

**GUIDE POUR LA RÉDACTION DU RAPPORT  
D'UN MÉDECIN ENGAGÉ DANS UNE  
DÉMARCHE EN AUTORISATION JUDICIAIRE  
DE SOINS (médicaux, physiques,  
psychiatriques et hébergement)**

**Service des affaires juridiques (SAJ)**

Me Sarah-Anne Savoie  
Me Jean-Sébastien Sauvé  
Me Andréanne Dallaire  
251-4000 # 4035  
Août 2022

Note : Le présent document est en cours de révision. Une version mise à jour remplacera la présente version.

## CONTENU DU RAPPORT

### HISTOIRE DE L'USAGER

- Âge, statut civil, social – évolution de son état de santé
- Résumé des hospitalisations antérieures ou des services / évaluations reçus par le passé et qui sont pertinents, le cas échéant – traitements reçus et leurs effets – moment où vous avez commencé à suivre le patient;
- Circonstances entourant la présente hospitalisation, s'il s'agit d'une personne hospitalisée – si elle est dans la communauté, il faut expliquer pourquoi la démarche est requise dans les circonstances actuelles;
- Votre diagnostic – description des évaluations de son état de santé mental / cognitif et physique (lorsque pertinent);

### LES CRITÈRES DEVANT ÊTRE RESPECTÉS DANS LE CONTEXTE DE TOUTE DEMANDE EN AUTORISATION DE SOINS/TRAITEMENTS/HÉBERGEMENT

Ils ont d'abord été établis par la Cour d'appel dans la décision *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. A.G. (1994) R.J.Q. 2523*, qui a consacré l'usage du test appelé **Test de la Nouvelle-Écosse** pour l'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins / hébergement de la personne.

Ils ont été réitérés dans une autre décision de la Cour d'appel : *F.D. c. Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria), Juillet 2015 QCCA 1139*, laquelle a établi que la compétence de la Cour supérieure pour entendre la demande en autorisation de soins/traitements/hébergement s'appuie sur les deux (2) conditions suivantes:

1. La preuve de **l'INAPTITUDE** de la personne à décider des soins/traitements/hébergement requis par sa condition;

et

2. La preuve du **REFUS CATÉGORIQUE** de la personne - ou de ce qui peut être associé à un tel refus (par exemple : cessations récurrentes de traitement en dehors du contexte hospitalier et l'historique des rechutes qui s'ensuivent; la personne accepte les soins/traitements pendant son séjour hospitalier, mais annonce qu'elle les cessera après le congé ou il est clair pour l'équipe traitante qu'elle le fera, ce qui est généralement qualifié d'acceptation ou de consentement « stratégique », etc.);

ou

3. La preuve d'un **REFUS INJUSTIFIÉ** de la personne pouvant donner le consentement substitué alors que l'utilisateur n'oppose pas de refus catégorique.

Quant au *Test de A.G. c. Pinel* (Test de la Nouvelle-Écosse) utilisé pour l'évaluation de l'aptitude de la personne à décider des soins/traitements/hébergement jugés requis pour elle, il se présente en cinq (5) volets et donc votre rapport doit répondre à chacune des questions suivantes:

- **La personne comprend-elle :**

1. La nature de sa condition – maladie, symptômes et impact sur fonctionnement
2. La nature et le but des soins/traitements/hébergement qui lui sont proposés
3. Les avantages – risques, effets secondaires ou inconvénients qui leurs sont associés
4. Les conséquences de son **refus** - ou de sa non collaboration = **élément de preuve déterminant**
5. Son aptitude à prendre une décision éclairée est-elle affectée par sa condition/maladie? En somme, son refus s'inscrit-il dans la pathologie même qu'elle présente – ce qui peut être qualifié de «déli ou anosognosie»

**N.B. : À défaut de la preuve de ces deux (2) éléments, l'inaptitude et le refus catégorique, la Cour supérieure va se déclarer incompétente pour entendre la demande, ce qui veut dire en fait que la demande sera rejetée**

### **LA GRILLE D'ANALYSE**

*Développée par la Cour d'appel dans F. D. et rigoureusement suivie par les juges de la Cour supérieure*

1. **LA NÉCESSITÉ** de démontrer que le plan de soins/traitements/hébergement proposé est requis au moment où la demande est présentée devant la cour. Tout ce qui serait hypothétique, le «au cas où» ne passe pas devant la cour. Le tribunal prendra sa décision en fonction des facteurs suivants :
  - **L'intérêt** de la personne;
  - Les soins/traitements/hébergement sont **opportuns** dans les circonstances;
2. **LA NÉCESSITÉ** de démontrer le **caractère bénéfique** de ces derniers, malgré leurs effets secondaires, le cas échéant (décrire brièvement ces deux aspects); le fait que les **avantages surpassent les inconvénients**;
3. **LA NÉCESSITÉ** d'expliquer la **durée** demandée pour l'ordonnance recherchée – ce n'est donc pas tout de demander 2 ou 3 ans, encore faut-il expliquer ce que l'on entend faire pendant cette durée – quels sont les **autres démarches prévues**, le cas échéant, pendant cette durée – par exemple : suivi en clinique, son intensité, les activités de psychoéducation

au programme, etc.; en bref, il faut démontrer qu'il y a plus que les soins/traitements au programme

- Les motifs d'ordre administratif, par exemple, « le processus est lourd, coûteux, fastidieux, on ne veut pas être obligé de répéter l'exercice trop rapidement...» sont à proscrire et seront fort mal reçus en l'occurrence...
- La durée demandée : **1, 2 ou 3 ans** – la Cour d'appel a déjà entériné ce dernier délai (3 ans) en le qualifiant de «raisonnable» - s'il est bien argumenté - mais il est plus difficile d'obtenir une durée de trois (3) ans lorsqu'il s'agit d'une première ordonnance, à moins que la personne visée par la demande ait un historique psychiatrique chargé ou que sa condition est dégénérative
- S'il s'agit d'une 2<sup>e</sup> ordonnance pour un même cas = le délai de 3 ans passe généralement bien - on peut dans certains cas suggérer un délai plus long – 4 ans, par ex. mais les motifs à l'appui (par exemple, ordonnances répétées) doivent être solides et malgré tout, rien ne garantit que ce sera agréé par le juge et **chaque juge (comme chaque cas) est un cas d'espèce!**
- Quant à une durée de cinq (5) ans, elle est considérée par la jurisprudence comme étant **exceptionnelle** et si on la demande, il faut vraiment faire une preuve convaincante à cet effet

**4. LE PRONOSTIC** - à court, moyen terme, avec (et sans) soins/traitements et/ou hébergement : il est pertinent d'en faire état dans le rapport;

**DESCRIPTION DU PLAN DE SOINS/TRAIEMENTS/HÉBERGEMENT**

- **Soins/Traitements** pharmacologiques, psychiatriques et autres, et leur mode d'administration - orale, injectable ou même introduite dans la nourriture, le cas échéant :
  - ❖ Médication antipsychotique – antiparkinsonienne – stabilisatrice de l'humeur ou autre : bien que l'auteur(e) du rapport puisse avoir un libellé prévoyant une marge de manœuvre dans le choix des molécules, celles qui sont envisagées orales et/ou injectables doivent être nommées (on suggère d'en nommer 2 ou 3 par catégorie); il n'est pas nécessaire d'évoquer un dosage, sauf à évoquer que l'on vise le dosage « thérapeutique »
  - ❖ Médication pour la condition physique : il faut nommer les conditions requérant une médication et encore une fois nommer les familles molécules envisagées
  - ❖ S'il s'agit de traitements de **sismothérapie** : il faut être précis sur le nombre de traitements envisagés : par ex., une série de six (6) à douze

(12), la fréquence de la répétition de la série, le cas échéant, les traitements d'entretien, si besoin est, avec précisions sur leur fréquence

- **Examens** de routine et de contrôle requis dans le cadre d'une bonne pratique clinique : prélèvements sanguins, tests d'urine, électrocardiogrammes et autres – leur fréquence;
- Tout **autre type d'examen** ou d'**intervention** requis par la condition physique de la personne : résonance magnétique, biopsie, scopie, radiographie, etc. intervention chirurgicale incluse, le cas échéant;
- **Clause de réhospitalisation.** Mentionner la durée nécessaire prévisible d'hospitalisation éventuelle advenant l'exacerbation des symptômes de la personne. Cette durée est requise pour la stabilisation de l'état mental de la personne et vise à hospitaliser cette dernière pendant le traitement contre son gré;
- **Hébergement en milieu de vie protégé, supervisé, en appartement autonome avec suivi dans la communauté, en CHSLD...** : en bref, si une orientation est privilégiée, en faire mention et préciser les circonstances qui justifient cette orientation;

**CONCLUSION : à la discrétion de l'auteur-e de l'expertise**

**N.B.** : Le rapport peut être succinct, en autant qu'il couvre les points essentiels - c'est bien sûr selon chaque cas et ce sur quoi le professionnel sera appelé à témoigner comme expert. Le Service des affaires juridiques suggère que le rapport ait un minimum de 3 pages et qu'il se présente en texte continu avec des rubriques bien identifiées et un plan de soins/traitements clair avec des catégories bien identifiées

**N'HÉSITÉZ PAS À CONTACTER LE SAJ POUR VOS QUESTIONS OU DEMANDES DE PRÉCISIONS, LE CAS ÉCHÉANT.**