



Merci pour vos bons soins docteur, mais je n'en veux pas !

Michel Bourbeau, Myriam Jochems et Anne-Marie Veilleux

M^{me} P., une dame de 84 ans, dont la seule aidante est une nièce bien intentionnée qui demeure à 50 km, vit seule dans son appartement. Sa mémoire est défaillante. Elle oublie de prendre ses médicaments, dont son anticoagulant. Elle s'alimente peu ou mal et tombe fréquemment. Elle s'est présentée à quatre reprises à l'hôpital en six mois. Elle tient à son logis. Elle aime ses rideaux et sa thermopompe et refuse d'envisager de déménager dans un centre d'hébergement. Elle nie ses oublis, ses chutes et la nourriture avariée trouvée dans son frigo. Les intervenants du CLSC sont inquiets et s'adressent à vous. Que faire ?

TOUS LES JOURS, le médecin prescrit des examens et des traitements. En général, il arrive à s'entendre avec ses patients après avoir échangé avec eux. Toutefois, il en va tout autrement lorsque le médecin, quel que soit son milieu de pratique, est aux prises avec des doutes sur la capacité de son patient ou de son représentant à consentir aux soins proposés.

Consentir, c'est accepter, donner son accord et autoriser, selon le dictionnaire, pourvu que l'on comprenne ce à quoi on consent ainsi que les répercussions de ses choix. L'appréciation de la capacité de la personne à consentir aux soins exige une évaluation fine et multifactorielle.

Le recours aux tribunaux est une pratique courante en psychiatrie : la garde en établissement, l'autorisation judiciaire de soins (médicament, suivi thérapeutique, etc.). Il est récent et en croissance en pratique gériatrique. En raison de cette nouvelle réalité, il importe d'acquérir des connaissances sur ce qui se fait

aujourd'hui et de développer une approche adaptée. Bienvenue à votre rendez-vous docteur !

Comment informer un patient des risques liés à son refus et juger de sa compréhension ?

Passons donc, docteur, de votre cabinet à celui de l'avocate

Le *Code civil du Québec*¹ encadre le « consentement aux soins » dans les articles 11 et suivants, dans la section intitulée : « De l'intégrité de la personne », qui rappelle le droit fondamental de toute personne à son inviolabilité. Le principe de base est que nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement, à moins d'être inapte à le donner ou à le refuser. Ainsi, lorsqu'un patient apte refuse des soins, son refus doit être respecté. Le rôle du médecin est de proposer, et non d'imposer.

Par ailleurs, si le patient est inapte à donner son consentement, une personne dûment autorisée par la loi (soit par l'entremise d'une tutelle, d'une curatelle, d'un consentement substitué ou encore d'un mandat en cas d'incapacité homologué) peut consentir à sa place. Cependant, lorsqu'un patient inapte refuse catégoriquement des soins auxquels une personne dûment autorisée a pourtant consenti, sauf s'il y a urgence ou s'il s'agit de soins d'hygiène, seul le tribunal peut les lui imposer après avoir évalué sa capacité à consentir et avoir conclu qu'elle est absente. Par ce processus, le tribunal « constate l'incapacité » du patient.

Le Dr Michel Bourbeau, omnipraticien, exerce au Service de gériatrie du CSSS Pierre-Boucher et au CHSLD René-Lévesque, à Longueuil. M^{me} Myriam Jochems, travailleuse sociale, exerce à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal. Elle est formatrice à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) sur le consentement aux soins et l'incapacité. M^e Anne-Marie Veilleux, avocate et thérapeute conjugale et familiale, est membre de l'OTSTCFQ. Elle y est aussi formatrice et chargée d'affaires professionnelles.

Tableau I

Critères de la Cour d'appel du Québec, dits « de la Nouvelle-Écosse »³

- ④ La personne comprend-elle la nature de la maladie pour laquelle un traitement lui est proposé ?
- ④ Comprend-elle la nature et le but du traitement ?
- ④ Comprend-elle les avantages et les risques du traitement, si elle le subit ?
- ④ Comprend-elle les risques de ne pas recevoir le traitement ?
- ④ Sa capacité de compréhension est-elle affectée par la maladie ?

La question fondamentale est donc : Quand un patient est-il apte à consentir aux soins et quand est-il inapte à les refuser ?

L'aptitude à consentir aux soins n'est pas définie dans la loi. Le *Code civil* prévoit seulement que l'inaptitude peut être constatée². Les critères pour déterminer si la personne est apte ou non ont été établis par la Cour d'appel en 1994 (Institut Philippe Pinel c. G.)³. Ils sont aussi connus sous l'appellation *Critères dits de la Nouvelle-Écosse (tableau I)*³.

Le but de l'exercice est de permettre au médecin d'évaluer si la personne a la capacité de comprendre et est en mesure d'assumer les risques découlant de son refus des soins proposés. Il s'agit pour le médecin de préciser le risque inhérent au refus, d'en faire part à la personne et de porter une grande attention à l'expression de ce refus.

Par ailleurs, pour bien évaluer la capacité de comprendre d'une personne majeure et conclure qu'elle est limitée par la maladie, les tribunaux sont particulièrement attentifs à l'altération du jugement. À titre d'exemple, lorsqu'un majeur attribue ses problèmes à des facteurs externes, qu'il les minimise grandement ou lorsqu'il nie les conséquences fonctionnelles de déficits pourtant patents, les tribunaux sont enclins à conclure à son inaptitude (*tableau II*)^{3,4}.

La travailleuse sociale et le médecin

L'évaluation de l'aptitude ou de l'inaptitude est parfois simple, par exemple lorsqu'une personne a toutes

ses capacités cognitives et intellectuelles malgré son grand âge ou qu'elle est gravement handicapée par la maladie. La situation se complexifie lorsque la personne a de la difficulté à comprendre, à manipuler l'information et à prendre des décisions qui peuvent avoir un effet important sur son fonctionnement, voire sa vie.

La personne évaluée dans un contexte d'inaptitude doit être informée de la démarche en cours, même si elle est suivie depuis longtemps. Elle est en droit de savoir que vous êtes préoccupé par ses capacités à consentir à ses soins et que les questions et les observations qui suivront serviront à évaluer son aptitude.

L'évaluation tiendra compte de son parcours de vie, de ses valeurs, de ses croyances, de sa culture ainsi que de son rapport à la santé et à la mort. La connaissance du passé, du schème de pensée et du raisonnement nous aideront à mieux évaluer le présent. L'évaluateur doit porter attention à la façon dont la personne a mené sa vie : a-t-elle été aventurière ou prudente ? La réponse peut teinter les décisions prises par rapport aux soins proposés. La langue, la scolarité ainsi que l'état cognitif et émotif influenceront aussi sur l'approche à privilégier. Adapter la communication aux désafférences neurosensorielles de la personne et utiliser les bonnes techniques d'entrevues sont des moyens à préconiser^{5,6}.

C'est en connaissant bien les enjeux pertinents pour son patient que le médecin pourra établir la capacité actuelle de ce dernier à prendre une décision. Après avoir reçu de l'information adaptée à son état et livrée sans contrainte, le patient sera en mesure de donner son consentement de façon libre et éclairée⁷.

Une attention particulière sera accordée aux réponses fournies⁸. À sa façon, dans ses mots et avec ses gestes, la personne devra élaborer davantage qu'un « non » réflexe. La réponse devra être soutenue par des explications rationnelles : nommer le risque, les conséquences et les moyens de l'assumer. La décision sera maintenue dans le temps, tiendra compte du contexte des autres maladies associées et de l'environnement.

M^{me} P. pourrait répondre : « Si je reste, je suis consciente des risques dont vous me parlez, docteur. Si je déménage, je devrai vivre dans un lieu et avec des gens qui me sont

Les critères pour déterminer si la personne est apte ou non ont été établis par la Cour d'appel en 1994 (Institut Philippe Pinel c. G.)³. Ils sont aussi connus sous l'appellation Critères dits de la Nouvelle-Écosse.

Repère

inconnus. Je mangerai mieux et prendrai mes médicaments régulièrement, ce qui réduira mon risque de chutes. Cependant, j'assume ces risques et les conséquences qui peuvent en découler, même si je peux éventuellement en mourir». M^{me} P. démontre donc son aptitude à donner son consentement aux soins proposés. Pas facile, Docteur ?

Quelles approches privilégier pour étayer l'évaluation et faciliter l'intervention ?

La travailleuse sociale et le médecin

Devant un danger grave et immédiat, l'examen clinique psychiatrique d'une personne, en vue de l'imposition d'une garde en établissement⁹, est une avenue clinique connue en psychiatrie. En gériatrie, la dangerosité d'une personne âgée vulnérable et fragile¹⁰ est souvent plus insidieuse. Songeons aux effets de la malnutrition, à la prise inappropriée des médicaments, à l'immobilisme, à la sarcopénie, aux chutes et aux autres complications conduisant à la cascade involutive.

Il est toujours préférable, pourvu que la personne ne représente pas un danger pour elle-même ou pour autrui, de d'abord tenter d'établir un climat de confiance et un lien thérapeutique et d'intervenir par étapes. Lorsque le médecin constate que la personne refuse régulièrement de prendre ses médicaments (insuline, anticoagulant), de recevoir des traitements (dialyse, texture alimentaire modifiée pour une personne dysphagique) ou d'aller en centre d'hébergement pour assurer l'ensemble de ses soins, il ne faut pas hésiter à consulter. Les intervenants des CLSC, des hôpitaux de jour, des services de consultation externe en gériatrie constitueront un apport au plan de soins lors de situations complexes. La collaboration avec ces intervenants est primordiale. Cette approche collaborative permet d'enrichir l'évaluation et d'appivoiser la personne ou son représentant. Peuvent ainsi participer la physiothérapeute, l'ergothérapeute, l'infirmière et la travailleuse sociale qui assume souvent un rôle pivot. Le médecin et ces autres professionnels seront mis à contribution en reflétant la situation et en confrontant parfois la personne. La fa-

Tableau II

Évaluation de l'aptitude de M^{me} P. à la lumière des critères de la Cour d'appel^{3,4}

Comprend-elle la nature du problème et l'intervention proposée ?

M^{me} P. reconnaît-elle ses troubles de mémoire (oublier de prendre ses médicaments), ses chutes, sa mauvaise alimentation et la nécessité d'aller dans un centre d'hébergement ?

Comprend-elle la nature et le but de l'intervention ?

M^{me} P. reconnaît-elle avoir des problèmes de santé pour lesquels des médicaments lui ont été prescrits ? Est-elle en mesure de constater que l'hébergement lui fournirait l'encadrement nécessaire, soit la distribution de ses médicaments et de ses repas, en plus d'assurer sa sécurité ?

Comprend-elle les avantages et les risques de l'intervention ?

M^{me} P. reconnaît-elle que bien prendre ses médicaments et mieux manger améliorerait son état de santé et réduirait le risque de chutes, lui évitant ainsi des traumatismes et une perte d'autonomie. Reconnaît-elle que vivre dans un centre d'hébergement lui permettrait de recevoir l'ensemble de ses soins, mais nécessiterait le retrait de son milieu de vie ?

Comprend-elle les risques liés à l'absence d'intervention ?

Le médecin expliquera les risques : longs délais avant d'être secourue en cas de chutes (traumatisme et séquelles psychologiques liées à la peur, incontinence, faim durant le délai d'attente), risque de fracture pouvant laisser des limitations fonctionnelles permanentes considérables, risque de décès.

La capacité de comprendre de M^{me} P. est-elle touchée par la maladie ?

La gravité de la maladie (démence) altère-t-elle sa compréhension ? Le déni des problèmes (anosognosie) reflète-t-il l'effet de la maladie sur son état mental ?

mille ou tout proche significatif pourra être un acteur partenaire dans l'appivoisement de cette nouvelle réalité touchant la nécessité de soins. L'équipe traitante s'assurera que cet encouragement ne devient pas une contrainte émotive.

Les intervenants des CLSC, des hôpitaux de jour, des services de consultation externe en gériatrie constitueront un apport au plan de soins lors de situations complexes. La collaboration avec ces intervenants est primordiale. Cette approche collaborative permet d'enrichir l'évaluation et d'appivoiser la personne ou son représentant.

Repère

Il appartient au médecin et à l'équipe d'être habiles à ajuster les cibles thérapeutiques à l'état et à la situation de la personne : revoir la nécessité des divers médicaments (statines, bisphosphonates), revoir l'usage de la marchette chez la personne apraxique, revoir l'alimentation et les multiples doses d'insuline en fonction des glycémies dont la maîtrise trop parfaite engendrera des hypoglycémies. Ces risques et ces limites devront être discutés avec la personne et ses proches. Il sera important de désigner un membre de l'équipe qui sera chargé de veiller au respect du plan de soins. Ceci est encore plus vrai si la personne est à domicile afin d'éviter une déresponsabilisation des intervenants. En participant au suivi avec l'équipe, l'aïdant joue un rôle important grâce à sa vigilance⁴.

Les échecs au plan de soins montrent l'inaptitude de la personne à comprendre les soins proposés. L'inventaire des complications (chutes, oubli des médicaments, appels inappropriés aux services jour et nuit [24/7] ou à la pharmacie pour devancer le renouvellement des ordonnances, nombreuses consultations au service de consultation sans rendez-vous ou à l'urgence et hospitalisations fréquentes) sont des éléments essentiels à consigner au dossier. Ces complications indiquent que la limite préétablie est dépassée et que la personne inapte n'est plus en mesure d'assumer le risque. Les faits relevés étayeront le rapport menant à une requête possible au tribunal.

Le fait de partager les préoccupations de la personne, d'être honnête, clair et limpide sur la démarche entreprise, de tenter de respecter l'autodétermination de la personne (soit en trouvant des compromis ou des ajustements, soit en étant tolérant ou flexible à faire les choses différemment), de démontrer une volonté de respecter la personne ou son représentant malgré ses limitations, tout cela témoigne d'un grand sens du professionnalisme et amène souvent la personne à revoir son refus et à cheminer. Une personne vulnérable, voire inapte, peut souvent être mobilisée et est capable de changement. Ce n'est que dans de rares exceptions de refus persistant et catégorique aux soins proposés qu'il faudra recourir à l'appareil judiciaire afin d'obtenir l'autorisation de les imposer. Allez ! À la Cour !

Quelles sont les étapes lorsqu'on doit recourir au tribunal ?

L'avocate

L'autorisation judiciaire de soins : voyons ici le rôle de l'avocate et le déroulement de la procédure qui peut mener à un jugement autorisant la prestation de soins contre le gré d'un patient.

- ⊕ Le traitement d'un patient contre son gré est possible si le tribunal l'ordonne.
- ⊕ L'ordonnance est prononcée par un juge de la Cour supérieure à la suite d'une requête qui lui est présentée¹¹.
- ⊕ En pratique, le plus souvent, une telle requête est préparée par les avocats mandatés par un établissement du réseau de la santé.
- ⊕ La requête et les rapports d'experts (ex. : médecin, travailleuse sociale, ergothérapeute, neuropsychologue) à l'appui doivent être remis au patient par un huissier et, le cas échéant, à son mandataire, à son tuteur, à son curateur ou au curateur public.
- ⊕ Le *Code de procédure civile* prévoit un délai minimal de cinq jours¹² entre la signification de la requête et son audition. Cependant, en pratique, ce délai est de plusieurs semaines.
- ⊕ Par ses connaissances légales, l'avocate soutient le médecin et l'équipe lorsque des démarches en vue d'une autorisation judiciaire de soins sont entreprises. Elle fournit des balises utiles à la préparation des rapports d'expertise ainsi qu'à la présentation du témoignage à la cour.

La travailleuse sociale et le médecin

Malgré les interventions tentées, la personne refuse catégoriquement les soins proposés et l'équipe ne peut abonder en ce sens. Une requête au tribunal représente souvent le dernier recours. Cette démarche est impressionnante pour la personne, sa famille et même pour les intervenants. Elle n'est pas banale et entraîne des répercussions pour tous. Par ailleurs, elle nécessite un investissement de temps important dans la rédaction de rapports et la préparation de témoignages. Ces rap-

Il est important de noter dans le rapport que la personne ou son représentant ont été informés de leurs droits, soit celui de contester, d'être présent ou d'être représenté par un avocat.

Repère

ports devront traduire les faits relevés, les évaluations et les interventions. Il y sera noté que la personne ou son représentant ont été informés de leurs droits, soit celui de contester, d'être présent ou d'être représenté par un avocat. Les intervenants peuvent même aider la personne à obtenir les services d'un avocat ou de l'Aide juridique s'il y a lieu.

En général, le tribunal est très sensible aux interventions accomplies afin de respecter les droits et les volontés de la personne ou de son représentant et s'attend à ce qu'on lui fasse part des besoins de la personne, des services mis en place et de l'assistance que peut ou non offrir le réseau (famille, voisinage). Il faudra préciser les soins requis, le milieu d'hébergement le cas échéant et la durée recommandée (*tableau III*).

Au retour de la Cour et après le jugement, il faut poursuivre l'intervention auprès de la personne. Il est toujours étonnant de constater comment ce processus, qui rebute, peut faire la démonstration de l'incapacité de la personne. L'attitude de cette dernière et ses réponses sont souvent éloquentes et étayent l'incapacité.

Malgré la divergence d'opinions des parties, le fait d'être allé au bout de la démarche, d'avoir permis à la personne d'être respectée et entendue facilite souvent le cheminement et dégage les intervenants du jugement définitif. « Nous étions inquiets, vous n'étiez pas d'accord et le juge a tranché. »

M^{me} P. a répondu au juge : « Je veux retourner chez moi parce que j'aime mes rideaux et ma thermopompe. Je ne tombe pas et je me débrouille bien. » Le refus, tel qu'il est exprimé, témoigne de l'incapacité de la patiente à comprendre et à assumer les risques découlant de son maintien à domicile. De plus, la capacité de compréhension semble limitée par la maladie, car M^{me} P. nie ses chutes, ses oublis et leurs conséquences fonctionnelles (ex. : dénutrition et hospitalisations).

A L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT, depuis 2009, treize requêtes en autorisation judiciaire de soins ont été présentées au tribunal, à l'exclusion de celles du Département de psychiatrie. Ces situations sont l'occasion de favoriser le travail interprofessionnel. Les principes de bienveillance et de prévention de la maltraitance, le respect des droits de la personne ainsi que la responsabilisation incombant aux professionnels sont à la base de toute démarche d'évaluation de l'in-

Tableau III

Rubriques d'un rapport médical pour une requête en autorisation judiciaire de soins

- Coordonnées de la personne
- Statut familial
- Raison de l'admission
- Antécédents psychiatriques
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Antécédents judiciaires
- Médicaments pris avant son hospitalisation
- Médicaments actuels
- Habitudes
- Évolution depuis l'hospitalisation
- Examen mental et opinion sur l'incapacité
- Diagnostic psychiatrique multiaxial
- Opinion sur la nécessité d'un traitement et d'un hébergement avec indication de la durée

apacité. Compte tenu de l'émergence de plus en plus grande de ces situations d'évaluation, on assiste à l'apprentissage et au développement d'un travail de partenariat avec l'appareil judiciaire. Le cadre procédural de l'ordonnance judiciaire de soins, qui s'est construit à partir de problèmes liés à la santé mentale, évolue peu à peu pour tenir compte de l'offre de soins pour des problèmes gériatriques dans un cadre éthique, de ressources limitées et de respect des droits de la personne.

Étant donné l'importance de l'enjeu pour les personnes faisant l'objet d'une requête en autorisation judiciaire et la lourdeur du processus judiciaire, un meilleur arrimage du jugement de la Cour à l'accès aux ressources est à bâtir. Au nom de l'inapte, merci docteur de vos bons soins ! 🙏

Date de réception : le 5 janvier 2012

Date d'acceptation : le 2 mars 2012

Le D^r Michel Bourbeau, M^{me} Myriam Jochems et M^e Anne-Marie Veilleux n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Québec. *Code civil du Québec*. À jour au 1^{er} mars 2012. Québec : Éditeur officiel du Québec; 2012.

2. Sarna S. *Vous avez le droit de connaître vos droits*. Québec : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse ; 2009.
3. Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G. (A.), AZ-94012013, J.E. 94c-1725, 1994. Can LII 6105 (QC CA), [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.).
4. Veilleux AM. Le constat de l'inaptitude à consentir aux soins : par qui et comment ? *La protection des personnes vulnérables 2012*, vol. 344. Cowansville : Éditions Yvon Blais ; 2012.
5. Curateur public du Québec. Le point sur... le consentement aux soins. *Le Point-Orientations 2010* ; 9 (2).
6. Geneau D. *L'évaluation clinique de l'inaptitude d'après Grisso et Appelbaum*. Montréal : 2005.
7. Philips-Nootens S, Hottin P. Aspects juridiques : Évaluation de l'inaptitude (chapitre 58). Dans : Arcand M, Hébert R, rédacteurs. *Précis pratique de gériatrie*. 3^e éd., Québec : Edisem ; 2007. p. 963-84.
8. Philips-Nootens S. L'hébergement forcé : quels intérêts, quels enjeux ? Regards sur la jurisprudence récente... et plus. *La protection des personnes vulnérables 2009*. vol. 301. Cowansville : Éditions Yvon Blais ; 2009.
9. Richard C, Lussier MT. La Communication professionnelle en santé. Saint-Laurent : Éditions du Renouveau Pédagogique inc. (ERPI) ; 2005.
10. Rudel-Tessier C. *Rapport d'enquête sur le décès de Madame Claire Trudel*. Québec : CNW-Telbec ; 2008. Site Internet : www.newswire.ca/en/story/383453/rapport-d-enquete-sur-le-deces-de-mme-claire-trudel (Date de consultation : avril 2012).

Summary

Thank you for your good care, Doctor, but no more! Physicians must hear older patients, even incompetent ones, when they refuse medical care. This situation brings them at the crossroads of a practice based on evidence, ethical and legal aspects, and respect of self-determination and individuals' rights. Team work and network involvement are necessary to consolidate evaluation. Knowledge of the principles and rules in the *Charter of human rights and freedoms*, and of the *Civil Code* must guide doctors in their evaluation of a patient's capacity to make decisions regarding medical care. Referral to jurisprudence (among others, the criteria of Quebec Court of Appeal, also known as "criteria of Nova Scotia") will help the physician validate the person's ability to decide. In case of a refusal, a lawyer's appeal to the Superior Court becomes the last recourse. Get to work, doctor!

11. Québec. *Code de procédure civile*. LRQ, c. C-25, articles 774, 775, 776 et 777 à jour au 1^{er} avril 2012. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2012.
12. *Ibid.* article 776.