

# GUIDE D'INTERVENTION



## CONSENTEMENT AUX SOINS

Connaissances de base

Aptitude/Inaptitude à consentir

Demande d'ordonnance judiciaire de soins

DIRECTION DES SERVICES  
MULTIDISCIPLINAIRES  
SOUTIEN À LA PRATIQUE

FÉVRIER 2019



## RÉDACTION

### **Ce guide d'intervention sur le consentement aux soins et aux services est une initiative du :**

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSS de l'Outaouais) - Direction des services multidisciplinaires(DSM) - volet soutien à la pratique, décembre 2018.

### **Rédaction**

Chantale Duguay, M.A.P., conseillère-cadre à la Direction des services multidisciplinaires, volet soutien à la pratique, répondante du CISSS de l'Outaouais au Curateur public.

### **Correction et mise en page**

Elsie St Fleur-René, agente administrative, DSM

Sandra-Ann Rodgers, technicienne administrative, DSM

Solange Tamou, technicienne administrative, DSM

### **Un merci spécial aux personnes qui ont collaboré à la rédaction du Guide**

Dre Florina Toma, psychiatre au CISSS de l'Outaouais

M<sup>e</sup> Marie-Ève Henrichon, avocate à la DRHCAJ

M<sup>e</sup> Marie-Hélène Leblanc Bourque, avocate à la DRHCAJ

### **Un merci spécial aux personnes qui ont participé à la lecture du Guide en cours de rédaction**

Anic Landry, adjointe au directeur des services professionnels

Émilie Delisle, conseillère-cadre à la DQEPE

Sylvie Marchand, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services

### **Remerciements**

À Martine Potvin, directrice adjointe à la Direction des soins infirmiers (DSI), qui a coordonné les commentaires de l'équipe de soutien à la pratique de la DSI

À toutes les personnes des directions cliniques ou autres instances qui ont reçu la présentation du Guide en format document de travail afin de bonifier son contenu

Au CECM

Aux collègues de la DSM, volet soutien à la pratique pour leurs commentaires

**Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée :  
Centre intégré de santé et de service sociaux (CISSS) de l'Outaouais.**

ISBN 978-2-550-83652-0

### NOTES

- 1- Dans le but d'alléger le texte, le terme « **soins** » dans le sens du consentement, inclut les notions de soins médicaux et de santé (incluant l'hébergement), de services sociaux et de services de réadaptation prodigués à un usager;
- 2- Les termes : « **la personne, l'enfant et l'usager** » signifient celui ou celle qui reçoit des soins médicaux et de santé, des services sociaux et de réadaptation du CISSS de l'Outaouais;
- 3- Le terme « **intervenant** » est utilisé pour faire référence au personnel clinique impliqué dans la prestation de soins médicaux et de santé, de services sociaux et de réadaptation au CISSS de l'Outaouais, incluant les médecins, résidents, pharmaciens, dentistes, les stagiaires et les professionnels appartenant ou non à un ordre professionnel.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉDACTION.....	1
PRÉAMBULE.....	5
OBJECTIFS.....	6
CE QU'IL FAUT SAVOIR .....	7
1. <b>Cadre légal</b> .....	7
2. <b>Notions de soins</b> .....	8
Soins requis.....	8
Soins non requis.....	8
3. <b>Notions de consentement</b> .....	8
Le consentement est libre .....	8
Le consentement est éclairé.....	9
Le consentement est précis.....	9
Le consentement est révocable en tout temps et limité dans le temps.....	9
Le consentement est continu .....	9
4. <b>Formes de consentement</b> .....	9
Le consentement explicite et implicite.....	9
Le consentement des personnes mineures.....	11
Le consentement substitué .....	11
Les directives médicales anticipées (DMA) .....	12
CE QU'IL FAUT FAIRE ET COMMENT FAIRE .....	15
1. <b>Un processus d'échange avec l'utilisateur</b> .....	15
2. <b>L'aptitude à consentir ou à refuser un soin ou un service</b> .....	16
3. <b>L'évaluation/appréciation de l'aptitude à consentir aux soins et services</b> .....	17
DEMANDE D'ORDONNANCE JUDICIAIRE DE SOINS .....	21
1. <b>Notion de refus de soins</b> .....	21
2. <b>La demande d'ordonnance judiciaire de soins (DOJS)</b> .....	22
CONCLUSION .....	28
ANNEXE 1 – ALGORITHME D'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SOINS D'UN MINEUR .....	29
ANNEXE 2 – ALGORITHME D'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SOINS D'UN MAJEUR .....	30
ANNEXE 3 – CONTENU DU RAPPORT DU MÉDECIN .....	31
ANNEXE 4 – CONTENU DU RAPPORT DU PROFESSIONNEL .....	33

## ACRONYMES

<b>AMM:</b>	Aide médicale à mourir
<b>C.c.Q.:</b>	Code civil du Québec
<b>CD :</b>	Curateur délégué
<b>CHSLD :</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CIP:</b>	Collaboration interprofessionnelle
<b>CISSS de l'Outaouais:</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
<b>CP :</b>	Curateur public
<b>CTMSP:</b>	Classification par type de milieu de soins prolongés : certificat médical devant être complété pour une demande d'hébergement dans le programme SAPA
<b>DI :</b>	Déficiência intellectuelle
<b>DMA:</b>	Directives médicales anticipées
<b>DMCS:</b>	Direction médicale pour un consentement aux soins (au bureau du Curateur public)
<b>DOJS:</b>	Demande d'ordonnance judiciaire de soins
<b>DRHCAJ:</b>	Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques
<b>DSM:</b>	Direction des services multidisciplinaires
<b>DSP :</b>	Direction des services professionnels
<b>Md :</b>	Médecin
<b>MSSS:</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>NIM :</b>	Niveau d'intervention médicale
<b>OCCI:</b>	Outil de cheminement clinique informatisé
<b>RAMQ :</b>	Régie d'assurance maladie du Québec
<b>ROAE :</b>	Règlement de l'organisation et de l'administration des établissements
<b>TS :</b>	Travailleur social
<b>TSA:</b>	Trouble du spectre de l'autisme

## PRÉAMBULE

Le choix de consentir ou de refuser des soins et services est un droit fondamental de la personne et est circonscrit tant au niveau légal que déontologique. Le consentement aux soins fait l'objet, depuis la refonte du Code civil en 1991, de nombreuses dispositions très précises et très détaillées. Cela ne veut pas dire que l'application de ces règles soit toujours simple comme en fait foi la jurisprudence.

Les principes d'autonomie, d'autodétermination, de respect, de reconnaissance du pouvoir décisionnel de l'utilisateur et de son droit à l'information et à la vérité sont au cœur du processus clinique d'obtention de son consentement aux soins et services. L'inviolabilité de la personne constitue un principe de base inscrit aussi dans la Charte québécoise (*Charte des droits et libertés de la personne, art. 1*) et dans la Charte canadienne (*Charte canadienne des droits et libertés, art. 7*).

Comme le précise le Code civil, il existe dans la loi des exceptions au droit fondamental de consentir, et ce, notamment au nom du meilleur intérêt tant pour la société que pour la personne elle-même. Il est important de tenir compte du fait que la liberté des uns doit pouvoir s'aménager avec celle des autres et qu'il s'agit d'avoir un équilibre entre les droits individuels et les droits collectifs. Quelques exemples d'exceptions :

- Les maladies à traitement obligatoire où la personne doit se soumettre aux traitements pour éviter toute contagion;
- La prise de décision en situation d'urgence ; obtenir un consentement en temps utile en situation d'urgence peut s'avérer impossible;
- La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui*, communément appelée la P-38 qui balise notamment l'examen psychiatrique et la garde en établissement soit la garde préventive, la garde provisoire et la garde autorisée par un tribunal;
- Une ordonnance du tribunal venant contrer le refus catégorique ou injustifié de soins requis par l'état de santé.

Aussi, mentionnons que le niveau d'intervention médicale (NIM) est un moyen utilisé dans plusieurs installations du CISSS de l'Outaouais, notamment en milieu hospitalier, en CHSLD, en ressource d'hébergement et en soins à domicile permettant à l'utilisateur d'exprimer ses volontés quant aux soins qu'il veut recevoir ou ne pas recevoir. Le NIM est surtout un outil de communication pour les membres des équipes de soins en vue de respecter les volontés des usagers et ce faisant il se présente souvent comme un formulaire comportant une liste d'objectifs de soins selon une gradation dans leur intensité. Il ne s'agit pas d'un formulaire de consentement.

Le présent Guide ne traitera pas du NIM ni des exceptions ci-haut mentionnées sauf pour la demande d'ordonnance au tribunal qui sera traitée en dernière partie du Guide.

## OBJECTIFS

**C**e guide s'adresse à tous les professionnels (y compris les stagiaires) au sens du Code des professions (incluant les médecins, résidents en médecine, dentistes, sages-femmes) et aux intervenants non membres d'un ordre professionnel qui doivent obtenir un consentement de l'utilisateur dans le cadre de la dispensation de soins et services. Il vise à les soutenir dans l'obtention du consentement aux soins et aux services des usagers qu'ils desservent. Plus spécifiquement, il a comme objectifs de :

- Rappeler des éléments fondamentaux relatifs au consentement aux soins (ce qu'il faut savoir);
- D'identifier la démarche clinique pour évaluer/apprécier l'aptitude à consentir aux soins de l'utilisateur (ce qu'il faut faire et comment le faire);
- Préciser les étapes à suivre lors d'une demande d'ordonnance judiciaire de soins.

## CE QU'IL FAUT SAVOIR

### 1. Cadre légal

Le Code civil du Québec (C.c.Q.) est un ouvrage de référence en matière de consentement. Il stipule ceci :

**Article 4 :** « Toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils. Dans certains cas, la loi prévoit un régime de représentation ou d'assistance ».

**Article 10 :** « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ».

**Article 11 :** « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, 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. Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer ».

**Article 12 :** « Celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, 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 espère ».

**Article 15 :** « Lorsque l'inaptitude d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par 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 ».

**Article 16 :** « 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 soins, à moins qu'il ne s'agisse de soins d'hygiène ou d'un cas d'urgence. Elle est, enfin, 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 que son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit ».

**Article 17 :** « Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé ; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents ».

**Article 18 :** « Lorsque la personne est âgée de moins de 14 ans ou qu'elle est inapte à consentir, le consentement aux soins qui ne sont pas requis par son état de santé est donné par le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire, le tuteur ou le curateur ; l'autorisation du tribunal est en outre nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé ou s'ils peuvent causer des effets graves et permanents ».

**Article 23 :** « Le tribunal appelé à statuer sur une demande d'autorisation relative à des soins ou à l'aliénation d'une partie du corps prend l'avis d'experts, du titulaire de l'autorité parentale, du mandataire, du tuteur ou du curateur et du conseil de tutelle ; il peut aussi prendre l'avis de toute personne qui manifeste un intérêt particulier pour la personne concernée par la demande. Il est aussi tenu, sauf impossibilité, de recueillir l'avis de cette personne et, à moins qu'il ne s'agisse de soins requis par son état de santé, de respecter son refus. »

**Article 24 :** « *Le consentement aux soins qui ne sont pas requis par l'état de santé (...) doit être donné par écrit. (...)».*

## 2. Notions de soins

Les soins visés par le consentement sont :

« ... toutes espèces d'examens, de prélèvements, de traitements, de contention ou d'isolement, ou encore d'intervention de nature médicale, psychologique ou sociale, **requis ou non** par l'état de santé physique ou mentale d'une personne. Il couvre (...) l'hébergement en établissement de santé ou au sein d'un autre type de ressource lorsque la situation l'exige. » (Commentaires du ministre de la Justice du Québec : Code civil du Québec. Tome 1, 1993).<sup>1</sup>

### Soins requis

On entend par soin requis par l'état de santé de la personne, un soin ayant une visée thérapeutique. Un tel soin vise donc à soulager, contrer la maladie, restaurer ou maintenir les fonctions physiologiques et les capacités fonctionnelles ou assurer une fin de vie digne. Si requis, un hébergement est considéré comme un soin.

### Soins non requis

Un soin non requis par l'état de santé de la personne est défini comme un soin n'ayant pas de visée thérapeutique. En général, on parle de soins esthétiques, stérilisation, don d'organes, recherche, etc.

## 3. Notions de consentement

Consentir signifie « accepter qu'une chose se fasse »<sup>2</sup>. Consentir aux soins réfère au fait qu'un usager accepte que des soins lui soient prodigués et sous-entend qu'il puisse aussi les refuser sur la base de sa seule volonté. La reconnaissance de « l'autodétermination de l'individu » signifie reconnaître à l'usager sa capacité à décider et à agir de façon indépendante d'autrui. Il faut s'assurer du consentement aux soins et non le présumer d'emblée. L'article 10 du C.c.Q., en harmonie avec la Charte des droits de la personne, reconnaît les notions d'intégrité et d'inviolabilité comme des droits fondamentaux de la personne.

### Le consentement est libre



Un consentement libre signifie que le consentement est obtenu sans pression, menace, contrainte ou promesse de la part des personnes qui prodiguent des soins et services. L'usager, dans le cadre de sa prise de décision, ne subit aucune influence indue de la part d'autres personnes, que ce soit du médecin, de l'équipe clinique ou de soins et des membres de son entourage. « *En d'autres mots, il doit être exempt de paternalisme et d'agressivité thérapeutique, c'est-à-dire sans coercition subtile* ». <sup>3</sup>Cependant, l'équipe peut prendre toutes les mesures raisonnables pour convaincre un usager d'accepter les soins ou les services si elle les juge déterminants pour le bien-être de l'usager.

---

<sup>1</sup> Politique de gestion consentement aux soins et aux services (CSSSG, 2013)

<sup>2</sup> Dictionnaire Petit Robert 2017

<sup>3</sup> Perspectives infirmières, Psychiatrie légale (2<sup>e</sup> partie)

**Le consentement est éclairé**

Un consentement éclairé est obtenu après la transmission d'une information adéquate à l'utilisateur. L'utilisateur a obtenu de la part de l'équipe clinique toutes les informations nécessaires à la prise d'une décision réfléchie. Pour prendre la décision d'accepter ou de refuser un soin et exercer son droit de le faire en toute liberté, l'utilisateur doit être bien informé des tenants et aboutissants, des risques et des bénéfices des différentes options qui lui sont proposées y compris celle de ne rien faire.

**Le consentement est précis**

Le consentement repose notamment sur la connaissance et la compréhension par l'utilisateur des renseignements qui lui sont transmis. Il faut que l'utilisateur démontre qu'il a compris les explications qui lui ont été communiquées. Le consentement sera précis si l'utilisateur est informé, en temps utile, avec des termes correspondant à son niveau de littératie et qu'on valide la compréhension qu'il a : du diagnostic, de la nature des soins et services proposés, du but, des résultats escomptés, des avantages et des risques associés, de l'avis professionnel de l'intervenant et des conséquences dans l'hypothèse d'un refus de recevoir les soins et services proposés.

**Le consentement est révoquable en tout temps et limité dans le temps**

Le C.c.Q. est clair sur la révocabilité du consentement (art. 11). Le consentement est limité dans le temps et est révoquable, verbalement ou par écrit, en tout temps. Un utilisateur qui a donné un consentement, même écrit, peut le retirer en tout temps. Si le consentement est révoqué verbalement, l'intervenant devant obtenir le consentement doit inscrire les détails et les circonstances de cette révocation dans une note qu'il consignera au dossier.

**Le consentement est continu**

Le consentement est continu en ce sens où chaque intervenant avant de rendre une prestation de soins ou de services (évaluation, traitement, examen, etc.) doit obtenir le consentement de l'utilisateur. Aussi, il est continu, car il doit être validé et revalidé en cours d'épisode de soins et services notamment si cet épisode peut avoir dans son évolution des impacts importants sur la vie, la santé et l'autonomie de l'utilisateur. Selon chaque situation, la condition de l'utilisateur peut évoluer à tel point que le consentement initialement donné peut être remis en cause. Il est nécessaire de confirmer régulièrement l'accord de l'utilisateur à poursuivre le soin ou le service ou à recevoir un soin et un service précis avant la prestation de tout soin et service.

**4. Formes de consentement****Le consentement explicite et implicite**

Le consentement explicite (parfois nommé « exprès ») est énoncé de façon expresse et formelle, sans équivoque. Il peut être donné par écrit ou verbalement. Un consentement explicite est requis chaque fois que le soin a des chances de causer des douleurs plus que légères, qu'il comporte un risque appréciable ou qu'il va entraîner la perte d'une fonction organique.

Le consentement implicite (parfois nommé « tacite ») s'exprime davantage par un comportement et il n'est acceptable que pour procéder à des soins de base (hygiène, alimentation) ou des soins comme une prise de sang ou une prise de température. Ce consentement n'est pas exprimé en termes précis ou formels, mais il est présumé avoir été accordé en raison de la réaction de l'utilisateur qui collabore volontairement aux soins (relève sa manche pour une prise de sang, ouvre la bouche pour manger, tend le bras pour prendre sa tension artérielle, etc.).

### **Le consentement écrit ou verbal**



Le C.c.Q. (art. 24) exige que le consentement aux soins non requis soit donné par écrit. Toutefois, il reste muet sur cette obligation à l'égard du consentement aux soins requis (art. 11). Cependant, dans le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*<sup>4</sup> (ROAE), l'exigence d'un consentement aux soins écrit a été étendue, en raison des risques de préjudices associés à certaines interventions telles que :

- La chirurgie;
- L'anesthésie;
- La prise de l'image de l'utilisateur.

L'article 52.1 du ROAE mentionne que le document signé en vertu 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 ».

La *Loi concernant les soins de fin de vie* (Loi 2)<sup>5</sup> impose également un consentement écrit au moyen d'un formulaire prescrit par le ministère pour :

- La sédation palliative continue (art. 24);
- L'aide médicale à mourir (art. 26, al.2).

En dehors des situations ci-haut mentionnées, un consentement écrit n'est pas nécessaire pour être légal. Il peut être souhaitable d'obtenir un consentement écrit pour des soins et services particuliers et selon leur nature. Le consentement écrit ne dispense toutefois pas l'intervenant d'expliquer le soin et de donner toute l'information appropriée et d'en valider la compréhension par l'utilisateur. Le formulaire de consentement ne doit pas être confondu avec le consentement lui-même. La signature sur un formulaire témoigne de l'accord survenu entre l'intervenant et l'utilisateur, elle ne démontre pas la qualité du consentement obtenu, la pertinence et le contenu des échanges. La note au dossier est d'autant plus importante pour rendre compte du processus décisionnel ayant conduit à un consentement aux soins. Un consentement verbal explicite est dans la plupart des cas suffisant. Cependant, en cas de doute, il est préférable d'obtenir un consentement écrit. Le consentement écrit constitue la forme la plus probante d'un consentement explicite.

---

<sup>4</sup>Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements, article 52.1

<sup>5</sup> Chapitre S-32,0001 Loi concernant les soins de fin de vie.

Dans le cas d'un consentement écrit, si l'utilisateur éprouve une incapacité physique ou est analphabète et qu'il n'est pas en mesure de signer, il est nécessaire qu'il appose un signe de son choix, par exemple une croix ou un crochet, et ce, en présence de deux témoins qui signent à leur tour afin d'attester de la signature du consentement par l'utilisateur. Une note au dossier est dans ce cas obligatoire et est faite en précisant la raison pour laquelle l'utilisateur ne peut signer.

### **Le consentement des personnes mineures**

Au Québec, la règle du consentement aux soins pour les mineurs est basée non pas sur le concept du mineur mature comme dans le common law du Canada, mais sur celui de l'âge. La participation du mineur à la décision qui le concerne est toujours souhaitable, qu'il ait ou non le droit de décider.

#### **Concernant l'enfant de moins de 14 ans**



En règle générale, lorsqu'un intervenant intervient auprès d'un enfant âgé de moins de 14 ans, il voit à obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur. Bien que l'autorisation des deux parents soit ordinairement requise pour dispenser des services professionnels à un mineur âgé de moins de 14 ans, en pratique, le père ou la mère qui consent est présumé agir avec l'accord de l'autre. L'intervenant a la responsabilité d'informer le parent demandeur que celui-ci doit informer l'autre parent. Par ailleurs, si l'intervenant a des raisons de croire (contexte familial tendu, opinions différentes des parents, conflits entre les parents, enjeu de garde de l'enfant, etc.) que l'un des parents s'opposerait à la demande de soin ou service, il doit expliquer au parent demandeur les conséquences éventuelles à la poursuite du suivi et tenter d'obtenir dans la mesure du possible, le consentement de cet autre parent. Il est important de bien documenter au dossier de l'enfant, ces diverses démarches. Le consentement d'un seul des parents peut être suffisant pour prodiguer le soin ou service, et ce, malgré le refus de l'autre parent, s'il est dans le meilleur intérêt du mineur. Dans un tel cas, le parent qui refuse doit prendre un recours devant les tribunaux, le cas échéant pour faire cesser les soins ou services. Dans les situations très litigieuses, l'intervenant doit en parler à son gestionnaire qui consultera la conseillère-cadre de la DSM assignée à sa direction.

#### **Concernant l'enfant de 14 ans et plus**



Le mineur 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 fait. Le mineur de 14 ans et plus peut également consentir à des soins non requis (ex. : contraception) sauf si ces soins présentent des risques sérieux pour sa santé auquel cas le consentement du tribunal est requis.

### **Le consentement substitué**

L'article 4 du C.c.Q. reconnaît que dans certaines situations, l'utilisateur a besoin d'être représenté. **Si, et seulement si il est inapte à consentir et n'oppose pas un refus catégorique**, il est nécessaire de recourir à une personne autorisée par la loi et de demander un consentement substitué. Lorsque l'utilisateur est inapte à consentir à ses soins ou est incapable de donner son consentement en temps utile, il faut avoir recours à une tierce personne qui consentira à sa place. La demande de consentement substitué débute seulement une fois que le professionnel a apprécié ou évalué de manière rigoureuse l'aptitude à consentir de l'utilisateur.

Le consentement substitué fait l'objet de règles très précises, dont celle qui veut que la personne qui consent à des soins et services pour autrui ou qui les refuse soit tenue d'agir dans le seul intérêt de cet usager en respectant, dans la mesure du possible, les volontés que ce dernier a pu exprimer (art. 12 du C.c.Q.). C'est dire l'importance accordée au principe d'autodétermination de la personne.

L'article 15 du C.c.Q. désigne un ordre prioritaire des personnes qui sont autorisées à consentir pour l'utilisateur majeur. La demande de consentement substitué doit respecter l'ordre hiérarchique suivant : le représentant légal (tuteur, curateur, mandataire), le conjoint (marié ou conjoint de fait), le proche parent ou une autre personne qui démontre pour l'utilisateur un intérêt particulier. En présence d'un représentant légal (privé ou public), c'est donc la première instance à être sollicitée pour donner un consentement substitué.

Lorsque l'utilisateur est représenté légalement par le Curateur public (CP) et qu'il ne refuse pas catégoriquement un soin, auquel cas le consentement devra être obtenu d'un tribunal, le consentement doit être obtenu auprès du CP de la façon suivante :

Pour un consentement à un soin, le formulaire « *Demande de consentement à un soin* » doit être rempli (disponible en ligne au [www.curateur.gouv.qc.ca](http://www.curateur.gouv.qc.ca) dans la section RSSS-formulaire) et être acheminé à la direction médicale du consentement aux soins (DMCS) au CP soit par numérisation ou par télécopieur.

À titre d'information, la DMCS traite aussi d'autres types de demandes notamment les demandes d'accès au dossier de l'utilisateur, les niveaux de soins proposés, les mesures de contrôle, le don d'organes et de tissus et l'autopsie.

Pour un consentement à un hébergement, le formulaire « *Consentement à l'hébergement* » doit être rempli (disponible en ligne au [www.curateur.gouv.qc.ca](http://www.curateur.gouv.qc.ca) dans la section RSSS-formulaire) et être acheminé à la Curatrice déléguée (CD), soit par numérisation ou par télécopieur. Il est important de joindre à la demande les documents nécessaires au traitement de celle-ci (ex. : L'OCCI, le formulaire CTMSP, etc.). Le formulaire est requis à chaque fois que l'on propose un hébergement à la personne dans un milieu qui offre, sur place, de la supervision, des soins ou des services de nature médicale, psychologique ou sociale. Lors d'un déplacement d'une ressource d'hébergement à une autre, le consentement du CP est également requis.

Le CP peut donner un consentement pour un usager qui n'est pas représenté légalement par lui, mais qui est totalement isolé, n'a aucun proche ou personne qui peut présenter un intérêt pour lui. Cette demande doit être adressée à la Direction médicale du Curateur public. Ces situations exceptionnelles exigent certainement du professionnel d'évaluer la pertinence de demander l'ouverture d'un régime de protection.

### **Les directives médicales anticipées (DMA)**

Les directives médicales anticipées découlent de la *Loi concernant les soins de fin de vie* et ont par conséquent une portée légale. Le but est de permettre à une personne majeure et apte à consentir de faire connaître ses volontés quant aux soins médicaux qu'elle souhaiterait advenant son incapacité à les exprimer et de faire en sorte que ses volontés soient effectives.

Le législateur a voulu ainsi prolonger l'autonomie des personnes aptes et favoriser la communication de leurs volontés quant aux soins qu'ils reçoivent. La *Loi 2* limite toutefois le champ d'application de ces directives : les décisions de la personne ne portent que sur cinq soins précis :

- Réanimation cardiorespiratoire;
- Ventilation assistée par respirateur ou autre matériel d'assistance technique;
- Dialyse rénale;
- Alimentation forcée ou artificielle;
- Hydratation forcée ou artificielle.



La personne qui a rédigé des DMA est présumée avoir obtenu l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée au moment de leur émission.<sup>6</sup> La personne peut indiquer ses DMA par acte notarié ou devant témoins au moyen du formulaire prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À la demande de la personne qui les donne, elles sont versées au registre des DMA<sup>7</sup>, logé à la RAMQ. La personne peut aussi en conserver une copie pour utilisation au moment opportun. 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 inapte.

## IMPORTANT

- 1- Le CISSS de l'Outaouais a adopté plusieurs documents relatifs à l'application de la Loi concernant les soins de fin de vie : la politique P-001 et les procédures PRO-038, PRO-039 et PRO-040;
- 2- Si un usager devient inapte et qu'il se retrouve en situation clinique qui correspond aux critères d'application des DMA, la personne autorisée vérifie l'existence ou non de DMA au registre de la RAMQ si celles-ci ne sont pas déjà au dossier (<http://www.ramq.gouv.qc.ca/sel>);
- 3- La Loi confère aux DMA la même force que le consentement ou le refus d'un usager apte à consentir aux soins;
- 4- Les volontés exprimées dans les DMA ont préséance sur les volontés exprimées dans un mandat de protection ou toutes autres formes d'expressions écrites des volontés de la personne de même que les volontés des proches;
- 5- Dans le cas de contestation de la famille ou d'un tuteur, seul un tribunal peut invalider des DMA.

---

<sup>6</sup>Chapitre S-32,0001 Loi concernant les soins de fin de vie, article 59

<sup>7</sup> Idem, article 52 et 63

EN RÉSUMÉ CONSENTEMENT (UN DROIT FONDAMENTAL)

Soins requis  
Visée  
thérapeutique :  
soulager, restaurer,  
guérir, maintenir...

Soins NON requis  
Esthétique,  
stérilisation, dons  
d'organes...

- Le consentement est libre, éclairé, précis, révoquant en tout temps, limité dans le temps et continu;
- Sans pression, menace ou contrainte;
- Informations comprises par l'utilisateur sur diagnostic, nature du soin, but, résultats escomptés, avantages, risques, avis professionnel de l'intervenant, conséquence d'un refus.

Consentement ÉCRIT  
obligatoire

Consentement ÉCRIT obligatoire pour :

- ✓ Chirurgie
- ✓ Anesthésie
- ✓ Prise de l'image de l'utilisateur
- ✓ Sédation palliative
- ✓ Aide médicale à mourir
- Est souhaitable dans plusieurs autres situations selon le jugement clinique;
- Ne remplace jamais l'obligation d'information et de dialogue entre l'intervenant et l'utilisateur;
- En cas d'incapacité d'écrire, l'utilisateur fait un X ou autre signe en présence de deux témoins qui attestent de la signature de l'utilisateur (et non de sa capacité à consentir).

Consentement aux soins substitué

- Pour l'enfant de moins de 14 ans : est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur;
  - Pour l'utilisateur majeur inapte à consentir au soin proposé ou incapable de donner son consentement en temps utile et n'oppose pas de refus catégorique;
  - Pour le majeur inapte, l'ordre hiérarchique suivant est respecté : le représentant légal (tuteur, curateur, mandataire), le conjoint (marié ou conjoint de fait), le proche parent ou une autre personne qui démontre pour la personne un intérêt particulier.
- Usager représenté par le Curateur public :** Remplir le formulaire disponible en ligne sur le site du Curateur :
- Pour un soin médical, acheminer le formulaire à la Direction médicale du consentement aux soins du CP;
  - Pour une demande d'hébergement, acheminer le formulaire ainsi que les évaluations (OCCI, CTMSP, etc.) au curateur délégué.

## CE QU'IL FAUT FAIRE ET COMMENT FAIRE

### 1. Un processus d'échange avec l'utilisateur

À partir du moment où dans sa démarche clinique, l'intervenant envisage de proposer un soin ou un service, un dialogue s'engage avec l'utilisateur pour bien circonscrire les soins ou les services proposés. Ce dialogue implique non seulement l'échange et le partage d'informations, mais une réelle discussion qui tient compte des valeurs, des croyances, des attentes, du projet de vie et des préférences de l'utilisateur afin de lui permettre de faire un choix éclairé.



La communication est l'action de transmettre un message à l'aide de paroles, de gestes, de signes, du ton de voix. Différents facteurs influencent la communication avec l'utilisateur, notamment : le lieu de la discussion, les conditions cliniques de l'utilisateur, les personnes présentes, le choix des mots, le ton, les préoccupations, les peurs, les incertitudes de l'utilisateur et la qualité de l'environnement. Il est important de porter une attention particulière aux possibles barrières à la communication : barrières linguistiques ou culturelles, présence d'atteintes neurologiques ou de douleur chez l'utilisateur, l'utilisation d'un langage trop technique par le professionnel, le manque de temps, la médication qui peut entraver les facultés cognitives de l'utilisateur et l'inadaptation du niveau de langage. La capacité d'un utilisateur à pouvoir consentir ou refuser un soin qui lui est proposé peut s'avérer limitée pour celui ayant des compétences réduites en littératie.

« La littératie intègre la façon dont les personnes traitent, comprennent, utilisent et échangent les informations qui leur sont destinées »<sup>8</sup>. « Le langage utilisé en santé est complexe et opaque, ce qui peut rendre difficiles les communications entre le personnel médical et les usagers »<sup>9</sup>.

En conséquence, particulièrement auprès des personnes présentant une DI ou un TSA et celles dont les capacités cognitives et mentales sont affectées, il s'avère essentiel de s'assurer que l'information transmise soit accessible et facile à comprendre (ex : l'utilisation d'images, de mots simples, de phrases courtes, etc.) Laisser du temps à la personne pour répondre. L'information doit être objective, concise, adaptée et dosée. Dans le cadre d'un consentement éclairé, l'obligation du professionnel n'est pas seulement de transmettre l'information ; il a également le devoir de vérifier si l'utilisateur a compris les informations fournies. L'intervenant peut utiliser différentes modalités pour aider la compréhension de l'utilisateur : brochures d'informations, dépliants, vidéos, sites WEB, etc. Ces outils ne doivent cependant en aucun cas remplacer le dialogue avec l'utilisateur.



De façon générale, l'information transmise à l'utilisateur porte sur :

- Le diagnostic ou la nature de la maladie dont il est atteint;
- La nature et l'objectif des interventions et pourquoi ces interventions sont retenues plutôt que d'autres;
- Les risques prévisibles, probables des interventions;
- Les résultats escomptés, dont les chances de réussite, mais aussi les impacts sur la vie de l'utilisateur;
- Les autres choix possibles : la nature, les risques, les bénéfices, les conséquences d'un refus.

<sup>8</sup> Guide de rédaction pour une information accessible, Ruel, Kassi, Moreau, Mbida-Mballa, 2011, p.1

<sup>9</sup> Usages sociaux de la littératie et compétences à développer pour devenir un environnement plus inclusif, Ruel, Moreau, Alarie, 2015, p.8

Le dialogue avec l'utilisateur doit permettre de répondre à ses questions, d'entendre ses inquiétudes de façon honnête et raisonnable. La notion de consentement aux soins réfère à un *processus décisionnel continu*. La décision finale revient à l'utilisateur puisqu'il donne ou refuse son consentement au soin proposé, mais le rôle de l'intervenant concerné est d'accompagner l'utilisateur pour que sa décision soit éclairée et ait du sens pour lui. Le raisonnement clinique demeure au centre de ce processus décisionnel.

L'utilisateur doit avoir l'opportunité de poser des questions. Une bonne façon de s'en assurer est de lui demander : **avez-vous des questions ?** Allez au-delà de la réponse habituelle, **NON**.

Il est aidant pour valider si le consentement de l'utilisateur est éclairé, de poser la question suivante :

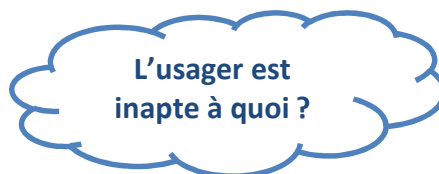
**Pouvez-vous me dire ce que vous avez compris de ce que je vous ai expliqué ?**

L'utilisateur peut être gêné, dérouté, avoir de la difficulté à formuler ses questions.

**AIDEZ-LE.**

## 2. L'aptitude à consentir ou à refuser un soin ou un service

Même si toute personne est présumée apte à consentir aux soins et aux services, il peut arriver que les intervenants aient un doute sur l'aptitude de l'utilisateur à consentir. La première question à se poser est :



Deux endroits distincts dans le C.c.Q. parlent de la question de l'inaptitude.

- À prendre soin de lui-même et à administrer ses biens : articles 258, 281, 285;
- À consentir aux soins : articles énumérés en première partie de ce document.

La notion d'inaptitude à consentir doit être distinguée de la notion d'incapacité juridique, qui a une finalité de protection et qui concerne l'exercice des droits civils et pour laquelle un régime de protection peut être ouvert ou un mandat de protection homologué.

L'article 258 du C.c.Q. précise :

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

Inaptitude à consentir à un soin et incapacité juridique ne vont pas toujours de pair. L'inaptitude est un état de fait qui peut exister indépendamment d'un régime de protection. **Inversement, un usager sous régime de protection ou représenté par un mandataire peut être apte à consentir à certains soins et services.** Le niveau d'aptitude à consentir pour un soin peut différer selon la nature de ce dernier. Dès lors, l'évaluation ou l'appréciation clinique de l'aptitude à consentir à un soin d'un usager, qui peut par ailleurs être inapte juridiquement à gérer sa personne et ses biens, doit être faite selon une démarche clinique ciblée et individualisée pour chaque soin ou service proposé.

### 3. L'évaluation/appréciation de l'aptitude à consentir aux soins et services



L'aptitude d'un usager à consentir implique qu'il soit à même de recevoir et de comprendre les informations relatives au soin ou à l'intervention proposée, qu'il soit capable, minimalement de raisonner, d'évaluer les conséquences de ses choix dans une situation donnée et qu'il soit capable, dans ses mots de les exprimer. Dans le cadre de l'évaluation de la capacité à consentir, une compréhension même limitée peut être acceptable.

L'évaluation ou l'appréciation de l'aptitude d'un usager à consentir aux soins et aux services ne s'improvise pas et doit être effectuée avec rigueur chaque fois qu'un soin est proposé à l'utilisateur. Le niveau d'aptitude requis pour consentir à un soin ou le refuser peut différer selon la nature du soin et en fonction d'autres facteurs, entre autres des risques encourus.

Voici quelques éléments qui soutiennent l'analyse clinique de la capacité ou non de l'utilisateur à donner un consentement aux soins :

#### 1- Critères de la Nouvelle-Écosse

C'est davantage la jurisprudence qui a amené certains critères à être utilisés pour soutenir le processus clinique dans l'évaluation et l'appréciation de l'aptitude à consentir d'une personne. Depuis 1994, les critères dits de la Nouvelle-Écosse, centrés sur la capacité de compréhension de l'utilisateur, servent régulièrement de guide à l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins. Les cinq questions à se poser sont les suivantes :

- La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- La personne saisit-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?
- La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?
- La capacité de comprendre de la personne, elle-même, est-elle affectée par la maladie ?

#### 2- Habiletés cognitives

L'évaluation de l'aptitude doit aller au-delà des cinq dernières questions et doit aussi tenir compte des autres habiletés cognitives de l'utilisateur, soit sa :

- Capacité à comprendre et s'appropriier les informations reçues sur l'ensemble des options et de faire preuve d'autocritique;
- Capacité à apprécier la signification de l'information dans le contexte de sa situation;
- Capacité à raisonner et à évaluer les conséquences de ses choix, comparer les risques et les bénéfices de chacune des options discutées;
- Capacité à communiquer dans ses mots un choix cohérent et constant dans le temps.

### 3- Analyse clinique en collaboration interprofessionnelle (CIP)

#### Une évaluation faite par qui et comment ?

Avant tout, précisons qu'il est de la responsabilité de l'intervenant qui donne un soin ou un service clinique de s'assurer que l'utilisateur consent au traitement ou à l'intervention proposée. C'est cet intervenant qui a les connaissances nécessaires pour fournir les informations appropriées et répondre aux questions de l'utilisateur. Par ailleurs, l'évaluation doit être effectuée avec objectivité et requiert souvent l'implication d'autres intervenants. « L'appréciation de la capacité d'un majeur à donner ou à refuser son consentement à un soin qui lui est proposé est une obligation qui incombe à tout intervenant qui dispense des soins. En clinique, ce constat de l'incapacité est souvent le résultat d'une démarche interdisciplinaire et il n'est pas réservé au médecin »<sup>10</sup>.

Pour favoriser la collaboration interprofessionnelle dans l'évaluation/appréciation de l'aptitude à consentir de l'utilisateur, des questions et des éléments cliniques sont proposés :

#### Questions suggérées à l'équipe clinique :

- 👍 Quels sont les besoins de l'utilisateur ?
- 👍 Quelle est l'opinion de l'utilisateur et de ses proches quant aux soins proposés ?
- 👍 Quelles sont les options possibles, y compris de ne rien faire, et de quelles façons celles-ci sont-elles présentées à l'utilisateur (et à ses proches) ?
- 👍 Quelles ont été les interventions réalisées dans le but d'expliquer à l'utilisateur et à ses proches les conséquences/bénéfices :
  - ✓ À recevoir le soin ?
  - ✓ À refuser le soin ?
- 👍 Quelles ont été les interventions favorisant l'obtention du consentement de l'utilisateur ?

#### Éléments à documenter :

- 👍 Est-ce que le jugement de l'utilisateur face à ses besoins, à son état, est altéré ?
- 👍 Est-ce que l'utilisateur minimise les problèmes ?
- 👍 Est-ce que l'utilisateur attribue ses problèmes à des facteurs externes ?
- 👍 Est-ce que l'utilisateur minimise les conséquences fonctionnelles de ses déficits ?

#### Questions pouvant être posées à l'utilisateur pour déterminer sa compréhension, son jugement, son autocritique :

- 👍 Que comprenez-vous de ce qui vous arrive ?
- 👍 Comprenez-vous l'évolution de votre maladie, de votre situation ? Pouvez-vous m'en parler ?
- 👍 Que souhaitez-vous ?
- 👍 Quelles sont vos attentes à l'endroit des professionnels ? À l'égard des soins ? À l'égard des services ?
- 👍 Comprenez-vous les interventions possibles ? Le but des interventions ? Leurs limites ? Pouvez-vous m'en parler ?
- 👍 Avez-vous des peurs ou des inquiétudes face à cette situation ?
- 👍 Avez-vous des questions sur les interventions possibles ?
- 👍 Quelles sont vos attentes face aux interventions ?

---

<sup>10</sup>Veilleux, A-M, 2012 : 33

#### 4- L'appréciation de l'inaptitude par le travailleur social (TS)

L'expertise du travailleur social est incontournable lorsqu'il s'agit d'apprécier le degré de l'inaptitude d'un usager. Le TS doit réaliser l'évaluation en conformité avec l'approche propre à sa profession. Il situe le majeur dans son environnement et base son analyse sur des données significatives et des observations recueillies auprès de la personne concernée, ses proches et les membres de son équipe. L'appréciation de l'inaptitude de la personne par le TS permet de documenter en quoi la condition, la maladie ou les manifestations observées ont une incidence sur le fonctionnement de la personne en lien avec son environnement. Il s'agit d'analyser dans un premier temps l'impact et les répercussions concrètes sur le fonctionnement habituel de la personne. Dans l'appréciation de l'inaptitude, le TS peut s'inspirer entre autres des travaux de Daniel Geneau, neuropsychologue au Service de psychogériatrie de Montréal. Geneau (2005) propose la démarche d'évaluation de l'inaptitude qui divise l'évaluation en quatre composantes : fonctionnelle, causale, systémique et décisionnelle.<sup>11</sup> Chacune de ces composantes permet au TS d'apprécier l'inaptitude chez la personne qu'il évalue.

#### 5- Refus du soin ou du service

Si l'usager, au terme de l'évaluation, est considéré apte à consentir et refuse les soins, il est important :

- D'accueillir ce refus avec respect et considération;
- De réitérer les motifs conduisant à l'offre de soins et les risques encourus à refuser;
- D'accorder un temps de réflexion;
- Dès qu'il est déterminé que l'usager comprend et assume les conséquences liées à son refus de recevoir le soin, le professionnel doit respecter ce refus.



### IMPORTANT

- 1- L'aptitude d'un usager à consentir à des soins ou services peut varier dans le temps, particulièrement s'il présente un problème de santé mentale. Aussi, son aptitude à consentir peut varier selon la gravité de son état ou l'importance du traitement que nécessite son état de santé;
- 2- Un diagnostic n'est pas l'élément déterminant de l'inaptitude à consentir;
- 3- Même une compréhension limitée d'un usager doit être tenue en compte;
- 4- Être en désaccord avec le choix de l'usager de refuser un soin ne doit pas influencer l'évaluation objective de son aptitude;
- 5- La capacité de l'usager à consentir est présumée d'emblée et le fardeau de démontrer son inaptitude incombe à l'intervenant qui prodigue le soin ou service et qui invoque l'inaptitude de l'usager à consentir;
- 6- L'évaluation ou l'appréciation de l'aptitude à consentir pour un soin ou un service proposé à un usager revient à l'intervenant qui propose le soin en question.

<sup>11</sup>Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, Guide de pratique sur l'évaluation psychosociale dans le contexte des régimes de protection, du mandat donné en prévision de l'inaptitude et des autres mesures de protection au majeur-2011

**EN RÉSUMÉ CE QU'IL FAUT FAIRE ET COMMENT FAIRE****Principes de base :**

- Toute personne est inviolable;
- Toute personne peut accepter ou refuser les soins et services qui lui sont offerts;
- Toute personne est présumée APTE à consentir même celle qui est représentée légalement.

**1- Un processus d'échange avec l'utilisateur**

- Avoir une réelle discussion: qui met l'accent sur les valeurs, croyances, projets de vie, attentes, préférences de l'utilisateur et ses émotions vis-à-vis la décision à prendre;
- Ce qui influence cette discussion : l'environnement, le choix des mots, le ton, les préoccupations-peurs-incertitudes de l'utilisateur, la condition clinique de l'utilisateur, les personnes présentes;
- Attention aux barrières à la communication : mots trop techniques, atteintes neurologiques, douleur, manque de temps, médication, inadaptation du vocabulaire, etc.;
- **Il ne suffit pas de transmettre de l'information : il faut s'assurer de valider la compréhension de l'utilisateur.**

**2- L'aptitude à consentir ou refuser un soin : l'utilisateur est inapte à quoi ?**

- À prendre soin de lui et de ses biens, ce qui conduit à explorer une mesure de protection et qui contraint l'utilisateur dans l'exercice de ses droits civils ?
- OU**
- À consentir à un soin ou un service ce qui conduit ultimement à une demande d'ordonnance judiciaire de soins ?
- S'assurer que la démarche entreprise est la bonne?

**3- Évaluation\appréciation de l'aptitude à consentir à un soin ou à un service**

- 1- Critères de la Nouvelle-Écosse : 5 questions;
- 2- Autres habiletés cognitives : 4 éléments;
- 3- Analyse clinique en collaboration interprofessionnelle : questions à se poser en équipe, éléments à documenter, questions pouvant être posées à l'utilisateur;
- 4- Appréciation de l'inaptitude par le travailleur social : 4 composantes (Geneau);
- 5- Le refus de soin ou service de l'utilisateur apte à consentir : écouter et accueillir l'utilisateur dans cette décision.

## DEMANDE D'ORDONNANCE JUDICIAIRE DE SOINS

**E**n vertu du C.c.Q. article 16, l'autorisation du tribunal (Cour supérieure) est nécessaire afin de prodiguer des soins à une personne, et ce, **contre son gré**, dans les circonstances suivantes :

- Si le majeur inapte à consentir *refuse catégoriquement* de recevoir les soins, à moins qu'il ne s'agisse d'un cas d'urgence et qu'il soit impossible de joindre la personne autorisée à donner le consentement ou à refuser le soin ou encore pour des soins d'hygiène;
- 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;
- Dans le cas d'un mineur âgé de 14 ans et plus qui refuse des soins, à moins qu'il n'y ait urgence ou que sa vie ne soit en danger ou que son intégrité menacée, auquel cas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur suffit.

### 1. Notion de refus de soins

Le refus de soins est au cœur des dispositions du C.c.Q. portant sur les soins. Qui peut consentir peut conséquemment refuser. Le C.c.Q. traite du consentement et du refus de soins par l'usager ou ses proches, selon que les soins sont médicalement requis ou non et selon que l'usager est apte ou inapte (articles 10 à 25). De façon générale, le refus de soins émis par l'adulte apte à consentir doit être respecté. Le premier devoir de l'intervenant dans cette circonstance est d'évaluer que le refus de l'usager est valide. Le refus à un soin doit répondre aux mêmes critères de validité que le consentement à un soin. Il doit par conséquent être donné par un usager apte et il doit être libre et éclairé. L'évaluation de l'aptitude à refuser un soin ou un service repose sur les mêmes composantes que l'évaluation de l'aptitude à consentir.

**Le refus catégorique :** Le refus catégorique fait référence à l'opposition de l'usager inapte à consentir aux soins proposés, et ce, malgré le cas échéant, l'autorisation de son représentant légal/conjoint/proche. Le refus est considéré catégorique lorsqu'il est répété, exprimé de manière continue et constante dans le temps. Le refus catégorique peut parfois être démontré de manière stratégique. La Cour supérieure et la Cour d'appel du Québec ont établi :

*Que dans le cas d'une personne qui accepte de façon stratégique la médication (ex. : afin d'obtenir son congé de l'hôpital) ou qui accepte partiellement le traitement (non thérapeutique) ou qui démontre une ambivalence marquée face au traitement (elle accepte le traitement un jour, le lendemain elle refuse, le surlendemain c'est « peut-être » et ainsi de suite) elle exprime tout de même un refus catégorique au sens de la loi. Cette ambivalence doit être par contre prolongée dans le temps ou soutenue par l'historique de la personne.<sup>12</sup>*

Lorsque l'usager est inapte à consentir et qu'il n'oppose pas un refus catégorique, un consentement substitué est requis et dans ce cas le recours au tribunal n'est pas nécessaire puisqu'un consentement substitué a été obtenu. Dans certains cas, la personne responsable de donner un consentement substitué refuse le soin ou le service de façon injustifiée.

---

<sup>12</sup> QCCS-6021, 2011

**Le refus injustifié :** Le refus injustifié fait référence au fait que la personne qui doit consentir pour l'usager inapte refuse des soins requis par l'état de santé de ce dernier et ce refus va à l'encontre du meilleur intérêt de l'usager. Le refus dit « injustifié » concerne le refus émis par le représentant légal/conjoint/proche de l'usager inapte. Dans ce cas, le recours au tribunal est requis pour prodiguer le soin.

## 2. La demande d'ordonnance judiciaire de soins (DOJS)

### 1<sup>re</sup> étape : démarches cliniques préalables

L'analyse clinique préalable à toutes démarches de demande d'ordonnance judiciaire de soins est réalisée avec le soutien du superviseur clinique, du supérieur immédiat et de la conseillère-cadre de la DSM assignée à la direction concernée. Les intervenants de l'équipe doivent envisager d'autres scénarios possibles de dispensation de soins. Tout doit être exploré et mis en œuvre auprès de la personne avant de procéder à une demande d'ordonnance judiciaire de soins afin d'y recourir de façon exceptionnelle. Le médecin ou psychiatre peut s'adresser au besoin à la Direction des services professionnels (DSP), volet soutien à la pratique. **Pour les demandes d'ordonnance judiciaire visant un hébergement, l'intervenant doit obtenir préalablement l'autorisation de son supérieur immédiat et une fois obtenue doit communiquer avec les personnes ressources de la DSM responsables des services aux personnes majeures inaptes.**

Après avoir évalué et démontré l'inaptitude à consentir ou à refuser de l'usager, l'équipe doit démontrer et documenter :

- Le refus catégorique de l'usager ou le refus injustifié de son représentant;
- Les soins qu'on veut imposer sont-ils bénéfiques ? Sont-ils opportuns ?
- Les effets bénéfiques des soins dépassent-ils les effets néfastes ?
- Les risques sont-ils proportionnels aux bienfaits ?
- L'intérêt de l'usager est-il d'être contraint à un soin ?
- L'application d'une éventuelle ordonnance de soins est-elle simple ? Complexe ?

Au tribunal, le juge posera plusieurs questions concrètes concernant les autres démarches de soins ou de services qui ont été tentées auprès de la personne avant qu'une demande d'ordonnance judiciaire soit faite. Il est primordial que la démarche faite par les différents intervenants aux fins de leur rapport tienne compte de l'avis de l'usager et des motifs pour lesquels cet avis ne peut pas être retenu. Voici quelques éléments cliniques qu'il est important, selon le cas, de rechercher, d'écouter et surtout, de documenter au dossier de l'usager :

- Connaître l'histoire de vie de l'usager : ses valeurs, croyances, mode de vie, etc.;
- Préciser le risque et en faire part à l'usager;
- Être attentif à l'expression du refus qui démontre souvent la compréhension de l'usager;
- Demander à l'usager de définir les conséquences de son refus et comment il va les assumer;
- Être attentif aux mots que l'usager utilise pour décrire sa situation, sa gravité ou sa non-gravité;
- Écouter les explications de l'usager, des facteurs externes sont-ils invoqués pour expliquer ses limites;
- Confronter l'usager.

### 2<sup>e</sup> étape : procéder à la demande d'ordonnance judiciaire de soins

Au terme de l'analyse clinique (incluant les consultations requises), il peut être décidé de procéder au dépôt d'une demande en Cour supérieure pour autoriser le soin en question.



## IMPORTANT

Notons que dans ce processus judiciaire, le DEMANDEUR au sens du tribunal est l'établissement soit, le CISSS de l'Outaouais. Le DÉFENDEUR est l'utilisateur ou son représentant. À ce titre, ce dernier a le droit de se représenter lui-même ou d'être représenté et l'intervenant qui initie la demande doit l'en informer. Il est aussi nécessaire de fournir les coordonnées d'un proche parent ou d'une personne démontrant un intérêt pour l'utilisateur avec qui l'avocat de la DRHCAJ pourrait devoir communiquer.

À titre d'information, voici les coordonnées de :

L'aide juridique : (819) 772-3011

Barreau de l'Outaouais : 1-844-954-3411

### Demande en ordonnance judiciaire pour des soins médicaux ou pharmacologiques :

1. De manière générale, la demande d'ordonnance judiciaire pour des soins médicaux ou pharmacologiques sera initiée par le médecin;
2. Le médecin communique avec l'avocat de la DRHCAJ et valide selon l'analyse clinique, la poursuite de la démarche pour un dépôt d'une demande à la Cour supérieure;
3. L'avocat détermine les éléments que le médecin devra documenter dans son rapport en soutien à la requête (voir annexe 3) et décide si d'autres intervenants doivent préparer un rapport pour appuyer la demande;
4. Le médecin achemine à l'avocat son rapport qui sera joint à la demande;
5. Le médecin informe l'utilisateur et le proche de la demande et de son droit d'être représenté.



L'avocat avise le médecin des dates probables de comparution, et ce, en fonction des disponibilités de la Cour. Bien que le médecin soit généralement un psychiatre, il peut parfois s'agir d'un autre spécialiste selon la situation clinique de l'utilisateur. Par exemple, un neurologue s'il s'agit d'un utilisateur ayant des troubles cognitifs.



### Demande en ordonnance judiciaire de soin/hébergement :

Rappelons qu'une évaluation médicale concernant l'aptitude à consentir est toujours requise pour statuer de l'incapacité de l'utilisateur. Le médecin remet à l'intervenant qui prépare le dossier de demande d'ordonnance judiciaire de soin, son rapport à joindre à la demande pour la Cour.

1. De manière générale, la demande d'ordonnance judiciaire pour une demande d'hébergement sera initiée par un travailleur social ou une infirmière (l'intervenant);
2. L'intervenant obtient l'autorisation de son supérieur immédiat avant de poursuivre la démarche;
3. L'intervenant contacte le service de soutien aux personnes majeures incapables de la DSM pour présenter la situation, en écrivant sa demande au **07 CISSSO DSM Majeur incapable**;
4. Une discussion entre la DSM, l'avocat de la DRHCAJ, l'intervenant concerné et au besoin le médecin permet de valider la poursuite de la démarche;
5. L'intervenant achemine son **projet** de rapport par courriel (**07 CISSSO DSM Majeur incapable**) à la DSM, volet soutien à la pratique, aux personnes qui soutiennent les services aux personnes majeures incapables (voir contenu du rapport à l'annexe 4);
6. La version finale du rapport ainsi que l'original du rapport médical et d'autres rapports le cas échéant sont acheminés à l'avocat de la DRHCAJ pour qu'il les joigne à la demande pour la Cour supérieure;
7. L'intervenant informe l'utilisateur et le proche de la demande et de son droit d'être représenté.

« Le rapport de tout expert doit être bref, mais suffisamment détaillé et motivé pour que le tribunal soit lui-même en mesure d'apprécier les faits qu'il expose et le raisonnement qui en justifie les conclusions : il y est fait mention de la méthode d'analyse retenue. »<sup>13</sup>.

### **3<sup>e</sup> étape : transmission des documents**

- Acheminer les rapports obligatoirement par télécopieur (fax) au numéro (819) 776-8014 (secteur de la psychiatrie légale);
- Transmettre les originaux des rapports (signés en bleu) par courrier interne ou en main propre dans une enveloppe scellée au 20 rue Pharand, à l'intention de la psychiatrie légale volet civil;
- Déposer une copie des rapports au dossier de l'utilisateur;
- Rédiger une note très explicite au dossier de l'utilisateur.

### **4<sup>e</sup> étape : l'audience à la Cour**

L'avocat de la DRHCAJ apportera un soutien à l'intervenant et au médecin et les guidera dans leur préparation en vue de leur témoignage à la Cour.

L'intervenant ou le médecin doit informer l'avocat du contenu possible du témoignage de l'utilisateur ou de son représentant (ex. : l'utilisateur dira qu'il prendra sans problème sa médication prescrite, mais l'intervenant ou le médecin sait qu'il ne les prendra pas).

#### **Protocole à suivre lors de la présence au tribunal :**

- Être vêtu convenablement : pas de jeans, d'espadrilles, de camisole, de bermuda ou tout vêtement laissant les épaules dénudées;
- Ne pas avoir de nourriture ou de boisson dans la salle d'audience;
- Fermer le cellulaire;
- Utiliser le vouvoiement en tout temps;
- S'adresser au juge en l'appelant « monsieur le juge » ou « madame la juge »;
- Se lever à l'arrivée du juge dans la salle et à sa sortie;
- Témoigner toujours debout à moins que le juge ne vous invite à vous asseoir;
- Savoir qu'il n'y a aucune pause pendant l'audience à moins que le juge suspende la séance.

#### **Document admissible :**

- Avoir en main le rapport d'évaluation.

#### **De l'arrivée au palais de justice jusqu'au début de l'audience :**

- Se présenter à la salle mentionnée sur l'avis de convocation transmis par l'avocat de la DRHCAJ ou indiquée dans la demande au tribunal;
- Prendre place dans la section arrière gauche de la salle (l'avant gauche est réservé pour l'avocat du CISSS de l'Outaouais et le médecin, tandis que la droite est réservée pour l'utilisateur);
- Savoir que l'audience se déroule à huis clos, c'est-à-dire en présence des personnes concernées seulement;

---

<sup>13</sup>Code de procédure civile, chapitre C-25.01, 2014, c.1, a.238

- Savoir que la première personne à témoigner est le médecin. Les professionnels témoignent par la suite pour des éléments complémentaires.

#### L'audience :

- Rapporter des informations que les proches vous ont transmises ou provenant d'autres intervenants avec prudence. La valeur probante de ces informations sera toutefois moindre puisqu'il s'agit de « oui-dire » ;
- Prêter serment à la demande du juge et répondre aux questions posées concernant son nom, sa profession et son adresse professionnelle;
- Répondre aux questions posées dans un langage clair (le jargon de métier est à éviter) et sans ajouter d'éléments non pertinents;
- Demander des clarifications au besoin et dire si la question ne peut pas être répondue;
- Corriger, avec courtoisie et patience, les réponses que l'avocat de la défense pourrait tenter de suggérer.

Le jugement sera généralement rendu séance tenante. Il peut arriver que le juge décide de prendre la cause en délibéré. Dans ce cas, le jugement sera transmis ultérieurement à l'avocat de la DRHCAJ.

#### **5<sup>e</sup> étape : l'application, le suivi et la fin de l'ordonnance de soins**

Une fois l'ordonnance émise par le juge de la Cour supérieure, elle est applicable. Une demande d'application de l'ordonnance est faite si l'utilisateur ne collabore pas ou s'il est introuvable. Dans ce cas, le recours aux policiers est possible pour amener l'utilisateur au lieu où il peut recevoir son traitement en conformité avec l'ordonnance. De même, l'intervenant ayant obtenu l'autorisation de faire héberger l'utilisateur contre son gré peut demander aux policiers d'amener l'utilisateur au lieu d'hébergement déterminé.

#### Recours aux policiers :

- 1- Donner à la réception du poste de police la demande d'assistance pour amener l'utilisateur (nom de l'utilisateur) à l'hôpital ou au lieu d'hébergement dans le cadre de l'application d'une ordonnance de la Cour supérieure du Québec.
- 2- Télécopier/numériser à la réception du poste de police immédiatement après l'appel, les informations suivantes :
  - L'ordonnance de la Cour;
  - Le nom de l'utilisateur, sa date de naissance, son adresse et son numéro de téléphone;
  - Les habitudes de l'utilisateur (ex. : il est chez lui aux heures suivantes, il se tient aux endroits suivants, etc.);
  - Si l'utilisateur présente un danger pour les policiers;
  - Ce qui peut favoriser une intervention pacifique pour l'utilisateur;
  - Le lieu précis où l'utilisateur doit être amené;
  - Le nom de l'intervenant qui coordonne le dossier ainsi que ses coordonnées;
  - La demande aux policiers d'aviser l'intervenant dès l'arrivée imminente de l'utilisateur.

## IMPORTANT

Il est à noter que le rôle des policiers est d'amener la personne pour qu'elle reçoive les soins. Ils n'ont pas à attendre que les soins soient donnés. De plus, une fois le traitement donné, la personne est libre de partir contre avis médical à moins que l'ordonnance de traitement comporte également l'hébergement ou l'hospitalisation contre son gré et que le médecin traitant décide de l'hospitaliser. Sans ordonnance d'hébergement ou d'hospitalisation, le médecin qui évalue que la personne doit être hospitalisée contre son gré, parce qu'elle présente un danger pour elle-même ou pour autrui, doit utiliser les autres moyens à sa disposition (ex. : garde préventive, demande pour évaluation psychiatrique, demande pour garde en établissement). À noter que les ordonnances de traitement et d'hébergement qui ont été rendues dans le district de Gatineau au cours des deux dernières années comportent toutes une clause qui permet l'hospitalisation de l'utilisateur contre son gré afin de « stabiliser son état mental ».

### Organisation du soin ordonné par le tribunal ou des démarches relatives à l'hébergement

- Obtenir l'ordonnance médicale, selon le cas;
- Faire remplir l'ordonnance médicale, selon le cas;
- Déterminer l'endroit où le traitement sera donné (clinique externe, hôpital, unité de soins, etc.) ou le lieu d'hébergement;
- Identifier un intervenant qui coordonnera l'administration du soin ou qui accueillera l'utilisateur en milieu d'hébergement et qui s'assurera que l'information soit transmise au personnel concerné.

### Suivi et fin de l'ordonnance de soins :

- Pour le suivi de l'ordonnance de soin, le médecin doit rédiger un rapport périodique de suivi aux intervalles ordonnés par le juge qui est généralement de 6 mois;
- Avant la date d'échéance de l'ordonnance de soins, le médecin aura à s'entretenir avec l'utilisateur concernant la suite des soins et la nécessité de demander une nouvelle demande en autorisation judiciaire de soins, si l'utilisateur demeure inapte et maintient un refus catégorique des soins;
- L'intervenant peut interpellé le médecin afin de discuter de la situation et de la nécessité de procéder à l'obtention d'une nouvelle ordonnance.

## EN RÉSUMÉ DEMANDE D'ORDONNANCE JUDICIAIRE DE SOIN (DOJS)

## REFUS DE SOIN

Majeur inapte à consentir aux soins ET **refuse catégoriquement** de recevoir les soins requis par son état de santé

OU

Empêchement ou **refus injustifié** de celui qui peut donner un consentement substitué

## DÉMARCHES CLINIQUES PRÉALABLES

- Analyse clinique avec le soutien du superviseur clinique, du supérieur immédiat et de la conseillère-cadre DSM assignée à la direction;
- Pour hébergement, obtenir autorisation du supérieur immédiat et consulter les personnes ressources aux services aux personnes majeures inaptes de la DSM;
- Démontrer et documenter :
  - Le refus catégorique de l'utilisateur ou injustifié de son représentant;
  - Les soins qu'on veut imposer sont-ils bénéfiques ? Sont-ils opportuns ?
  - Les effets bénéfiques des soins dépassent-ils les effets néfastes ?
  - Les risques sont-ils proportionnés aux bienfaits ?
  - L'intérêt de l'utilisateur est-il d'être contraint à un soin ?
  - L'application d'une éventuelle ordonnance de soins est-elle simple ? Complexe ?

Procéder à la demande d'ordonnance judiciaire de soins

**Évaluation médicale** attestant de l'inaptitude à consentir est toujours requise ainsi que le **témoignage du médecin à la Cour**

Demande d'ordonnance pour un soin médical ou pharmacologique

- Md communique avec avocat DRHCAJ;
- Avocat précise les éléments devant être dans le rapport médical;
- Md achemine rapport à l'avocat;
- Md informe l'utilisateur et un proche de la démarche et de son droit à être représenté.

Audience à la Cour

Demande d'ordonnance pour un hébergement

- Intervenant contacte la DSM, service de soutien aux personnes majeures inaptes et présente la situation;
- Discussion entre DSM, avocat, l'intervenant et médecin au besoin pour valider la poursuite de la démarche;
- Intervenant achemine son projet de rapport à la DSM;
- Intervenant achemine version finale du rapport + original du rapport médical + d'autres rapports le cas échéant à l'avocat;
- Intervenant informe l'utilisateur et le proche de la demande et de son droit d'être représenté.

## APPLICATION DE L'ORDONNANCE DE SOIN

## CONCLUSION

Le consentement aux soins est un droit fondamental et toute personne est présumée apte à consentir à ses soins et services, même celle qui présente une condition médicale (physique ou psychique) ou une situation de déficience qui altère ses capacités. L'inviolabilité de la personne s'exprime très certainement par son droit de consentir aux soins et services. Le Code civil du Québec distingue bien l'inaptitude à consentir versus l'inaptitude à prendre soin de sa personne et de ses biens. Malgré le fait qu'au plan clinique, dans les deux cas, plusieurs similitudes existent dans la démarche clinique et les outils cliniques d'aide à l'évaluation et à l'appréciation de l'inaptitude, la finalité est très différente soit l'ouverture d'un régime de protection, l'homologation d'un mandat de protection ou une demande en autorisation judiciaire de soins.

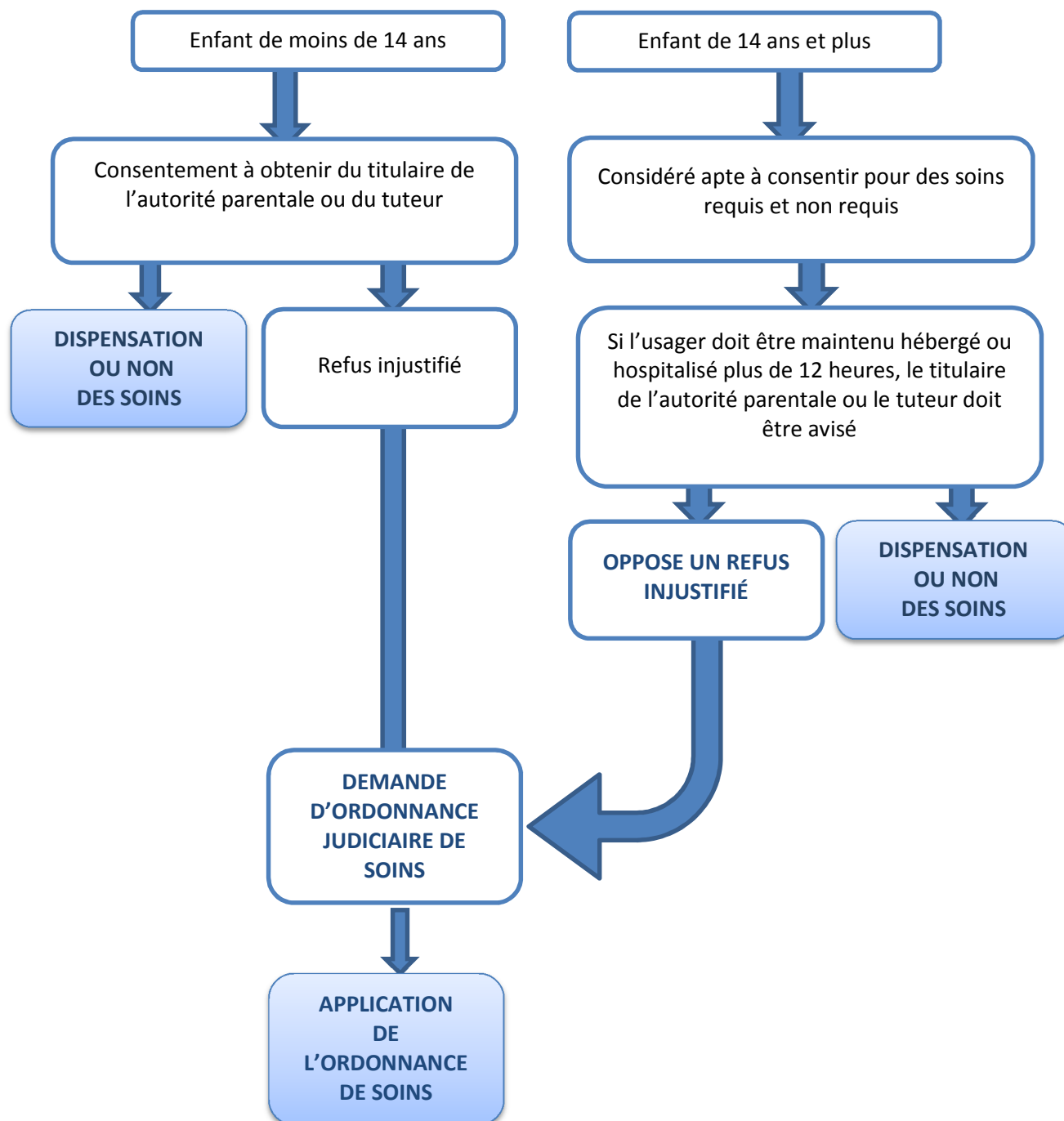
Le consentement d'une personne n'est pas une assurance que les soins et services proposés (donnés) sont appropriés. La collaboration interprofessionnelle permet de faire une réelle réflexion sur quels soins et services sont opportuns de proposer, et ce, pour chaque usager. Plusieurs acteurs sont impliqués dans ce processus en vue d'obtenir un consentement libre, éclairé, précis et continu aux soins et services : l'usager lui-même et ses proches selon les circonstances, le médecin, l'infirmière, le travailleur social et autres intervenants de l'équipe. La communication présente d'importants défis, mais est fondamentale pour une intervention adéquate en respect des volontés de l'usager.

Lorsque requis, donner un soin à une personne contre son gré, incluant l'héberger contre son gré, est une décision sérieuse qu'il faut analyser rigoureusement selon des pratiques probantes. Toutes les mesures alternatives doivent être explorées et tentées avant de demander une ordonnance judiciaire de soins et contraindre un usager à recevoir des soins ou être hébergé contre son gré.

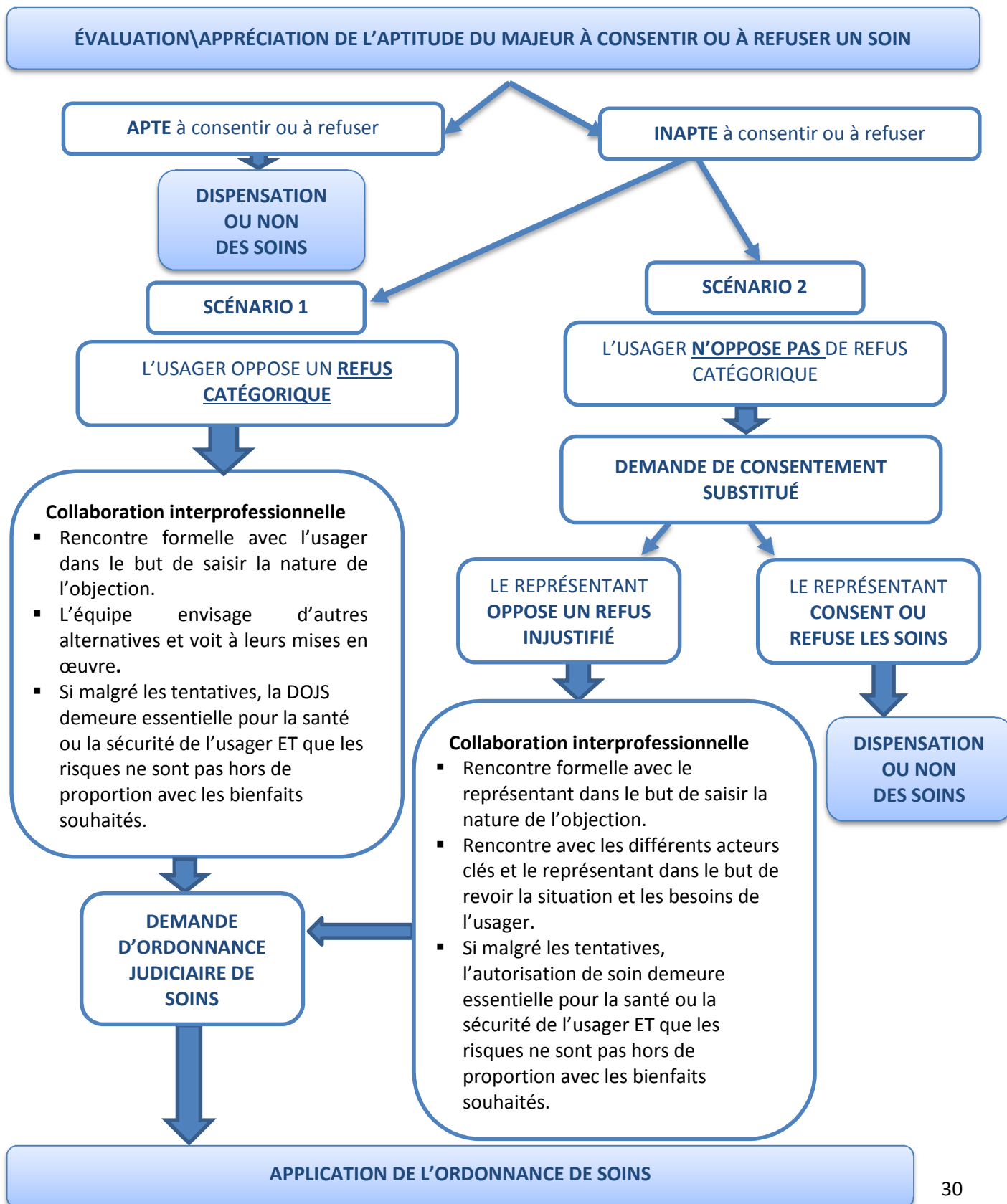
La société évolue et on voit des mesures comme les mandats de protection, les directives médicales anticipées ou l'aide médicale à mourir se concrétiser de plus en plus afin de permettre le plus possible à une personne, pendant qu'elle est apte, de formuler ses volontés en cas de maladie grave ou d'inaptitude.

Dans tous les cas, l'obtention d'un consentement aux soins et services doit être fondée sur le respect de la personne, sur son autonomie et sur la préservation de l'exercice de ses droits.

ANNEXE 1 – ALGORITHME D'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SOINS D'UN MINEUR



ANNEXE 2 – ALGORITHME D'OBTENTION DU CONSENTEMENT AUX SOINS D'UN MAJEUR



## ANNEXE 3 – CONTENU DU RAPPORT DU MÉDECIN

<b>CONTENU DU RAPPORT DU MÉDECIN</b>
<b>1. Résumer les antécédents médicaux personnels de la personne et son histoire clinique actuelle.</b>
<b>2. Indiquer si la personne est sous régime de protection.</b>
<p><b>3. Donner une opinion clinique sur l'aptitude.</b></p> <p>Opinion généralement donnée par le psychiatre ou le médecin qui peut être reconnu comme expert par les tribunaux. Pour que la Cour consente à la demande d'autorisation, la personne doit être inapte. Pour évaluer l'aptitude, le tribunal s'attend à des réponses aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La personne comprend-elle la maladie pour laquelle un traitement est proposé ?</li> <li>▪ La personne comprend-elle la nature et le but du traitement ?</li> <li>▪ La personne comprend-elle les risques et les avantages du traitement si elle le subit ?</li> <li>▪ La personne comprend-elle les risques de ne pas subir le traitement ?</li> <li>▪ La capacité de comprendre de la personne est-elle compromise par la maladie ?</li> </ul>
<p><b>4. Décrire les faits illustrant le refus catégorique de traitement. Il est possible que l'alternance de la compliance puisse être considérée comme un refus catégorique.</b></p> <p>Si la fiabilité est absente, il faut alors décrire le comportement de la personne afin de démontrer que l'attitude équivaut à un refus catégorique. Si la prise de médication fait l'objet d'une constante négociation au point où la dose prise n'est pas thérapeutique, cela pourrait aussi être considéré comme étant un refus catégorique de la part de la personne. C'est une question de preuve.</p>
<p><b>5. Décrire le traitement proposé, le type de médication, les alternatives à utiliser en cas d'insuccès.</b></p> <p>S'il s'agit de médicaments psychotropes ou de traitements psychiatriques, c'est le psychiatre ou le médecin expert qui décrit le traitement. S'il s'agit de traitements en médecine physique, ceux-ci sont décrits par le médecin qui les propose.</p> <p>Si le patient nécessite les deux types de traitements (physique et psychiatrique), il faut qu'il y ait une concertation entre les médecins. Il arrive que pour un traitement en médecine physique, ce soit le psychiatre qui évalue l'aptitude à consentir. Dans ce cas, la description du traitement est faite par le médecin qui le propose et la démonstration de l'inaptitude à consentir du patient est faite par le psychiatre.</p> <p>Il faut qu'il y ait un médecin « demandeur » qui dépose un rapport en soutien à la demande d'autorisation et si un autre médecin est impliqué, son rapport doit être mis en annexe. Le rapport du médecin « demandeur » doit alors y faire référence ainsi que tous les rapports cités (ex. : évaluation en neuropsychologie, évaluation sociale). Ces rapports doivent être annexés au rapport du médecin « demandeur ».</p>
<b>6. Indiquer les effets bénéfiques, les risques et effets secondaires à la prise de la médication proposée, les risques et conséquences de l'absence de traitement.</b>
<b>7. Indiquer pourquoi la personne doit être traitée même s'il y a des risques et effets secondaires et indiquer les bénéfices qu'elle pourrait en retirer (ex. : capacité de vivre de façon plus autonome, d'établir des relations positives avec les pairs, de vivre sans une anxiété extrême.).</b>

**8. Prévoir, dans le rapport pour obtenir l'autorisation de soins (psychiatrique ou physique), d'inclure une demande d'hébergement si nécessaire et faire valoir les motifs au soutien de cette demande.** Indiquer que cette mesure fait partie du plan de soins. Le type d'hébergement recherché pour cette personne doit être décrit ainsi que la durée recommandée. Parfois une hospitalisation peut-être requise uniquement le temps d'instaurer un traitement pharmacologique, dans d'autres situations, l'hébergement en milieu hospitalier ou dans un endroit identifié dans la communauté est nécessaire tout au long de la durée de l'autorisation de soins. Dans le cas où seulement l'hospitalisation éventuelle était recherchée, il n'y a pas de demande d'hébergement, seulement une disposition permettant aux agents de la paix d'amener la personne à l'hôpital au besoin pour la période nécessaire à la stabilisation de son état mental ou physique dans le cas d'une autorisation pour des soins physiques.

**9. Il est nécessaire, lorsqu'une ordonnance d'hébergement est demandée au tribunal, de joindre le rapport psychosocial, particulièrement quand l'hébergement est dans une ressource autre que l'hôpital. La présence de l'intervenant social au tribunal est généralement nécessaire.**

**10. Indiquer la durée pour laquelle l'autorisation de soins (psychiatrique ou physique) contre le gré de la personne est demandée.**

Cette durée peut être différente de la durée requise pour l'hébergement. À noter que la durée maximale d'une ordonnance se situe généralement à trois ans, de manière exceptionnelle, elle peut être prononcée pour cinq ans. Dans le cas d'une première ordonnance, le tribunal aura tendance à limiter la durée à un an, parfois deux ans. Il importe donc de motiver la durée demandée. La chronicité de l'état de la personne peut être un facteur qui appuiera la durée suggérée ou encore le temps permettant à la personne d'être stabilisée et d'adhérer au traitement est un élément que le tribunal pourra considérer. Comme la durée de l'hébergement peut différer de celle qui est nécessaire au traitement pharmacologique, il convient de motiver la demande. Pour des interventions ponctuelles, la durée se limitera au temps nécessaire à l'intervention et à la convalescence.

**11. Dans les cas exceptionnels, où il est impossible que la personne visée par l'ordonnance compareisse devant le tribunal, une mention à cet effet et les faits le justifiant doivent être indiqués au rapport.**

**12. Le médecin traitant doit, conformément à l'ordonnance de la cour supérieure, produire des rapports périodiques sur l'état de la personne, et ce, généralement aux 6 mois.**

## ANNEXE 4 – CONTENU DU RAPPORT DU PROFESSIONNEL

<b>CONTENU DU RAPPORT PROFESSIONNEL</b>
<b>1. Résumer la situation actuelle de la personne et les éléments pertinents de son histoire clinique.</b>
<b>2. Indiquer si la personne est sous régime de protection.</b>
<p><b>3. Démontrer que la personne est inapte à consentir ou à refuser un hébergement, de façon libre et éclairée.</b></p> <p>Même si devant le tribunal, c'est l'évaluation de l'aptitude fournie par le médecin ou le psychiatre (cf. point 4), qui, jusqu'à maintenant est requise, il est pertinent que le professionnel qui est l'intervenant pivot de l'équipe de soins fasse sa propre appréciation de l'aptitude, particulièrement quand la demande a trait à des soins qui ne sont pas d'abord reliés à une maladie, mais plutôt à un état. Le professionnel devra dans son rapport répondre aux questions suivantes (critères de la Nouvelle-Écosse) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La personne comprend-elle la nature de la problématique pour laquelle un service professionnel (un soin, comme l'hébergement) est proposé ?</li> <li>▪ La personne comprend-elle le but du soin proposé ?</li> <li>▪ La personne comprend-elle les risques et les avantages d'accepter le soin ?</li> <li>▪ La personne comprend-elle les risques si elle n'accepte pas les soins ?</li> <li>▪ La capacité de comprendre de la personne est-elle significativement affectée par son état de santé ?</li> </ul>
<p><b>4. Décrire les faits illustrant le <u>refus catégorique de la personne</u> d'être hébergée à l'endroit requis ou de recevoir les services proposés.</b></p> <p>Le refus catégorique peut se présenter sous forme de non-fiabilité de la personne qui aurait donné son accord, de manière stratégique, mais qui en définitive ne se conforme pas au soin proposé. Par exemple des fugues à répétition. Le refus est considéré catégorique lorsqu'il est répété, exprimé de manière continue et constante dans le temps. Ce refus doit « s'apparenter à un refus libre et éclairé et se distinguer du simple réflexe biologique totalement étranger à l'expression de la volonté, pour nécessiter l'autorisation du tribunal ». (commentaires du ministre de la Justice du Qc : C.c.Q, Tome 1, 1993 : 18).</p>
<p><b>5. Décrire l'hébergement ou les services proposés ainsi que la durée recommandée pour l'autorisation de soins qui sera rendue par le tribunal.</b></p> <p>La durée maximale d'une autorisation se situe généralement entre trois et cinq ans. Pour une première autorisation, le tribunal aura tendance à limiter la durée à une ou deux années. Il importe donc de motiver la durée demandée. À titre d'illustration, la chronicité de l'état de la personne peut être un facteur qui appuiera la durée suggérée ou encore, le temps permettant à la personne de s'adapter à son nouveau milieu de vie est un élément qui pourra être considéré par le tribunal.</p>
<p><b>6. Décrire les alternatives à l'hébergement ou aux soins proposés qui ont été tentées ou envisagées et les motifs de leurs insuccès.</b></p> <p>Expliquez pourquoi la personne doit être hébergée ou recevoir des services contre son gré. En quoi il y aura bénéfices pour elle et en quoi les services sont opportuns dans les circonstances. Vous devez démontrer que le soin est nécessaire pour la santé et la sécurité de la personne ET que les risques ne sont pas hors de proportion avec les bienfaits que l'on espère (ex. : capacité de vivre de façon plus autonome, de recevoir des soins de santé plus adéquats, d'établir des relations positives avec les pairs, de vivre sans une anxiété extrême).</p>
<p><b>7. Développer les conséquences de l'absence d'hébergement ou de services sur la santé, la sécurité, les liens sociaux de la personne, etc.</b></p> <p>Décrire les capacités fonctionnelles résiduelles et les besoins de la personne afin de démontrer la nécessité de l'hébergement.</p>
<b>8. Dans les cas exceptionnels, où il est impossible que la personne visée par l'ordonnance compareisse devant le tribunal, une mention à cet effet et les faits le justifiant doivent être indiqués au rapport.</b>

## BIBLIOGRAPHIE

- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX — CSSS DE GATINEAU. (2012). Guide d'intervention : Consentement aux soins.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX — CSSS DE GATINEAU. (2012). Procédure à suivre par le médecin pour obtenir une ordonnance en autorisation de soins (traitement et hébergement).
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX — CSSS DE GATINEAU. (2012). Procédure à suivre par les intervenants pour obtenir une ordonnance en autorisation de soins (hébergement).
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX — CSSS DE GATINEAU. (2013). Politique de gestion. Consentement aux soins et aux services.
- CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS, Politique « Consentement aux soins et aux services », (P-043), 14 décembre 2017.
- CODE CIVIL DU QUÉBEC-C.c.Q., R.L.R.Q. 1991, c.64.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, Le médecin et le consentement aux soins, document de référence, 09/2018.
- COMITÉ DES RÉPONDANTS CLINIQUES. (2017). Formation : Garde en établissement et ordonnances de soins. Me Marie-Ève Henrichon. Gatineau, Centre intégré en santé et services sociaux de l'Outaouais.
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (2016). Module 5 : Aptitude et consentement. Repéré à : <http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/reseau-sante/cahier-information.html>
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (juin 2010). LE POINT SUR... Le consentement aux soins. Le Point, Vol.9, N<sup>o</sup>2, 1-7.
- LE CURATEUR PUBLIC DU QUÉBEC (octobre 2011). Nouveau formulaire de consentement à l'hébergement. Le Point, Vol.10, N<sup>o</sup> 3, 1-2.
- LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX-LSSSS, RLRQ c S-4.2.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX — MSSS (2009). Guide pratique sur les droits EN SANTÉ MENTALE. Gouvernement du Québec.
- OTSTCFQ, cahier du participant (novembre 2017) de la formation « Consentement aux soins et inaptitude », par Anne-Marie Veilleux et Myriam Joachems.
- Ruel, J., Kassi, B., Moreau, A. C., Mbida-Mballa, S. L. (2011). Guide de rédaction pour une information accessible. Gatineau : Pavillon du Parc. p.1
- Ruel, J., Moreau, A. C., Alarie, L. (2015). Usages sociaux de la littératie et compétences à développer pour devenir un environnement plus inclusif. Repéré à [http://w3.uqo.ca/moreau/documents/Rueletcoll\\_Texte\\_28juin.pdf](http://w3.uqo.ca/moreau/documents/Rueletcoll_Texte_28juin.pdf)