est pas requis par l'état de santé de la personne, la question à se poser est quand même de savoir s'il est prodigué dans son intérêt. La réponse peut être évidente quand il s'agit de soins esthétiques ou de stérilisation, par exemple. Elle l'est moins dans le cas d'une participation à un projet de recherche ou dans le cadre d'un don d'organe qui, l'un comme l'autre, visent clairement un tout autre intérêt que celui de la personne sollicitée. C'est la raison pour laquelle le consentement aux soins non requis, à la recherche et au don d'organes entre vifs ou post mortem, fait l'objet d'exigences légales supplémentaires et de dispositions spéciales³². Par exemple, le consentement aux soins non requis par l'état de santé doit être donné par écrit³³.

Les dispositions réglementaires concernant les soins non requis par l'état de santé ne sont pas traitées en détail ici, mais elles sont résumées dans les tableaux annexés³⁴.

2.3 QUALITÉS DU CONSENTEMENT VALIDE

L'article 10 du *Code civil du Québec* énonce les droits à la base du consentement aux soins, soit l'inviolabilité de la personne et son droit à l'intégrité, et prévoit que «sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé». Le consentement est donné par la personne elle-même ou bien par autrui dans les cas et aux conditions prévus par la loi. L'article spécifie également que le consentement donné doit être libre et éclairé. Les paragraphes suivants détaillent les critères de validité du consentement.

2.3.1 APTITUDE À CONSENTIR AUX SOINS

Selon l'article 4 du *Code civil du Québec*, «toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils». 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 elle est inapte, il est nécessaire de recourir à une tierce personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection³⁵.

Par ailleurs, le législateur a prévu que la personne pouvait exprimer à l'avance ses volontés quant aux soins médicaux souhaités, dans le cas où elle deviendrait inapte à consentir aux soins. Ainsi, dans certaines situations cliniques particulières et pour des soins spécifiques, les directives médicales anticipées au sens de la [Loi concernant les soins de fin de vie](#) peuvent faire office de consentement ou de refus de soins de la part d'une personne devenue inapte³⁶.

31 Soit les activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD).

32 *Code civil du Québec*, art. 19 à 25 et 42 à 47.

33 *Ibid.*, art. 24.

34 Voir annexe I: Tableaux récapitulatifs - *Code civil du Québec*.

35 Voir plus loin la section sur le consentement substitué.

36 Voir la section 3.3 consacrée aux directives médicales anticipées.

Définition de l'aptitude

Ni le concept d'aptitude ni la manière de l'évaluer ne sont définis dans la loi québécoise. Suzanne Philips-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 volonté³⁷. »

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. La reconnaissance de l'incapacité juridique, qui a une finalité de protection, touche le mineur ou le majeur inapte qui, en raison de son état physique ou mental, ne peut exprimer systématiquement sa volonté éclairée indispensable pour effectuer des actes juridiques. L'ouverture d'une tutelle ou l'homologation d'un mandat de protection³⁸ créent un état d'incapacité juridique du majeur. Il est à noter que le mineur de 14 ans et plus bénéficie d'une capacité juridique partielle en ce qui concerne le consentement aux soins (art. 14, 16 et 17 du *Code civil du Québec*).

Inaptitude et incapacité juridique 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 présumée (art. 4 du *Code civil du Québec*), l'inaptitude à consentir aux soins devra être démontrable.

Il est à souligner que l'aptitude doit être appréciée selon la nature de l'acte pour lequel le consentement doit être obtenu. Consentir à un soin ou prendre une décision concernant sa personne ou ses biens doit évidemment être évalué sur des bases différentes³⁹.

Par ailleurs, le niveau d'aptitude requis pour consentir à un soin ou le refuser peut différer selon la nature du soin : appendicectomie ou chirurgie dans le cas de cancer métastatique, mais également en fonction d'autres facteurs, entre autres des risques encourus⁴⁰. Dès lors, l'évaluation clinique de l'aptitude à consentir à un soin doit être une démarche ciblée et individualisée.

37 *Code civil du Québec*, art. 153, 155, 256 et 258 ; Philips-Nootens et Hottin dans Arcand et Hébert (2007).

38 La *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*, entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2022, a révisé plusieurs dispositions législatives relatives à la protection des personnes en situation de vulnérabilité. Elle a notamment aboli le régime de curatelle au majeur (les curatelles sont dorénavant converties en tutelles) et elle prévoit que le tribunal détermine si les règles concernant la capacité du majeur en tutelle doivent être modifiées ou précisées, compte tenu des facultés de celui-ci.

39 « A competence determination is a determination of a particular person's capacity to perform a particular decision-making task at a particular time and under specific conditions. » dans Buchanan et Brock (1989 : p. 18).

40 « No single standard for competence is adequate to all decisions. The standard depends in large part on the risk involved, and varies along a range from low/minimal to high/maximal. The more serious the expected harm to the patient from acting on a choice, the higher should be the standard of decision-making capacity, and the greater should be the certainty that the standard is satisfied. » dans Buchanan et Brock (1989 : p. 85). En pages 52 et 53, les auteurs développent la notion de niveau de compétence (level of competence) en considérant les risques et bénéfices du traitement proposé. Le résumé, en pages 84 et 85, est également très éclairant à ce sujet.

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 :

ESTIMATION DE QUATRE HABILÉTÉS COGNITIVES
1. Compréhension de l'information transmise d'après les cinq critères de la Nouvelle-Écosse⁴¹
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 disponibles) ?
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 le 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. Raisonnement sur l'information
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 essentielle⁴². Ainsi, l'évaluation de l'inaptitude doit aller au-delà des critères de la Nouvelle-Écosse et tenir compte des autres habiletés cognitives.

L'évaluation doit être effectuée avec objectivité, et quelle que soit l'opinion du médecin, quant au caractère raisonnable de la décision du patient.

En dernier lieu, rappelons que le médecin a d'abord et avant tout l'obligation de s'adresser à la personne malade. Malgré le rôle important de la famille et des proches auprès d'elle, ceux-ci n'ont aucunement préséance. Dans un mouvement de protection, les

proches, voulant éviter à la personne malade 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 médecin 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 médecin doit par ailleurs savoir conjuguer son devoir envers le patient et le souci des proches afin que l'entourage assure le soutien nécessaire au malade.

41 Il s'agit des critères initialement établis par le *Hospitals Act* de la Nouvelle-Écosse. Ils ont été adoptés sur le plan clinique à la suite du jugement *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G. Lire Veilleux* (2012 : p. 134). Concernant spécifiquement l'origine des critères de la Nouvelle-Écosse, lire p. 1018. Également, Kouri et Philips-Nootens (2003 : p. 126) ; concernant le test de la Nouvelle-Écosse, lire p. 10-16. 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 139.

42 Kouri et Philips-Nootens (2003 : p. 1-28). Spécialement, la section *L'inaptitude particulière à consentir aux soins*, p. 8-16.

Consentement substitué

Étant donné que tout le dispositif juridique d'encadrement des soins repose sur le consentement de la personne, on comprend aisément 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'examens, 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 précises⁴³, dont celle qui veut que le tiers habilité⁴⁴ agisse dans l'intérêt de la personne en respectant, dans la mesure du possible, les volontés qu'elle aurait exprimées quand elle était apte. 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 qu'on en espère⁴⁵. Autant que possible, la personne mineure⁴⁶ ou inapte devra prendre part aux décisions qui la concernent⁴⁷.

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.

Le majeur inapte – Soins requis par l'état de santé

L'article 15 du *Code civil du Québec* désigne, selon un ordre prioritaire, les personnes autorisées à consentir aux soins requis par l'état de santé d'un majeur inapte à le faire. La première personne à laquelle le médecin doit s'adresser est le représentant légal, soit le mandataire ou le tuteur⁴⁸. 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 particulier.

Représentants légaux et mesures de protection

Lorsqu'une personne est considérée inapte cliniquement et que la situation l'exige, la loi prévoit diverses mesures pour la représenter et la protéger. La mesure privilégiée est le mandat de protection⁴⁹. Ce dernier constitue un prolongement de l'autonomie de la personne, puisqu'en plus d'y indiquer ses volontés, elle désigne elle-même dans son mandat celles ou ceux qui agiront à sa place en cas d'inaptitude.

En l'absence de mandat de protection, le tribunal peut autoriser l'ouverture d'une tutelle sur la base de l'inaptitude et du besoin de protection de la personne. En effet, depuis le 1^{er} novembre 2022, date d'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*, la tutelle devient le seul régime de protection et peut être davantage modulée en fonction des facultés de la personne, afin de lui permettre d'accomplir les actes qu'elle pourra faire seule.

Le tribunal ouvre une tutelle s'il est établi que la personne majeure est inapte à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens ET qu'elle a besoin d'être représentée dans l'exercice de ses droits civils.

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

44 Dans le texte, le terme « substitué » 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.

45 *Code civil du Québec*, art. 12. Sur l'expression anticipée des volontés, voir chapitre 3.

46 Le mineur de 14 ans et plus doit non seulement prendre part aux décisions qui le concernent mais il peut les prendre seul.

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

48 Rappelons que la *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*, entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2022, a révisé plusieurs dispositions législatives relatives à la protection des personnes vulnérables. Les curatelles sont dorénavant converties en tutelles.

49 Sur le mandat de protection, voir section 3.2.

Il nomme alors un tuteur chargé d'exécuter au nom de la personne certains actes, en tenant compte de ses volontés et de ses préférences. Le tribunal détermine si la tutelle doit être modulée ou non en fonction des facultés de la personne inapte et précise quels sont les gestes qu'elle pourra faire seule ou avec l'assistance du tuteur, et ceux qui ne pourront être accomplis que par ce dernier. Le tribunal limite ainsi le majeur inapte dans l'exercice de ses droits en fonction de son degré d'autonomie et de son besoin de protection, afin de lui permettre de conserver un maximum d'autonomie⁵⁰.

En l'absence d'un mandat homologué ou d'un jugement confirmant l'ouverture d'une tutelle, le médecin peut s'adresser à l'une des personnes mentionnées à l'article 15 du *Code civil du Québec*⁵¹.

Qui peut consentir à l'intervention?

Un patient de 71 ans inapte à consentir aux soins à la suite d'un accident vasculaire cérébral doit subir une intervention pour une hernie inguinale symptomatique.

- Vérifier en premier lieu si le patient a un représentant légal (mandataire⁵² ou tuteur). Le représentant légal a préséance sur toute autre personne.
- En l'absence de représentant légal, il faut s'adresser en premier au conjoint (marié, en union civile ou en union de fait⁵³).
- En l'absence de conjoint ou si celui-ci ne peut donner un consentement, on s'adresse alors aux proches parents ou à quiconque démontre un intérêt particulier pour la personne, par exemple un ami, un voisin qui maintient des visites; il est recommandé de s'adresser à l'aidant naturel, qu'il soit un proche parent ou une autre personne.
- Enfin, si le patient est isolé, le Curateur public peut donner le consentement.

Le majeur inapte – Refus injustifié, refus catégorique

Selon l'article 16 du *Code civil du Québec*, «l'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur ou d'un majeur inapte à donner son consentement; elle l'est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins⁵⁴, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence⁵⁵».

Il est à noter que, malgré la propension de certains milieux à y recourir, l'article 16 du *Code civil du Québec* «n'a pas pour fonction de suppléer aux lenteurs de l'instauration d'un régime de protection ni de s'y substituer⁵⁶».

Le mineur – Soins requis par l'état de santé

Au Québec, la règle du consentement aux soins pour les mineurs est basée non pas sur le concept du mineur mature, comme dans la *common law* du Canada, mais sur celui de l'âge. Ainsi, les règles de consentement diffèrent selon que le mineur est âgé de moins de 14 ans ou de 14 ans et plus. Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur de moins de 14 ans est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur. Le consentement du père ou de la mère est suffisant, puisqu'ils exercent ensemble l'autorité parentale⁵⁷. Le consentement de l'un présume le consentement de l'autre⁵⁸. En cas de situation de violence familiale causée par un parent, l'autre peut requérir des services de santé ou des services sociaux sans son accord⁵⁹, après avoir obtenu une attestation d'un fonctionnaire ou d'un officier public désigné par le ministre de la Justice.

50 *Code civil du Québec*, art. 288.

51 Soit: «le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier». *Code civil du Québec*, art. 15.

52 En vertu d'un mandat homologué.

53 *Loi d'interprétation*, art. 61.1: «Sont des conjoints de fait deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui font vie commune et se présentent publiquement comme un couple, sans égard, sauf disposition contraire, à la durée de leur vie commune. Si, en l'absence de critère légal de reconnaissance de l'union de fait, une controverse survient relativement à l'existence de la communauté de vie, celle-ci est présumée dès lors que les personnes cohabitent depuis au moins un an ou dès le moment où elles deviennent parents d'un même enfant.»

54 Kouri et Phillips-Nootens (2003: p. 128). Spécialement, la section *L'inaptitude particulière à consentir aux soins*, p. 816.

55 Voir à titre d'exemple, le raisonnement de l'Honorable Daniel W. Payette quant à un éventuel refus catégorique dans *Hôpital Fleury du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal c. B.C.*, 2016 QCCS 5857 (voir plus particulièrement les paragraphes 10 à 13).

56 Voir à ce sujet: *Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCG) c. J.B.*, 2017 QCCA 1638 (paragraphes 27 à 29).

57 *Code civil du Québec*, art. 600.

58 *Ibid.*, art. 603.

59 *Code civil du Québec*, art. 603.1 et [arrêté 2023-4997 du ministre de la Justice](#).

Le mineur âgé de 14 ans et plus peut consentir seul à ses soins, s'il est jugé apte à le faire comme tout adulte. 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 fait⁶⁰».

Cela étant, la participation du mineur à la décision qui le concerne est toujours souhaitable, qu'il ait ou non le droit de décider.

Qui décide d'un soin en cas de désaccord entre les parents d'un mineur de moins de 14 ans?

L'évaluation de l'intérêt de l'enfant au regard du soin et du caractère justifié ou non du refus nécessitera le recours à une autre instance.

«Il suffit qu'un seul des parents refuse pour devoir saisir le tribunal, par l'autre parent ou par l'établissement (art. 16 al. 1 C.c.Q.) ou faire un signalement au DPJ (art. 38 b) 1^o ii) LPJ. Ce refus doit être injustifié⁶¹.»

Le mineur - Refus injustifié, empêchement, refus du mineur de 14 ans et plus

Selon l'article 16 du *Code civil du Québec*, «l'autorisation du tribunal est nécessaire en cas d'empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l'état de santé d'un mineur». Dans un tel contexte, un signalement au directeur de la protection de la jeunesse pourrait être indiqué si le médecin avait un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis⁶². Toujours selon l'article 16, l'autorisation du tribunal est aussi «nécessaire pour soumettre un mineur âgé de 14 ans et plus à des soins qu'il refuse, à moins qu'il n'y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit».

Si ces principes généraux sont valables pour l'ensemble des situations rencontrées dans la pratique médicale, il reste que leur application varie selon les circonstances. Ainsi faut-il adapter l'information et l'autorisation requises aux interventions, selon le type de soins et le type de patients (mineur ou majeur, apte ou inapte, contexte particulier de la maladie psychiatrique). Les tableaux de l'annexe I indiquent les facteurs et les particularités dont il faut tenir compte afin de respecter les exigences du consentement ou du refus au regard du *Code civil du Québec*⁶³.

60 *Ibid.*, art. 14.

61 Gouvernement du Québec (2010: p. 147).

62 *Loi sur la protection de la jeunesse*, art. 38 b) 1^o ii) et art. 39; *Code de déontologie des médecins*, art. 39.

63 *Code civil du Québec*, art. 12 à 31 et 42 à 47.

2.3.2 CONSENTEMENT LIBRE

Dans le cadre d'un processus décisionnel bien mené, il va de soi que le patient 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 médecin ou encore la recherche à laquelle il est invité à participer.

Pour que le consentement soit «le plus libre possible⁶⁴», il doit être obtenu sans pression, menace, contrainte ou promesse de la part du médecin, de la famille ou de l'entourage du patient, voire des instances administratives et des impératifs budgétaires.

2.3.3 CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ⁶⁵

La première définition du consentement éclairé figure dans la décision *Salgo v. Leland Stanford Junior University Board of Trustees* [Cal App 2d 1957; 154:560-79; P.2d 1957; 317:170-82] de 1957. Pour la cour californienne, le consentement éclairé signifiait la divulgation de «tous les faits nécessaires au patient constituant la base d'un consentement intelligent en regard du traitement proposé». Pour prendre la décision d'accepter ou de refuser un soin et exercer son droit de le faire en toute liberté, le patient apte, ou bien celui qui prendra la décision à sa place s'il est inapte, doit être bien informé des tenants et aboutissants des différentes options qui lui sont proposées par le médecin. À ce droit du patient correspond le devoir du médecin de donner les renseignements nécessaires et suffisants à l'expression du consentement⁶⁶.

Cette obligation s'inscrit dans le cadre d'une relation patient-médecin empreinte de confiance et de loyauté⁶⁷. Elle est néanmoins soumise à de possibles barrières de communication. Spontanément, on pensera aux barrières linguistiques et aux atteintes neurologiques qui limitent la parole, mais beaucoup

d'autres facteurs entrent en jeu dans la communication. Ainsi en est-il, par exemple du côté du médecin, de l'usage réflexe d'un langage technique, de la difficile traduction des incertitudes médicales, du souci de ne pas alarmer inutilement le patient, mais aussi du manque de temps. Du côté du patient, la communication peut être entravée par la maladie elle-même, qui enferme le patient dans ses pensées, par la médication qui affecte entre autres ses facultés cognitives, mais aussi par l'inattention, la peur ou l'anxiété devant un nouveau diagnostic ou l'échec d'un traitement, c'est-à-dire devant l'inconnu. Par ailleurs, depuis quelques décennies, la percée des connaissances sur le concept de littératie⁶⁸, qui réfère à la capacité à utiliser l'information (de quelque nature qu'elle soit), ouvre un vaste champ explicatif des déficits de communication possibles dans la rencontre patient-médecin⁶⁹. Dans le cadre du consentement éclairé, l'obligation du médecin n'est pas seulement de transmettre l'information: il a également le devoir de vérifier si le patient a compris les informations fournies.

On conçoit que l'étendue de la divulgation ne peut pas être constante ou systématique: elle varie selon le type de soins requis ou non par l'état de santé, le contexte clinique et les circonstances de chaque cas particulier. La communication des informations doit également être adaptée au niveau de connaissances et de compréhension du patient, tout en tenant compte du refus ou de la «crainte de connaître» exprimés par le malade. L'information doit être objective, concise et transmise en termes usuels et compréhensibles pour le patient ou son substitut, c'est-à-dire adaptée et dosée. Elle doit permettre de confirmer ou de corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens (revues, Internet, autre médecin ou soignant, etc.)

64 Phillips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016: p. 187).

65 *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*, art. 1; *Code de déontologie des médecins*, art. 28 et 29.

66 Voir *M.G. c. Pinsonneault*, 2017 QCCA 607, notamment paragraphe 142 et suivants.

67 Kouri et Phillips-Nootens (2017: p. 264).

68 La littératie est définie comme l'«aptitude à comprendre et utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités» par OCDE et Statistique Canada (2000). La littératie en santé est la «capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations de base en santé, et de déterminer les ressources nécessaires pour prendre les décisions appropriées et suivre les instructions concernant les traitements» selon Richard et Lussier (2016: p. 521).

69 Pour une analyse détaillée de ce concept, lire: Richard et Lussier (2016: chap. 23, p. 517-540).

D'une manière générale, l'information⁷⁰ doit porter sur :

- 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, diagnostiques ou thérapeutiques, proposées (expliquer pourquoi ces interventions sont retenues plutôt que les autres);
- les risques prévisibles, probables des interventions;
- les résultats escomptés, dont les chances de réussite du traitement, mais aussi leur impact sur la vie du patient;
- les autres choix possibles: la nature, les risques et les bénéfices de chacun (le médecin 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 réalisera, en tout ou en partie, la procédure, l'intervention ou le traitement, si ce n'est pas le médecin avec qui la décision est prise⁷¹.

Au fil du temps, d'autres informations particulières se sont avérées pertinentes, telles que les listes d'attente dans un contexte chirurgical et les possibilités d'être opéré ailleurs, ou les limites et les risques liés à la télémédecine⁷², par exemple.

Par ailleurs, la communication pour un consentement éclairé qui s'inscrit au cours du processus décisionnel doit être avant tout un échange dialogique. Les informations nécessaires au patient pour prendre sa décision combinent tant les options présentées par le médecin que les réponses que celui-ci apporte à ses inquiétudes, réponses qu'il est tenu de fournir de façon honnête et raisonnable. Le patient doit avoir la possibilité de poser des questions. «Avez-vous des questions?», c'est par ces mots que le médecin invite habituellement le patient à le faire. La réponse habituelle «Non» ne témoigne pas nécessairement d'une réelle compréhension de la multitude d'informations

reçues. Le patient est souvent gêné de montrer au médecin qu'il n'a pas compris ou n'a pas eu le temps d'analyser ces informations pour en tirer les questions pertinentes en fonction de sa situation. Alors qu'il est souvent dérouté par une masse d'informations qui lui sont peu familières, il est opportun de lui donner du temps pour les assimiler et l'aider à formuler des questions⁷³.

L'élément le plus problématique de la divulgation est sans doute l'étendue des risques à dévoiler. Bien que la question ne fasse pas l'unanimité dans la jurisprudence ni dans les doctrines juridique et éthique, il semble raisonnable de conclure que le médecin devrait dévoiler à son patient les risques suivants :

- « 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 possible⁷⁴ ».

Dans le contexte des soins, l'obligation porte sur les risques normalement prévisibles, c'est-à-dire connus au regard de l'état de la science. De façon générale, le médecin doit considérer les risques importants, particuliers ou inhabituels⁷⁵. Un risque est important en considération de sa fréquence ou de sa gravité. Outre la mort, on classe parmi les risques graves, la perte ou la diminution d'une fonction ainsi qu'une atteinte esthétique entraînant des répercussions psychologiques ou sociales. Par ailleurs, le médecin peut considérer un risque comme peu important en général, mais pouvant s'avérer nécessaire à sa réflexion compte tenu de l'état particulier du patient. Tout autre renseignement, dont le médecin sait (ou devrait savoir) qu'il importe à un patient et qui peut influencer sa décision de suivre ou non le traitement prescrit, doit être révélé.

70 Pour plus de précisions, voir Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016 : p. 155-171).

71 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 : Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016 : p. 159) et Collège des médecins du Québec (2021).

72 Au sujet de la télémédecine, voir la [fiche du dossier](#) produit par le Collège des médecins et accessible dans son site Web.

73 Sur le recours aux aides à la décision, voir section 1.2.

74 Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016 : paragraphe 192).

75 En référence au jugement *Hopp c. Lepp* [1980] 2 RCS 192 : « La jurisprudence indique qu'un chirurgien devrait, généralement, répondre aux questions précises que lui pose le patient sur les risques courus et devrait, sans qu'on le questionne, lui révéler la nature de l'opération envisagée, sa gravité, tous risques importants et tous risques particuliers ou inhabituels que présente cette opération. » (Souligné par les auteurs).

Risques: illustrations

Probables, prévisibles

- › Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et saignement digestif;
- › Opiacés et constipation.

Rares (s'ils sont graves et particuliers au patient)

- › Allopurinol et aplasie médullaire (effet indésirable très rare, soit 1 patient sur 10 000).

Connus de tous (s'ils sont particuliers au patient)

- › Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et rétention hydrosodée.

Le médecin avisera de ce risque le patient âgé ou ayant des antécédents cardiaques.

Importants (graves et déterminants dans la décision)

- › Risque de décès et de paralysie dans le cadre d'une endartériectomie⁷⁶.

Le concept de la « personne raisonnable » peut guider le médecin dans la sélection des informations à divulguer⁷⁷. Cette norme renvoie à ce qu'une personne raisonnable, placée dans la même situation, s'attendrait à savoir avant de donner son consentement. Elle ne réfère pas à un concept objectif, abstrait, de personne raisonnable, mais à celui, modifié, d'une « personne raisonnable placée dans la situation du patient⁷⁸ », c'est-à-dire qui partage les caractéristiques du patient : âge, sexe, conditions de vie, etc.

Face à l'abondance d'informations à transmettre, le médecin peut utiliser des aides pour faciliter la compréhension du patient : brochures d'information, dépliants, prospectus, vidéo, etc. Ce matériel ne peut aucunement remplacer la discussion entre le médecin et le patient. Il doit servir à soutenir leur

discussion. Ces outils peuvent être remis au patient en vue d'une nouvelle rencontre pendant laquelle le médecin pourra donner des explications additionnelles en fonction des questions du patient, au regard des risques en particulier.

Enfin, pour qu'un consentement soit véritablement éclairé, il faut que le patient démontre qu'il a compris les explications qui lui ont été communiquées. Un simple acquiescement de sa part n'est pas garant de sa compréhension. Il est ainsi attendu non pas que le médecin s'assure que le patient a tout compris, ce qui serait une exigence impossible à satisfaire, mais qu'il prenne des mesures raisonnables pour vérifier ce qu'il a compris. Cette étape, nécessaire en tout temps, est particulièrement pertinente si l'on tient compte des barrières à la communication.

À la suite des échanges, le patient peut donner son autorisation aux soins proposés ou les refuser. Il peut arriver que le refus du patient donne lieu à une demande pour un soin différent. Si le médecin n'est pas d'accord avec cette demande, il doit évaluer cette nouvelle option de façon objective. Il expliquera qu'elle n'est pas requise ou appropriée et en donnera les raisons. Le plus souvent, le patient connaît mal les risques que le soin demandé comporte.

Qui doit transmettre l'information nécessaire à l'obtention du consentement éclairé à un test diagnostique, à un soin médical ou à un acte chirurgical ? Un certain consensus veut qu'elle soit transmise par le médecin qui procédera à l'intervention. Le médecin qui adresse un patient à un confrère pour une intervention diagnostique ou thérapeutique, arthroscopie ou chirurgie par exemple, peut donner des indications générales sur l'intervention envisagée. Cependant, l'obtention du consentement éclairé revient à celui qui procédera à l'intervention.

76 Cas *Reibl c. Hugues* [1980] 2 RCS 880 : Patient de 44 ans qui subit une endartériectomie. Il se retrouve victime d'un accident vasculaire cérébral qui le laisse paralysé du côté droit et invalide à la veille de sa retraite, alors qu'il reste un an et demi avant qu'il puisse toucher sa pleine pension. « En l'espèce, une personne raisonnable placée dans la situation du demandeur aurait, suivant la prépondérance des probabilités, choisi de ne pas subir l'opération à ce moment particulier [de sa vie]. »

77 Le jugement de la Cour suprême *Reibl c. Hughes* 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 ».

78 Jugement *Reibl c. Hughes* [1980] 2 RCS 880 – 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, paragraphes 144-146.

Dans le cas particulier de la formation d'un apprenant, qu'il s'agisse d'un étudiant en médecine, d'un résident ou d'un moniteur, après s'être dûment présenté, avoir nommé son superviseur et informé le patient de son rôle et de son niveau de formation, l'apprenant doit obtenir du patient son consentement libre et éclairé à recevoir des soins par lui-même et sous supervision⁷⁹. Le patient a le droit de refuser d'être soigné par un apprenant, et ce droit doit être respecté⁸⁰. De plus, avant d'entreprendre seul un examen, une investigation, une procédure ou un traitement, l'apprenant doit obtenir le consentement libre et éclairé du patient à ce soin particulier.

En dernier lieu, il est bon de rappeler que le consentement est spécifique au soin ayant fait l'objet du processus décisionnel. Le consentement donné par le patient n'autorise pas d'autres actes, à moins d'une situation d'urgence.

2.3.4 CONSENTEMENT ÉCRIT

Le *Code civil du Québec* exige que le consentement aux soins non requis par l'état de santé soit donné par écrit⁸¹. Quant au consentement aux soins requis par l'état de santé, l'article 11, alinéa 1 du *Code civil du Québec*⁸² prévoit qu'il n'est assujéti à aucune forme particulière et qu'il peut être révoqué par tout moyen. Cependant, dans le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'exigence d'un consentement écrit a été étendue, en raison des risques de préjudices qui leur sont associés, à certaines interventions telles que la chirurgie, l'anesthésie ou la prise de l'image du patient⁸³. La *Loi concernant les soins de fin de vie* impose également un consentement écrit au moyen d'un formulaire prescrit par le ministre, tant pour le consentement à la sédation palliative continue (art. 24) que pour la demande d'aide médicale à mourir (art. 26, al. 2).

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. La signature témoigne qu'un accord est survenu entre le patient et le médecin; elle n'atteste pas sa validité. Le contenu du formulaire ne permet pas de juger ni des qualités du consentement donné ni de la pertinence des échanges et des informations qui y ont conduit. C'est le dossier médical qui doit en faire foi.

L'article 52.1 du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements* mentionne que le document signé en vue d'une chirurgie ou de l'anesthésie «doit faire état de l'obtention par le bénéficiaire des informations appropriées, concernant notamment les risques ou les effets possibles». Le patient confirme ainsi avoir reçu les explications appropriées. Mais comment saurait-il que des informations pertinentes ont été oubliées, voire éludées?

Le médecin devrait inscrire au dossier, dans le meilleur délai après les échanges, une note résumant la nature des informations transmises, en particulier concernant les risques discutés (risques majeurs et risques mineurs d'importance pour le patient) ainsi que les questions du patient et les réponses données⁸⁴. Le médecin devrait également y donner son avis quant à la compréhension du patient. Enfin, une copie de la documentation utilisée devrait être versée au dossier. Cette dernière recommandation tient compte de l'évolution et des changements des pratiques au fil du temps. En cas de litige, le tribunal pourra tenir compte du matériel valide au moment des faits, en plus du témoignage du médecin.

79 Collège des médecins du Québec (2021). Dans le contexte particulier de la télémédecine, voir aussi la [fiche](#) du [dossier](#) produit par le Collège des médecins et accessible dans son site Web.

80 *Ibid.*

81 *Code civil du Québec*, art. 24, al. 1: «Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, à l'aliénation d'une partie du corps ou à une recherche susceptible de porter atteinte à l'intégrité doit être donné par écrit.»

82 *Ibid.*, art. 11, al. 1: «Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.»

83 *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, art. 52.1, en ce qui concerne la chirurgie et l'anesthésie; art. 53, al. 22, pour la prise de photographies, films et enregistrements.

84 ACPM (2016: note 12).

2.3.5 CONSENTEMENT EXPLICITE OU IMPLICITE

Le consentement est explicite si, par définition, il est «suffisamment clair et précis dans l'énoncé, qui ne peut laisser de doute⁸⁵». Un 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 organique⁸⁶». Hormis les obligations précisées par la loi, un consentement verbal explicite, c'est-à-dire clairement énoncé, est suffisant dans la plupart des cas. Cependant, en cas de doute, il est recommandé d'inscrire des notes complètes au dossier, voire d'obtenir un consentement écrit.

Le consentement implicite, c'est-à-dire «qui est virtuellement contenu dans une proposition, un fait, sans être formellement exprimé⁸⁷» est l'expression du consentement la plus fréquente dans la pratique eu égard au nombre d'actions entreprises lors de la rencontre médicale. C'est lorsque le patient raconte son histoire, se laisse examiner, tend le bras pour le prélèvement, prend l'ordonnance sans mot dire ni hochement de tête. Cependant, en tenant compte de leur connotation, des malaises qu'ils suscitent, voire des litiges occasionnés, certains actes faisant partie intégrante de la démarche clinique pour le médecin, par exemple l'examen gynécologique ou le toucher rectal, commandent des précautions. Le médecin informera clairement la personne qu'il procédera à cet examen 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 non plus toujours suffisant⁸⁸.

Par prudence, même en cas de consentement implicite, une note médicale devrait être inscrite au dossier, après que le médecin se sera assuré de la compréhension par le patient des soins prodigués et du caractère libre et éclairé de sa décision.

2.3.6 PROCESSUS CONTINU, RETRAIT OU RÉVOCATION DU CONSENTEMENT

Le consentement aux soins est le point d'orgue du processus dialogique entre le patient et le médecin. La discussion doit cependant toujours demeurer ouverte. Le patient peut en effet retirer son consentement en tout temps, sur simple avis verbal⁸⁹. Par conséquent, il peut être nécessaire de confirmer régulièrement l'accord du patient à poursuivre un soin, par exemple lors d'une procédure invasive où le patient manifeste un inconfort significatif, voire de la douleur. La même précaution devrait être prise dans les traitements au long cours lorsque peuvent survenir des changements qui remettent en cause le consentement initial ou encore lorsque l'observance du patient paraît aléatoire. Par exemple, le consentement d'un patient soumis à des transfusions itératives alors que la maladie évolue défavorablement devrait être révisé. La dynamique du dialogue avec échange et partage d'informations ainsi que la délibération conjointe demeurent fondamentales dans toute situation de divergence d'opinions concernant le soin, et ce, afin que l'option la plus appropriée soit dégagée.

2.4 EXCEPTIONS À L'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SOINS

La loi et les normes de pratique professionnelle qui en découlent prévoient des exceptions à l'obtention du consentement dans des situations précises. Les plus fréquentes d'entre elles sont présentées ici⁹⁰.

85 Le Petit Robert (2023).

86 ACPM (2021).

87 Le Petit Robert (2023).

88 Voir *J.M. c. Hôpital Jean-Talon*, 2018 QCCA 378, paragraphe 60: «Seule une personne apte peut donner un tel consentement et l'on ne saurait mécaniquement déduire cette aptitude de l'absence d'opposition ou d'un acquiescement apparent, alors que les capacités de l'individu peuvent être affectées par le trouble psychiatrique créateur du danger qui justifie la garde préventive.»

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

90 Par ailleurs, le *Code criminel*, notamment, prévoit des prélèvements et examens de sang, des traitements imposés ainsi que la garde en établissement dans d'autres circonstances.

2.4.1 PRISE DE DÉCISION EN SITUATION D'URGENCE

Un processus décisionnel bien mené impose certaines conditions. Il exige notamment du temps pour transmettre les informations pertinentes, répondre aux questions et s'assurer de la bonne compréhension de ces éléments par le patient ou son substitut. En situation d'urgence, c'est-à-dire « lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée⁹¹ », le facteur « temps » est déterminant dans le déroulement des interventions. Le processus décisionnel concerté habituel avec le patient ou même avec son substitut peut s'avérer impossible dans ces circonstances, de même que l'obtention d'un consentement « en temps utile⁹² ». Le médecin doit alors agir sans attendre et prodiguer les soins requis pour maîtriser la situation précaire du patient afin d'assurer sa survie ou de lui éviter des séquelles⁹³. Le cas échéant, dès que la situation est stabilisée et que les soins requis sont moins urgents, le médecin doit rétablir les modalités du processus décisionnel habituel pour déterminer la poursuite des soins et obtenir le consentement du patient, s'il est redevenu apte à consentir à ses soins, ou bien du substitut si l'inaptitude demeure⁹⁴.

D'un point de vue moral, ce devoir d'agir pour sauver la vie du patient ou lui éviter de vivre avec les séquelles d'une intervention trop tardive repose sur les principes de bienfaisance et de non-malfaisance, ainsi que sur celui de solidarité.

Ne pas agir relèverait de la négligence. La loi le confirme : la *Charte des droits et libertés de la personne* garantit le droit au secours à tout être humain dont la vie est en péril⁹⁵ et le *Code de déontologie des médecins* exige de ceux-ci qu'ils agissent en situation d'urgence⁹⁶. Le *Code civil du Québec* et le

Code de déontologie des médecins précisent enfin que le consentement aux soins n'est pas toujours requis en cas d'urgence⁹⁷.

L'article 13, alinéa 2, du *Code civil du Québec* prévoit que le consentement aux soins en cas d'urgence est « toutefois nécessaire lorsque les soins sont inusités ou devenus inutiles, ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne ».

Situation d'urgence particulière - Le geste suicidaire

Une tentative de suicide ne doit pas être systématiquement interprétée comme l'expression d'un refus de soins, qu'il s'agisse de soins d'urgence ou autres. Dans un contexte d'urgence, alors que la survie et, plus globalement, la santé d'un patient sont menacées à court terme, la possibilité qu'un geste suicidaire soit responsable de son état ne devrait pas lui interdire l'accès aux traitements et autres interventions appropriés ou bien constituer un facteur déterminant dans l'établissement du niveau de soins médicaux à lui prodiguer, à moins que le médecin ne dispose de preuves irréfutables que ces interventions vont à l'encontre de ses intérêts et volontés (telles qu'une ordonnance de non-réanimation⁹⁸ ou des directives médicales anticipées au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie*⁹⁹. Notons que ces dernières étant révoquables ou contestables en certaines circonstances, elles devraient être appliquées avec prudence en situation d'urgence). Dans les suites de l'intervention effectuée en urgence pour sauver la vie du patient, une fois son état stabilisé, le processus décisionnel habituel peut et doit être mené dans le respect des responsabilités de chacun¹⁰⁰.

91 *Code civil du Québec*, art. 13. Il est à noter que l'ACPM inclut les souffrances intenses du patient en termes d'urgence. « Pour que le médecin puisse déclarer qu'une situation donnée constituait une urgence où le consentement n'était pas nécessaire, il doit démontrer que le patient éprouvait des souffrances intenses ou qu'une menace imminente pesait sur la vie ou la santé du patient. » ACPM (2016). Les souffrances intenses se conçoivent comme une menace à l'intégrité.

92 *Ibid.*, art. 13.

93 Seules des consignes claires et précises inscrites au dossier et indiquant un refus de ces soins peuvent amener le médecin à agir autrement. De même, les interventions seront cessées si le substitut est joint et demande un arrêt des traitements en accord avec les volontés du patient ou si les directives médicales anticipées (DMA) valides du patient sont récupérées et s'avèrent en contradiction avec ces soins. Sur les directives médicales anticipées, voir section 3.3.

94 Voir : *Cuthbertson c. Rasouli*, 2013 CSC 53, [2013] 3 RCS 341, et au Québec, pour exemples : *Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. M.B.*, 2014 QCCS 2866 et *Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. W.L.*, 2014 QCCS 1864.

95 *Charte des droits et libertés de la personne*, art. 2.

96 *Code de déontologie des médecins*, art. 38.

97 *Code civil du Québec*, art. 13 ; *Code de déontologie des médecins*, art. 28.

98 Sur l'ordonnance de non-réanimation, voir section 3.5.

99 Sur les directives médicales anticipées, voir section 3.3.

100 Collège des médecins du Québec (2016).

Situation d'urgence particulière - La transfusion sanguine et les Témoins de Jéhovah

Patient majeur et apte

En tout respect de l'article 11 du *Code civil du Québec* et de l'article 5 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*, la jurisprudence a établi que, même en situation d'urgence, le médecin doit respecter le refus de transfusion des patients Témoins de Jéhovah, et ce, même au risque de leur vie. Y compris en situation d'inaptitude (état d'inconscience le plus souvent), le médecin doit respecter ce refus s'il détient les preuves que le patient aurait refusé la transfusion (carte contresignée par deux témoins et renouvelée annuellement, ou consignation de l'expression du refus au dossier médical), et si le refus est corroboré par le tiers répondant¹⁰¹. Il est à noter que, malgré tout, la question continue à susciter beaucoup de débats.

Patient mineur de 14 ans et plus

Si un mineur de 14 ans et plus Témoin de Jéhovah refuse la transfusion sanguine sur la base de ses croyances religieuses, le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur ne suffit pas à infirmer sa décision, et l'autorisation du tribunal est requise pour procéder à la transfusion (art. 16 et 23 du *Code civil du Québec*).

En situation d'urgence cependant, lorsque la vie du mineur est en danger ou son intégrité menacée, le médecin pourra procéder à la transfusion malgré le refus du mineur, avec le seul consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur. En cas de refus injustifié de ce dernier ou si son consentement ne peut pas être obtenu en temps utile, le médecin pourra procéder à la transfusion (art. 13 du *Code civil du Québec*). Dans la jurisprudence québécoise en matière de transfusion chez les mineurs de 14 ans et plus Témoins de Jéhovah, la protection de la vie l'emporte sur les convictions religieuses du mineur¹⁰².

Patient mineur de moins de 14 ans

Le refus des transfusions par les parents est limité par l'intérêt de l'enfant (art. 12 et 33 du *Code civil du Québec*)¹⁰³; le médecin doit alors s'adresser au tribunal pour obtenir l'autorisation du traitement.

En situation d'urgence, le médecin peut procéder à la transfusion sans le consentement des parents (art. 16 du *Code civil du Québec*). La jurisprudence tient compte de l'intérêt de l'enfant ainsi que du rapport bienfaits/risques de la transfusion. La croyance des parents ne peut pas compromettre la vie et la sécurité de l'enfant¹⁰⁴.

101 Voir Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016 : paragraphes 249 à 251).

102 «Le mineur de 14 ans et plus, à la différence du majeur apte, doit agir dans son intérêt et sa décision peut être infirmée par la Cour supérieure ou par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur lorsque sa vie est en danger ou son intégrité menacée.», dans Barreau du Québec (2010 : p. 106).

103 «Dans les décisions à prendre au nom de l'incapable, le critère du meilleur intérêt constitue une limite à la discrétion du tiers, une sauvegarde de ses intérêts et une protection de ses droits.», dans Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016 : paragraphe 252).

104 *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, [1995] 1 R.C.S. 315 : «[L]e droit des parents à la liberté de religion, assurée par la Charte des droits et libertés, n'inclut pas un droit des parents de dénier à leur enfant des traitements médicaux jugés nécessaires par la profession médicale.» La jurisprudence canadienne a tenu compte de la notion de mineur mature dans ses jugements, ce qui n'est pas le cas de la jurisprudence québécoise puisqu'au Québec le législateur a retenu un critère basé sur l'âge et non sur la maturité.

2.4.2 MALADIES À TRAITEMENT OBLIGATOIRE

Dans le contexte des maladies à traitement obligatoire (MATO), le patient « doit obligatoirement se soumettre aux traitements médicaux requis pour éviter toute contagion¹⁰⁵ ». Une fois le diagnostic posé, le médecin ne propose pas un soin : il communique au patient le traitement qu'il doit prendre. Par ailleurs, cette obligation ne limite aucunement les principes d'un dialogue approprié faisant valoir les rôles et les responsabilités de chacun. En cas de refus du patient, le médecin doit enclencher les démarches appropriées selon les règles de la [Loi sur la santé publique](#).

La *Loi sur la santé publique* traite de l'organisation de la santé publique, des programmes national et régionaux de santé publique, des responsabilités du ministre et des directeurs de santé publique en matière de promotion, de prévention et de protection de la santé publique ainsi que des devoirs et des pouvoirs d'enquête et d'intervention qui leur sont confiés.

Les MATO¹⁰⁶ et les mesures de prophylaxie obligatoires¹⁰⁷ sont abordées au chapitre IX de la *Loi*. Il y est fait mention que « le ministre peut dresser, par règlement, une liste des maladies ou d'infections contagieuses pour lesquelles toute personne qui en est atteinte doit obligatoirement se soumettre aux traitements médicaux requis pour éviter toute contagion¹⁰⁸ ». En vertu de la loi, tout médecin qui constate qu'une personne souffre d'une infection inscrite sur la liste doit prendre les mesures pour assurer les soins requis par son état. Si la personne refuse ou néglige de se faire traiter, le médecin doit aviser dans les plus brefs délais le directeur de santé publique de son territoire¹⁰⁹. Celui-ci doit alors faire enquête, et si la personne « refuse de se faire examiner ou de se soumettre au traitement approprié, il peut demander à la cour une ordonnance enjoignant à cette personne de le faire¹¹⁰ ».

La liste des MATO se trouve dans le [Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique](#). Présentement, seule la tuberculose est une maladie à traitement obligatoire¹¹¹, mais il serait possible d'ajouter toute autre maladie à la liste, notamment en cas d'épidémie.

Le *Règlement* comporte également la liste, plus substantielle, des intoxications, des infections et des maladies à déclaration obligatoire (MADO) ainsi que les règles de déclaration (chapitre I). La déclaration des MADO aux autorités de santé publique ne requiert pas le consentement des patients : le médecin a l'obligation légale de déclarer ces maladies.

Par ailleurs, la *Loi sur la santé publique* donne certains pouvoirs au directeur de santé publique : pouvoirs d'enquête¹¹², qui lui permettent d'obtenir de l'information ou même des prélèvements cliniques, au besoin, par ordonnance de la cour ; et pouvoirs d'intervention¹¹³, s'il juge que la santé de la population est menacée. Le directeur de santé publique peut, notamment, ordonner qu'une personne soit placée en isolement jusqu'à un maximum de 72 heures ou « ordonner toute autre mesure qu'il estime nécessaire pour empêcher que ne s'aggrave une menace à la santé de la population, en diminuer les effets ou l'éliminer ».

Ces pouvoirs importants expliquent en partie le fait que la liste des maladies à traitement obligatoire soit courte. Ils offrent toutefois assez de souplesse au directeur de santé publique et permettent d'individualiser et de circonscrire ces interventions d'exception aux seules situations qui l'exigent.

105 *Loi sur la santé publique*, art. 83.

106 *Ibid.*, art. 83 à 88.

107 *Ibid.*, art. 89 à 91.

108 *Ibid.*, art. 83.

109 *Ibid.*, art. 84 et 86.

110 *Ibid.*, art. 87.

111 *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique*, art. 9.

112 *Loi sur la santé publique*, art. 100.

113 *Ibid.*, art. 106.

2.4.3 EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET GARDE EN ÉTABLISSEMENT

La dangerosité d'une personne pour elle-même ou pour autrui constitue une exception au consentement à l'examen psychiatrique et à la garde en établissement balisée par la [Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui](#), lorsque la démarche décisionnelle bien menée a échoué ou que celle-ci s'avère impossible en raison même de l'état du patient.

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* complète les dispositions du *Code civil du Québec*¹¹⁴ quant à l'examen psychiatrique et la garde en établissement. Toutes ces dispositions législatives visent à assurer la protection de tous, notamment en permettant l'évaluation psychiatrique ou la garde en établissement contre le gré de la personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental. La *Loi* prévoit trois types de garde en établissement: préventive, provisoire et autorisée par un tribunal. S'agissant de mesures privatives de liberté et permettant une exception au principe de l'inviolabilité de la personne, elles doivent être appliquées de façon stricte et prudente¹¹⁵. Seule la garde préventive, mesure d'urgence motivée par le caractère grave et imminent du danger, peut avoir lieu en l'absence du consentement de la personne ou de son substitut, ou de l'autorisation du tribunal. Les personnes gardées en établissement sans y consentir doivent être informées de leur droit de refus.

De même, l'autorisation de la garde en établissement n'autorise ni une évaluation psychiatrique ni un traitement contre le gré de la personne. En cas de refus, une ordonnance du tribunal sera nécessaire pour soumettre la personne à un traitement.

Le recours à cette *Loi* entraîne certes une limitation du droit à la liberté, mais elle doit s'appliquer dans le respect de tous les autres droits fondamentaux de la personne. Les tableaux présentés à l'annexe I¹¹⁶ récapitulent les exigences légales en la matière, tout en apportant des précisions supplémentaires.

114 *Code civil du Québec*, art. 26 et 27.

115 Voir: *J.M. c. Hôpital Jean-Talon*, 2018 QCCA 378.

116 Voir annexe I: Tableaux récapitulatifs – *Code civil du Québec*.

117 *Code civil du Québec*, art. 12; *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 5.

118 *Code civil du Québec*, art. 16.

2.5 REFUS DE SOINS

Le refus de soins est au cœur des règles du *Code civil du Québec* portant sur les soins. Qui peut consentir peut conséquemment refuser. L'article 5 de la *Loi concernant les soins de fin de vie* est explicite à cet égard: «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 soin.»

Le substitut habilité à consentir pour la personne inapte doit, quant à lui, refuser un soin qui n'est pas dans l'intérêt de celle-ci¹¹⁷. Il ne peut pas, en revanche, refuser un soin quelles qu'en soient les conséquences comme pourrait le faire une personne apte pour elle-même. En cas de refus de soin injustifié de la part du substitut de la personne inapte à consentir au soin, le recours au tribunal s'impose¹¹⁸.

La personne peut refuser un soin parce que d'autres options pertinentes existent. Même si le médecin considère que le soin qu'il offre est optimal, son rôle est alors de réviser avec le patient ou son substitut les options possibles et raisonnables pour déterminer le soin le plus approprié.

Le médecin peut également faire face à un refus ayant de lourdes conséquences. Ainsi en est-il du refus d'un soin, voire de tout soin, dont la non-initiation ou la cessation peut entraîner la détérioration de l'état de la personne et même précipiter son décès. Devant ce refus, le malaise du médecin est compréhensible, surtout lorsque le soin semble avoir plus d'avantages que d'inconvénients. Cependant, il ne peut ni conclure à l'inaptitude de la personne à consentir au soin en raison de son seul refus¹¹⁹ ni intervenir en outrepassant ce refus. Il est à noter que le droit de refuser peut s'exercer tout autant à l'égard de soins ou de traitements extraordinaires ou artificiels (ex. : respirateur) qu'à l'égard de soins ordinaires ou pour le maintien de la vie (ex. : alimentation, hydratation¹²⁰) ; juridiquement, il n'y a pas lieu de les distinguer¹²¹. Le droit d'un majeur apte à refuser et à faire cesser ou interrompre tout traitement, quelles qu'en soient les raisons ou les conséquences, incluant la mort probable, est reconnu non seulement au Québec, mais dans presque toutes les juridictions ayant des systèmes juridiques comparables, tant en droit civil qu'en *common law*¹²².

Face à un refus, le médecin a un triple rôle à jouer. D'abord, il doit reprendre les informations et les explications pour bien faire valoir la pertinence du soin qu'il propose¹²³. De plus, il doit s'assurer que le refus est donné par une personne apte, et qu'il est libre et éclairé. En cas de doute¹²⁴, le médecin peut consulter un collègue ou un psychiatre. L'évaluation de l'aptitude à refuser un soin repose sur les mêmes composantes que l'évaluation de l'aptitude à consentir¹²⁵. Il est pertinent de croire que le médecin accordera une attention spéciale aux habiletés de raisonnement et de délibération de la personne¹²⁶. Enfin, si la personne est apte et maintient son refus,

le médecin doit relancer le processus de décision avec cette nouvelle donnée (le refus du soin) pour déterminer quels soins correspondent le mieux à ses objectifs de vie, en fonction de ses valeurs et de ses croyances¹²⁷. Ces diverses démarches doivent être exemptes de toute forme de pression qui inciterait la personne à consentir au soin contre son gré.

Au Québec, depuis l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* (LCSFV) qui instaure le régime des 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 de ses fonctions cognitives. Le médecin serait alors contraint de respecter ces DMA¹²⁸.

En dernier lieu, rappelons que respecter le refus d'un soin ne peut être assimilé à un acte d'euthanasie. Le 4^e alinéa de l'article 5 de la LCSFV énonce clairement : «Le médecin doit s'assurer du caractère libre de la décision [du refus de traitement] et donner à la personne toute l'information lui permettant de prendre une décision éclairée, notamment en l'informant des autres possibilités thérapeutiques envisageables, dont les soins palliatifs.» Et l'article 6 de préciser : «Une personne ne peut se voir refuser des soins de fin de vie au motif qu'elle a préalablement refusé de recevoir un soin ou qu'elle a retiré son consentement à un soin.»

119 Dans *Deciding for others*, Buchanan et Brock (1989 : p. 58) précisent : «... the competence evaluation [...] should address the process of understanding and reasoning of the patient, not the content of his decision.» (Souligné par les auteurs dans le texte).

120 Pour référence, voir notamment : *Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil*, [1992] RJQ 712.

121 Barreau du Québec (2010).

122 *Ibid.*

123 Buchanan et Brock (1989 : p. 58) mentionnent : «[...] some studies suggest that most treatments refusals are withdrawn once a more adequate explanation of the reasons for the recommendation is provided [...]».

124 Le doute doit être raisonnable, c'est-à-dire basé sur d'autres motifs que le seul refus du soin.

125 Sur l'aptitude à consentir aux soins, voir section 2.3.

126 «The more serious the expected harm to the patient from acting on a choice, the higher should be the standard of decision-making capacity» dans Buchanan et Brock (1989 : p. 85).

127 Lire Arsenault (2011 : p. 3136).

128 Voir la section 3.3 consacrée aux directives médicales anticipées.

3. L'EXPRESSION ANTICIPÉE DES VOLONTÉS ET LA PLANIFICATION DES SOINS

Plusieurs instruments ont été mis au point pour favoriser le processus décisionnel et le partage des responsabilités entre une personne, ses proches et les soignants, et pour faire en sorte qu'une personne puisse autant que possible conserver son pouvoir décisionnel, même si elle devient inapte.

En 1991, le *Code civil du Québec* sanctionnait les droits du patient apte en matière de soins de consentir ou de refuser tout soin proposé. Il étendait également le principe d'autodétermination en reconnaissant au patient apte la possibilité d'accepter ou de refuser des soins de façon anticipée en prévision de son inaptitude à consentir aux soins. Ces volontés de recevoir ou non des soins, exprimées verbalement ou par écrit, doivent servir de guide à la personne autorisée à donner un consentement substitué¹²⁹. La rédaction d'un document témoignant de ces volontés peut s'avérer complexe. Il ne s'agit pas d'une simple formalité pour exprimer ses souhaits de fin de vie; ce document renvoie à des décisions graves et souvent définitives nécessitant une réflexion responsable. Bien que non obligatoire, la discussion avec le médecin traitant devrait être favorisée pour aider la personne à prendre des décisions adaptées à son état de santé et à son contexte de vie.

En 2014, la *Loi concernant les soins de fin de vie* est venue affermir le droit à l'autonomie décisionnelle et à l'autodétermination. Ainsi, l'article 12 du *Code civil du Québec* requiert dorénavant que le consentement substitué respecte, dans la mesure du possible (2014), plutôt que tienne compte (1991), des volontés de la personne. De plus, la *Loi concernant les soins de fin de vie* a créé un régime de directives médicales anticipées (DMA) qui possèdent un caractère contraignant. Ainsi, au Québec, plusieurs outils permettent aux personnes d'exprimer leurs volontés de façon anticipée: le testament biologique ou de fin de vie, le mandat de protection et les directives médicales anticipées, au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Il est à noter qu'ils n'ont pas tous la même portée légale et qu'ils peuvent se compléter mutuellement à plusieurs égards. Leurs spécificités sont décrites ci-après. La carte de refus de transfusions des Témoins de Jéhovah ainsi que la carte de don d'organes et de tissus entrent aussi dans la catégorie des outils d'expression anticipée des volontés.

129 *Code civil du Québec*, art. 12.

3.1 TESTAMENT BIOLOGIQUE OU TESTAMENT DE FIN DE VIE

Le testament biologique, ou testament de fin de vie (*living will*), a été l'un des premiers outils d'expression anticipée des volontés visant le respect du droit de la personne de disposer d'elle-même et la prise en compte de ses intérêts en matière de santé si elle devenait inapte à décider pour elle-même. Les premiers documents étaient surtout centrés sur les directives visant à refuser tout acharnement thérapeutique en fin de vie. Durant les dernières années, les documents ont été modifiés pour inclure l'option d'effectuer des traitements ou des soins particuliers.

Le testament de fin de vie, quelle qu'en soit la forme, n'est pas prévu par la loi. Il n'a donc qu'une valeur indicative quant aux volontés de la personne¹³⁰. Il n'y a pas non plus d'exigences précises quant à son contenu ou à sa forme; il peut en effet s'agir d'une simple feuille de papier signée devant témoins ou non, mentionnant simplement le refus de tout acharnement thérapeutique, ou encore d'un acte notarié en bonne et due forme, d'un document de plusieurs pages énumérant de nombreux soins ou d'une vidéo. La personne qui rédige un testament de fin de vie est présumée apte.

La plupart des testaments de fin de vie portent sur les soins médicaux dans leur ensemble, mais peuvent s'y ajouter les désirs de la personne quant à d'autres soins: soins spirituels, soins personnels, arrangements funéraires, etc. Ils incluent également l'identification d'un porte-parole chargé de faire respecter ses volontés si elle devient inapte (à ne pas confondre avec le représentant légal tel que le mandataire dans le cadre du mandat de protection homologué, ou le tuteur au majeur).

Le testament de fin de vie peut être remis au personnel soignant et être inclus au dossier médical. Lorsque l'inaptitude de la personne survient et qu'une décision de soin s'impose, la personne habilitée à donner le consentement substitué pourra utiliser les informations contenues dans le document lors des discussions concernant les soins.

Cependant, les volontés exprimées dans un testament de fin de vie n'ont pas de force contraignante. Le consentement au soin, ou son refus, doit être donné, en accord avec l'article 12 du *Code civil du Québec*, dans l'intérêt de la personne et respecter «dans la mesure du possible» ses volontés. Considérer l'intérêt de la personne signifie procéder à l'évaluation de son état, de sa situation présente et future en lien avec les bénéfices et les risques escomptés des options de soins possibles¹³¹.

Par ailleurs, malgré la valeur morale qu'on peut accorder à un tel document, son contenu ne peut être entériné sans examen. Sa validité peut être remise en question. La personne était-elle bien apte au moment de rédiger le document? Ses choix étaient-ils vraiment libres et éclairés? En outre, dans certains documents, la formulation des volontés de la personne peut être imprécise. Par exemple, que veut dire «Je refuse les antibiotiques»? En toutes circonstances? Les antibiotiques intraveineux seulement? Enfin, une certaine terminologie est peu propice aux décisions. Ainsi, la phrase souvent utilisée: «Je refuse tout acharnement thérapeutique» peut être interprétée de diverses façons.

3.2 MANDAT DE PROTECTION

Le mandat de protection constitue une autre modalité de l'expression anticipée des volontés de la personne. C'est un document écrit dans lequel un individu majeur apte, appelé «mandant», désigne une ou plusieurs personnes, nommées «mandataires», pour prendre soin de sa personne et/ou administrer ses biens, advenant son incapacité à le faire, de façon temporaire ou permanente¹³². Il doit respecter les dispositions du *Code civil du Québec* s'appliquant au mandat en général¹³³ et au mandat donné en prévision de l'inaptitude en particulier¹³⁴. Comme il s'agit d'un mandat, son contenu est laissé à l'entière discrétion de son auteur. Pour être exécutoire, ledit mandat doit toutefois être

130 Voir l'interprétation de diverses instances sur le sujet: Boulet (2012: p. 181-222; section 2.4, Les directives préalables et leur place dans notre droit, p. 214-217).

131 *Code civil du Québec*, art. 12, al. 2. Sur la notion d'intérêt de la personne, lire: Boulet (2012: p. 208-211), en particulier section 2.2.2, La recherche de l'intérêt.

132 Pour de plus amples informations sur le mandat de protection, consulter [Mandat de protection | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#) ou encore [Prévoir votre inaptitude grâce au mandat de protection | Éducaloi \(educaloi.qc.ca\)](#).

133 *Code civil du Québec*, art. 2130 à 2185.

134 *Ibid.*, art. 2166 à 2185.

accepté par le mandataire (art. 2130 du *Code civil du Québec*). En cas de refus, une tutelle peut être établie lorsque l'inaptitude du mandant est démontrée.

Dans son mandat, pour sa protection et son bien-être, le mandant peut inscrire ses volontés concernant tous les soins médicaux, y compris les soins de fin de vie, qui pourraient lui être proposés ou non. Toute latitude lui est laissée pour la rédaction de ses volontés. De même, les clauses relatives à l'administration de ses biens peuvent être rédigées en termes très généraux ou encore de façon très détaillée, et contenir une liste d'actes d'administration spécifiques.

Le mandat peut être établi devant témoins ou bien par acte notarié. Il est alors versé au registre des mandats de protection.

Le ou les mandataires ne peuvent exercer leurs rôles qu'après la survenance de l'inaptitude du mandant et l'homologation du mandat par le tribunal¹³⁵.

Les frais du processus d'homologation du mandat sont à la charge du mandant¹³⁶.

Advenant l'inaptitude du mandant, les décisions de soins sont prises par le mandataire désigné à la protection de la personne. Le mandataire qui doit consentir ou refuser un soin proposé pour la personne inapte est soumis à l'article 12 du *Code civil du Québec*.

Sa première obligation est d'agir dans le seul intérêt de la personne inapte. Il « 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 qu'on en espère¹³⁷. »

Pour décider du soin le plus approprié, le mandataire doit respecter, « dans la mesure du possible¹³⁸ », les volontés exprimées par la personne : non seulement celles qu'elle aurait inscrites dans son mandat, mais aussi ses volontés consignées dans d'autres documents (testament de fin de vie, par exemple) ou même émises verbalement. Si, comme il arrive bien souvent, les volontés exprimées sont trop vagues (« Je refuse l'acharnement thérapeutique ») ou ne peuvent être mises à exécution (« Je veux demeurer chez ma fille jusqu'à la fin de ma vie », mais cette dernière décède dans un accident), le mandataire peut ne pas pouvoir les respecter.

Si le mandat est homologué et que les volontés sont exprimées de façon claire et précise, elles acquièrent une valeur quasi contraignante, c'est-à-dire que le mandataire ne peut en faire fi sans raison valable¹³⁹.

Lorsqu'il n'est pas homologué, ou si le mandataire refuse d'accepter la charge, le mandat a la même portée et la même valeur légale que le testament de fin de vie. Le tiers alors habilité à consentir pour la personne inapte (identifiée selon l'article 15 du *Code civil du Québec*) doit, en conformité avec l'article 12, respecter, dans la mesure du possible, les volontés que cette dernière a émises, *a fortiori* si elles sont inscrites de façon claire et précise. Refuser d'accorder quelque valeur que ce soit aux volontés exprimées dans un mandat non homologué irait à l'encontre de la reconnaissance de l'autodétermination de la personne, mise de l'avant par le législateur depuis 1991.

L'annexe III propose un exemple de mandat de protection¹⁴⁰.

135 *Ibid.*, art. 2166.

136 Voir [Mandat de protection | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#).

137 *Code civil du Québec*, art. 12, al. 2.

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

139 Lire Ménard (2002 : p. 129-151). En particulier, la rubrique 3 : Le respect des volontés du mandat.

140 Voir annexe III : Formulaire.

3.3 DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

Le concept général de « directives médicales anticipées » n'est pas nouveau. Plusieurs juridictions dans le monde reconnaissent des documents du même type que le testament de fin de vie, dans lesquels les personnes inscrivent leurs volontés et qui sont qualifiés de « directives médicales anticipées ».

Le législateur québécois a voulu reconnaître l'importance du principe d'autonomie et du droit à l'autodétermination de la personne en accordant aux directives médicales anticipées, au sens de la LCSFV (DMA)¹⁴¹, une portée légale contraignante. Ainsi, conformément à ce que prévoit le formulaire prescrit par le ministre, il est permis à une personne majeure et apte à consentir de faire connaître ses volontés concernant cinq soins médicaux spécifiques dans trois situations particulières clairement identifiées. Advenant son incapacité à les exprimer, ses volontés seront effectives.

Situations particulières et soins spécifiques prévus au formulaire *Directives médicales anticipées en cas d'incapacité à consentir à des soins*

Situations particulières

Fin de vie:

- condition médicale grave et incurable en fin de vie.

Atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives:

- état comateux jugé irréversible ou état végétatif permanent;
- démence grave, sans possibilité d'amélioration.

Soins spécifiques auxquels la personne peut consentir ou qu'elle peut refuser, si elle devient inapte à consentir à des soins, si elle se trouve dans l'une de ces situations et si ces soins deviennent médicalement appropriés:

- réanimation cardiorespiratoire;
 - ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique;
 - traitement de dialyse;
 - alimentation forcée ou artificielle;
 - hydratation forcée ou artificielle.
-

Les DMA doivent être émises « par acte notarié en minute ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministre¹⁴² ». À la demande de leur auteur, elles sont versées au registre des DMA¹⁴³, logé à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Lorsqu'elles sont remises à un professionnel de la santé, celui-ci doit s'assurer – avec leur auteur – qu'elles sont conformes à ses volontés et les verser au dossier¹⁴⁴. Elles sont actuellement disponibles dans le [Dossier santé Québec](#) (DSQ) et les intervenants autorisés¹⁴⁵ peuvent y accéder.

La personne majeure et apte est « présumé[e] avoir obtenu l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée » au moment de leur émission (et de la signature du formulaire des DMA)¹⁴⁶.

Le médecin qui constate l'incapacité d'une personne doit consulter le registre et, le cas échéant, verser les DMA au dossier¹⁴⁷. S'il « constate un changement significatif de l'état de santé d'une personne apte à consentir aux soins [il] doit, si des DMA ont été versées à son dossier, vérifier auprès d'elle si les volontés exprimées dans ces directives correspondent toujours à ses volontés¹⁴⁸. » Si, à l'occasion d'une consultation, le médecin perçoit une incohérence entre les DMA versées au dossier et les propos de la personne apte à consentir aux soins, par exemple si la personne demande une cessation de soins alors que les DMA indiquent un consentement à ces derniers, le médecin demandera à la personne de les révoquer ou de les modifier en remplissant un nouveau formulaire devant témoins ou devant notaire. En cas d'urgence, les DMA peuvent être révoquées verbalement par la personne, auquel cas le médecin doit le documenter au dossier.

¹⁴¹ Dans le texte, l'acronyme DMA réfère aux directives médicales anticipées au sens de la loi et l'expression « directives médicales anticipées » au concept général.

¹⁴² *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 52.

¹⁴³ *Ibid.*

¹⁴⁴ *Ibid.*, art. 55.

¹⁴⁵ « Seuls les intervenants de santé travaillant dans un contexte de soins palliatifs et détenant les autorisations appropriées peuvent consulter les DMA d'un usager », dans MSSS, [Document de formation - Dossier santé - Module 2 Visualiseur DSQ](#) (mai 2022).

¹⁴⁶ *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 59.

¹⁴⁷ *Ibid.*, art. 57.

¹⁴⁸ *Ibid.*, art. 56.

Aucun délai de validité des DMA ou obligation de révision n'est inscrit dans la loi. C'est à la personne, autonome, que revient la responsabilité de mettre à jour l'expression de ses volontés en fonction des changements émergeant de ses expériences de vie et de maladie.

Lorsque la personne devient inapte à consentir aux soins, et si les DMA s'appliquent, elles ont, à l'égard des professionnels de la santé ayant accès au registre ou au dossier médical, «la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir aux soins¹⁴⁹». Rappelons que le médecin doit respecter le désir du patient de ne pas poursuivre certains soins ou de refuser les soins proposés. Cependant, en aucun cas un médecin n'est tenu de prodiguer un soin qu'il considère inapproprié, même si le patient y consent dans des DMA.

Les DMA ne court-circuitent pas le processus décisionnel global. Seule l'étape du processus décisionnel conjoint est amputée, puisque les DMA peuvent être émises unilatéralement sans discussion avec le médecin.

Le médecin peut remettre en question la validité des DMA d'une personne, par exemple, si un proche lui fait part de comportements soulevant un doute sur l'aptitude de la personne au moment de la rédaction des DMA ou sur le caractère libre et éclairé de la décision. S'il a des «motifs raisonnables» de douter de la validité des DMA, le médecin peut demander au tribunal de les invalider. En effet, en cas de contestation, seul un tribunal peut invalider ou forcer le respect des volontés exprimées dans le formulaire des DMA¹⁵⁰.

Par ailleurs, en cas de refus catégorique d'une personne inapte à consentir aux soins de recevoir les soins requis par son état de santé, considérés médicalement appropriés par le médecin et auxquels elle a préalablement consenti dans des DMA, l'article 16 du *Code civil*, prescrivant l'autorisation du tribunal, s'applique¹⁵¹.

Le législateur a pris soin de préciser qu'une demande d'aide médicale à mourir ne peut être formulée au moyen de telles directives¹⁵², lesquelles, par ailleurs, ne se limitent pas aux soins de fin de vie.

Les DMA ont préséance sur les volontés exprimées dans un mandat de protection. Ainsi, le médecin qui considère médicalement approprié de prodiguer un soin inscrit dans le formulaire des DMA d'un patient inapte à consentir, même s'il doit en informer le tiers habilité, n'a pas à obtenir un consentement substitué de sa part.

En résumé, lorsqu'une personne devient inapte à consentir aux soins, se trouve en fin de vie ou présente une atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives, et lorsque l'un ou l'autre des soins spécifiques prévus dans le formulaire des DMA est médicalement approprié¹⁵³, alors ses DMA ont, à l'égard des professionnels de la santé, la même valeur que des volontés exprimées par une personne apte à consentir à ces soins, nonobstant la volonté exprimée par la personne elle-même dans d'autres documents tels que le testament de fin de vie, le mandat de protection ou le formulaire de niveaux de soins ou la volonté exprimée par le substitut.

Donner une portée légale aux «directives médicales anticipées» représente une avancée dans la reconnaissance des droits des patients à l'autodétermination, en particulier ceux des patients devenus inaptes.

Les DMA comportent cependant des défis en pratique. Entre autres, il arrive le plus souvent que la personne qui émet des DMA ne fasse pas face à ce moment-là à une situation médicale requérant des soins, et puisse même ne pas être dans un contexte de soins. Elle doit prendre la décision par anticipation et, selon la LCSFV, elle peut la prendre seule, sans consulter qui que ce soit. La responsabilité, habituellement partagée, de s'assurer que la personne est bel et bien apte à prendre une telle décision et qu'elle possède suffisamment d'informations pour le faire revient à la personne elle-même. Ainsi, la seule signature du formulaire des

149 *Ibid.*, art. 58.

150 *Ibid.*, art. 61.

151 *Ibid.*, art. 60.

152 *Ibid.*, art. 51.

153 *Code de déontologie des médecins*, art. 50 et 60.

DMA ne signifie pas que la personne a pris des décisions éclairées grâce à des informations pertinentes, ni qu'elle était apte au moment de signer le formulaire, ni qu'elle n'a pas subi de pression de son entourage.

Il est compréhensible, dans un tel contexte, et alors que les directives ainsi rédigées ont une valeur contraignante pour les soignants, que le formulaire réduise la portée des DMA à un nombre limité de situations cliniques pour lesquelles se pose la question de savoir si certains soins, bien que nécessaires à la vie, sont toujours appropriés.

Il faut donc apprécier à la fois les limites et les défis de cet instrument. Ainsi, bien que les DMA visent à prolonger l'autodétermination des personnes aptes, le cadre légal actuel en restreint grandement l'expression en limitant son champ d'application à des situations et à des soins prédéterminés.

Par conséquent, il s'avère nécessaire que d'autres modalités d'expression des volontés soient disponibles pour que l'ensemble des volontés de la personne soit connu et respecté. Les volontés anticipées, verbalement ou par écrit, concernent souvent l'abstention ou la cessation d'autres traitements non visés par les DMA. Pour que l'action médicale soit des plus avisées, il faut retrouver une cohérence dans les volontés exprimées par la personne, que ce soit dans son testament de fin de vie, dans son mandat de protection ou dans ses DMA, qui servent souvent de base aux discussions en vue de déterminer un niveau d'intervention médicale (NIM) et de décider de la réanimation cardiorespiratoire¹⁵⁴.

Quelle que soit la forme de l'expression anticipée des volontés de la personne (mandat de protection, DMA, testament de fin de vie ou tout autre outil), le respect de son autodétermination n'exclut aucunement le rôle du médecin ni la prise de décision partagée, au contraire. Le médecin est à même de fournir les informations médicales les plus pertinentes afin que ces volontés soient exprimées de façon éclairée. Le dialogue entre le médecin et le patient permet une meilleure compréhension des situations cliniques et des soins pris en considération, de sorte que les volontés exprimées soient cohérentes avec le projet de vie de la personne tout en répondant aux critères des soins médicalement appropriés. Certes, la décision finale revient à la personne, mais recourir à une démarche de concertation en vue de l'élaboration des volontés anticipées concernant les soins témoigne du respect des rôles, des droits et des responsabilités de chacun.

Toutes les personnes aptes ne prennent pas la peine de rédiger des DMA ou même d'exprimer leurs volontés, et c'est sans compter les personnes qui ont toujours été inaptes à consentir aux soins. Prendre une décision de soins alors que la personne concernée ne peut plus participer aux discussions constitue en soi un véritable défi, quel que soit le soin envisagé. Pour toutes ces personnes, ainsi que pour tous les soins et toutes les situations qui ne sont pas couvertes dans le formulaire des DMA, le consentement substitué, basé sur la recherche du meilleur intérêt de la personne, demeure la norme.

3.4 NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE

Le niveau d'intervention médicale (NIM), le niveau de soin ou les objectifs de soins, est un autre moyen permettant à la personne d'exprimer ses volontés concernant ses soins. Cet outil diffère cependant des précédents dans la mesure où :

- Il s'agit d'abord et avant tout d'un outil de communication dynamique, témoignant d'un dialogue entre le médecin et le patient ou son substitut, et utilisé par les différentes équipes soignantes pour assurer une continuité dans la trajectoire de soins, quel que soit le lieu de leur dispensation.
- La détermination du NIM n'est pas unilatéralement décidée par le patient ou par son substitut. Elle n'est pas non plus décidée par un médecin prétendant savoir quels objectifs de soins conviendraient le mieux au patient. Elle découle plutôt d'une discussion entre le médecin et le patient ou son substitut, discussion au cours de laquelle chacun apporte son savoir : savoir clinique pour le soignant, savoir expérientiel pour le patient ou son substitut.
- Il est facilement modifiable en fonction de l'évolution de l'état de santé et des objectifs de vie du patient.

Le NIM vise une cohérence entre les objectifs de vie du patient et les soins qui seront administrés. La discussion qui est à la base du NIM permet de guider l'orientation appropriée et proportionnée de l'offre de soins, telles les interventions diagnostiques et thérapeutiques qui seront prodiguées durant le parcours de soins du patient.

¹⁵⁴ Sur le niveau d'intervention médicale et la réanimation cardiorespiratoire, voir sections 3.4 et 3.5.

Les échanges doivent aussi porter sur les volontés que le patient aura précédemment émises dans des DMA, un mandat de protection ou encore un testament de fin de vie pour éviter des discordances, et encourager le patient à rectifier ces outils au besoin.

Le NIM déterminé est documenté dans un formulaire comportant une liste d'objectifs de soins allant de celui de prolonger la vie par tous les moyens nécessaires à celui d'assurer le confort uniquement. Le formulaire est versé au dossier clinique et rendu disponible aux soignants qui dispensent des soins à la personne. Le formulaire doit suivre le patient lors de ses déplacements ou de son transfert dans un autre milieu de soins.

Il est important d'orienter les patients vers les ressources appropriées à leur état de santé. Les NIM sont devenus des outils essentiels que l'on ne devrait plus réserver aux seules personnes dont l'état de santé, la qualité de vie ou l'autonomie sont compromis de façon durable.

La discussion sur les NIM devrait débiter rapidement dans la trajectoire de soins d'un patient afin de bien orienter ses soins même s'il s'agit de consigner un objectif de prolonger la vie par tous les moyens nécessaires.

L'usage des NIM devrait être systématisé dans tous les milieux de soins et contextes cliniques, que ce soit en bureau, en clinique, en milieu hospitalier ou dans une autre installation.

Les médecins doivent ainsi profiter de toutes les occasions, en dehors des situations d'urgence vitale, pour établir le NIM avec la personne elle-même encore apte à décider de ses soins, en tenant compte de ses besoins immédiats ainsi que des détériorations prévisibles de son état de santé.

Notons qu'un patient qui accepte de subir une chirurgie à haut risque ne souhaite pas forcément que tous les moyens nécessaires soient mis en œuvre pour prolonger sa vie en cas de complication per ou post opératoire. Une discussion s'impose à chaque fois pour en décider.

Si la responsabilité d'établir le NIM incombe au médecin ou, depuis peu, aux infirmières praticiennes spécialisées (IPS), la détermination du NIM requiert souvent un travail interdisciplinaire compte tenu de la complexité et des multiples exigences de cette démarche.

La détermination du NIM impose une discussion engagée par le médecin avec le patient ou son substitut, concernant l'évolution anticipée de l'état de santé global (plutôt que celui de chaque système organique), les options de soins médicalement appropriés et leurs conséquences, afin d'orienter les soins et de guider le choix des interventions diagnostiques et thérapeutiques.

Ainsi, le NIM ayant pour but de convenir des objectifs de soins, et non de prendre des décisions particulières, le consentement spécifique, de la personne apte ou de son substitut si elle est inapte à consentir, est toujours nécessaire avant de prodiguer chacun des soins proposés lorsque requis.

La démarche menant à la détermination du NIM est calquée sur le processus décisionnel précédemment décrit au chapitre 1. En se basant sur son jugement clinique, le médecin doit d'abord établir la condition médicale du patient, qui comprend notamment le ou les différents diagnostics ainsi que le pronostic lié aux différentes pathologies. Il évalue alors les soins médicalement appropriés au regard du tableau clinique global. Puis, à partir de ses constats, il engage le dialogue avec le patient ou son substitut pour déterminer ensemble les objectifs de soins qui permettront d'assurer le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie du patient en fonction de ses objectifs de vie.

Il est important de rappeler que le médecin a l'obligation déontologique¹⁵⁵ de ne proposer au patient ou à son substitut que des soins reconnus comme médicalement appropriés.

Le NIM n'est pas une simple feuille à cocher. Déterminer un NIM ne revient pas à inviter le patient ou son substitut à choisir, dans le « menu », ce qui lui convient. Bien entendu, le patient continue d'exercer son autonomie en acceptant ou en refusant ce qui lui est proposé. Le médecin doit respecter la volonté du patient de ne pas poursuivre certains soins ou de refuser ceux proposés,

155 Code de déontologie des médecins, art. 50 et 60.

même au risque de sa propre vie. Cela n'exclut toutefois pas que le patient puisse demander un autre soin ou NIM que ceux proposés. Le médecin devra alors en évaluer la pertinence clinique et en discuter avec lui.

À l'inverse, de multiples facteurs peuvent mener un patient, son substitut ou ses proches à demander voire exiger un NIM disproportionné avec son état de santé global. Insistons sur le fait que tant pour les NIM que pour des soins particuliers, l'une des responsabilités du médecin est d'évaluer s'ils sont médicalement nécessaires.

Il demeure important pour le médecin d'éviter de céder aux exigences déraisonnables du patient, de son substitut ou de ses proches. Ainsi, un patient peut demander, mais ne peut exiger, qu'un médecin inscrive un NIM particulier. Le médecin doit refuser d'inscrire un NIM ou de prodiguer un soin spécifique s'il est convaincu de leur caractère préjudiciable pour le patient. Il doit aussi se sentir libre de les refuser s'ils ne sont probablement pas bénéfiques pour le patient, même s'ils ne lui sont pas préjudiciables.

En cas de désaccord entre le patient apte et ses proches, c'est l'entente avec le patient qui doit être recherchée.

La poursuite du dialogue pour éclairer les zones d'incompréhension reste un aspect essentiel d'une discussion sur les NIM. Lorsque le dialogue ne permet pas d'aboutir à une entente entre le patient ou son substitut et le médecin, de vives tensions peuvent être ressenties de part et d'autre. Il est recommandé au médecin d'en discuter avec l'équipe interdisciplinaire pour valider le caractère approprié ou non des objectifs de soins proposés et de réfléchir à la meilleure approche pour soutenir ces personnes souvent en déni et en détresse. Le fruit de cette discussion devrait être consigné au dossier clinique du patient et partagé avec lui ou son substitut. En situation de désaccord, il convient de recourir aux mécanismes de résolution de conflits les plus appropriés, dont la consultation des ressources en éthique clinique et autres ressources d'aide, telles que psychologues, travailleurs sociaux, etc.

Si la personne est inapte à consentir à son NIM, la détermination du NIM en collaboration avec son substitut doit toujours se faire sur la base de son meilleur intérêt¹⁵⁶, en s'appuyant, dans la mesure du possible, sur les volontés qu'elle aura exprimées quand elle était apte. S'il est impossible de s'entendre sur le NIM approprié à l'état de santé du patient avec son substitut (empêchement ou refus injustifié du substitut), l'article 16 du *Code civil du Québec* s'applique et l'autorisation du tribunal peut être recherchée. Il en va de même pour les mineurs de moins de 14 ans.

En cas de désaccord entre le médecin et un proche du patient inapte qui n'est pas le substitut, la décision doit être prise avec le substitut prévu par l'article 15 du *Code civil du Québec*, peu importe le nombre de personnes intéressées à y participer.

Il est à noter que le curateur public consent à un NIM sur la recommandation du médecin et de l'équipe soignante non seulement pour les personnes sous tutelle publique qui ne sont pas aptes à consentir aux soins, mais également pour les personnes inaptes n'ayant pas de substitut pour consentir à leurs soins.

Notons également qu'une personne représentée (tutelle ou mandat homologué) peut quand même être apte à discuter et à consentir à son NIM. Le médecin doit évaluer son aptitude à consentir aux NIM. Le cas échéant, son représentant sera informé du NIM établi.

En situation d'urgence, le médecin procédera aux soins requis en tenant compte des objectifs de soins indiqués dans le formulaire des NIM, s'ils sont toujours appropriés à l'état de santé global du patient et en tout respect de l'article 13 du *Code civil du Québec*.

Le NIM n'est pas statique. Le patient, ou son substitut, peut changer d'avis concernant un soin offert ou même un NIM préalablement établi, et ce verbalement ou par écrit. Le dialogue doit alors reprendre. De son côté, le médecin doit également amorcer un processus de révision du NIM, à chaque changement important de l'état de santé de la personne (amélioration ou détérioration).

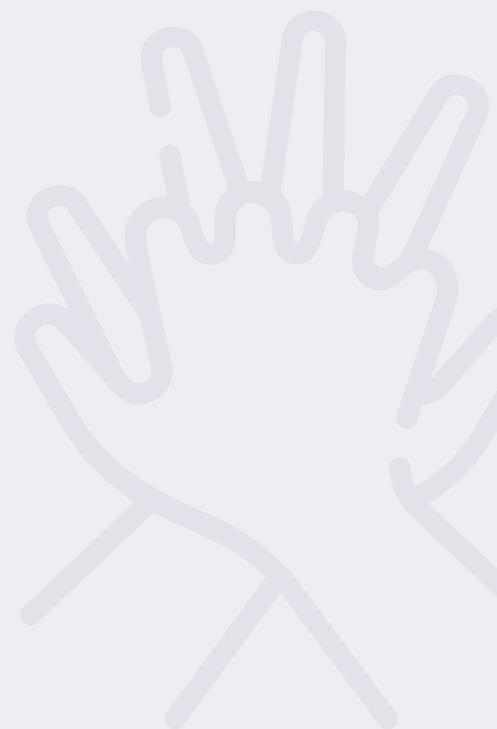
156 *Code civil du Québec*, art. 12.

3.5 DÉCISION DE NON-RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE

La décision concernant la réanimation cardiorespiratoire (RCR) exige une discussion spécifique avec le médecin, même si elle se prend le plus souvent à l'occasion de la détermination du NIM. Elle ne découle pas nécessairement de l'objectif de soins établi, mais elle doit être cohérente avec ce choix. Elle devrait être prise en tenant compte de l'orientation générale des soins, de l'indication médicale de ce soin spécifique et du risque de séquelles permanentes si la personne survit. La décision doit être reportée dans le formulaire déterminant les objectifs de soins et la réanimation cardiorespiratoire signé par le médecin et par le patient ou son substitut lorsque requis. La décision concernant la non-réanimation cardiorespiratoire doit également être portée au dossier clinique du patient de manière spécifique.

Alors qu'avec le NIM, défini comme un outil d'aide à la décision, un consentement est exigé pour tout soin que le médecin propose, l'inscription au dossier clinique de la décision concernant la non-réanimation cardiorespiratoire à la suite de la discussion avec le patient ou son substitut, en cas d'inaptitude à consentir aux soins, constitue une ordonnance. Elle témoigne de la décision de ne pas initier de réanimation cardiorespiratoire prise conjointement entre le médecin et le patient ou son substitut, au terme d'un processus décisionnel bien mené. Elle exprime clairement le refus de la personne de subir des manœuvres de réanimation et elle doit être respectée pour permettre une fin de vie digne pour elle¹⁵⁷.

Comme pour tout soin, le jugement clinique du médecin est primordial et il doit être respecté. Si le médecin juge que la RCR n'est pas indiquée, il doit le dire et l'expliquer en toute transparence, et il ne doit pas la proposer¹⁵⁸ au patient ni à son substitut. En aucun cas, le patient ou, *a fortiori*, son substitut, ne peut exiger de subir une RCR jugée contre-indiquée par le médecin et qui ne serait donc pas dans son intérêt. Un substitut ne pourrait pas non plus imposer au médecin d'initier une RCR si la personne avait clairement exprimé des volontés contraires alors qu'elle était encore apte à consentir à ses soins¹⁵⁹.



157 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 1, 2 et 5. *Code de déontologie des médecins*, art. 58.

158 *Code de déontologie des médecins*, art. 50 et 60.

159 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 1, 2 et 5. *Code de déontologie des médecins*, art. 58. *Code civil du Québec*, art. 12.

Décision concernant la RCR selon son indication médicale et les volontés de la personne apte ou de son substitut si elle est une personne majeure inapte à consentir aux soins

	Jugement médical	
Volonté de la personne apte ou de la personne inapte ayant émis des DMA applicables dans les circonstances ¹⁶⁰	La RCR est indiquée médicalement	La RCR est contre-indiquée médicalement
Consentement à la RCR	La RCR pourrait être initiée.	Pas de consentement possible à un soin inapproprié: la RCR ne sera pas offerte ni initiée. Le patient apte doit en être informé.
Refus de la RCR	La RCR ne sera pas initiée.	La RCR ne sera pas offerte ni initiée.

	Jugement médical	
Volonté du substitut d'une personne majeure inapte à consentir aux soins	La RCR est indiquée médicalement	La RCR est contre-indiquée médicalement
Consentement du substitut à la RCR et volontés antérieures de la personne inapte inconnues ou n'exprimant pas de refus de RCR	La RCR pourrait être initiée.	Pas de consentement possible à un soin inapproprié: la RCR ne sera pas offerte ni initiée. Le substitut doit en être informé.
Consentement du substitut à la RCR mais volontés antérieures de la personne inapte exprimant un refus de RCR	La RCR ne sera pas initiée.	La RCR ne sera pas offerte ni initiée.
Refus de la RCR par le substitut et volontés antérieures de la personne inapte inconnues ou exprimant un refus de RCR	La RCR ne sera pas initiée.	La RCR ne sera pas offerte ni initiée.
Refus de la RCR par le substitut mais volontés antérieures de la personne inapte exprimant un consentement à la RCR	La RCR ne sera pas initiée, à moins que le refus soit jugé injustifié par le médecin, auquel cas le recours au tribunal s'imposera.	La RCR ne sera pas offerte ni initiée.

Si, au cours de la discussion, la personne apte émet un avis contraire à ce qu'elle avait inscrit antérieurement dans ses DMA, il lui faudra réviser ou révoquer¹⁶¹ ces dernières.

¹⁶⁰ Les DMA ne sont applicables que dans trois situations particulières : condition médicale grave et incurable en fin de vie, état comateux jugé irréversible ou état végétatif permanent ou démence grave, sans possibilité d'amélioration.

¹⁶¹ Loi concernant les soins de fin de vie, art. 54, al. 3.

Le médecin doit exprimer clairement son opinion et avoir une discussion franche en tentant de concilier les positions divergentes, que ce soit avec le patient ou avec son substitut. Il est important de souligner que beaucoup de personnes ne connaissent pas la réalité clinique de ce soin et ses conséquences possibles. Des outils vulgarisés sont à la disposition des médecins et des patients. Ils devraient être utilisés pour faciliter la discussion¹⁶², surtout en cas de désaccord. En cas de divergence, le médecin pourra recourir à diverses modalités de résolution de conflits telles que le recours au comité d'éthique clinique, la médiation, etc. pour soutenir la prise de décision. En cas d'exigence déraisonnable et irréductible d'un substitut de procéder à la RCR malgré son caractère inapproprié, le recours au tribunal s'imposera.

En raison de la nature urgente de la situation et des séquelles pouvant survenir en cas de délai d'intervention chez celui qui la souhaite, ou encore pour éviter douleur et inconfort indus à celui qui la refuse, l'accès à cette information doit être facilité¹⁶³.

Dans un établissement comme dans les autres milieux de soins, en l'absence de décision de non-réanimation au dossier, le patient qui présente un arrêt cardio-respiratoire doit être réanimé lorsque la réanimation est indiquée médicalement. En revanche, une décision de non-réanimation doit être respectée en tout temps par les intervenants pour assurer une fin de vie digne au patient qui a pris cette décision¹⁶⁴.

Les ambulanciers sont également tenus de respecter les décisions de non-réanimation. Cependant, il est important de savoir qu'ils doivent entreprendre les manœuvres de réanimation si un proche de la personne en arrêt cardiorespiratoire insiste pour ce faire, en dépit de l'existence d'une ordonnance écrite de non-réanimation. Afin d'éviter une telle situation qui ne respecterait pas les volontés du patient, il est recommandé d'en informer ce dernier ou son substitut au moment de la discussion sur le sujet et de l'inviter à communiquer clairement ses volontés à ses proches. De même, il devrait savoir que si ses volontés sont exprimées verbalement et qu'il y a désaccord dans la famille, les ambulanciers procéderont systématiquement à la réanimation¹⁶⁵.

Pour ce qui est des résidences pour personnes âgées, les préposés doivent satisfaire aux exigences de formation en RCR¹⁶⁶, tout en respectant les volontés des résidents versées à leur dossier clinique¹⁶⁷. Ces dernières peuvent être consignées sous différentes formes, chacune ayant ses particularités.

En somme, la RCR est un soin comme un autre, qui est considéré comme indiqué ou non selon le jugement clinique du médecin et que le patient ou son substitut peut refuser, sur le moment ou de manière anticipée.

162 Par exemple: [RCR | Institut de Cardiologie de Montréal \(icm-mhi.org\)](https://www.icm-mhi.org).

163 À domicile, il est suggéré d'afficher le formulaire en vue sur le réfrigérateur, par exemple.

164 *Loi concernant les soins de fin de vie*, art. 1, 2 et 5. *Code de déontologie des médecins*, art. 58.

165 Fiche MED.LEG.3 Directives de non-initiation de la réanimation, dans *Corporation des paramédics du Québec* (2015: p. 227).

166 *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*, art. 22.

167 *Ibid.*, art. 70, al. 3.: «En plus des renseignements et documents prévus au premier alinéa de l'article 43, l'exploitant d'une résidence visée par la présente section doit consigner au dossier de tout résident: al. 3° le consentement ou le refus écrit du résident ou de la personne habilitée à consentir en son nom aux soins qui peuvent lui être offerts par l'exploitant en vertu du présent règlement, le cas échéant [...]»

3.6 PLANIFICATION DES SOINS

La planification des soins concerne la prise de décision des personnes quant à leurs choix de vie en matière de santé. Cette notion est associée le plus souvent aux directives anticipées pour les soins de fin de vie, mais ne saurait s'y réduire. Tant le vieillissement de la population que la réalité des maladies chroniques¹⁶⁸ demandent la prise en compte des volontés de la personne tout au long du suivi médical¹⁶⁹. La planification des soins doit faire partie intégrante de l'évaluation des personnes ayant des maladies chroniques évolutives, et elle doit être révisée chaque fois que la situation clinique change de manière importante. Les médecins sont donc encouragés à entreprendre assez tôt et à poursuivre autant que nécessaire les discussions sur l'intensité des soins avec les patients, leurs proches et les autres intervenants¹⁷⁰. Au cours de ces discussions, le médecin doit s'assurer de la cohérence des différents outils servant à exprimer les volontés de la personne, en particulier si elle devient inapte : mandat, DMA et NIM.

La planification des soins vise à respecter l'autonomie de la personne et à éviter que des soins inappropriés soient prodigués. Un processus de décision bien mené, misant sur le dialogue, est encore le meilleur moyen de faire des choix de santé libres et éclairés en accord avec ses valeurs, ses besoins et son projet de vie. Ce dialogue peut être nourri par le concept d'autonomie relationnelle par lequel «le processus de décision accorde une place centrale aux autres, dont le médecin [...] qui offre des conseils clairs quand le patient est confronté à une maladie sérieuse¹⁷¹». L'autonomie relationnelle reconnaît également que, au-delà de la rationalité, la prise de décision autonome «est intimement lié[e] au bagage émotionnel et social de l'individu¹⁷²». Elle accorde tout son sens à la vulnérabilité des patients¹⁷³ ainsi qu'aux particularités culturelles des individus. Une telle base pourrait possiblement permettre le «succès d'une planification préalable des soins [qui] ne doit pas seulement être évalué selon que des documents sont remplis ou non, mais aussi selon la mesure dans laquelle le patient se sent maître de son destin et les membres de sa famille se sentiront soulagés du fardeau de prendre les décisions de fin de vie¹⁷⁴».



168 63 % des décès à travers le monde sont dus aux maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques, dans World Health Organization (2011 : p. 9).

169 Société royale du Canada (2011 : p. 15).

170 Pour identifier d'un coup d'œil les différences et les similitudes entre ces différents outils, se référer à l'annexe II : Tableau - L'expression anticipée des volontés et la planification des soins.

171 «[...] a relational autonomy approach acknowledges the central role of others in decision-making, including clinicians, who have a responsibility to engage patients' and surrogates' emotional experiences and offer clear guidance when patients are confronting serious illness.», dans Walter et Friedman (2014 : p. S16).

172 Ricard (2013 : p. 146).

173 «A person who is ill or injured is highly vulnerable to others, and highly dependent on their action and competence.», dans O'Neill (2002 : p. 38).

174 Société royale du Canada (2011 : p. 22).

CONCLUSION

En somme, il s'avère que le consentement du patient, malgré son importance, ne suffit pas pour que les soins soient appropriés, et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, parce que le processus décisionnel en situation clinique est un processus dynamique, qui comporte plusieurs phases. Ensuite, parce qu'il implique plusieurs acteurs: le médecin et le patient, ses proches à certaines conditions, les autres membres de l'équipe soignante, chacune de ces personnes étant un agent moral exerçant des responsabilités propres. Ces agents doivent effectivement agir ensemble, mais pour des raisons qui peuvent différer, ce qui rend la communication d'autant plus importante. En cas de désaccords persistants, des mécanismes de résolution de conflits peuvent être fort utiles pour éviter que la décision soit finalement prise unilatéralement. Ce processus doit être mené sans oublier le point de départ: c'est généralement la personne concernée qui sait le mieux ce qui est important pour elle. Les discussions devraient par conséquent débiter le plus tôt possible de façon à ce que les soins puissent être planifiés et que les volontés de la personne soient respectées dans la mesure du possible, c'est-à-dire malgré les contraintes.

Dans cette perspective et avec le recul, on peut voir le concept de consentement libre et éclairé, celui de consentement substitué, ainsi que les outils que sont le testament de fin de vie, le mandat en cas d'inaptitude, les NIM, les ordonnances de non-réanimation et les DMA comme autant de moyens pour atteindre un même objectif: que les soins donnés respectent les volontés de la personne concernée et, en accord avec ce qui a été jugé comme médicalement requis, qu'ils soient pour elle les plus appropriés possible. Ces concepts et ces outils ont été créés au fur et à mesure de l'évolution de la médecine et de la société. Plutôt que de retenir leurs différences, il importe de ne pas perdre cet objectif de vue, et ce, d'autant plus qu'en matière de respect des volontés de la personne qui reçoit des soins, de nombreuses questions demeurent ou émergent de situations nouvelles. Jusqu'où respecter les volontés des personnes aptes qui demandent qu'on les aide à mourir, par exemple? Comment identifier les personnes inaptes à consentir aux soins? Comment respecter leur autonomie tout en les protégeant? Quel genre de consentement faudra-t-il imaginer pour ces nouveaux tests génétiques qui donnent beaucoup plus d'informations que celles recherchées? Pour ces tests qui ne concernent plus une, mais plusieurs personnes, sur plusieurs générations? Comment faire lorsqu'on ne sait plus si le test relève de l'activité clinique usuelle, de la santé publique, de la recherche ou de tout cela à la fois? À l'ère du travail interprofessionnel, pourquoi le médecin demeurerait-il le seul responsable de l'obtention du consentement? Force est de conclure que le consentement libre et éclairé est un concept encore en évolution.

Annexes

Annexe I – Tableaux récapitulatifs – Code civil du Québec¹⁷⁵

MAJEUR APTE					
TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION		CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	MAJEUR	TRIBUNAL			
SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ					
Soins ordinaires	X			Art. 11	Art. 28 et 29 Code
Urgence	–	–	Vie en danger ou intégrité menacée. Consentement impossible en temps utile.	Art. 13, al. 1	Art. 28 et 38 Code
	X		Urgence, mais soins inusités ou inutiles, ou conséquences intolérables.	Art. 13, al. 2	Art. 49 Code
EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET GARDE EN ÉTABLISSEMENT					
Évaluation psychiatrique	X			Art. 26	
	Refus	X	Danger pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. Garde provisoire dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique dans les 24 heures.	Art. 27, al. 1, 28 et 29	Art. 2 et 3 LPPÉM
Garde en établissement (Lieux : art. 6 et 9 LPPÉM)	X			Art. 26	
	–	–	Garde préventive Danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental.	Art. 27, al. 2, 28 et 31	Art. 7 et 8 LPPÉM
	Refus	X	Garde provisoire pour évaluation psychiatrique. Voir évaluation psychiatrique.	Art. 27, al. 1, 28, 29 et 31	Art. 2 et 3 LPPÉM
	Refus	X	Garde autorisée par le tribunal. Deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde. ET Le tribunal a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire.	Art. 28, 29, 30 et 31	Art. 10 LPPÉM
SOINS NON REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ					
	X		Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement.	Art. 11 et 24	
DONS D'ORGANES ENTRE VIFS					
	X		Risque proportionnel au bienfait espéré. Gratuité. Pas de répétition si risque.	Art. 19, al. 1, 24 et 25, al. 1	

175 Adapté de Philips-Nootens, Kouri et Lesage-Jarjoura (2016).

MAJEUR APTE

TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION		CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	MAJEUR	TRIBUNAL			
RECHERCHE SUSCEPTIBLE DE PORTER ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ					
	x		Risque proportionnel au bienfait espéré. Approbation et suivi par un comité d'éthique de la recherche. Consentement écrit ou autre si, de l'avis d'un comité d'éthique de la recherche, les circonstances le justifient ; révoquant en tout temps, même verbalement. Aucune contrepartie financière hormis les indemnités en compensation des pertes et contraintes subies.	Art. 20, 24 et 25, al. 2	Art. 28, 29, 30, 31 et 61 Code
DONS D'ORGANES POST MORTEM					
Ordinaire	x		Volonté exprimée verbalement devant deux témoins ou par écrit. Révoquant en tout temps avant le décès. Respect de la volonté, sauf si motif impérieux.	Art. 43	Art. 204.1 LSSSS
		La personne qui pouvait ou aurait pu consentir aux soins en cas d'inaptitude	Volonté non manifestée.	Art. 44, al. 1	
Urgence	—		Consentement impossible en temps utile et vie à sauver ou à améliorer, selon deux médecins.	Art. 44, al. 2	
C.c.Q.: Code civil du Québec LPPÉM: Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui Code: Code de déontologie des médecins LSSSS: Loi sur les services de santé et les services sociaux					



**MAJEUR INAPTE**

TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION			CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*	DMA	TRIBUNAL			
SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ						
En l'absence de DMA, pour les soins ordinaires	Représentant légal ou proche				Art. 11, al. 2, 12 et 15	Art. 28 et 29 Code
			X	Empêchement ou refus injustifié du représentant légal ou du proche. OU Refus catégorique de l'inapte, sauf soins d'hygiène ou en cas d'urgence.	Art. 16, al. 1	
En l'absence de DMA, pour les soins d'urgence	—		—	Vie en danger ou intégrité menacée.	Art. 13, al. 1	Art. 28 et 38 Code
	X			Consentement impossible en temps utile.	Art. 13, al. 2	Art. 49 Code
	Refus		X	Urgence, mais soins inusités ou inutiles, ou conséquences intolérables.	Art. 13 et 16	
En présence de DMA, mais non applicables (soins non prévus dans le formulaire de DMA et/ou situation médicale autre)	Représentant légal ou proche	—		Urgence et refus injustifié du représentant légal ou du proche (si le temps le permet).	Art. 11, al. 2, 12 et 15	Art. 28 et 29 Code
		—	X	Empêchement ou refus injustifié du représentant légal ou du proche. OU Refus catégorique de l'inapte, sauf soins d'hygiène ou en cas d'urgence.	Art. 16, al. 1	
En présence de DMA, pour les soins prévus dans le formulaire de DMA : réanimation cardiovasculaire, ventilation assistée, dialyse, alimentation forcée ou artificielle, hydratation forcée ou artificielle	—	X		Consentement ou refus. Soin médicalement approprié. Condition médicale grave et incurable en fin de vie ou situation d'atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives.		Art. 58 LCSFV
	—		X	Refus catégorique de la personne inapte à consentir aux soins auxquels elle a préalablement consenti dans les DMA.	Art. 16, al. 1	Art. 60 LCSFV
			X	À la demande du représentant légal ou de toute personne qui démontre un intérêt particulier pour l'auteur des DMA, d'un médecin ou d'un établissement.		Art. 61 LCSFV
EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET GARDE EN ÉTABLISSEMENT						
Évaluation psychiatrique	Représentant légal			Absence d'opposition du majeur inapte.	Art. 26, al. 2	
			X	Danger pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. Opposition du majeur inapte ou absence de consentement du représentant légal. Garde provisoire dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique dans les 24 heures.	Art. 27, al. 1, 28 et 29	Art. 2 et 3 LPPÉM

MAJEUR INAPTE						
TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION			CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*	DMA	TRIBUNAL			
EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET GARDE EN ÉTABLISSEMENT						
Garde en établissement (Lieux : art. 6 et 9 LPPÉM)	Représentant légal			Absence d'opposition du majeur inapte.	Art. 26	
	—		—	Garde préventive Danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. Opposition du majeur inapte ou absence de consentement du représentant légal. L'établissement doit aviser le représentant légal de la décision.	Art. 27, al. 2, 28 et 31	Art. 7, 8 et 19 LPPÉM
			X	Garde provisoire pour évaluation psychiatrique. Voir évaluation psychiatrique.	Art. 27, al. 1, 28, 29 et 31	Art. 2 et 3 LPPÉM
			X	Garde autorisée par le tribunal. Deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde. ET Le tribunal a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire. Opposition du majeur inapte ou absence de consentement du représentant légal. L'établissement doit aviser le représentant légal de la nécessité de continuer la garde, des demandes présentées au Tribunal administratif du Québec et de la fin de garde, le cas échéant.	Art. 28, 29, 30 et 31	Art. 10 et 19 LPPÉM
SOINS NON REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ						
	Représentant légal			Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement.	Art. 18 et 24	
	Représentant légal		X	Risque sérieux pour la santé ou effets graves et permanents.	Art. 18	
DONS D'ORGANES ENTRE VIFS						
	Représentant légal		X	Organe susceptible de régénération. Absence de risque sérieux pour la santé. Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement. Gratuité. Pas de répétition si risque.	Art. 19, al. 2, 24 et 25, al. 1	

MAJEUR INAPTE

TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION			CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*	DMA	TRIBUNAL			
RECHERCHE SUSCEPTIBLE DE PORTER ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ						
	Représentant légal			Risque proportionnel au bienfait espéré. Si la recherche ne vise que le majeur: elle laisse espérer un bienfait pour la santé. Si la recherche vise un groupe: elle laisse espérer des résultats bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe. Absence d'opposition du majeur, qui comprend la nature et les conséquences de la recherche. Approbation et suivi du projet de recherche par un comité d'éthique de la recherche compétent. Consentement écrit ou autre si, de l'avis d'un comité d'éthique de la recherche, les circonstances le justifient; révocable en tout temps, même verbalement. Aucune contrepartie financière hormis les indemnités en compensation des pertes et contraintes subies.	Art. 21, 24 et 25, al. 2	Art. 28, 29, 30, 31 et 61 Code
	Représentant légal ou proche			Idem et risque minimal et/ou inaptitude subite. Le comité d'éthique de la recherche compétent a déterminé que le projet satisfait à ces conditions.	Idem et art. 21, al. 6	Idem
DONS D'ORGANES POST MORTEM						
Ordinaire	Représentant légal ou proche				Art. 44, al. 1	
Urgence	—			Consentement impossible en temps utile et vie à sauver ou à améliorer, selon deux médecins.	Art. 44, al. 2	
<p>*PERSONNE HABILITÉE: Le représentant légal = tuteur ou mandataire (mandat homologué) Le proche = conjoint (mariage, union civile, union de fait), proche parent ou personne ayant un intérêt particulier pour le majeur inapte. Agit à défaut de représentant légal, si prévu par la loi.</p> <p>C.c.Q.: Code civil du Québec Code: Code de déontologie des médecins DMA: Directives médicales anticipées LCSFV: Loi concernant les soins de fin de vie LPPÉM: Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</p>						



MINEUR DE 14 ANS OU PLUS						
TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION			CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*		TRIBUNAL			
	MINEUR	AUTORITÉ PARENTALE OU TUTEUR				
SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ						
Soins ordinaires	X			Avertir l'autorité parentale ou le tuteur si hébergement > 12 heures.	Art. 14, al. 2	Art. 28 et 29 Code
	Refus		X	Refus du mineur, sauf urgence.	Art. 16, al. 2	
Urgence	–	–		Vie en danger ou intégrité menacée. Consentement impossible en temps utile.	Art. 13	Art. 28 et 38 Code
	X			Urgence, mais soins inusités ou inutiles, ou conséquences intolérables.	Art. 13, al. 2	Art. 49 Code
	Refus	X		Refus du mineur et urgence.	Art. 16, al. 2	
	Refus	Refus	X		Art. 16, al. 1	
EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET GARDE EN ÉTABLISSEMENT						
Évaluation psychiatrique	X				Art. 26	
	Refus		X	Danger pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. Garde provisoire dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique dans les 24 heures.	Art. 27, al. 1, 28 et 29	Art. 2 et 3 LPPÉM
Garde en établissement (Lieux : art. 6 et 9 LPPÉM)	X				Art. 26	
	–	–	–	Garde préventive Danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. L'établissement doit aviser le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.	Art. 27, al. 2, 28 et 31	Art. 7, 8 et 19 LPPÉM
	Refus		X	Garde provisoire pour évaluation psychiatrique. Voir évaluation psychiatrique.	Art. 27, al. 1, 28, 29 et 31	Art. 2 et 3 LPPÉM
	Refus		X	Garde autorisée par le tribunal. Deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde. ET Le tribunal a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire. L'établissement doit aviser le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.	Art. 28, 29, 30 et 31	Art. 10 et 19 LPPÉM
SOINS NON REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ						
	X			Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement.	Art. 17 et 24	
	X	X		Si risque sérieux pour la santé et effets graves et permanents.	Art. 17	

MINEUR DE 14 ANS OU PLUS						
TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION			CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*		TRIBUNAL			
	MINEUR	AUTORITÉ PARENTALE OU TUTEUR				
DONS D'ORGANES ENTRE VIFS						
	X	X	X	<p>Organe susceptible de régénération.</p> <p>Absence de risque sérieux pour la santé.</p> <p>Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement.</p> <p>Gratuité.</p> <p>Pas de répétition si risque.</p>	Art. 19, al. 2, 24 et 25, al. 1	
RECHERCHE SUSCEPTIBLE DE PORTER ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ						
	X	X		<p>Risque proportionnel au bienfait espéré.</p> <p>Si la recherche ne vise que le mineur: elle laisse espérer un bienfait pour la santé.</p> <p>Si la recherche vise un groupe: elle laisse espérer des résultats bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe.</p> <p>Absence d'opposition du mineur, qui comprend la nature et les conséquences de la recherche.</p> <p>Approbation et suivi du projet de recherche par un comité d'éthique de la recherche compétent.</p> <p>Consentement écrit ou autre si, de l'avis d'un comité d'éthique de la recherche, les circonstances le justifient; révocable en tout temps, même verbalement.</p> <p>Aucune contrepartie financière hormis les indemnités en compensation des pertes et contraintes subies.</p>	Art. 20, 24 et 25, al. 2	Art. 28, 29, 30, 31 et 61 Code
	X			Idem et, de l'avis d'un comité d'éthique de la recherche compétent, le risque est minimal et les circonstances justifient le consentement du seul mineur.	Idem et art. 21, al. 5	Idem
DONS D'ORGANES POST MORTEM						
Ordinaire	X			<p>Volonté exprimée verbalement devant deux témoins ou par écrit.</p> <p>Révocable en tout temps avant le décès.</p> <p>Respect de la volonté, sauf si motif impérieux.</p>	Art. 43	
		X		Volonté non manifestée.	Art. 44, al. 1	
Urgence	—	—		Consentement impossible en temps utile et vie à sauver ou à améliorer, selon deux médecins.	Art. 44, al. 2	
<p>*PERSONNE HABILITÉE: Le mineur lui-même, s'il n'est pas inapte - En cas d'inaptitude, voir le tableau « Mineur de moins de 14 ans ».</p> <p>Le titulaire de l'autorité parentale (= parents) ou le tuteur.</p> <p>C.c.Q.: Code civil du Québec</p> <p>LPPÉM: Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</p> <p>Code: Code de déontologie des médecins</p>						

MINEUR DE MOINS DE 14 ANS					
TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION		CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*	TRIBUNAL			
SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ					
Soins ordinaires	X			Art. 14, al. 1	Art. 28 et 29 Code
		X	Empêchement ou refus injustifié de la personne habilitée.	Art. 16, al. 1	
Urgence	—	—	Vie en danger ou intégrité menacée. Consentement impossible en temps utile.	Art. 13	Art. 28 et 38 Code
	X		Urgence, mais soins inusités ou inutiles, ou conséquences intolérables.	Art. 13, al. 2	Art. 49 Code
	Refus	X	Urgence et refus injustifié de la personne habilitée (si le temps le permet).	Art. 13 et 16	
EXAMEN PSYCHIATRIQUE ET GARDE EN ÉTABLISSEMENT					
Évaluation psychiatrique	X		Absence d'opposition du mineur inapte.	Art. 26, al. 2	
	Refus	X	Danger pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. Opposition du mineur inapte ou absence de consentement de l'autorité parentale ou du tuteur. Garde provisoire dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique dans les 24 heures.	Art. 27, al. 1, 28 et 29	Art. 2 et 3 LPPÉM
Garde en établissement (Lieux : art. 6 et 9 LPPÉM)	X		Absence d'opposition du mineur inapte.	Art. 26, al. 2	
	—	—	Garde préventive Danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui en raison de son état mental. Opposition du mineur inapte ou absence de consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur. L'établissement doit aviser le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur de la décision.	Art. 27, al. 2, 28 et 31	Art. 7 et 8 LPPÉM
	Refus	X	Garde provisoire pour évaluation psychiatrique. Voir évaluation psychiatrique.	Art. 27, al. 1, 28, 29 et 31	Art. 2 et 3 LPPÉM
	Refus	X	Garde autorisée par le tribunal. Deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde et le tribunal a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire. Opposition du mineur inapte ou absence de consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur. L'établissement doit aviser le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur de la nécessité de continuer la garde, des demandes présentées au Tribunal administratif du Québec et de la fin de la garde, le cas échéant.	Art. 28, 29, 30 et 31	Art. 10 et 19 LPPÉM

MINEUR DE MOINS DE 14 ANS					
TYPE D'INTERVENTION	À QUI REVIENT LA DÉCISION		CONDITIONS	ART. C.c.Q.	ART. AUTRES
	PERSONNE HABILITÉE*	TRIBUNAL			
SOINS NON REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ					
	X		Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement.	Art. 18 et 24	
	X	X	Si risque sérieux pour la santé ou effets graves et permanents.		
DONS D'ORGANES ENTRE VIFS					
	X	X	Organe susceptible de régénération. Absence de risque sérieux pour la santé. Consentement écrit, révocable en tout temps, même verbalement. Gratuité. Pas de répétition si risque.	Art. 19, al. 2, 24 et 25, al. 1	
RECHERCHE SUSCEPTIBLE DE PORTER ATTEINTE À L'INTÉGRITÉ					
	X		Risque proportionnel au bienfait espéré. Si la recherche ne vise que le mineur: elle laisse espérer un bienfait pour la santé. Si la recherche vise un groupe: elle laisse espérer des résultats bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d'âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe. Absence d'opposition du mineur, qui comprend la nature et les conséquences de la recherche. Approbation et suivi du projet de recherche par un comité d'éthique de la recherche compétent. Consentement écrit ou autre si, de l'avis d'un comité d'éthique de la recherche, les circonstances le justifient; révocable en tout temps, même verbalement. Aucune contrepartie financière, hormis les indemnités en compensation des pertes et contraintes subies.	Art. 21, 24 et 25, al. 2	Art. 28, 29, 30, 31 et 61 Code
DONS D'ORGANES POST MORTEM					
Ordinaire	Mineur lui-même, si apte, et personne habilitée		Volonté exprimée verbalement devant deux témoins ou par écrit. Révocable en tout temps avant le décès. Respect de la volonté, sauf si motif impérieux.	Art. 43	
	X		Volonté non manifestée.	Art. 44, al. 1	
Urgence	—		Consentement impossible en temps utile et vie à sauver ou à améliorer, selon deux médecins.	Art. 44, al. 2	
<p>*PERSONNE HABILITÉE: Le titulaire de l'autorité parentale (= parents) ou le tuteur</p> <p>C.c.Q.: Code civil du Québec</p> <p>Code: Code de déontologie des médecins</p> <p>LPPÉM: Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui</p>					

Annexe II - Tableau - L'expression anticipée des volontés et la planification des soins

		OUTILS				
		TESTAMENT BIOLOGIQUE	MANDAT DE PROTECTION	DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES ^I (DMA)	NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM)	ORDONNANCE DE NON-RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE
CARACTÉRISTIQUES	Initiative	Personnelle			Médicale	
	Prise de décision	Par la personne présumée apte			Par la personne apte ou par un tiers habilité	
		Seule ou devant témoin, notaire, etc.	Devant deux témoins ou un notaire		Avec un médecin	
	Moment opportun	À tout moment			Surtout quand l'état de santé est susceptible de se dégrader	
	Document	Lettre ou document, acte notarié, vidéo, etc.	Document/formulaire, Acte notarié	Formulaire prescrit « Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins ^{II} » Acte notarié	Formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire ^{III} »	Formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire ^{III} » Ordonnance médicale
	Lieu de conservation du document	Domicile ou information des soignants ou dossier médical	Domicile ou registre des mandats de protection, si notarié, ou dossier médical	Registre des DMA ou dossier médical	Dossier médical	
	Soins concernés	Tous	Tous	Réanimation cardiorespiratoire Ventilation assistée Dialyse Alimentation forcée ou artificielle Hydratation forcée ou artificielle	Tous	Réanimation cardiorespiratoire
	Conditions d'application	Personne devenue inapte	Personne devenue inapte ET mandat homologué par un tribunal	Personne devenue inapte ET en fin de vie ou avec une atteinte sévère et irréversible des fonctions cognitives	Personne apte OU inapte	Arrêt cardiorespiratoire
	Consentement	Requis pour tout soin Substitué, par un tiers habilité	Requis pour tout soin Substitué, par un mandataire	Suivant les DMA émises quand la personne était encore apte	Requis pour tout soin Par la personne apte OU par un tiers habilité si la personne est inapte	Suivant l'ordonnance, rédigée selon les volontés de la personne apte ou dans son intérêt par un tiers habilité si elle est inapte
Portée	Indicative	Conditionnelle ^{IV}	Contraignante	Indicative	Contraignante	

I Au sens de la *Loi concernant les soins de fin de vie*.

II Prescrit par le ministre.

III Voir INESSS, 2016.

IV Contrainte conditionnelle à l'expression de volontés formulées de façon claire et précise. Le mandat non homologué, tout comme le testament de fin de vie, n'a pas de valeur légale. Pour autant, les volontés qui y sont exprimées ne peuvent pas être négligées. Plus elles sont formulées de façon claire et précise, plus elles s'imposent dans la décision de soin de la personne qui donne le consentement substitué.

Adapté de l'aide-mémoire « NIM, DMA et autres » de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2016).

Annexe III - Formulaires

Exemple de formulaire de mandat de protection, proposé dans le site Web du Curateur public du Québec

[Mon mandat de protection - Formulaire \(quebec.ca\)](#)

Extrait du formulaire « Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins », accessible dans le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

[Extrait du formulaire Directives médicales anticipées en cas d'inaptitude à consentir à des soins | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Formulaire « Niveaux de soins et réanimation cardiorespiratoire » (AH-744 DT9261 [2016-01]), accessible dans le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/OrganisationsSoins/Formulaire_NiveauxdeSoins_RCR.pdf



Bibliographie

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

APPELBAUM, P. S. (2007). «Assessment of patients' competence to consent to treatment», *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 18, p. 1834-1840.

ARSENAULT, I. (2011). «[Le refus injustifié d'un traitement vital, une question de vie ou de mort](#)», *Le Médecin du Québec*, vol. 46, n° 4, avril, p. 31-36.

ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE (ACPM) (2006). [Le consentement: guide à l'intention des médecins du Canada, mai 2006](#), révisé avril 2021.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE (AMM) (2015a). [Déclaration de Lisbonne de l'AMM sur les droits du patient](#), Réaffirmation par la 200^e Session du Conseil de l'AMM, Oslo, Norvège.

ASSOCIATION MÉDICALE MONDIALE (AMM) (2015b). [Manuel d'éthique médicale](#), 3^e éd., 138 p.

BARREAU DU QUÉBEC (2010). *Pour des soins de fin de vie respectueux des personnes*, Québec, septembre, 184 p. [Rapport].

BOIRE-LAVIGNE, A.-M. (2011). «[Désaccord sur les soins en fin de vie: sortir de l'impasse!](#)», *Le Médecin du Québec*, vol. 46, n° 4, avril, p. 37-42.

BOULET, D. (2012). «Les soins de santé pour le majeur inapte: ce que la Loi ne dit pas», dans Barreau du Québec (2012). *La protection des personnes vulnérables*, Yvon Blais/Thomson Reuters, vol. 344, p. 181-222.

BOULEUC, C., et D. POISSON (2014). «La décision médicale partagée», *Laennec*, vol. 62, n° 4, p. 4-7.

BRUSH, J. E. Jr, et J. M. BROPHY (2017). «[Sharing the process of diagnostic decision making](#)», *JAMA Internal Medicine*, vol. 177, n° 9, p. 1245-1246.

BUCHANAN, A. E., et D. W. BROCK (1989). *Deciding for others. The ethics of surrogate decision making*, Cambridge University Press, 422 p.

BURNS, J. P., et R. D. TRUOG (2016). «The DNR order after 40 years», *New England Journal of Medicine*, vol. 375, n° 6, p. 504-506.

CANADA. [Code criminel](#), L.R.C., c. C-46, 1985.

CANADA. *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982* [Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada (R.-U.)*], 1982, ch. 11.

CHARLIN, B., et collab. (2012). «Clinical reasoning processes: Unravelling complexity through graphical representation», *Medical Education*, vol. 46, n° 5, p. 454-463.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2021). [Rôle et responsabilités de l'apprenant et du superviseur](#), Montréal, septembre, 31 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2016). [Le geste suicidaire: expression systématique d'un refus de traitement? Avis du groupe de travail en éthique clinique](#), Montréal, février, 9 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2015). [La pratique médicale en soins de longue durée. Guide d'exercice](#), Montréal, avril, 67 p.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2008). [Pour des soins appropriés au début, tout au long et en fin de vie](#), Montréal, octobre, 50 p. [Rapport du groupe de travail en éthique clinique].

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. [Serment d'Hippocrate](#). [Fichier PDF].

CORPORATION DES PARAMÉDICS DU QUÉBEC (2015). *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics (PICTAP)*, Québec, 330 p.

DARMONI, S., et collab. (2014). «Les systèmes d'aide à la décision médicale», *Annales des Mines - Réalités industrielles*, novembre, p. 47-50.





- DELEURY, E., et D. GOUBAU (2014). *Le droit des personnes physiques*, 5^e éd., Yvon Blais, 1036 p.
- ELLS, C., M. R. HUNT et J. CHAMBERS-EVANS (2011). «Relational autonomy as an essential component of patient-centered care», *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, vol. 4, n^o 2, p. 79-101.
- EMANUEL, E. J. et L. L. EMANUEL (1992). «Four models of the physician-patient relationship», *JAMA*, vol. 267, n^o 16, p. 2221-2226.
- FERRON PARAYRE, A. (2016). «Reconnaître l'autonomie décisionnelle des patients ou l'(in)effectivité du consentement aux soins: un conflit entre norme juridique et norme professionnelle?», dans Régis, C., L. Khoury et R. Kouri (2016), *Les grands conflits en droit de la santé*, Yvon Blais/Thomson Reuters, p. 1-34.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC (2010). *Manuel de référence sur la protection de la jeunesse*, 926 p.
- GRISSO, T., et P. S. APPELBAUM (1998). *Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals*, New York, États-Unis, Oxford University Press, 224 p.
- HAYNES, R. B., P. J. DEVEREAUX et G. H. GUYATT (2002). «Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice», *Evidence-Based Medicine*, vol. 7, n^o 2, p. 36-38.
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (INESSS) (2016). *Les niveaux de soins: normes et standards de qualité*, Québec, 47 p.
- [INSTITUTE OF MEDICINE \(US\) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA](#) (2000). *To err is human: Building a safer health system*, National Academies Press (États-Unis), Washington, 312 p.
- JANSA, K. (2012). «[Standardizing Canadian Decision Support Systems](#)», *Journal of Health Medical Informatics*, vol. 3, n^o 3.
- KOURI, R. P., et S. PHILIPS-NOOTENS (2017). *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4^e éd., Éditions Yvon Blais, 896 p.
- KOURI, R. P., et S. PHILIPS-NOOTENS (2003). «[Le majeur inapte et le refus catégorique de soins de santé: un concept pour le moins ambigu](#)», *Revue du Barreau*, vol. 63, n^o 1, p. 1-26.
- LEMIEUX, V. (2012). *Pour qu'on se comprenne - Guide de littératie en santé*, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 61 p.
- MÉNARD, J.-P. (2002). «Mandat en prévision d'inaptitude et consentement aux soins», dans Service de la formation permanente du Barreau du Québec (2002), *Être protégé malgré soi*, Éditions Yvon Blais, p. 129-151.
- O'CONNOR, S. (2015). *Guide personnel d'aide à la décision (Ottawa)*, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa & Université d'Ottawa, Canada, 2 p.
- O'NEILL, O. (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press, 213 p.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (OCDE) et STATISTIQUE CANADA (2000). *La littératie à l'ère de l'information - Rapport final de l'enquête internationale sur la littératie des adultes*, Paris, 191 p.
- PHILIPS-NOOTENS, S., R. P. KOURI et P. LESAGE-JARJOURA (2016). *Éléments de responsabilité civile médicale - Le droit dans le quotidien de la médecine*, 4^e éd., Cowansville, Éditions Yvon Blais, 662 p.
- PHILIPS-NOOTENS, S., et P. HOTTIN (2007). «Aspects juridiques - Évaluation de l'inaptitude», dans Arcand, M., et R. Hébert (2007), *Précis pratique de gériatrie*, 3^e éd., Montréal, Edisem, 966 p.

POLARIS, J. J., et J. N. KATZ (2014). «“Appropriate” diagnostic testing: supporting diagnostics with evidence-based medicine and shared decision making», *BMC Research Notes*, vol. 7, n° 922.

QUÉBEC (2020). *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes*: L.Q. 2020, c. 11, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2014). *Loi concernant les soins de fin de vie*: RLRQ, c. S-32.0001, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2013). *Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés*: RLRQ, c. S-4.2, r. 5.01, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2003). *Règlement ministériel d'application de la Loi sur la santé publique*: RLRQ, c. S-2.2., r. 2, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2002). *Code de déontologie des médecins*: RLRQ, c. M-9, r. 17, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (2001). *Loi sur la santé publique*: RLRQ, c. S-2.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*: RLRQ, c. P-38.001, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1991). *Code civil du Québec*: L.Q., c. 64, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1991). *Loi sur les services de santé et les services sociaux*: RLRQ, c. S-4.2, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1989). *Loi sur le curateur public*: RLRQ, c. C-81, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1984). *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*: RLRQ, c. S-5, r. 5, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1977). *Loi sur la protection de la jeunesse*: RLRQ, c. P-34.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1975). *Charte des droits et libertés de la personne*: RLRQ, c. C-12, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

QUÉBEC (1964). *Loi d'interprétation*: RLRQ, c. I-16, [Québec], Éditeur officiel du Québec.

REACH, G. (2013). «Autonomie du patient et relation patient-médecin», *Médecine des Maladies Métaboliques*, vol. 7, n° 4, p. 317-323.

RICARD, L. (2013). «L'autonomie relationnelle: un nouveau fondement pour les théories de la justice», *Philosophiques*, vol. 40, n° 1, p. 139-169.

RICHARD, C., et M.-T. LUSSIER (2016). «La littératie en santé», dans Richard, C., et M.-T. Lussier (2016), *La communication professionnelle en santé*, ERPI, 824 p.

SOCIÉTÉ ROYALE DU CANADA (2011). *Prise de décisions en fin de vie*, novembre, 139 p. [Rapport du groupe d'experts de la Société royale du Canada].

STACEY, D., et collab. (2017). «Decision aids for people facing health treatment or screening decisions», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4.

TAMBLYN, R., et collab. (2003). «The medical office of the 21st century (MOXXI): effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care», *CMAJ*, vol. 169, n° 9, p. 549-556. [<http://www.cma.ca/content/169/6/549>].

VEILLEUX, A.-M. (2012). «Le constat de l'inaptitude à consentir aux soins: par qui et comment?», dans Barreau du Québec (2016), *La protection des personnes vulnérables*, vol. 344, Yvon Blais/Thomson Reuters, p. 1-34.

WALTER, J. K., et R. L. FRIEDMAN (2014). «Relational autonomy: Moving beyond the limits of isolated individualism», *Pediatrics*, vol. 133, n° S1, p. S16-23.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, avril, 176 p.

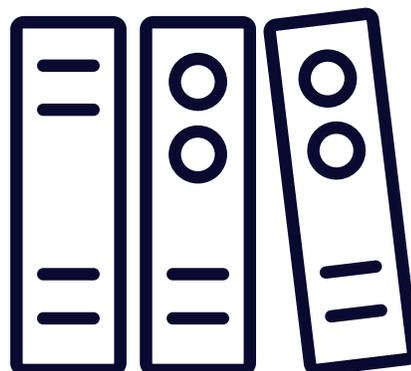


Table de la jurisprudence

B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto, [1995] 1 R.C.S. 315.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. M.B., 2014 QCCS 2866.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal c. W.L., 2014 QCCS 1864.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) c. J.B., 2017 QCCA 1638.

CSSS Alphonse Desjardins (CHAU, Hôtel-Dieu de Lévis) c. Y.L., 2011 QCCS 6021.

Cuthbertson c. Rasouli, 2013 CSC 53, [2013] RCS 341.

F.D. c. Centre universitaire de santé McGill, (Hôpital Royal-Victoria), 2015 QCCA 1139.

Hôpital Fleury du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal c. B.C., 2016 QCCS 5857.

Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G., 1994 CanLII 6105 (QC CA).

J.M. c. Hôpital Jean-Talon du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2018 QCCA 378.

Manoir de la Pointe-Bleue c. Corbeil [1992] RJQ 712.

M.G. c. Pinsonneault, 2017 QCCA 607.

Reibl c. Hughes [1980] 2 RCS 880.

Salgo v. Leland Stanford Junior University Board of Trustees [Cal App 2d 1957; 154:560-79; P.2d 1957; 317:170-82].

The Christian Medical and Dental Society of Canada v. College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2018 ONSC 579.

W.S. c. Hôpital Charles-Lemoyne, 2010 QCCA 1209.

